

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA



***“EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN EL MARCO DE LAS
REFORMAS A LAS POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO EN EL
MUNICIPIO DE VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD,
ESTADO DE MÉXICO”***

T E S I S

Que para obtener el grado de
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva

P R E S E N T A

M.A.S.S. Georgina Contreras Landgrave

Comité de Tesis:

Dra. Carolina Tetelboin Henrion
Directora

Dra. Raquel Abrantes Pego
Asesora

Dr. Francisco Javier Garrido Latorre
Asesor

Mayo de 2010

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
--------------------------	----------

PARTE I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES	6
--------------------------------	----------

1.1 LA CONSTRUCCIÓN DEL ESTADO BENEFADOR Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO DE 1943 A 1981	6
1.2 CONTEXTO INTERNACIONAL DE LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES EN SALUD	13
1.3 LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE ESTADO NEOLIBERAL MEXICANO DE 1982 A 1999	22
1.3.1 SITUACIÓN SOCIAL Y DE SALUD DE 1982 A 1988.....	22
1.3.2 SITUACIÓN SOCIAL Y DE SALUD DE 1989 A 1999.....	29
1.4 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO	37
1.4.1 ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS Y SERVICIOS DE SALUD.....	39
1.4.2 PROGRAMAS DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO.....	42
1.5 ANTECEDENTES DEL MUNICIPIO DE VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD	43
1.5.1 LA ATENCIÓN A LA SALUD EN EL MUNICIPIO.....	46

CAPÍTULO 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	48
--	-----------

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	48
2.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	55
2.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	55
2.4 HIPÓTESIS	56

CAPITULO 3 MARCO TEÓRICO – METODOLÓGICO	57
--	-----------

3.1 MARCO TEÓRICO.....	57
3.1.1 ESTADO.....	59
3.1.1.1 ESTADO BENEFADOR.....	61
3.1.1.2 ESTADO NEOLIBERAL.....	62
3.1.2 LAS REFORMAS AL ESTADO.....	65
3.1.3 LAS POLÍTICAS DEL ESTADO BENEFADOR Y NEOLIBERAL.....	66
3.1.4 LA POLÍTICA SOCIAL EN EL ESTADO BENEFADOR Y NEOLIBERAL.....	70
3.1.5 LA POLÍTICA DE SALUD EN EL ESTADO BENEFADOR Y NEOLIBERAL.....	73
3.1.6 LAS INSTITUCIONES Y LOS NIVELES DE ATENCIÓN	74
3.1.7 LAS REFORMAS A LAS POLÍTICAS DE SALUD.....	76
3.1.8 LAS ESTRATEGIAS DE LA REFORMA A LAS POLÍTICAS DE SALUD.....	78
3.2 MARCO METODOLÓGICO.....	88
3.2.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	88
3.2.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	98

PARTE II

RESULTADOS

CAPITULO 4 LAS REFORMAS A LAS POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO EN EL FOXISMO	101
4.1 EL CONTEXTO POLÍTICO SOCIAL DEL PAÍS	101
4.2 PROPUESTAS DE POLÍTICAS PREVIAS A LA FORMULACIÓN DEL SEGURO POPULAR DE SALUD	104
4.3 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001 – 2006	111
4.4 PROGRAMAS ESTATALES DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO	115
4.4.1 PROGRAMA ESTATAL DE SALUD 1999 – 2005... ..	115
4.4.2 PROGRAMA ESTATAL DE SALUD 2005 – 2011... ..	116
CAPITULO 5 LOS ACTORES Y EL DEBATE EN LA CREACIÓN DEL MARCO NORMATIVO DEL SEGURO POPULAR DE SALUD	120
5.1 LOS ACTORES Y EL DEBATE	121
CAPITULO 6 EL PROCESO LEGISLATIVO Y LA CREACIÓN DEL MARCO NORMATIVO DEL SEGURO POPULAR DE SALUD	135
6.1 LA LEGISLACIÓN Y REGLAMENTACIÓN NACIONAL DEL SEGURO POPULAR DE SALUD	137
6.1.1. ACUERDOS POR EL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DA A CONOCER LAS REGLAS DE OPERACIÓN E INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA SALUD PARA TODOS (SEGURO POPULAR DE SALUD)	138
6.1.2 LEY GENERAL DE SALUD... ..	140
6.1.3 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD... ..	142
6.1.4 ACUERDOS DE COORDINACIÓN... ..	142
6.2 EL MARCO NORMATIVO DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO	143
6.2.1 CÓDIGO ADMINISTRATIVO DEL ESTADO DE MÉXICO... ..	144
6.2.2 REGLAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO... ..	144
6.2.3 REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO... ..	145
6.3 LA NORMATIVIDAD DEL SEGURO POPULAR DE SALUD APLICADA EN EL ESTADO DE MÉXICO	146
6.3.1 ACUERDOS DE COORDINACIÓN 2002 Y 2005... ..	146
6.3.2 LAS RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES.....	147
6.3.3 LA COBERTURA.....	150
6.3.4 EL FINANCIAMIENTO.....	155
6.3.5 LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	161

CAPÍTULO 7 EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO	170
7.1 LOS INICIOS DEL SEGURO POPULAR 2001 – 2003. LA ETAPA PILOTO	170
7.1.1 EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO.....	171
7.1.2 EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN LOS SERVICIOS LOCALES.....	178
7.2 EL INICIO FORMAL 2004- 2006	180
7.2.1 EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO... ..	181
7.2.2 EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN LOS SERVICIOS LOCALES.....	186
7.2.3 LA COBERTURA DEL SEGURO POPULAR DE SALUD... ..	194
7.2.4 LAS APORTACIONES AL FINANCIAMIENTO.....	197
7.2.5 LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LOS NIVELES DE ATENCIÓN... ..	199
 CAPITULO 8 ANÁLISIS DE RESULTADOS	 221
 CAPITULO 9 CONCLUSIONES	 245
 BIBLIOGRAFIA	 253

“EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN EL MARCO DE LAS REFORMAS A LAS POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO EN EL MUNICIPIO DE VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, ESTADO DE MÉXICO”

Resumen

México inició las reformas a las políticas de salud en 1982, desde entonces se ha suscitado una serie de eventos que atienden a estrategias planteadas por organismos internacionales como el Banco Mundial. En el año 2000 se realizó una modificación a la Ley General de Salud que permitió el surgimiento del Seguro Popular de Salud y su establecimiento en el todo el país. Para ello, los 32 Sistemas Estatales de Salud se han visto forzados a realizar procedimientos que no corresponden a los legalmente establecidos por la propia legislatura local; tal es el caso del Estado de México.

Palabras claves: Seguro Popular de Salud, Políticas en salud, Estado de México.

Abstrac

Mexico initiated the reforms to the policies of health in 1982, since then a series of events has been provoked that take care of strategies raised by international organisms like the World Bank. In year 2000 a modification to the General Law of Health was made that allowed to the sprouting of the Popular Insurance of Health and its establishment in the whole the country. For it, the 32 State Systems of Health have been forced to make procedures that do not correspond to legally established by the own local legislature; so it is the case of the State of Mexico.

Key words: Surely Popular of Health, Policies in health, State of Mexico.

INTRODUCCIÓN

En América Latina desde los años ochenta hasta la actualidad, se han aplicado reformas a las políticas de la salud como parte de las reformas al Estado y han tomado formas particulares en cada uno de los países, en las líneas propuestas de organismos internacionales, especialmente del Banco Mundial. Las reformas han tenido por lo menos dos etapas: la primera con una disminución sostenible del papel del Estado y la segunda con una aparente recuperación de su papel, pero rearticulado con el mercado.

Las reformas a los sistemas de salud, se han llevado a cabo como parte de los cambios profundos para transformar las sociedades latinoamericanas y de otros países en vías de desarrollo que han transitado de momentos históricos con mayor participación del Estado, a otras donde el mercado regula el acceso a la mayoría de los bienes y servicios.

México también se ha visto involucrado en esta dinámica, realizando las reformas a las políticas de salud a inicios de la década de los ochentas. Las reformas comenzaron con la modificación de la Constitución Política, misma que permitió generar el marco normativo regulatorio del nuevo proceder del gobierno frente a la sociedad en el ámbito de la salud.

En el periodo de los 80's y 90's, la reforma se llevó a cabo la descentralización de los servicios de salud a los gobiernos de los estados, priorizando las necesidades de salud y atendiendo a la población a través de programas con intervenciones esenciales.

En los años noventas se impulsó la participación del sector privado en el otorgamiento de la atención de la salud, regulando para ello la entrada del capital privado en actividades encomendadas y cumplidas antes por el gobierno.

En años recientes se puso en práctica un sistema de atención a la salud para la población sin seguridad social denominado Sistema de Protección Social en Salud denominado en su forma operativa como Seguro Popular de Salud.

En la presente investigación se hizo un acercamiento al área de políticas de la salud, dentro del marco de reforma al Estado, relacionando las decisiones del Estado con

la implementación y ejecución de las mismas, identificando los cambios en las funciones de la Secretaría de Salud en su acción pública frente a las instituciones de salud y la población.

Se pretendió describir los cambios operados en México en el sexenio 2000-2006 en relación a la creación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud y describir y analizar su impacto en el Estado de México, particularmente en relación a la prestación de servicios en el Centro de Salud Urbano y el Hospital general, ubicados en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad.

Se analizó al Seguro Popular de Salud en tres etapas: la de formulación, la de reglamentación y la de implementación.

En la etapa de Formulación, se identificaron a los actores que tuvieron una participación en el debate ya sea a favor o en contra en su formulación a nivel nacional como estatal. En la reglamentación, se analizaron los documentos nacionales que fueron modificados, como la Ley General de Salud, los que se emitieron, como el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, y los que se firmaron con los gobiernos de los estados, específicamente con el Estado de México como los Acuerdos de Coordinación. La última fase, la de Implementación, se desarrolló en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad, donde se conoció cómo operó el Seguro en dos niveles de atención, y por último se conoció la opinión de los actores sobre su proceso de implementación.

El documento está dividido en dos partes: “Planteamiento de la investigación” y “Resultados”.

La primera parte “Planteamiento de la investigación” contiene 4 capítulos. El primero llamado “Antecedentes” se subdivide en seis apartados, en ellos se presenta un panorama general sobre la construcción del Estado Benefactor y los servicios de salud en México en el periodo de 1943 a 1981; el contexto internacional de las políticas neoliberales en salud; la creación de las políticas de salud en el contexto de Estado neoliberal mexicano de 1982 a 1999, los antecedentes del Sistema de Salud en el Estado de México y los antecedentes del Municipio de Valle de Chalco Solidaridad. En este

capítulo se presenta la organización del sistema de salud que se dio en la época de los cuarenta dentro del llamado modelo de Estado Benefactor. El papel que cumplió la Secretaría de Salud ante la sociedad con la instrumentación de programas y el surgimiento de las instituciones que han brindado la seguridad social y su papel. Esta información permite identificar el tránsito al modelo neoliberal con la reforma al Estado y cómo se manifiesta en la estructura y programas del sistema de salud.

El capítulo 2 plantea el problema a investigar, la justificación, los objetivos y la hipótesis que motivan la investigación. El Marco Teórico se presenta en la primera parte del capítulo 3 y se analizan conceptos como Estado, el Estado benefactor y Estado neoliberal, las reformas al Estado, las políticas del Estado benefactor y el Estado neoliberal, la política social y de salud en el Estado Benefactor, las instituciones y los niveles de salud, las Reformas a las políticas de salud y las instituciones en el Estado Neoliberal y las estrategias de la Reforma a las políticas de salud. Los conceptos se van presentando de manera que se van interrelacionando. El diseño metodológico se plantea en la segunda parte de este mismo capítulo.

Estos capítulos han sido delineados bajo una visión que involucrando e interrelacionando los elementos necesarios, se hace un análisis que permite tener un panorama sobre lo que es el Seguro Popular de Salud en el avance de la reforma a la salud en México.

La segunda parte denominada “Resultados” está formada por cuatro capítulos.

Siguiendo con el orden, en el capítulo 4 “Las reformas a las políticas de salud en México en el foxismo” aquí se presenta el contexto político social, las propuestas anteriores a la formulación del Seguro Popular de Salud y el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. El capítulo 5 “Los actores y el debate en la creación del marco normativo del Seguro Popular de Salud” se dan a conocer los actores y el debate que tuvieron antes del proceso legislativo y la creación del marco normativo presentado en el capítulo 6, aquí se revisa el cuerpo legal que le da sustento, formado por la legislación y reglamentación nacional, el marco normativo estatal y la normatividad específica del mismo Seguro estos documentos emitidos a nivel nacional como a nivel estatal. En el capítulo 7 “El Seguro

Popular de Salud en los servicios de salud en el Estado de México” se describe el procedimiento que se implementó durante la etapa piloto, en los servicios de salud locales representados por un Centro de Salud Urbano y un Hospital General para posteriormente describirlo en la etapa formal en estos mismos servicios. También se presenta la opinión de usuarios y personal de salud sobre el proceso de implementación. La información que se presenta en este capítulo se va interrelacionando con el soporte teórico y se hace su análisis en el capítulo 8. Finalmente el documento consta de un capítulo más, el capítulo 9 “Conclusiones” donde se responden las preguntas de investigación que guiaron y que permite corroborar el cumplimiento de los objetivos y la comprobación de la hipótesis.

PARTE I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

Este capítulo inicia con la revisión sobre la organización del Sistema Nacional de Salud en los años cuarentas del siglo pasado, presenta un panorama sobre el proceso de reformas a las políticas de salud en Latinoamérica y continúa con los antecedentes de la esta reforma en México. La revisión permite conocer el procedimiento por el cual se estructuró el Sistema Nacional de Salud en México, cómo venía operando, los programas que ejecutó, identificando el papel que cumplió la Secretaría de Salud hasta el momento que se sentaron las bases legales para la aplicación de la reforma a la salud.

1.1. LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO DE 1943 A 1981

Al término de la Revolución Mexicana en el año de 1917 inició en México la construcción del Estado post-revolucionario; a través de una nueva constitución, sentándose en ella las bases legales. En el documento quedaron plasmadas la mayoría de las demandas sociales reclamadas por los mexicanos durante la lucha armada y el Estado reconoció las garantías individuales y sociales; permitiendo al mismo tiempo, la participación de los grupos de poder. De esta manera pudo mantener el equilibrio de las exigencias de la sociedad mexicana.

El recorrido histórico de este trabajo, empieza propiamente en la época de los cuarenta, cuando se organizaron los servicios de salud en torno al liderazgo de la Secretaría de Salud y termina cuando se estableció la 1ª Reforma.

Después de la promulgación de la Constitución de 1917 se creó el Departamento de Salubridad que por varios años realizó acciones de salud pública, en 1938 se creó la Secretaría de Asistencia Pública para brindar los servicios públicos de

atención médica. Con la fusión de estas dos instituciones, surgió en el año de 1943 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), dependencia que realizó en lo sucesivo, las acciones médico asistenciales y sanitarias marcando el rumbo de las actuaciones del Estado en el área. Esta organización, permitió consolidar a la atención médica como una función específica del Estado (Hernández, 1982); sin embargo, años más tarde esta misma organización generó profundas divisiones en la población atendida ya que el interés estaba en dar atención médica para garantizar la mano de obra.

En esa década, para impulsar el proceso de industrialización del país, se generaron recursos adicionales. En 1943 surgió la figura de *seguridad social* con la promulgación de la Ley del Seguro Social, pretendiendo garantizar, mantener y recuperar la fuerza de trabajo empleada en determinados sectores de la industria, dando cumplimiento al Artículo 123 Constitucional. Su implantación representó la posibilidad de establecer las bases para legitimar la función directiva del Estado y reforzar el control y manipulación ofreciendo a la burocracia sindical aparecer como “defensora de los trabajadores” (Hernández, 1982). La Ley permitió al año siguiente, iniciar funciones al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), planteándose la triada *salubridad-asistencia-seguro social*, marcando el inicio de la *medicina institucional*. A partir de entonces estas han sido las dos vías de atención a la salud de la población mexicana.

En las instituciones creadas en esa época, se aplicaron programas de tipo preventivo, y lograron disminuir los coeficientes de mortalidad y morbilidad mejorando las condiciones de vida de los habitantes en general (Hernández, 1982; Álvarez, 1960). En ese entonces, el término *salud* se emplea como sinónimo de medicalización, actividad propia de los médicos, por lo que la universalización e implantación hegemónica de la atención médica como modelo de atención de los servicios de salud, requirió de la creación de instituciones destinadas a producir el conocimiento necesario para legitimar el poder estatal (Hernández, 1982). Bajo esta perspectiva se inauguraron los Institutos Nacionales de Salud como el Hospital Infantil de México y poco después los de Cardiología y de Nutrición.

En la segunda mitad de los cuarenta y principios de los cincuenta, el país vive una crisis económica creada por la irresponsabilidad política de derroche y corrupción del aparato de gobierno, terminando en devaluaciones y recesión. La crisis originó la reducción del presupuesto estatal del sector y los fondos de la Secretaría de Salud y Asistencia, fueron administrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, haciendo la transferencia de los mismos a otras secretarías. Esta situación detuvo el proyecto de construcción de hospitales. El Estado redujo los recursos destinados a la salubridad y asistencia de los grupos sociales más afectados y utilizó diversos discursos que adaptó a las diferentes clases sociales. Mantuvo la tesis “que grandes y numerosas necesidades asistenciales del país, no podrán gravitar en su totalidad sobre el Estado, habrá necesidad de ir desplazando hacia la iniciativa privada algunas organizaciones asistenciales” (Álvarez, 1960). En la parte normativa de salud, el código sanitario emitido en 1934 se reformó en 1949 y otorgó las facultades necesarias al presidente del país, al Consejo de Salubridad General, a la SSA y a los gobiernos de los estados para realizar las acciones necesarias en lo referente a salud e higiene pública (Rodríguez, 1998) lo que se tradujo en el aumento de campañas contra enfermedades transmisibles (Hernández, 1982). Durante los años cincuenta, se efectuó otra disminución del gasto público en el ramo social, alcanzándose los niveles más bajos en salud. La incorporación de la población al IMSS fue lenta, sin embargo se erogaron más de 477 millones de pesos en productos farmacéuticos, convirtiéndose en el principal consumidor de la industria químico-farmacéutica. Las construcciones y equipamiento se destinaron a ciudades con mayor concentración de trabajadores industriales y la prestación de los servicios médicos se realizó a través de subrogación a particulares (Hernández, 1982). En 1952 se crearon las Jurisdicciones Sanitarias, unidades técnico- administrativas desconcentradas, como organismos dependientes de los Distritos Sanitarios creados estos en 1934 y dependientes de la federación, con el fin de promover, desarrollar y coordinar las acciones de salud a nivel regional (ISEM, 2006).

Para 1954 con la finalidad de apoyar la inversión en las agroindustrias comerciales en los estados, se amplió la cobertura a los trabajadores agrícolas siendo

además obligatoria, quienes ya contaban con una organización previa en la impartición de los servicios a través de organizaciones comunales (ISEM, 2005a). En este caso, el Estado participó convirtiendo la prestación del servicio en tripartita, tomando el liderazgo y ejerciendo el control ahora sobre los campesinos. Debido a la poca organización que existía en el sector no fue posible que todo el gremio de campesinos se viera beneficiado, sino solamente aquellos que estaban asalariados en las agroindustrias (Hernández, 1982). En ese mismo año se estableció el programa de Bienestar Social Rural, ofreciendo servicios de atención materno-infantil y médico- asistencial. Hacia 1956, se crearon los Servicios Médicos Rurales Cooperativos que atendían algunas zonas campesinas del país, principalmente las ixtleras y henequeneras. En 1959, desaparecen los Distritos Sanitarios de la estructura de la Secretaría, quedando las jurisdicciones sanitarias bajo la responsabilidad de los servicios coordinados de salud pública en los gobiernos de los estados, para relacionar sus acciones operativas con las necesidades de la población, y fue necesario realizar diversas transformaciones orgánico-funcionales, para hacer de ellas una estancia de carácter operativo, con autonomía suficiente para tomar decisiones locales (ISEM, 2006).

Una característica del periodo entre los finales de los cincuenta y principios de los sesenta, es que la economía creció de manera rápida y sostenida, aumentando la dependencia gubernamental del capital financiero; descuidándose tanto el sector agrícola como el energético. Las instituciones de salud, se pusieron una vez más, sobre la mesa de negociaciones entre el Estado y los grupos de interés organizados, como la burocracia y los sindicatos disciplinados. En 1960 se creó el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), hecho que podría interpretarse como una respuesta a las presiones de los trabajadores del Estado; como parte de las acciones preventivas del Estado, y ejercer control sobre ellos. Además, les otorgó otros beneficios a través de los sindicatos y organizaciones populares como el salario fijo, mayores empleos, y garantías laborales, contrarrestando las demandas de los grupos políticos opositores que existían y prevenir algún movimiento que llevara a la

inestabilidad social tan pregonada por el gobierno. La creación del ISSSTE por una parte, estableció de manera importante el papel del Estado en la impartición de los servicios de salud a sus trabajadores, la preeminencia de la seguridad social sobre la asistencia pública pero por el otro, incrementa aún más (antes con la creación del IMSS) la desigualdad en la atención médica de la población, entre quienes estaban de algún u otro modos “asegurados” y quiénes no. Desde su creación hasta 1967 el ISSSTE construyó un total de 4,279 unidades habitacionales. En esta etapa, la tendencia de los programas de salud se orientó hacia el intento de aprovechar al máximo la infraestructura y los recursos humanos y materiales ya existentes; tratando de orientar la salud pública a atender las nuevas prioridades manifestadas en el discurso ideológico que justificó las políticas de control como de la natalidad (Lerner, 1990)¹, de enfermedades industriales y las generadas por la alteración ecológica.

En 1965 se creó la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, integrada por tres miembros nombrados por el Secretario de Salubridad y Asistencia, tres por el IMSS y tres por el ISSSTE, para estudiar las necesidades nacionales en materia de salud pública, asistencia y seguridad social y planear las actividades a realizar en estos ramos por el sector público federal, pudiendo proponer a sus integrantes la coordinación y subrogación de servicios y prestándoles la asesoría que solicitaran².

En este periodo se empezaron a integrar los servicios médicos rurales a los Servicios Coordinados de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y al régimen de Campo del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este proceso terminó en los setenta. A mitad de este decenio, se presentó otra crisis económica, existiendo una menor inversión en el Sector, con lo que el IMSS entró en crisis. Ante esta situación y el incremento de sus gastos operativos del Estado, la política de salud en la primera mitad

¹ Para conocer más sobre las políticas de control de la natalidad revisar los trabajos de Susana Lerner como “Mediaciones institucionales y regulación de la fecundidad. Reflexiones en torno al estado del conocimiento”, “La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias” escrito en coautoría de Ivonne Szasz (2001).

² Decreto que creó una Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social. Diario Oficial de la Federación 6 de agosto de 1965.

de los setenta cambió y se reformó la Ley del Seguro Social facultándose al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para extender sus servicios a núcleos de población de extrema pobreza y marginación para dar atención médica a este grupo de población (Hernández; 1982). Así en 1973 se implementó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria que intentó integrar a la seguridad social las población rural y urbana no asegurada (Brachet-Márquez, 2004) brindando atención médica en sus instalaciones a la población de la zonas rurales y grupos marginados con la construcción de 2,000 Centros de Salud, acción que el Ejecutivo le dio un enfoque de propaganda política como un programa dirigido a grupos hasta ese entonces excluidos. En este periodo la existencia de políticas regionales e institucionales en salud se diseñaron e implementaron sin ninguna coordinación y no respondieron a las necesidades de salud de manera integral generando presión al Estado, situación que éste intentó resolver con la emisión del Plan Nacional de Salud, que se proyectó por un periodo de diez años. En lo sustancial no fue otra cosa que un documento demagógico con planteamientos puramente propositivos que nunca se convirtieron en instrumentos normativos o definitorios de estrategias reales (Hernández, 1982). En él se planearon actividades, estrategias y programas; entre los más significativos fue la red federal de hospitales de la SSA, el desarrollo de un plan nacional de alimentación, un Fondo Nacional de Alimentos y un Programa Nacional de Tratamiento de aguas (COPLAMAR, 1993). En esta época surgieron programas preventivos y se logró disminuir la mortalidad infantil de 69 a 38 por mil niños iniciándose el Programa de Planificación Familiar. Se incorporó a la Ley del Seguro Social el concepto de *solidaridad* y entró en vigor la Ley para Prevenir y Controlar la Contaminación. De 1976 a 1982 se construyeron clínicas en 3500 comunidades rurales. En 1977, el gobierno creó dos grades innovaciones en materia social, ambas destinadas a los “marginados”: la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), y el Sistema Alimentario Mexicano o SAM. La primera era un paquete de financiamiento de acciones que utilizaba la capacidad instalada de organismos estatales, como lo fue CONASUPO-COPLAMAR, SEP-COPLAMAR e IMSS-COPLAMAR

(Brachet-Márquez, 2004) Para este último se estableció un convenio entre IMSS y la Coordinación -antes mencionada-, a través del cual se le dio la responsabilidad al IMSS, de ampliar la atención médica a grupos marginados y sin derecho-habienencia. Este programa hizo llegar sus servicios a grupos sociales seleccionados, en gran medida, bajo criterios políticos.

El final del periodo sexenal también se vio caracterizado por turbulencias económicas como la caída del precio internacional del petróleo que provocó el derrumbe de la economía mexicana, factor que involucró tristemente a toda la sociedad, hasta los campesinos que se habían beneficiado con lo programas sociales del Estado Benefactor. No obstante a esta situación de precariedad general, los empleados de Petróleos Mexicanos recibían más que los demás asegurados, los indígenas seguían con una cobertura escasa y de calidad inferior tanto en educación como en salud y sin alguna ayuda suplementaria (Brachet, 2004). En agosto de 1981 se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, con el objetivo de “determinar los elementos normativos, técnicos, administrativos y financieros de los servicios públicos de salud, a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a toda la población”. Esta coordinación surgió a iniciativa de Miguel de la Madrid entonces Secretario de Programación y Presupuesto ya que los programas de salud que existían no tenían ninguna coordinación entre sí y presentaban cuantiosos requerimientos de recursos financieros (Soberón, 1996).

La mirada retrospectiva que se ha hecho a este periodo de estudio partiendo de de 1943, permite denotar cómo se fue construyendo el Sistema de Salud en el país, y las acciones que realizó se caracterizaron por la adopción como responsabilidad de la protección a la salud, a través con la organización del Sistema Nacional de Salud, aunque en los hechos fue un Estado interventor esto queda manifestado en la forma en que se establecieron los regímenes de cobertura, las instituciones responsables y los programas preventivos controladores que atendieron la sanidad pública.

1.2 CONTEXTO INTERNACIONAL DE LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES EN SALUD

Los Servicios de Salud en los Países desarrollados de Europa, surgen bajo dos grandes prototipos: el Sistema financiado por la Seguridad Social y el Servicio Nacional de Salud. Estos modelos se esparcieron por el continente y se implementaron en varios países más allá de esta región geográfica.

El sistema financiado por la Seguridad Social es el modelo implementado por Bismark en Alemania en la década de los ochenta del siglo XIX. Este modelo se pone en marcha para compensar la incapacidad de atención y de los gastos de atención médica de la población industrial y ante el temor a la destrucción del Estado por el emergente movimiento obrero socialista. Con él, se inaugura el Seguro Social como la forma más orgánica y eficiente de la Previsión Social. Con este modelo, se crearon las “Krankenkassen” o cajas colectivas obligatorias para los obreros de ingresos bajos, mientras que los de ingresos altos estaban exentos. La organización de los servicios era mixto con establecimientos públicos y privados; complementariamente, se aprobaron de 1881 a 1889 varias leyes: la de creación de Cooperativas de Trabajadores, La Ley del Seguro de Enfermedad, la Ley del Seguro de Accidentes de Trabajo y Ley de Seguros de Invalidez y Vejez (Ramírez, S/F).

El Servicio Nacional de Salud lo desarrolló Inglaterra en la época posterior a la 2ª. Guerra Mundial y fue financiado por los impuestos que la población pagó para la reconstrucción del país. Su antecedente es el Plan Beveridge que se emitió durante esta guerra. El Plan, fue un Seguro Social que propuso como obligación la provisión de la universalización cualitativa y cuantitativa de la protección y extensión a todos los ciudadanos de los derechos y atención de las necesidades, transformándose en Seguridad Social donde se considera a la Justicia Social como “dar a cada uno lo necesario para la subsistencia” aboliendo radicalmente la necesidad, supeditando la seguridad colectiva a un régimen mínimo de garantías económicas individuales y reduciendo a guarismos las responsabilidades que derivan de la aplicación del sistema.

En cuanto a la *enfermedad* el Plan la define como “la necesidad cubierta por el

tratamiento médico, domiciliario y de hospitalización, lo mismo para el asegurado que para su familia, mediante un tratamiento integral de recuperación física que comprende tanto los medios para la preservación de la enfermedad como los de curación y pleno restablecimiento orgánico” (Mingarro, 1946).

Años después, en 1948 se creó el National Health Service (*Servicio Nacional de Salud*) organismo de salud pública financiado con recursos públicos. Se basó en la premisa que la atención médica se hace sobre la necesidad y no la capacidad de pago, la gratuidad en el punto de entrega de los servicios, disponibilidad de todos los servicios médicos, equitatividad y equidad. Este modelo se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo. En su primera década de existencia, la organización de los servicios estuvo basada en la atención primaria, brindando medicina general en Centros de Salud Comunitarios, y algunos especialistas como optometristas y servicios dentales en hospitales. En las dos siguientes décadas se incorporaron más servicios médicos y se estableció el plan de hospitales, incentivando la formación de profesionales de especialidad; además existió una coordinación entre los servicios de salud y sociales. En su cuarta década, en la administración de Margaret Thatcher (1978-1987) y como parte de las reformas a las políticas de salud que vivió Inglaterra, se realizó una reestructuración al NHS. Los servicios fueron reorganizados poniendo mayor énfasis en la atención primaria y servicios comunitarios. Se aplicó la eficiencia de los servicios como prioridad, marcando indicadores de gestión-rendimiento, presupuestos clínicos, realizando auditorías de gestión y clínicas e introduciendo a los Gerentes en los servicios médicos. La crisis económica de 1987 originó la separación de funciones dentro de los servicios (Purchasers and Providers splits) incentivándose el mercado interno (Freire, 2008).

Otro modelo más que se desarrolló fue el de Estados Unidos de América, en donde el Estado tiene una participación limitada, al considerar la salud como un bien individual, por lo que las obligaciones del Estado sobre la protección sanitaria no está expresada ni en la Constitución federal ni en los documentos emitidos por los gobiernos estatales. En este país en 1935 se legisló sobre pensiones monetarias a

trabajadores industriales mayores de 65 años; años después en 1956 se hizo sobre seguro de invalidez y en 1965 se crearon los programas Medicare y Medicaid (para ancianos y pobres respectivamente) que se financian parcialmente con fondos federales. La práctica privada ha sido la modalidad dominante de organización de los médicos a través de organizaciones especializadas. En 1973 se crearon las organizaciones de atención gerenciada, que son seguros de salud que asumen el riesgo financiero por la provisión de los servicios a cambio de un pago efectuado de manera anticipada (Ramírez, S/F).

Por otra parte, desde los años setentas y ochentas el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional organismos especializados de las Naciones Unidas y cuyos objetivos son dar préstamos económicos a países en vías de desarrollo, promoción de políticas cambiarias sostenibles a nivel internacional y facilitar el comercio internacional han promovido las doctrinas económicas liberales, sosteniendo e impulsando a nivel mundial las modificaciones en la política interna de los países que solicitan los préstamos. Estrategias como la desregulación de los mercados financieros y de las relaciones laborales, la privatización y la desmonopolización de los Estados se convirtieron en afirmaciones que prometían la recuperación y crecimiento económico y el bienestar de la sociedad. Ya en los 90 se suma el Banco Interamericano de Desarrollo. Para hacer efectiva su implantación, han condicionado préstamos económicos a los países, a cambio de la aplicación de las políticas nacionales en beneficio de la acumulación del capital (Tetelboin y Granados, 2006).

A finales de 1989 representantes del BM, del FMI, del Banco de Desarrollo Internacional, de agencias económicas, altos ejecutivos del Gobierno de los EUA, del Comité de la Reserva Federal, entre otros, integran el Consenso de Washington. En sus reuniones establecieron acuerdos básicos en materia macroeconómica para marcar cambios estructurales principalmente en América Latina. Estos acuerdos dieron origen a las reformas de primera generación que pretendían crear condiciones de desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza y la desigualdad. En diez puntos se plantea: priorizar y reducir el gasto público subsidiando a la educación y la salud; el aumento

del ingreso vía impuestos, ampliación de la base tributaria; la determinación de las tasas de interés por el mercado; el tipo de cambio determinado por las fuerzas del mercado; la liberalización y acceso a bienes intermedios importados a precios competitivos; la liberalización de los flujos financieros externos; la privatización de empresas de propiedad estatal y la desregulación en todos los sectores (Williamson, 1989). Al poner en marcha estas recomendaciones que se aplican en las políticas de países como México, se han desestructurado los espacios nacionales de conflicto y negociación; se ha minado al Estado la capacidad financiera y de regulación; aumentando la escala y frecuencia de los riesgos hasta deshacer la viabilidad de la gestión social (De Sousa, 1998).

En ejercicios posteriores de evaluación que realizaron estos organismos sobre lo logrado en la aplicación de la reforma de primera generación, quedó al descubierto el fracaso de los objetivos planteados, presentando otra propuesta donde se fortalecería el papel de las instituciones apoyándose en la descentralización de funciones. A este nuevo paquete se le ha llamado las reformas de segunda generación (Meza-Lago, 2000; Salinas y Tetelboin, 2005).

En 1993 el Banco Mundial publicó su informe “Invertir en Salud”. En este documento plantea una transformación radical en la concepción del papel que los gobiernos tienen respecto a la protección a la salud.

Propone que los países dependiendo del nivel económico que tengan, ejecuten políticas orientadas a lograr la salud para todos, bajo tres estrategias:

“fomentar un entorno que permita a las familias mejorar su salud, mejorar el gasto en salud y promover la diversidad y la competencia. Estas tres vías se aplicaran en los países dependiendo del desarrollo económico que tengan.”

Para los países de bajos ingresos: *“tendrán que orientar el gasto público actual en salud e incrementar los desembolsos (del gobierno, los donantes y los pacientes) a fin de atender las necesidades en materia de salud pública y proporcionar el conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales a sus poblaciones.”* *“Como mínimo, ese conjunto de servicios deberá incluir cinco*

grupos de intervenciones...“a saber: asistencia prenatal y obstétrica; servicios de planificación familiar, tratamiento del niño enfermo; tratamiento de la tuberculosis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.”

“La determinación de quiénes deben recibir atención gratuita depende de la prevalencia de la pobreza y de la capacidad de pago para financiar los servicios... los países muy pobres deben adoptar un enfoque selectivo si quieren poder ofrecer a los sectores pobres de sus poblaciones cierto grado de atención a la salud”

Para lo cual los gobiernos deben a nivel nacional:

“elaborar listas de medicamentos esenciales, integradas por un número limitado de productos poco costosos con los que se aborden los problemas de salud importantes de la población”. “Por necesidad los países más pobres deben definir sus cantidades de servicios esenciales en términos más restringidos.” “Si los gobiernos han de financiar un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos, debe haber una forma de decidir cuáles formarán parte de ese conjunto y cuáles quedarán fuera”. “Si el financiamiento es público pero el suministro es privado, los gobiernos deben decidir cómo subvencionar la atención privada.”

Establece que existen tres formas de organizar los servicios clínicos, que pueden ser públicos, privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro. En cuanto a la participación del sector privado en la prestación de servicios dice que para:

“elevar el grado de la eficacia de los servicios, la mayor utilización del sector privado en la prestación clínica, tanto la incluida por un país en su conjunto de servicios esenciales como la discrecionalidad.”

El informe dice que: *“en muchos países, los médicos y farmacias privadas enfrentan obstáculos legales y administrativos innecesarios que es preciso eliminar”*. Por lo que es factible *“alentar a ese sector de atención de salud privado a pasar del sistema de honorarios por servicios al de cobertura pagada por anticipado”*. *“Los gobiernos también podrían subvencionar a los proveedores de asistencia sanitaria del sector privado que prestan servicios clínicos a los pobres”*.

Habla sobre *“un conjunto mínimo de servicios”* para los países de ingresos bajos.

Y con relación a la infraestructura plantea la acreditación de hospitales y laboratorios. Propone impulsar la diversidad y la competencia en el mercado de los bienes de salud (seguros y servicios), lo que significa la intervención y apoyo estatal activo con respecto al sector privado; los servicios discrecionales debían autofinanciarse mediante el pago por el servicio.

“el papel de los gobiernos en la esfera de los servicios clínicos debería limitarse a mejorar la capacidad de los mercados de seguros médicos y atención de salud para prestar servicios discrecionales ya sea a través de seguros privados o de un seguro social”

Representantes del BM, del FMI y del BID, sugirieron en materia macroeconómica que se generaran reformas con una “visión económica”, que pusieran énfasis en los mecanismos de mercado como la expansión del sector privado, la competencia y la libertad de elección de los servicios, la reducción de costos, la eficiencia, la sustentabilidad así como la separación de funciones, reformas que se vienen aplicando a las políticas de los países latinoamericanos.

Por su parte los países de América Latina, al enfrentar las crisis económicas de las últimas décadas y ante las presiones externas, han aplicado políticas de ajuste estructural que han generado cambios fundamentales en la función social del Estado, y se han puesto en práctica los principios del mercado en las políticas de administración pública, liberando las economías y con ello el conjunto de actuaciones sociales.

Los organismos financieros internacionales, usualmente en alianza con los ministerios de finanzas o hacienda de los países, han apoyado reformas con una visión económica. Un estudio publicado por la Organización Panamericana de la Salud plantea que en los orígenes de las reformas de salud hubo un “predominio de las consideraciones puramente financieras y escasa influencia de los ministerios de salud en su diseño” (Mesa-Lago, 2005).

Para hacer que la reforma en el sector salud tenga legitimidad ante la sociedad, el Estado ha utilizado un discurso, donde plantea la necesidad de convertirse a sí mismo en una entidad operativa, productiva y satisfactoria de las demandas sociales,

bajo los principios de calidad en los servicios. Las reformas del Estado, se aplicaron en todas las áreas donde están implicadas estas funciones; de esta manera, las políticas sociales se han ajustado a la disponibilidad económica de los países.

Las acciones en el área de la salud se han dirigido a realizar ajustes normativos, a clasificar a la población en diferentes niveles económicos, implementando programas dirigidos a las poblaciones más desprotegidas e involucrando a las organizaciones no gubernamentales para la solución de los problemas, con esto, se regula y apoya la entrada de capital privado y la deducción de impuestos, ejemplo de ellos son los seguros sociales privados. Todas estas acciones en concordancia con la propuesta del Banco Mundial de 1993.

En los años noventa, después de ser publicado el informe “Invertir en Salud” los países de América Latina comenzaron la reforma a las políticas de salud, de manera que al final de la década, la mayoría de las naciones estaban en la etapa de diseño o en la primera fase de implementación; en una minoría, estaba avanzada la implementación y en muy pocos estaban en la etapa de discusión o implantando la “segunda” generación. Solamente Honduras y República Dominicana la iniciaron entre 2000 y 2001 (Mesa-Lago, 2005).

La aplicación de las reformas en la región, fue posible por la dependencia económica de los países a los organismos internacionales a través de los créditos. La forma en la cual se realizaron, dependió de las situaciones sociales que presentaban cada país, como la debilidad democrática o la presencia de gobiernos autoritarios, inestabilidad política, presencia de la delincuencia organizada, las cooptaciones corporativas de grupos organizados, el clientelismo de las organizaciones, la exclusión de grupos sociales y la fragmentación de los servicios siendo el “caldo de cultivo” perfecto para la aplicación de las políticas neoliberales, permitiendo que en casi todos los países se aplicaran las reformas a las políticas de salud con rigor.

De esta manera las reformas a las políticas de salud tuvieron en 7 países (Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, El Salvador, Perú, República Dominicana) conexión entre la prestación de los servicios de salud y los programas de seguridad social; en

otros siguieron a las reformas estructurales de pensiones. Las reformas de salud, precedieron a las de pensiones en Brasil, Costa Rica, México y Nicaragua y en Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay han habido reformas de salud menos estructurales (Mesa-Lago, 2005).

Por mencionar sólo algunas experiencias latinoamericanas, diremos que de los primeros países que iniciaron la reforma a la salud fue Chile. Este país representó el laboratorio de las reformas en todos los ámbitos. Desde 1952 había tenido un Sistema Nacional de Salud con cobertura universal y de acceso gratuito. En los años setenta, bajo la dictadura de Pinochet, se inició la reforma general al Estado, aplicando las estrategias de descentralización y desregulación. En los ochenta, se impulsó el desarrollo de nuevas empresas de salud vacías de contenido social. La dictadura fragmentó el sistema al desmontar el Servicio Nacional de Salud más avanzado del continente y creó aseguradoras privadas denominadas Institutos de Salud Provisional (ISAPRE) que prestaron sus servicios con una intensiva selectividad, cubriendo preferentemente a personas que requirieron de poca atención, pero económicamente rentables (Tetelboin, 2000). También descentralizó la atención primaria y hospitalaria y estableció cuotas de recuperación en el sector público, de esta manera se aplicó un sistema dual público y privado, de financiamiento y prestación de servicios (Laurell, 1988; Homedes y Ugalde, 2005).

En Colombia, la reforma al sistema de salud inició en 1994 con la llamada Ley 100. A través de ella se aplica el modelo de competencia regulada o pluralismo estructurado (cuatripartito) diseñado por Luis Londoño y Julio Frenk. Este modelo está financiado por una participación contributiva, subsidiada, privada y "vinculada" (público transitorio). Con esta reforma se pasó de un Sistema Nacional de Salud a un Sistema General de Seguridad Social en Salud, que aseguró a toda la población (Homedes y Ugalde, 2005) creándose un fondo de solidaridad y un plan obligatorio de servicios. Se caracteriza porque se separaron las funciones de administración de la de prestación de servicios, dejando al Estado las funciones de "modulación" o "rectoría" del sistema, el subsidio a la demanda de los extremadamente pobres, la vigilancia y

control del cumplimiento de las reglas definidas; y la definición y manejo descentralizado de acciones de "salud pública", es decir, aquellas de altas externalidades como enfermedades de alto impacto, epidemias y desastres. El modelo incorporó elementos centrados en la lógica del mercado de los servicios en todo el sistema, como la competencia y la libre elección del usuario. Para evitar la inequidad en la población se crea un fondo de solidaridad y un plan obligatorio de servicios (Frenk y Londoño, 1997) que no ha dado resultados satisfactorios.

Una experiencia exitosa de democratización en salud es la de Brasil, que inicia en 1988 se reconoció en su Constitución Federal el derecho universal a la salud siendo deber del Estado, asegurarlo mediante el Sistema Único de Salud basado en principios de equidad, descentralización y participación social. Este Sistema es financiado con recursos del presupuesto de la seguridad social, de la Unión de los Estados municipios y otras fuentes. Como ejemplo de la participación social, en cada nivel de salud y diseminados en todo el país se crearon los Consejos de Salud, constituidos en partes iguales por representantes del gobierno y de la sociedad, abriéndose un amplio cauce a la representación de organizaciones de la sociedad civil en el Poder Ejecutivo (Labra y Giovanella, 2007). Otro mecanismo de participación implementado es la Conferencia de Salud donde se discuten periódicamente los temas y se votan las directrices y la agenda del sistema de salud (Fleury, 2005). También se estableció el modelo dual en donde la participación público-seguro social se da en los tres niveles de atención y de manera complementaria el privado (Mesa-Lago, 2005).

La información hasta aquí revisada nos permite reconocer algunos de los modelos representativos de atención a la salud que existieron en el siglo XIX y XX, la participación de los organismos internacionales para la aplicación de las reformas a las políticas de salud, y cómo éstas han tenido diferente comportamiento en los países de la región, atendiendo al devenir de su propio proceso histórico que desarrollaron, en donde tuvieron acción de diferentes formas e intensidades los diferentes actores sociales.

1.3 LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE ESTADO NEOLIBERAL MEXICANO DE 1982 A 1999

1.3.1 SITUACIÓN SOCIAL Y DE SALUD DE 1982 A 1988

La reforma a las políticas de salud en México, se manifestó en los programas y estructura del Sector Salud; aquí se revisan los documentos normativos de Sector Salud, del periodo comprendido entre 1982 y 1999.

Durante el sexenio de 1976 – 1982 el presidente José López Portillo petrolizó la economía del país. La caída de los precios internacionales del petróleo, repercutió de manera inmediata y negativa en la estructura productiva y financiera nacional, dejando al descubierto el frágil modelo desarrollista; por lo que el siguiente presidente de México, Miguel de la Madrid Hurtado recibe una administración con una economía quebrada y como medida recurrió al endeudamiento externo. Los préstamos le fueron otorgados a cambio del establecimiento de la llamada Reforma del Estado, siendo el parteaguas del papel que realizará en lo sucesivo el Estado frente a la sociedad. Es en este sexenio (1982-1988) donde se sentaron las bases jurídicas de los cambios que requería la implementación del modelo de Estado Neoliberal venidero, sirviendo de laboratorio de las reformas del sexenio siguiente (Brachet-Márquez, 2004).

Otras exigencias que se presentaron en el país, fueron las presiones internas como las de los grupos elitistas encabezados por políticos y empresarios que al ver afectados sus intereses, presionaron al Estado de manera directa o indirecta, cediendo ante ellos con la finalidad de mantener la estabilidad interna. Para cubrir estos mecanismos de presión, se implantó en el país como estrategia la “necesidad” de cambiar las diferentes legislaciones y normatividades mexicanas, abarcando todas las áreas de las políticas públicas incluyendo el área de la salud.

Los organismos internacionales le exigieron la aplicación de reformas y De la Madrid utilizó un discurso apoyándose en “la eficiencia del aparato del Estado y la libertad de elección de los ciudadanos”. En ese momento, el Estado mexicano comenzó a asumir abiertamente una política neoliberal como instrumento para enfrentar el

periodo política y económicamente crítico y propuso un proyecto “modernizador” a mediano plazo (Valenzuela en López y Blanco, 1993).

Las nuevas políticas estuvieron caracterizadas por la permisividad en la concurrencia de capital privado en la oferta de los servicios de salud. Por su parte el poder ejecutivo se adjudica solamente aquellas acciones dirigidas a la población marginada bajo los principios de “neo-beneficencia”. Este tipo de cambios, fueron los que realizó Miguel de la Madrid cuando en febrero de 1983 (Congreso de la Unión [CU], 2007) se reconoció en el pleno del Congreso, el derecho a la salud como un derecho social elevándose a rango constitucional. Así en febrero de 1983, al artículo 4º. se le agregó el párrafo *“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 genera”*. Con esta modificación, el Estado “reconoce” como una garantía individual la protección de la salud, aceptando intrínsecamente la obligación que tiene para garantizarlo. En la exposición de motivos que presentó el ejecutivo ante la Cámara Legislativa para reformar el artículo (en diciembre de 1982) se lee *“derecho a la protección de la salud es una responsabilidad que comparte el Estado con la sociedad, que el carácter social de este derecho le impone a los poderes públicos un deber correlativo”*. El término de protección de la salud que se utilizó hace reflexionar que más allá de brindar los servicios médicos asistenciales, se debe realizar una serie de acciones, que serían más amplias para poder garantizar el estadio de salud de la población. En el mismo documento en un párrafo más adelante dice que *“la iniciativa responde al propósito de revertir el proceso de centralizar que desde principios de siglo se iniciara y que ha conducido a que la federación tome responsabilidades que recaen en las jurisdicciones local y municipal”* (Poder Ejecutivo [PE], 1982). Estas palabras permiten deducir que ya se contemplaba el proceso de descentralización de los servicios de salud.

Otra modificación normativa que tuvo un impacto decisivo, fue cuando se cambió el nombre de la Secretaría de Salubridad y Asistencia por el de Secretaría de

Salud en 1984. Con esta nueva denominación quedó de manifiesto la reducción del papel que venía desempeñando desde la década de los cuarenta hasta ese momento, por la tendencia a dejar de proporcionar los servicios de salud y de asistencia social de manera directa, transfiriéndolos a los gobiernos estatales. Al mismo tiempo se establece el papel rector que desempeñará el Estado en lo sucesivo (Rodríguez en Vellinga, 1997). En otras palabras el aparato estatal federal dejó de reconocer que era el responsable de la atención y mantenimiento de la salud de la población sin derecho habiencia que por deducción es la población de menores garantías y seguridad laboral y las que había atendido hasta ese momento.

Con la modificación de la constitución en 1983, se expidió al año siguiente la Ley General de Salud, para distribuir las competencias entre la federación y los gobiernos de los estados en el otorgamiento de los servicios de salud a la población. Entre sus objetivos está dar impulso a la descentralización a través de una distribución de competencias de salubridad general entre la Federación y las entidades Federativas (en Soberón, Acevedo y Martínez, 1996).

En una primera etapa, se descentralizaron solamente 14 estados; aunque en los hechos se trató de la descentralización de las obligaciones no de los recursos (López y Blanco, 1997), en el discurso oficial se manejó al proceso de descentralización como parte del nuevo federalismo. En él, se planteó a la descentralización con el objetivo de consolidar Sistemas Estatales de Salud y que fueran capaces de responder, con mayor agilidad y eficiencia, a las necesidades de salud propias de cada entidad. Para efectuar la descentralización se emitió el Decreto de Descentralización, en el que se establece que la administración de los servicios de salud prestados por la Secretaria de Salud a nivel nacional se dirigiera a los estados con sujeción al programa que se refiere el mismo decreto..." (SSA, 1984). El mismo documento dice que "para fortalecer y dotar de competencia a los gobiernos de los Estados, los gobiernos de los Estados... contarán con las siguientes facultades:

- I. *Elaborar y vigilar que se lleve a cabo el programa estatal de atención a población abierta.*
- II. *Evaluar, en el ámbito de su Jurisdicción territorial, la ejecución del programa estatal.*
- III. *Recomendar medidas tendientes al aprovechamiento más racional de las unidades de atención a población abierta, conforme a criterios de regionalización, escalonamiento, apoyo recíproco y eficiencia en el manejo de los recursos.*

Un componente fundamental de la descentralización de los servicios de salud fue: *“la redefinición del financiamiento a través de dos tendencias: a) el incremento y reorientación de los recursos federales y estatales y b) la diversificación de las fuentes de financiamiento que involucra convenios de cofinanciamiento y aportaciones directas de la sociedad”. “A los gobiernos estatales se les obligó a participar hasta con el 20 % del costo total de los proyectos de inversión y con el 30 % como contraparte de los recursos financieros que la SSA transfirió como Programa de Desarrollo Regional” (López y Blanco, 1993).*

Las diferentes instituciones que venían funcionando en el país se han unido y se han integrado al Sector Salud. Según el Doctor Ruiz de Chávez (1987) el Sector *“es el agrupamiento de entidades paraestatales con funciones, objetivos y metas afines, que permiten a una secretaría de Estado o departamento administrativo coordinar, conducir, planear, programar, evaluar, organizar y controlar sus actividades”*. Tiene como objetivos integrar a las instituciones de salud dispersas y promover la programación integral de salud; concertar e inducir a los subsectores público y privado, y permitir un conocimiento sobre las condiciones de la infraestructura de salud que se dispone en el país (Álvarez, 1991). A la vez, para brindar los servicios de salud y mejorar las condiciones de salud de la población, se estructura el Sistema Nacional de Salud (SNS) constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto

federal como local; por personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud; y por los mecanismos de coordinación de acciones, a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. La coordinación del SNS está a cargo de la Secretaría de Salud (SSA, 2004a). Este se divide en dos, el Subsistema Privado y Subsistema Público; el primero, está dirigido al sector de la población que teniendo los recursos económicos suficientes, efectúa el pago que por los servicios prestados, el Subsistema Público se dirige a dos tipos de población: población con seguridad social (52% de la población total mexicana) otorgada a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Petróleos Mexicanos (PEMEX) y los empleados que pertenecen a la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SM). La población sin *derechohabiencia* o “abierta” (48%), es atendida en las instituciones de salud que tienen financiamiento público. (Diagrama 1).

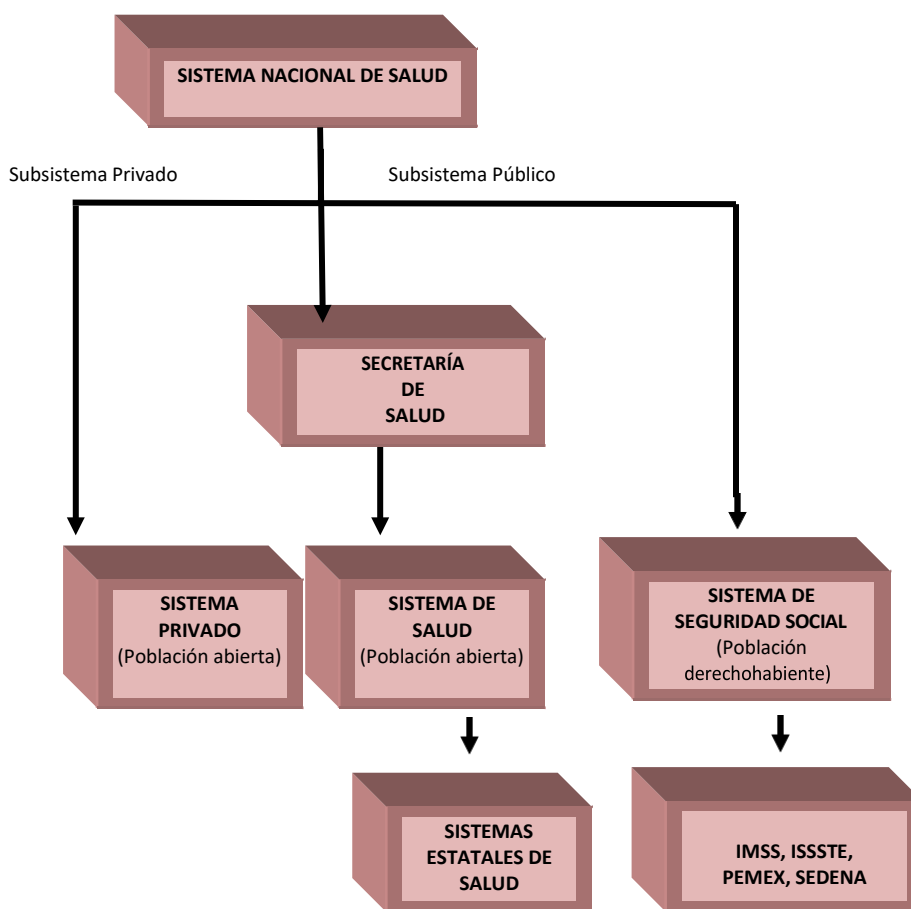
La formación del SNS significó la separación definitiva legal, financiera y funcional de los subsistemas, manifestándose en una diferenciación en la calidad y orientación de los servicios y se consolidó como un elemento de desigualdad clasista ya que el acceso a los subsistemas está vinculado con la ubicación social del usuario (Laurel, 1993).

Por su parte los gobiernos de las entidades federativas coadyuvan, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud a la consolidación y funcionamiento del SNS. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el SNS (SSA, 2004a).

Para ser posible la operación de los Servicios Estatales de Salud bajo el modelo de descentralización, se emitieron una cantidad de normas y programas que con su cumplimiento, permitieron que la SSA dejara de brindar los servicios de manera directa. Esta nueva normatividad tuvo como objetivo esencial, establecer el papel rector de la Secretaría a través del control sobre las acciones de salud que brindasen

los diferentes organismos del Sistema Nacional de Salud. En lo operativo, desde la emisión las normas estandarizaron los procedimientos de atención de la población por el personal de salud, que son de observancia obligatoria en todos los servicios de salud del país sean públicos o privados.

Diagrama 1.
Estructura del Sistema Nacional de Salud



Elaboración propia: Fuente Secretaría de Salud

Este compendio de normas se denomina Normas Oficiales de Salud; en ellas se establecen los protocolos de atención que darán los servicios de salud dependiendo del padecimiento que tengan el individuo. Según la página oficial de la Secretaría de Salud

en Internet³, están listadas 234. Todas y cada una de ellas son diferentes porque responden a diferentes tópicos, pudiendo ser normativas en la prestación de servicios, reglamentarias sobre seguridad de los servicios o la atención de padecimientos específicos; estas normas se han ido modificando con el transcurso de tiempo según se dice dependiendo de la situación en salud de la población o de la disponibilidad de tecnología o conocimiento. En las normas que se relacionan con padecimientos se plantean actividades de prevención, diagnóstico y control de las enfermedades. Ejemplos de estas y con relación a este trabajo la NOM 007-SSA-1993 “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio” y la NOM 015-SSA2-1994 “Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes” cuyo objetivo es establecer los criterios y procedimientos para atender este tipo de necesidades de salud. Por otra parte en función de los objetivos planteados en las nuevas políticas de la salud, también se han dado cambios en la regulación de las diferentes instituciones u organizaciones que imparten los servicios de salud.

Como parte de los cambios que se instituyeron en el país, y apoyándose en el discurso de la Organización Mundial de la Salud (1986) sobre el concepto de salud, se establecieron programas preventivos con mensajes de “autocuidado”. Este concepto fue dirigido a los servicios de atención médica para generar en la población hábitos que se reflejen en el mejoramiento de su estado de salud, haciéndolos responsables; con esto es posible entenderse cómo el Estado se desatiende de la obligación de dar atención de la población.

Se puede observar que en este periodo, el proceso de descentralización es la estrategia de mayor importancia para reorganizar los servicios y la protección a la salud, como un derecho social desvirtuado, al subordinarse la política social al proyecto de reestructuración económica y al prevalecer la lógica de política neoliberal (López y Blanco, 2001).

³ SSA. 2009. *www.ssa.gob.mx*. No fue posible encontrar el índice de las normas oficiales de forma impresa, por lo que se recurrió al archivo de Internet.

1.3.2. SITUACIÓN SOCIAL Y DE SALUD DE 1989 A 1999

A finales de los ochenta dentro del periodo del gobierno de Carlos Salinas de Gortari, empezó a aplicarse el modelo neoliberal con grandes procesos de privatización. Fue el escenario de la consolidación del nuevo modelo de política social en México (Mota, 2002). Alrededor del 90% de las empresas del gobierno pasaron a manos privadas; el Estado recaudó 10,700 millones de dólares con la venta de éstas. Para llegar al progreso del país se apostó por la liberalización comercial. En 1988 se realizó el desarme arancelario a gran escala y la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) con Canadá y Estados Unidos, país que concentraba el 73% de todos los intercambios de México con el exterior. Con su firma, se programó un cronograma para la eliminación de todos los aranceles al comercio trilateral en un plazo de diez años. La inflación bajó del 19.7% al 7.1%, lo que generó una estabilidad económica interna, permitiendo una negociación con el FMI para la re estructuración de la deuda (Brachet, 2004).

En lo político, los "viejos revolucionarios" se convirtieron en los reaccionarios al régimen. Se aparentó diálogo con los actores de la sociedad con la firma del Pacto para la Estabilidad, la Competitividad y el Empleo (PECE), se les dio el reconocimiento como sujeto jurídico a las Iglesias. Socialmente se le exigieron grandes sacrificios a la población, sobre todo, por la disminución sistemática del poder adquisitivo de la clase pobre (Brachet, 2004).

La intervención distributiva del Estado de Bienestar se transformó, modificando sustancialmente el carácter de la política social la cual transitó del control estatal a la creciente regulación de las fuerzas del libre mercado (López y Blanco, 1993); pero para compensar las consecuencias de la política económica, el Estado estableció una nueva estrategia de política social, colocándola como centro y eje de la acción pública. En ella se planteó como objetivo primordial el acceso de toda la población a servicios mínimos, lo que se podía satisfacer en distintas modalidades y con la participación de actores sociales y privados, dándole corresponsabilidad a la población mediante una mayor participación. Todo esto se condensó en el Programa Nacional de Solidaridad (Mota, 2002) que por sus siglas se le conoció como PRONASOL (ex COPLAMAR). Este programa

estuvo dirigido a ciertos grupos de la población en condiciones de pobreza, pueblos indígenas, campesinos y habitantes del medio rural atendiendo necesidades básicas de nutrición, salud, educación, vivienda, medio ambiente, acceso a los servicios públicos y empleo productivo. Una parte de este programa se financió con el producto de las privatizaciones. A su vez, se invirtió en infraestructuras de comunicaciones, servicios sociales, vivienda subvencionada, becas y ayudas. De esta manera, se otorgaron beneficios directos a la población, excluyendo a los grupos corporativistas y sindicatos, que de manera sistemática y ordenada, habían venido pidiendo a los anteriores gobiernos su participación de los beneficios otorgados por el Estado. También se les excluyó de cualquier acuerdo o convenio, por lo que, el programa se aplicó con criterios discrecionales abarcando todas las áreas del desarrollo social, obteniendo apoyo político y disciplina al gobierno federal a cambio de bienes y servicios públicos (Hernández, 1982).

Para atender las necesidades de salud de la población, también se crearon una serie de programas federales, los cuales fueron específicos en sus acciones y al mismo tiempo se complementaron para su ejecución con las estructuras de salud de los estados. Uno de estos programas fue el Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA) que dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud 1984-1988, operó inicialmente como instrumento de apoyo al proceso de descentralización de 14 entidades federativas y se extendió en 1988 a todas las demás, fortaleciendo así la coordinación programática (ISEM, 2008). El proceso de descentralización se detuvo, por varias razones, entre otras porque en varios estados se observó un retroceso en el funcionamiento de los servicios (Menéndez, 2005) y porque los gobiernos de los estados no estaban en condiciones de asumir la responsabilidad.

Este programa de extensión de cobertura, tuvo como propósito elevar el nivel de salud de la “población objetivo”, a fin de mejorar la calidad de los servicios. Combinó elementos y acciones articuladas, con estructuras y programas definidos y

con normas específicas para su funcionamiento, por lo que se constituyó en el instrumento para la prestación de servicios destinados a la población abierta.

En 1989, con el propósito de fortalecer la descentralización de los servicios de salud contemplada en el Plan Nacional de Desarrollo, se llevó a cabo el proyecto estratégico de fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias para que en el ámbito geopoblacional que ocuparan funcionaran como instancias coordinadoras de los Sistemas Estatales de Salud. Este proyecto contó con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud. Durante el periodo 1989 – 1990 se realizó la fase piloto del proyecto, con la programación y asignación de recursos que le permitieron operar como órgano técnico-administrativo y ejercer el liderazgo capaz de programar, dirigir y evaluar los programas de atención médica para la población no asegurada, así como para coordinar las acciones de salud pública y asistencia social, tanto con las instituciones que en el ámbito local integran el Sector Salud, como con aquellos organismos de otros sectores que están involucrados en la atención de salud. El proyecto para fortalecer la estructura de las jurisdicciones inició por medio del desarrollo de 9 componentes: Estructura Orgánica, Enseñanza y Capacitación, Supervisión, Abastecimiento, Conservación y Mantenimiento, Participación Social (ISEM, 2005a).

La política de salud justificó la focalización de los recursos y las acciones, con un discurso basado en la aplicación selectiva de los beneficios permitiendo que se dirigieran a los grupos más vulnerables (López y Blanco, 2001). Las necesidades de salud básicamente se atendieron a través de la capacidad de respuesta e infraestructura del IMSS, y en menor cobertura y menor servicio por el programa de SSA-Solidaridad.

El avance que se tenía en el proceso de descentralización de la atención a la salud a los gobiernos de los estados y que había comenzado pocos años atrás se detuvo y se volvieron a centralizar la toma de decisiones. En este sexenio, con criterio de discrecionalidad el presidente instruía a las instituciones de salud como el IMSS sobre las comunidades que serían beneficiadas (Fajardo, Carrillo y Neri, 2002); sin embargo,

los programas preventivos que se venían realizando se mantuvieron y dentro de esta misma política de prevención, se inicia la época de la inmunización con la Cartilla Nacional de Vacunación (la cual coincidía con la Cumbre Mundial de la Infancia (UNICEF, 1990). Entonces, México se comprometió al mejoramiento de las condiciones sociales y de salud de la infancia (SSA, 1994).

Como resultado de la epidemia de sarampión que se presentó en el país a finales de los ochenta por la complacencia que existía en las autoridades sanitarias, al contar con la falsa seguridad de tener altas coberturas de vacunación; en 1991 se creó el Consejo Nacional de Vacunación, instaurándose el Programa de Vacunación Universal y las Semanas Nacionales de Vacunación (INSP, 2007). También se implementó el uso de “Vida Suero Oral” como medida preventiva para disminuir la muerte infantil por deshidratación y la certificación de la infraestructura en salud (Fajardo et al, 2002).

Al inicio de la administración de Ernesto Zedillo (1994 – 2000), se desató en el país una crisis financiera que colocó a México al borde de la suspensión de pagos. Fue una crisis inmediata con repercusiones internacionales. La caída del valor de la moneda mexicana causó quiebras de miles de empresas. Para salir a flote de la situación, el Gobierno Federal absorbió las deudas de los bancos a través del Fondo Bancario de Protección al Ahorro (FOBAPROA). Los pasivos de este programa ascendieron a 552,000 millones de dólares por concepto de cartera vencida que canjeó por pagarés ante el Banco de México. El monto fue equivalente al 40% del PBI de 1997, y a las dos terceras partes del Presupuesto de Egresos de 1998 y el doble de la deuda pública interna. Además la administración federal propuso a los deudores de la banca, reestructurar sus deudas por medio de Unidades de Inversión (UDIs). Por otra parte, se continuó apoyando la política internacional de privatización de todos los sectores, reduciendo el papel interventor del Estado. Se generó y promovieron las modificaciones legislativas y reglamentarias para permitir la entrada de capital privado en todas las áreas, utilizando un discurso político que justificaba las acciones, bajo el argumento del grado de desarrollo del país y la complejidad en la toma de decisiones desde el orden federal,

para plantear la necesidad de descentralizar las responsabilidades, los recursos y las decisiones. En lo social, siguió teniendo como objetivo principal erradicar la pobreza y sus estrategias continuaron por el rumbo de la descentralización bajo el lema de “nuevo federalismo”, sin embargo, aumentó el desempleo y se restringieron los programas sociales; poniendo en acción la atención focalizada de los grupos en pobreza extrema a través del programa de educación, salud y alimentación (PROGRESA) (Mota, 2002). Aunado a esto, un nuevo movimiento revolucionario surgió en el estado de Chiapas el 1º. de enero de 1994. Este movimiento exigía la defensa de derechos colectivos e individuales negados históricamente a los pueblos indígenas, la construcción de un nuevo modelo de nación que incluyera a la democracia, la libertad y la justicia como principios fundamentales de una nueva forma de hacer política y la existencia de una red de resistencias y rebeldías altermundistas en nombre de la humanidad y contra el neoliberalismo.

La crisis económica también afectó al Sector Salud, por lo que el Estado retomó y culminó la descentralización de los servicios a los gobiernos de los estados. En 1995 se estableció por decreto presidencial, el Consejo Nacional de Salud (CONASA), instancia de coordinación entre la Secretaría de Salud federal y los Servicios Estatales de Salud con lo que se continuó la descentralización de los servicios estatales (Soberón, 1996). Esta etapa tuvo cuatro acciones específicas: la descentralización a las entidades de los servicios de salud para la población sin derechohabencia, la configuración de Sistemas Estatales de Salud, la ampliación de la cobertura a través del paquete básico de servicios médicos y el mejoramiento de la calidad y la eficiencia de las instituciones nacionales mediante una coordinación sectorial.

En ese mismo año, se implantó el Programa de Reforma del Sector Salud cuyos objetivos fueron promover la calidad, la eficiencia y ampliar su cobertura. El programa propone la descentralización de los servicios de salud y la implementación de un paquete de servicios básicos que atiende a la población sin seguridad social (SSA, 1995).

El programa de reforma comienza cuando el gobierno federal suscribe con los 31 gobiernos de cada una de las entidades federativas y el sindicato nacional de trabajadores de la Secretaría de Salud el primer Acuerdo Nacional el 20 de agosto de 1996, que permite la descentralización de los servicios de salud. Con ello, se concluye la etapa de descentralización de las funciones a las entidades federativas, excepto el Distrito Federal (Fajardo et al., 2002).

El Acuerdo se presenta como una nueva forma de relación entre el gobierno federal y los gobiernos estatales, estableciéndose las funciones que cada uno de los firmantes realizará en el otorgamiento de los servicios de salud a la población abierta. En el texto, el Acuerdo señala que la descentralización no implica la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud (SSA, 1996). Como algunos de sus principios, el documento dice que los estados asumirían cabalmente las responsabilidades que la Ley General de Salud les asignara, manejando y operando directamente los servicios de salud y los recursos financieros, con la posibilidad de distribuirlos acorde a las necesidades locales; con la consolidación de los Sistemas Estatales de Salud, con ello se fortalecería el Sistema Nacional de Salud. Se argumentó que con el desahogo de las cargas de trabajo administrativo para la Secretaría de Salud se permitiría hacer más eficaz su reorientación como instancia normativa, donde el papel rector que la ley le asignase fuera efectivo.

El nuevo esquema le permitiría a la Secretaría de Salud controlar y vigilar el funcionamiento de los servicios a la población otorgados por instancias públicas o privadas. Como acción compensatoria, el Acuerdo Nacional marcó que el Estado destinara mayores recursos a aquellas regiones que cuentan población más vulnerable (SSA, 1996).

Para 1997 se conformó en cada entidad federativa, un organismo público descentralizado encargado de otorgar los servicios de salud. Adicionalmente y en cumplimiento al Programa de Reforma del Sector Salud, se publicó en 1999 en el diario Oficial de la Federación, el Programa de Certificación de Hospitales (DOF, 1999); programa que establece los estándares de calidad que deben cumplir en la prestación

del servicio. Por otra parte inició funciones la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que sin capacidad punitiva es la institución donde los usuarios de los servicios médicos pueden presentar sus quejas por el mal servicio recibido y se da solución a conflictos entre usuarios y proveedores de servicios de salud, (Abrantes, 1997). También en el mismo año se emitió una nueva Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social donde se separaron las pensiones del otorgamiento servicios médicos (Tetelboin, 2005).

Dentro de la lógica de cambios normativos, se le permitió al sector privado participar con la emisión de la reglamentación apareciendo el esquema de Administradoras de Fondos de Retiro (AFORE) “entidades financieras, constituidas como sociedades mercantiles que se dedican de manera exclusiva, habitual y profesional a administrar las cuentas individuales y canalizar los recursos de las subcuentas que las integran en términos de las leyes de seguridad social, así como administrar sociedades de inversión”.

A finales del sexenio, se regularon las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) instituciones autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con el objetivo de prestar servicios de salud en sus propias instalaciones y con sus propios recursos a cambio de un pago. Con ello se inicia oficialmente el universo de la medicina prepagada (Leal, 2004).

Respecto del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) creado en 1999, este retomó los principios del MASPAs dirigidos a ampliar la cobertura a zonas rurales y mejorar los servicios. Su principal característica descrita fue el enfoque preventivo sobre el curativo, la participación de la sociedad a través de la educación para la salud, al plantear la modificación de los hábitos higiénicos de la población. Los objetivos específicos del PAC fueron fortalecer los servicios de primer nivel, la capacidad resolutive de los estados, las jurisdicciones sanitarias y los municipios, así como la programación, operación y evaluación local de las acciones prioritarias donde se otorgue el Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS).

El PABSS también inició en el año de 1999 y en su origen consistió en 12 intervenciones esenciales de salud (López y Blanco, 1997) y posteriormente se incorporó una más. Todas ellas están consideradas como acciones de alto impacto, bajo costo y técnicamente factibles aunque son servicios mínimos de salud que se otorgan a la población como respuesta a las necesidades prioritarias para contener los daños a la salud con mayor prevalencia, causantes de la mayor mortalidad. Se trata de acciones preventivas “a través de la modificación, el reforzamiento, o la creación de hábitos adecuados en salud, respetando las características culturales locales” (Fajardo et al., 2002). Como programa federal aún se ejecuta, y solamente ofrece una cantidad específica de servicios, pero si alguna región presenta particularidades epidemiológicas, serán los Servicios Estatales de Salud los que deberán implementar los programas necesarios para atenderlas.

Hasta aquí la revisión presentó los dos grandes periodos que corresponden a la forma de Estado que ha existido en el país. En el primer periodo iniciado en la década de los cuarenta, se caracteriza por la implantación del Estado Benefactor, donde el Sistema de salud se consolida como una estructura centralizada con la aplicación de programas verticales; y dual por la existencia de la seguridad social y salubridad y asistencia; todo esto, respondiendo a los intereses corporativos y clientelares de mercado y del cuidado de la fuerza de trabajo.

El segundo periodo donde se implementa el Estado Neoliberal, identificable en dos momentos; el primero iniciado en 1982 donde se sientan las bases constitucionales con repercusiones normativas para la aplicación de las neopolíticas⁴ y el segundo que comenzó en 1988, cuando continuando con el proceso de ejecución de las reformas a las políticas de salud, se aplicaron los nuevos programas desde un enfoque de neobeneficencia⁵ sanitaria (López y Blanco, 2001) y bajo la estrategia de la focalización.

⁴ Término utilizado por López y Blanco al referirse a las políticas aplicadas en el modelo de Estado Neoliberal. 2001.

⁵ Término utilizado por López y Blanco, al referir a la beneficencia en el modelo de Estado Neoliberal. 2001.

Ambos periodos se caracterizan por la escasez de recursos y la creciente demanda de servicios de salud no satisfecha, no logrando pasar del asistencialismo a la inclusión y participación (Mota, 2002).

1.4 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

El Estado de México (Edomex) está ubicado en la parte central del territorio nacional y actualmente es la entidad federativa más habitada del país. Su crecimiento poblacional mostró muchos cambios a partir de 1950, cuando se registró un aumento significativo en la población hasta 1 millón de habitantes. En esos años, el 73% de la población habitaba en zonas rurales y el 27% en zonas urbanas; cincuenta años más tarde su población aumentó considerablemente, invirtiéndose la distribución. En el año 2000 la población fue de 13.096,686 millones de habitantes, de ésta el 86.3% (11'304,410 hab.) fue urbana y el 13.7 % (1'792,276 hab.) rural. Este porcentaje representó el 13.4 % de la población nacional (97.4 millones de hab.). Hoy en día aunque con otros valores éstas constantes se mantienen.

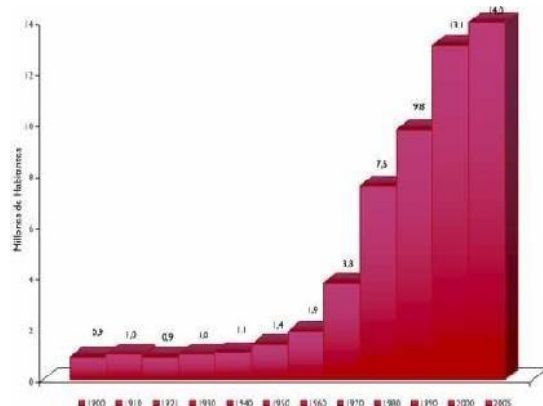
MAPA 1. UBICACIÓN DEL ESTADO DE MÉXICO



El Estado de México rodea al Distrito Federal por tres de sus cuatro lados (Ver mapa 1). Esta característica geográfica ha sido determinante en el incremento de su población, porque la población de otras entidades federativas que migrado a buscar trabajo en el Distrito Federal y no han encontrado las facilidades sociales esperadas, se ha asentado en el territorio mexiquense. Este crecimiento ha representado necesidades por satisfacer y se han convertido en exigencias para el gobierno estatal. Cuarenta de sus municipios son conurbados y presentan un alto grado de desigualdad social. Por otra parte también cuenta con grupos indígenas perfectamente identificados por sus tradiciones culturales.

En el periodo 1950 - 2000, la actividad agrícola disminuyó y la industrial se incrementó de manera considerable. Las actividades económicas más importantes del estado son la industria automotriz y textil; cuenta con grandes zonas industriales en ciudades como Toluca, Naucalpan, Ecatepec y aporta el 10 % del PIB nacional (INEGI, 2000) tiene además una fuerte inversión y desarrollo industrial y turístico.

GRÁFICA 1. POBLACIÓN TOTAL DEL ESTADO DE MÉXICO (1900 - 2000)



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2005. México.

El Partido Revolucionario Institucional ha gobernado al Estado de México desde que surgió a principios del siglo XX. A él pertenece el grupo “Atacomulco”⁶ de donde

⁶ Grupo “Atacomulco” es el nombre de una agrupación de políticos mexiquenses miembros del Partido Revolucionario Institucional. Recibió este nombre porque la mayoría de ellos había nacido en ese municipio. Se ha identificado como su líder a Carlos Hank González, y aunque todos sus miembros niegan la existencia del grupo, su pretensiones han llegar a la presidencia de la México.

han surgido varios gobernadores del estado y que como grupo político ha tenido una fuerte presencia en la política nacional.

1.4.1 ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS Y SERVICIOS DE SALUD

Como introducción a los antecedentes de las políticas y servicios de salud del Estado de México, al igual que en todo el país, los cambios organizativos más significativos que se realizaron para el otorgamiento de los servicios de salud a la población abierta se producen a partir de la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 5 de febrero de 1917.

La organización de los servicios de salud en el estado, se remonta al año de 1926 con la creación de la Junta de Beneficencia Pública y la Delegación de Sanidad Federal y en 1932 de la Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad. En 1938, año en que se constituyó la Secretaría de Asistencia Pública, se estableció la Jefatura de los Servicios Estatales de Salubridad y los niveles jurisdiccional y local. Para 1938 entraron en vigor los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México para coordinar los servicios entre los niveles de atención.

Ya creada en 1943 la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública a nivel nacional, el Sistema de Salud de la entidad adquirió las mismas características del Sistema federal, modificando su estructura al igual que en el resto del país. En 1947, los Servicios Coordinados de Salud Pública contaban con una jefatura y las secciones de epidemiología, higiene, asistencia y administrativa, así como jurisdicciones sanitarias en el nivel aplicativo.

En 1958 inició funciones el Hospital General “José Vicente Villada” que en 1963 fue sustituido por el Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos”. Se comenzó la creación de infraestructura en salud como Centros de Salud Urbanos: uno en la capital del estado y siete en Nezahualcóyotl; 14 Centros de Salud con Hospital y 70 Centros de Salud Rurales. En el periodo de 1959 a 1964 para implementar el control de las unidades aplicativas y el cumplimiento de los programas de salud, los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, crearon organismos técnico

administrativos denominados Distritos Sanitarios de los que dependían las Jurisdicciones, pero que desaparecieron en 1970 (ISEM, 2006). En ese mismo año, en el área de administración se fortalecieron antiguas secciones y se establecieron los departamentos de Administración Médica, Medicina Preventiva, Promoción de la Salud, Control Sanitario y Administrativo. Después de este año, la estructura de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México se continúa modificando (ISEM, 2005b).

En 1984 con motivo del inicio del proceso de descentralización de los servicios, se aprobó una organización acorde con el proceso. Se firmó el Convenio Único de Desarrollo por el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo Estatal de México en donde se establecieron las acciones que resultaran necesarias para llevar a cabo la integración programática de salud en el estado, así como para reforzar la coordinación en el ejercicio concurrente de sus atribuciones en materia de salubridad general; los servicios que prestaban la SSA, IMSS-COPLAMAR y los servicios estatales (ISEM, 2005a) quedaron a cargo del ejecutivo estatal del Estado de México. Aquí se determinó que la SSA realizara funciones de programación, presupuesto, fijación de normas técnicas, supervisión y evaluación general de los servicios. Surgió el Consejo Interno de Administración, las Coordinaciones de Servicios de Salud y de Regulación Sanitaria, la Unidad de Auditoría y Control, la Unidad de Planeación y a nivel local se crearon las Coordinaciones Municipales de Salud.

En 1986, después de la firma del primer convenio de descentralización entre el gobierno del Estado de México y la Secretaría de Salud donde se establecieron las nuevas responsabilidades que debería cumplir el Edomex, la Jefatura de Servicios Coordinados se convirtió en Dirección General y se crearon direcciones de área, subdirecciones y coordinaciones regionales. Se incorporaron Coordinaciones de Regulación Sanitaria y los Servicios de Urgencias del Estado de México como órganos desconcentrados (ISEM, 2005b).

En 1987 con la publicación de la Ley de Salud del Estado de México, se creó el Instituto de Salud del Estado México (ISEM), la descentralización de los servicios IMSS-

COPLAMAR, la desconcentración de los programas verticales y la construcción de hospitales generales. Inicialmente estuvo integrado por un Consejo Interno, la Dirección General, las Direcciones de Servicios de Salud, de Planeación y de Administración, la Dirección de Regulación Sanitaria, cuatro Coordinaciones regionales, 19 jurisdicciones sanitarias y 166 coordinadores municipales de Salud. Las Jurisdicciones Sanitarias desde entonces son organismos con capacidad para programar, dirigir y evaluar los programas de atención médica para la población no asegurada de su territorio, y coordinar las acciones de salud pública y asistencia social, tanto con las instituciones que en el ámbito local integran el Sector Salud, como con aquellos organismos de otros sectores que involucrados en la atención de salud.

En 1989 para fortalecer el proceso de descentralización de los servicios, se puso en marcha en proyecto de fortalecimiento de las Jurisdicciones sanitarias con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Años después en 1998, se agregaron como órganos desconcentrados el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea y el Consejo Estatal para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En 1993 por el desarrollo de las Jurisdicciones desaparecen las Coordinaciones Regionales que funcionaban como enlaces entre los niveles central y jurisdiccional (ISEM, 2005a).

El proceso de descentralización de los servicios del gobierno federal hacia el gobierno de los estados iniciada en 1986, continuó mediante la segunda firma del Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud, el 20 de agosto de 1996 signada por la Secretaria de Salud, la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud y los gobernadores de los 31 estados de la república (excepto el Distrito Federal) (Diario Oficial de la Federación [DOF], 1996). Con esta firma, se suscitaron cambios estructurales en las instituciones de los servicios estatales.

Dentro del desarrollo de las instituciones de salud el Laboratorio Regional se transformó en Laboratorio Estatal de Salud Pública; se crearon como unidades administrativas intermedias las coordinaciones de Salud y Regulación Sanitaria y de

Administración y Finanzas (1998); éstas permitieron integrar en un solo mando funciones afines y complementarias. En ese mismo año se firmó un convenio entre la Federación y el Estado para poner en marcha el programa de educación, salud y alimentación (PROGRESA) y se forma la Unidad del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). El Instituto de Salud del Estado de México se continuó reestructurando, creándose nuevas unidades administrativas de apoyo y el Departamento de Ingeniería Biomédica y sus instalaciones.

1.4.2 PROGRAMAS DE SALUD EN EL ESTADO DE MEXICO

En 1998 el gobierno del Estado de México firma un convenio con la federación, para poner en marcha el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), focalizado operativamente en la Unidad del Programa de Ampliación de Cobertura. En agosto del 2000 se emitió en la Gaceta de Gobierno el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado, un artículo que indicaba que el ISEM le auxiliará para el logro de sus metas. Para marzo del 2002 se publicó el Reglamento de Salud del Estado de México; en él se establecieron las obligaciones de la estructura orgánica del ISEM. Estos programas de salud se pondrían en acción mediante las estrategias de operación del Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS) en la totalidad del Estado de México, extensión de la cobertura de los servicios, reestructuración de la cobertura de los servicios, reestructuración del modelo de atención para la salud, fortalecer las acciones de autoridad sanitaria, fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial, impulsar la formación y capacitación del personal de salud, impulsar la promoción de la salud entre otras. La promoción de la salud se convirtió en una línea estratégica dentro de las funciones prioritarias para la prevención y control de enfermedades definidas por la SSEM y hasta la fecha se efectúan en el primer nivel de atención en el Estado de México. Las estrategias de trabajo son la educación para la salud y la participación social. Se aplican en seis componentes: salud familiar, salud integral del escolar, salud integral de los adolescentes, municipios saludables, ejercicios para el cuidado de la salud y desarrollo de contenidos educativos.

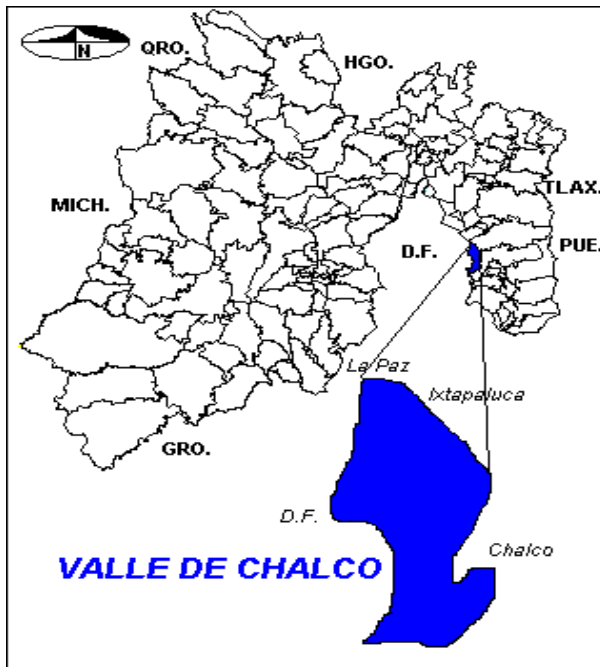
Se puede resumir que este programa de salud atendió la normatividad emitida a nivel nacional por la Secretaría de Salud y consideró las disposiciones normativas vigentes en su momento; específicamente, en cuanto a procedimientos, normas oficiales, normas técnicas y aspectos prioritarios contenidos en el Programa de Reforma del Sector Salud (Portillo, 2007); por lo que analizando su contenido y redacción, se puede concluir que cumplió con los principios de la descentralización.

1.5. ANTECEDENTES DEL MUNICIPIO DE VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD

A fin de conocer la aplicación de la política de salud en el nivel local, se seleccionó el municipio de Valle de Chalco Solidaridad de reciente creación, por ser conurbano al Distrito Federal y poseer características especiales. Está localizado en una de las franjas donde se asentaron los otomíes entre el año 650 a 900 d.c. grupo que fue más tarde desplazado por los olmecas y los mexicas, y formó parte de la cultura Chalca (Mapa 2). En la parte geográfica donde hoy se ubica el municipio, existió el lago de Chalco, que junto con los lagos de Xochimilco, Xaltocan, Zumpango y Texcoco formaron la “región de los cinco lagos” donde se asentaron parte de las culturas mesoamericanas más importantes. En la parte central del lago estuvo el Cerro de Xico (Noyola, 1999). Después de la caída de Tenochtitlan esta región fue cedida a Hernán Cortés por Cédula Real de Carlos V. Es durante este periodo que se construye la casa de campo de Cortés al pie de la zona norte del cerro, conocida ahora como la “Hacienda de Xico”. El lago fue desecado en este periodo y se convirtió en un latifundio de 9,822 hectáreas con la incorporación de tierras de los pueblos de alrededor dedicándose a la producción de forraje (Noyola, 1999).

La Revolución Mexicana permitió la restitución de las tierras mediante la formación de ejidos, como el “Estación Xico” y “San Miguel Xico”. Alrededor de cien años, este territorio fue destinado a terrenos de cultivo y su producción fue para el sustento de la cuenca lechera, pero debido a la pobreza de la tierra, a finales de los setenta se lotificó y vendió.

**MAPA 2. UBICACIÓN DEL MUNICIPIO DE VALLE DE CHALCO
SOLIDARIDAD**



Glifo de la localidad

Desde principios de los ochenta se empezó a poblar con originarios de diversas entidades federativas de Oaxaca en mayor porcentaje, siguiéndole de Puebla, Veracruz, Michoacán e Hidalgo. Atraídos por las oportunidades de trabajo en la capital del país ante la falta de recursos económicos suficientes y oportunidades para establecerse ahí, adquieren de manera fácil y a bajo costo la propiedad de terrenos en esta zona cercana al Distrito Federal.



Escudo actual del Municipio

El terremoto de 1985 originó un fuerte movimiento migratorio. Muchas personas tuvieron que buscar un lugar dónde vivir al haberse quedado sin vivienda se desplazaron desde el Distrito Federal. Al mismo tiempo, el crecimiento poblacional de municipios vecinos como Nezahualcóyotl contribuyó a elevar su tasa de población. A partir de entonces, ha crecido como parte de la mancha urbana colindante al Distrito Federal.

Siendo presidente, Carlos Salinas de Gortari (1988 – 1996) implementó el Programa Nacional de Solidaridad en esta región, que aún dependía del Municipio de Chalco de Díaz Covarrubias, para después extenderlo en todo el territorio nacional⁷. En la zona, la difusión de las obras del gobierno se promocionaba como *“Valle de Chalco, cuna de la Solidaridad”*. Mediante la experimentación y *“piloteo”* de este programa, se incentivó la construcción de infraestructura del *“Valle de Chalco”*. La estrategia del Programa involucró a la sociedad a través de la organización de comités que contribuyeron con las autoridades federales para la aplicación de los recursos económicos y se convirtieron en beneficios a la comunidad. Este esquema de participación puso en contacto directo a la población con el Poder Ejecutivo, que visitó la localidad cada seis meses aproximadamente, estableciendo compromisos directos evitando tanto a la estructura estatal como municipal. A cambio del *“laboratorio político”* en que se convirtió, y como penúltima actividad de gobierno, un día antes del término de su gestión, lo visitó por última vez y le dio autonomía respecto del municipio de Chalco, erigiéndose en noviembre de 1994, como municipio de Valle de Chalco Solidaridad.

La estrategia utilizada por el programa federal *“Solidaridad”*, dejó por una parte sensibilizada a la población y por otra a las administraciones federales posteriores, que han seguido invirtiendo recursos financieros, pero más allá de la preocupación por el desarrollo social de la población, al igual que Salinas han demostrado interés político. Prueba de ello es la aplicación allí de programas focalizados como *“Oportunidades”* y *“Hábitat”* a partir de la administración de Vicente Fox.

En su breve historia y aún antes de ser municipio, Valle de Chalco junto con el municipio de Los Reyes La Paz formó el Distrito Electoral Federal XIV y forma parte del Distrito Electoral Local XXXIV. Como Distrito Electoral en las primeras elecciones nacionales que participó en agosto de 1994, le aportó votos al partido oficial y una

⁷ Nota: En esa época aún pertenecía al municipio de Chalco, por lo que los lugareños le conocían como *“el Valle de Chalco”*.

curul en la Cámara de Diputados, refrendándose ese mismo comportamiento en las votaciones estatales.

Esto contribuyó para que en noviembre de ese mismo año se erigiera como la entidad económica-política y geográfica número 122 del Estado de México.

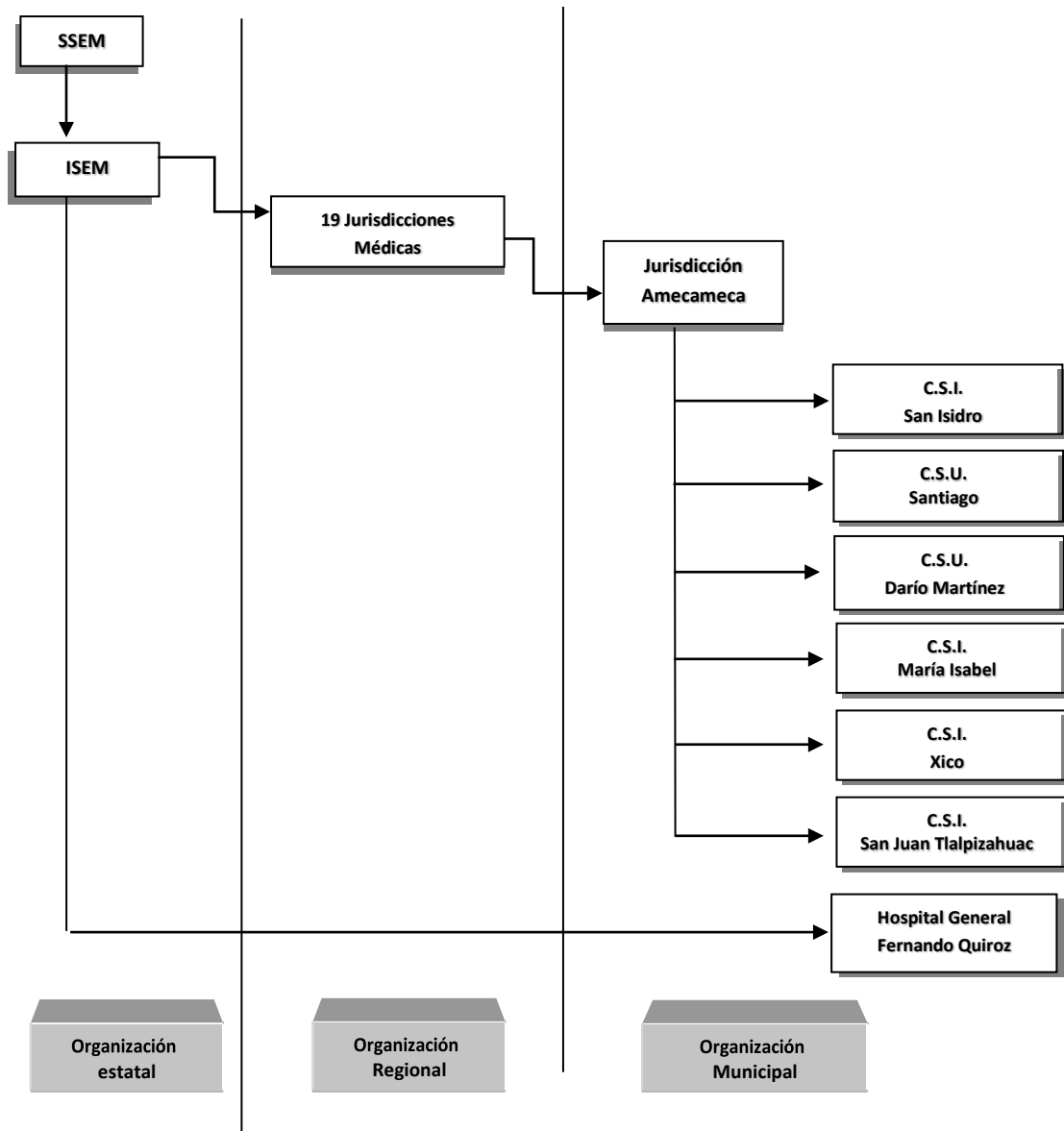
1.5.1. LA ATENCIÓN A LA SALUD EN EL MUNICIPIO

En cuanto a la infraestructura y las instituciones de salud que han existido en el municipio, los servicios médicos han sido otorgados a la población sin derechohabencia en 6 Centros de Salud Urbanos que empezaron a construirse en los ochenta. A finales de 1990, se inauguraron dos clínicas de primer nivel de atención del IMSS. En estos dos espacios, se implementó el programa IMSS-COPLAMAR y se aplicaron los criterios de discreción presidencial, por lo que se atendió a toda la población que solicitó los servicios. Este tipo de atención se dio hasta un año después (1991) cuando inicia funciones el Hospital General Fernando Quiroz ubicado a poca distancia y donde se referencia a los pacientes de los Centro de Salud. Con esta inauguración se establecieron los servicios de 2° nivel por parte del ISEM (Diagrama 2).

Fue en el año 2000, cuando entró en funciones el Hospital Regional del Instituto de Seguridad Social para el Estado y Municipios (ISSEMyM). Actualmente la estructura de salud municipal se complementa con servicios privados como consultorios y clínicas de diferentes especialidades y laboratorios biomédicos.

Los servicios de salud que se otorgan a la población abierta en los Centros de Salud, son atenciones de primer nivel de atención caracterizándose por su enfoque preventivo y asistencial inicial, limitada a un paquete de servicios esenciales. Las intervenciones son las que están contenidas en el Paquete Básico de Servicio de Salud y en el Programa Estatal de Salud, y por las que se realiza el pago de una cuota. La atención a los usuarios se brinda siguiendo los manuales de atención emitidos por el ISEM cumpliendo con ello las Normas Oficiales de Salud.

DIAGRAMA 1. SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO



Elaboración propia para la investigación.

Fuente: Manual de organización tipo de Jurisdicción Sanitaria. ISEM. 2006.

Esta revisión histórica permite explicar el contexto del sistema de salud tanto en el Estado de México como en el municipio de Valle de Chalco Solidaridad.

CAPÍTULO 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Latinoamérica las reformas a la salud se han aplicado a partir de las dos últimas décadas del siglo pasado, generando cambios sustanciales en las políticas internas. El argumento utilizado para justificar su aplicación, es que se presenta la necesidad de modernizar al aparato de gobierno para mejorar su actuación frente a la sociedad.

Desde el punto de vista de esta investigación, se considera que las llamadas Reformas a la salud, son un tipo particular de cambios, que tiene por objeto privatizar los servicios de salud que el Estado brinda a la población general, reduciendo además, las funciones que la Secretaría de Salud debe ejecutar.

Desde los ochentas hasta la actualidad estas Reformas han tomado formas particulares en cada uno de los países, aunque mantienen una línea conductora común derivada de las propuestas de organismos internacionales, especialmente del Banco Mundial. Han tenido por lo menos dos etapas: la primera con una disminución ostensible del papel del Estado y otra, con una aparente recuperación de su papel pero rearticulado con el mercado.

México, como muchos otros países, se ha visto involucrado en la dinámica de las Reformas a los sistemas de salud. Se han llevado a cabo como parte de los cambios profundos para transformar las sociedades latinoamericanas y del mundo, las que han transitado desde unas con mayor participación del Estado en la cuestión social, a otras donde el mercado regula el acceso a los bienes y servicios.

En nuestro país la reforma al Estado inició en 1982 y ha permeado todas sus estructuras. Uno de los sectores es el de la salud, donde se han generado cambios sustantivos en la legislación y en la estructura del Sistema Nacional de Salud. Los cambios legislativos partieron desde la Constitución Política Mexicana, modificación que generó la

emisión de un paquete legislativo y normativo como la Ley General de Salud y un sin número normas y reglamentos que atendiendo al tema que les compete deben acatar la Ley.

La aplicación de la Ley debería ser en todos los espacios que brinden atención médica y por todos los prestadores de los servicios de salud.

El proceso de descentralización como parte de la reforma fue muy lento. En las entidades federativas que se dio se crearon los Sistemas de Salud Estatales, cambiando con ello la estructura del Sistema Nacional de Salud. La descentralización se dio en un primer tiempo como un ejercicio de “desconcentración operativa” (López y Blanco, 1993), transmitiendo exclusivamente la responsabilidad de otorgar los servicios pero no el financiamiento y la toma de decisiones. Esta situación repercutió en la falta de inversión en la infraestructura necesaria en las localidades. En reuniones de asesoramiento, personal de la Secretaría de Salud indicaba a los responsables de la salud en los estados, el tipo de programas que debían implementar, considerando la normatividad emitida por la propia Secretaría de Salud federal (Portillo, 2007). El proceso de “descentralización” no fue en todos los estados, varios de ellos presentaron resistencia al identificar esta problemática y en otros no se consideró viable, debido al atraso en la infraestructura y el incremento del riesgo que tendría la salud pública de esa población.

El establecimiento de nuevas políticas de salud detuvo esta estrategia, reactivándose a mitad de los noventa (López, 2007). Con la firma de acuerdos entre la federación y los gobiernos estatales, se retomó el proceso de descentralización, transmitiéndoles ahora recursos financieros previamente destinados o etiquetados para no cambiar el destino de utilización.

Ahora son los Sistemas de Salud Estatales, los responsables del otorgamiento de los servicios y han tenido que enfrentar el reto de las necesidades de salud de su población, con las deficiencias del mismo sistema, producto del abandono y falta de desarrollo acumulado por años y al mismo tiempo cumplir los estándares de calidad según la actual normatividad de salud.

Durante el sexenio presidencial de Vicente Fox (2000 – 2006), la aplicación de la Reforma a la salud continuó; creándose el Sistema de Protección Social en Salud, al que le generaron el campo necesario para su legalización, e impulsando su forma operativa denominada Seguro Popular de Salud (SPS).

Esta nueva figura inicia con ese nombre, como un programa piloto en el año 2001 mediante la firma de acuerdos de coordinación ejecutándose en 5 estados. El periodo de prueba fue del año 2001 al 2003. En ese tiempo se realizaron “Foros de Salud” donde los secretarios estatales del área involucrados, manifestaron sus experiencias, mismas que fueron retomadas para establecer las adecuaciones normativas necesarias para la formalización del programa a partir del 2004.

Para la creación oficial del Seguro Popular en 2003, se contó con el proceso de negociación antes de llevarlo a las Cámaras Legislativas, aquí se debatió y luego se aprobó por el 73% en la Cámara de Diputados y 94% en la de Senadores. A pesar que fue aprobada por la mayoría de los legisladores, generó severas críticas por integrantes del Partido de la Revolución Democrática y líderes de opinión que plantearon su visión desde su postura. Finalmente la aprobación en las Cámaras permitió la adecuación de la Ley General de Salud al incorporarle un capítulo en el cual se oficializa con el nombre de Sistema de Protección Social en Salud.

A partir de la modificación de la Ley General de Salud, se formuló en el mismo año, un paquete de documentos normativos que se complementan y establecen la participación de cada uno de los actores como instituciones, prestadores de servicios e usuarios en su implementación. Entre ellos, se habla de estructuras estatales responsables de implementar el programa dentro de las propias estructuras de los Sistemas Estatales de Salud que son los encargados de prestar los servicios de salud.

De manera paralela al impulso del Seguro Popular, la Secretaría de Salud en el mes de enero de 2003, informó sobre las prácticas de abastecimiento y distribución de medicamentos en las Secretarías de Salud Estatales. Su elaboración se apoyó en el análisis que realizó la firma internacional de consultoría estratégica A.T. Kearney en los meses de junio y julio de 2002. El informe muestra los procedimientos que siguieron los estados

para la adquisición y distribución de medicamentos que permitió establecer la “estrategia para mejorar el abasto de medicamento” dándole un nuevo tipo de seguimiento. Entre los indicadores está el porcentaje de pacientes con recetas surtidas por hospitales y por instituciones; y las quejas reportadas por los usuarios por problemas en el surtido de medicamentos.

Esta estrategia ha continuado aún terminado el sexenio. El 16 de febrero de 2007 la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la SSA con el lema “*Hacia el 98% en el surtimiento de recetas completas*” realizó la “Reunión nacional sobre prácticas exitosas para mejorar el abasto de medicamentos”; en los objetivos planteados, está el compartir y aprender de prácticas exitosas en materia de abasto y surtimiento de recetas, con énfasis en la tercerización.

En la reunión, diferentes gobiernos estatales presentaron sus experiencias, entre ellos el Estado de México. En su presentación, esta entidad planteó como un problema la “Alta insatisfacción del usuario, principalmente por surtimiento de recetas” en el territorio mexiquense. Al respecto se planteó como política, establecer en 2006 un Sistema de Abasto Integrado, considerando la tercerización¹ de Hospitales y Centros de Salud Urbanos y para el 2007 la subrogación de farmacias locales.

Con respecto al Seguro Popular, a muy poco tiempo de haberse implementado el programa, el gobierno mexicano reportó a nivel internacional resultados exitosos, incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS) en abril de 2005, instó a los estados miembros de la misma, a que “velen” por la implementación de un modelo de financiamiento semejante al de México.

En el Estado de México, el inicio del Seguro Popular ocurrió en octubre de 2002, aún sin existir registro en algún documento de las políticas de salud estatales, como el Programa Estatal que estaba en operación, y arrancó mediante la firma del primer Acuerdo entre el gobierno mexiquense y la Secretaría de Salud Federal.

¹ *Definición de Tercerización: Contratación del Servicio de Surtimiento de Medicamentos y Material de Curación Mediante Recetas Médicas. Definición dada en el mismo informe que presentó el Gobierno del Estado de México.*

La aparición a nivel nacional del Seguro Popular de Salud en 2004 en la normatividad de salud, produjo un periodo de participación de los diferentes actores previo al debate y aprobación en las cámaras legislativas. Todo este ejercicio ubica al SPS como parte de las políticas públicas en salud. Sin embargo, en el Estado de México su introducción ha tenido otros comportamientos. Esta vía de introducción del Seguro Popular evitó procedimientos reglamentarios para la existencia del Seguro Popular en el estado, como lo fue a nivel nacional.

En su etapa de inicio en la entidad, se aplicó utilizando para ello la propia estructura estatal de salud y los mismos recursos humanos y materiales.

Fue a inicio de la siguiente administración estatal en el año de 2005 cuando el Seguro Popular de Salud se plasmó en el Programa Estatal de Salud 2005 – 2011, documento emitido por el ejecutivo estatal, donde se especifica que se impulsará al Seguro Popular en el estado. Este al parecer es el único documento estatal donde se habla del programa; porque el resto de los documentos como la Ley General de Salud, el Código Administrativo y el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, solamente establecen que las acciones de la Secretaría de Salud al Estado de México deberán contribuir en el cumplimiento de la Ley General de Salud emitida por la SSA.

Este Programa Estatal se plantea que para el año 2010 se sume la entidad, a las metas federales de afiliación al programa, a través de las acciones de ampliación de inscripción de toda la población mexiquense sin derechohabencia, y cuente con la cobertura del Seguro Popular de Salud, cubriendo de esa manera el derecho a la salud de toda la población expresado en la Carta Magna.

En el municipio que se seleccionó para hacer el estudio en los servicios de salud, en el momento de la afiliación, a los usuarios del programa se les ofreció que recibirían atención médica de calidad en el Centro de Salud, entregándoles sus medicamentos y en caso de ser necesario, se les referiría al Hospital General. Más el programa inició sin la coordinación ni aún dentro de los mismos Centros de Salud. Se presentaron quejas sobre la falta de medicamentos, la mala atención que brindaron, el exceso de trabajo, la falta de

equipo, las malas condiciones de la infraestructura o cuando los refirieron al Hospital General no los atendieron. Toda esta situación generó inconformidad tanto en los usuarios, como en los prestadores de servicios y funcionarios de los servicios de ambos nivel de atención. Con todo, el programa se ha venido ejecutando y en el primer nivel de atención se mantienen las quejas.

No obstante que en el discurso oficial nacional se planteó al Seguro Popular como la solución o reforma fundamental para resolver los problemas de salud, muy pocos años después de haberse implementado, existen notas en los medios de comunicación controversiales sobre su implementación. Éstas, giran en torno al financiamiento del programa, la afectación del presupuesto de los estados, el incremento de la desigualdad en la atención, la falta de personal capacitado, la falta de medicamentos suficientes en las farmacias de los centros de atención, cambios operativos en los Centros de atención, sobredemanda de los servicios e inconformidades laborales.

Desde el punto de vista sanitario y como programa emitido por la Secretaria de Salud de la federación, no se tienen reportes específicos que manifiesten que el Seguro Popular ha contribuido a disminuir la prevalencia e incidencia de las principales enfermedades que afectan a la población.

Por las revisiones de estudios que se han hecho, se puede decir que en la actualidad existen pocos trabajos que relacionen la política de salud general con los impactos en las políticas de salud estatales. Más específicamente, son menos los que relacionan los efectos de la reforma de la política de la salud mexicana con la formulación de las políticas estatales con su implementación dentro de los servicios estatales, la prestación en los servicios locales y la opinión de todos los involucrados en los programas de salud que se operan bajo esta nueva visión de reforma; dando como resultado el desconocimiento integral de los cambios operados en la política de salud en México, por lo que la problemática que considera esta investigación, es entender cuál es el significado del Seguro Popular de Salud como parte de la Reforma a la Salud en espacios concretos.

Tal idea surge por el hecho de identificar que para su ejecución, se han generado cambios sustanciales tanto jurídicos como estructurales y financieros en el sector, que

afectan tanto el ámbito nacional, estatal y local, lo que nos hace suponer un alejamiento del derecho a la salud, un aumento en la segmentación del sistema y cambios de las funciones de la Secretaría de Salud.

Estas situaciones hasta aquí planteadas generan el planteamiento de una serie de interrogantes ¿cuál fue el proceso de formulación que tuvo el SPS para incorporarse a las políticas nacionales?, ¿cuál fue el proceso de formulación que tuvo el SPS para incorporarse a las políticas de salud del Estado de México?, ¿cuál fue el procedimiento que se realizó para incorporarse a la agenda sanitaria del Estado de México?, ¿cuáles son los cambios normativos y estructurales en salud que el SPS ha generado a nivel nacional?, ¿cuáles son los cambios normativos y estructurales en salud que ha generado a nivel estatal?, ¿qué papel desempeña la Secretaría de Salud en la implementación del Seguro Popular de Salud?, ¿cuál el papel de los servicios estatales de salud del Estado de México en la implementación del Seguro?, ¿cuáles son los cambios que introduce el SPS en la atención médica?, ¿cuáles son las fuentes de financiamiento en los servicios locales?, ¿cuáles son las consecuencias en la atención de la población?, ¿cuál es la satisfacción de los trabajadores y usuarios?, ¿cuál es la opinión de los participantes en el proceso de Implementación y en qué basan su opinión?, ¿cuál es el significado del Seguro Popular de Salud en el marco del proceso de transformación de las instituciones de salud en México, especialmente para el sistema público de salud?.

Todas estas preguntas se relacionan con los efectos que el Seguro Popular tiene a nivel de estatal y local, en términos normativos y operativos, en los Centros de Salud y Hospital General en donde se lleva a cabo y que forman parte del objeto principal de la tesis.

2.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Son escasas las investigaciones sobre la relación que existe entre la formulación de las políticas de salud, los impactos en el funcionamiento, la operación de los servicios los efectos a favor de la salud y la opinión que tienen sobre los servicios que se prestan los que participan en su implementación, por lo que esta carencia justifica la realización de la presente tesis.

Trabajos de este tipo pueden permitir conocer la relación que existe desde nivel macro al formular las políticas hasta nivel micro en la operación en los servicios de salud; teniendo además una comprensión sobre las razones que motivaron su diseño e implementación y la opinión que tienen los actores en ese proceso.

2.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

GENERAL

Describir los cambios operados en la política de salud de México en el periodo 2000-2006 en relación a la creación del Sistema de Protección Social en Salud y su forma operativa llamada Seguro Popular de Salud y describir y analizar su impacto en el Estado de México, particularmente en relación a la prestación de servicios en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad.

ESPECÍFICOS

- Describir y analizar el proceso de formulación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud como parte de la política de salud, a través de la recuperación de las posiciones de los actores.
- Sistematizar la legislación y reglamentación que se genera antes y después de la aprobación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud y que forman el cuerpo legal a nivel nacional y del Edo de México.
- Describir, caracterizar y analizar el proceso de implementación de esta política en un Centro de Salud Urbano y un Hospital General ubicados en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Edo de México.
- Conocer la opinión de usuarios y personal de salud sobre el proceso de implementación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud en torno a los servicios de salud que reciben y producen.

2.4 HIPÓTESIS

El Seguro Popular de Salud de Salud es parte fundamental de la reforma de las políticas de Salud y cambia el papel y función de la Secretaría de Salud interfiriendo en los procesos de fortalecimiento público; a nivel estatal se aplica dentro de las políticas estatales en salud como un programa vertical y a nivel local no mejora sustancialmente las condiciones de atención en el municipio.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO - METODOLÓGICO

3.1 MARCO TEÓRICO

Desde el punto de vista de esta investigación, se considera que las llamadas Reformas a la salud, son un tipo particular de cambios, que tiene por objeto privatizar los servicios de salud que el Estado brinda a la población general, reduciendo además, las funciones de lo público (Tetelboin, 2007) y que se han venido aplicando desde la década de los ochentas.

En este capítulo se presentan conceptos que no sólo se han seleccionado para acercarnos al problema de estudio, para lo cual se ha revisado el aporte de diferentes estudiosos y que al considerarlos, sino que permiten ser el sustento teórico de este análisis.

Hay que empezar ubicando que el tema de la investigación se refiere a un campo de práctica social específico, al que denominaremos como prácticas en salud, cuya expresión fundamental en la sociedad capitalista es la “práctica médica”. Esta práctica es hegemónica y se impone como la práctica más reconocida que subordina a las demás prácticas que tienen en su preocupación el cuidado del cuerpo (Donangelo, 1976). Sin embargo, un primer elemento que distancia a este concepto de otros tratamientos, es que se trata de una práctica socialmente determinada y además que se trata de una práctica histórica, es decir, que adquiere sus características según el momento de que se trate.

En este caso, se especifican dos momentos del desarrollo de las sociedades latinoamericanas, atendiendo a los dos modelos de Estado que durante el Siglo XX han existido en la región.

En cada uno de ellos se organizan de manera diferencial los cuidados del cuerpo y según los objetivos sociales en curso se cumplen funciones específicas. Por las

características de cada modelo los actores se convierten en determinantes fundamentales al momento de la elaboración de políticas que desarrolla y ejecuta el Estado.

El Tema central que la tesis plantea es la transformación de los sistemas de salud bajo las llamadas Reformas a las políticas de salud, en un momento particular del desarrollo de la sociedad mundial y especialmente de aquella que se ubican en el ámbito del llamado “Tercer Mundo”, “Países en Desarrollo” o “Países dependientes” como son los de América Latina y concretamente México. Para responder al planteamiento, se hace una construcción conceptual de los elementos que definen las características de los sistemas de salud modernos y los procesos que explican su transformación dentro de esta fase de desarrollo del capitalismo.

El modelo de Estado en un momento histórico determinado y es el punto central en torno al cual se realiza el análisis. Según a los intereses que responda, podrá ser Benefactor, cuando en materia social asume la responsabilidad por el bienestar de los ciudadanos atendiendo al equilibrio en la satisfacción de los intereses de los diferentes componentes de la sociedad, con una clara intervención mediante la política social redistributiva. Puede delegar la provisión de servicios a organizaciones sociales o privadas; actuando como coordinador de las provisiones y al mismo tiempo como proveedor de último recurso.

También puede ser Neoliberal en contraposición al anterior, considera contraproducente el intervencionismo estatal y a través del manejo en el discurso oficial sobre las libertades civiles, establece políticas macroeconómicas en donde la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía es atendida bajo la lógica del mercado, permitiendo con esto el incremento de la acumulación del capital de grupos minoritarios.

Durante la última mitad del siglo pasado, por influencias externas, se han realizado reformas al Estado a través de estrategias específicas, mismas que han respondido a las instrucciones de los organismos internacionales. Las reformas neoliberales se han derivado de la aplicación de la reforma al modelo del Estado; cambiando con ello el papel que venía cumpliendo frente a la sociedad.

Hacia adentro de los países, se han generado una serie de modificaciones en las políticas, entre ellas a las sociales. Como característica de estas últimas, el Estado desarrolla programas para contener los estragos que genera los efectos de las políticas macroeconómicas y atiende las necesidades específicamente de aquellos que identifica como “pobres” a través de programas focalizados.

Todas las políticas primero tienen un periodo donde se conforma la agenda y se establecen las negociaciones y alianzas entre los grupos que se beneficiarán. Después se realiza su formulación donde participan los diferentes actores sociales que para ver favorecidos sus intereses ejercen presión al Estado de diferentes formas. Para posteriormente entrar en las etapas de reglamentación y ejecución.

Por el área de competencia, existen diferentes tipos de políticas; las que nos ocupan, son las políticas sociales en donde se incluyen las políticas de salud.

Las Políticas de Salud también han sido permeadas por las reformas al Estado; dándose cambio en las funciones que venía desempeñando el Estado, quedando de manifiesto en las instituciones de salud de cada uno de los estados.

Los elementos que a continuación se presentan constituyen el entramado teórico bajo el cual es pensado el problema. La revisión inicia con el concepto de Estado y sucesivamente se van enlazando uno a uno los elementos que nos permitirán tener el sustento teórico para nuestra investigación.

3.1.1 ESTADO

El Estado se entiende como el poder fundamental de la sociedad, que expresa el interés de quienes logran manifestar la fuerza para posicionar sus intereses particulares. Es la expresión de los antagonismos de clase; es por regla general el poder de la clase más poderosa, de la clase económicamente dominante, que con ayuda de él, se convierte en la clase políticamente dominante (Kautsky en Lenin, 1917).

En un país, es la institución donde tienen encuentro las distintas fuerzas sociales, en la que se confrontan los intereses antagónicos de éstas y cuyo grado de interlocución

con las instancias de gobierno depende de los recursos con que cada fuerza acude en el planteamiento de sus demandas (Hall en Granados, Tetelboin y Torres, 2006), es la entidad social que da carácter orgánico a una sociedad y tienen entre sus funciones la de proveer seguridad (Tetelboin, Granados, Tournier, y Tavernier, 2005).

Gramsci considera al Estado con un enfoque dialéctico y lo determina como la unidad de sociedad civil y sociedad política, en donde uno domina al otro, siendo un aparato con acciones puramente autoritarias coercitivas y de consenso; no puede existir una sin la otra. En la actualidad es el escenario político en el que el capitalismo ha realizado desde el reconocimiento de sus propios límites, todas sus potencialidades (De Sousa, 1998); además es “garante y organizador del pacto de dominación como ocurrió en México” (O’Donnell en Brachert, 2001).

Existen riesgos y costos socializados, compartidos por la colectividad en virtud que se convierte en interés común del desarrollo y bienestar social. En estos efectos nocivos están implicadas las clases sociales existiendo una corresponsabilidad capaz de generar la previsión con fondos económicos solidarios (Tetelboin et al., 2005)

Ante la sociedad, entendida aquí como el conjunto de individuos que se relacionan de diferente manera entre sí y que la gran mayoría de las veces comparten las mismas necesidades el Estado diseña y ejecuta políticas; permeando el modelo económico al que responde.

Locke afirmó que la sociedad son “criaturas de la misma especie y del mismo grado, nacidas sin distinciones frente a las mismas ventajas de la naturaleza y al uso de las mismas facultades que deben ser iguales entre sí sin subordinaciones ni sujeciones. En ella existe la dinámica social considerada como la búsqueda permanente de las adecuaciones correctivas para el funcionamiento óptimo y la perpetuación del sistema (Tetelboin, 1997).

Por su actuación y la forma de organizar la distribución de los bienes y servicios en el desarrollo del capitalismo reciente, podemos plantear que han existido dos tipos de Estado: el Estado Benefactor y el Estado Neoliberal.

3.1.1.1 ESTADO BENEFACTOR

Como resultado de la lucha de obreros a finales del siglo XIX en Europa occidental surgió el Estado Benefactor dentro del modelo económico capitalista. Su compromiso fue el cumplimiento de los derechos sociales. Aunque en esencia se aplicó inicialmente en Europa, abarcó también a los países de Latinoamérica y adquirió diferencias, atendiendo a sus propias características sociales. En esta región del mundo, se caracterizó por una presencia fuerte y activa del Estado, impulsada por el modelo de industrialización por sustitución de importaciones (Fleury, 2004). Aquí el Estado se complejizó, convirtiéndose ya no tanto en un centro de antagonismo de las clases sociales, sino en una condensación y mediación de todas ellas para llegar a ciertos compromisos, a través de la presión y la negociación política. En este modelo de Estado permanece la estructura fundamental del sistema capitalista, ya que no se sustituye el modo de producción dominante, sino que sólo se pretende corregir las fallas de funcionamiento (Medina, 1998). La amplia intervención del Estado en la mayor parte de las actividades económicas, está unido a un modelo fundado en la iniciativa privada (Salinas, 1992) y tiene estrecha vinculación con el nivel de industrialización que la propia burguesía encabeza, necesidad burguesa que retoma el Estado y la convierte en parte del proyecto de nación, siendo además instrumento de su propio desarrollo (Salinas, 1992); de esta forma, los grupos de la burguesía se convierten en clases dominantes y adquieren poder ante el Estado, al ser ellos los que dan el desarrollo económico al país.

El impulso de la economía genera núcleos de desarrollo con el incremento de la población que plantea nuevas demandas tanto a los patrones como al Estado. En las relaciones obrero patronales el Estado es garante de esta nueva relación, estableciendo acuerdos trilaterales (Estado, empresas y sindicatos) mediante los cuales, los trabajadores aceptan la existencia de la propiedad privada de los empresarios sobre las fábricas y herramientas; y los empresarios aceptan la existencia de sindicatos que plantean las demandas de sus agremiados, mismos que son reconocidos por el Estado (Brachet, 1996).

Por su parte el Estado realiza una gama amplia de funciones económicas, la regulación de la demanda, estructura el mercado de trabajo y garantiza las condiciones de

reproducción del capital. De esta manera, se incrementa su actividad, centralizando las actividades en diferentes esferas convirtiéndose en empresario e incrementando la cantidad de la burocracia, y con ello el gasto público. También interviene de manera importante, como principal inversionista de la economía nacional, al crear diversas empresas, por lo que existe un aumento de los empleados públicos (Medina, 1998) convirtiéndose en propietario de los medios de producción y el fortalecimiento de las instituciones.

En lo social extiende los servicios sociales e incrementa las funciones colectivas de la sociedad, siendo su objetivo primordial el lograr un equilibrio entre la libertad privada y el intervencionismo público, entre el liberalismo económico por un lado y la estabilidad y el bienestar social por el otro (Kusnir, 2001). Reconoce a los derechos sociales y la obligación de la sociedad de garantizarlos a través de la acción estatal, realizando acciones bajo los principios de universalidad, igualdad y gratuidad.

Procura una distribución del patrimonio mediante la generación adicional de riqueza, estimulando que parte del ingreso corriente de los individuos se use para generar patrimonio (Pfaller, en Vázquez, 2005), protege contra los riesgos de la vida, previsora ciertos rubros de consumo y un ingreso mínimo (Vázquez, 2005).

3.1.1.2 ESTADO NEOLIBERAL

El objetivo del Estado Neoliberal es la acumulación del capital en pocas manos a costa de la pobreza de la mayoría de la población. Retoma la proposición de que las crisis que presentan los países, se deben al intervencionismo estatal, el cual es anti-económico, anti-productivo, desestimula al empresario a invertir y al trabajador a trabajar además sostiene que el Estado es ineficaz, porque manipula los intereses particulares de los grupos de productores organizados, en vez de responder las demandas de los consumidores y es ineficiente porque no consigue eliminar la pobreza (BM, 1993).

Las soluciones que plantea es reconstituir el mercado, eliminando la intervención del Estado en la economía, mediante la privatización y la desregulación de las actividades económicas, flexibilizando las relaciones de trabajo y la reducción de normas y beneficios

de los trabajadores contenidos en los Contratos Colectivos de Trabajo. En el fondo de esta propuesta está la imposición de un nuevo patrón de acumulación encaminado a impulsar una nueva etapa de expansión capitalista, que entre otras cosas implica un nuevo ciclo de concentración de capital en manos del gran capital internacional (Valenzuela, en Laurell, 1992). Pero el Estado intervendrá en actividades si la economía privada y el capital financiero internacional y los grupos de intereses criollos vinculados a él, así lo requieran (Salinas, 1992).

Se visualiza las actuaciones de las instituciones creadas y fortalecidas en el modelo anterior, como campo para ampliar los ámbitos de la inversión privada a todas las actividades económicas rentables (Bodenheimer en Laurell, 1992). En este contexto es crucial la destrucción de las instituciones de bienestar social, porque constituyen una de las bases de la acción colectiva y solidaria al disminuir la fuerza disgregadora de la competencia entre los individuos en el mercado de trabajo (Esping-Andersen, 1991); o sea existe un corrimiento del Estado representado por el incremento del dominio del mercado en el terreno social (Abranhamson en Laurell, 1992). La transferencia de parte de las responsabilidades sociales del Estado a los privados y la expansión de la producción de los servicios sociales como ámbito directo de acumulación dependerá de acciones estatales específicas encaminadas a generar un mercado estable y garantizado para resolver las contradicciones políticas generadas por la imposición de los postulados (Laurell, 1992).

En su agenda sobre el crecimiento económico promueve una acelerada redistribución regresiva de la riqueza, provocando un proceso masivo de empobrecimiento y una creciente polarización de la sociedad entre ricos y pobres (Navarro, 1987), está el aumento de la tasa de ganancia del capital privado, la reducción de costos salariales, con la disminución en el costo de la fuerza de trabajo y la contención del gasto público social. Los países involucrados se caracterizan por la desregulación de los controles oficiales a favor de la producción privada de bienes y servicios, el adelgazamiento del aparato del Estado, por la venta de entidades públicas, concesión de la prestación de los servicios a la iniciativa privada, eliminación de subsidios, desincorporación de entidades públicas, crecimiento del ejército industrial de reserva, el

desmantelamiento de las instituciones de seguridad social como la desaparición de sindicatos.

Todos estos cambios han llevado a la población a tener un alto costo de vida orillándola a un estado de empobrecimiento (Laurell, 1992), existiendo un rechazo al concepto de derechos sociales y la obligación de la sociedad de garantizarlos a través de la acción estatal, oponiéndose a la universalidad, igualdad y gratuidad de los servicios sociales (Wilding, en Laurell, 1992).

Las estrategias específicas para reducir la acción del Estado en el bienestar social con la privatización del financiamiento y producción de los servicios, el recorte del gasto social con la eliminación de programas y reducción de beneficios, la focalización del gasto, o sea, su canalización a los grupos indigentes y la descentralización al nivel local (Gooby, en Laurell 1992). Las formas de satisfacción del campo de bienestar social son la familia, la comunidad y los servicios privados. El Estado solamente debe intervenir para garantizar mínimamente el alivio de la pobreza y producir los servicios que los agentes privados no pueden o no quieren producir, o aquellos que la sociedad ha llamado “bienes públicos”. Dirigiendo con discrecionalidad gubernamental los beneficios de los programas públicos a los de condición de indigencia. Propone que el bienestar social se dé por la privatización de las funciones sociales y de la producción de servicios, el recorte al gasto social con la eliminación y reducción de beneficios, focalizando el gasto social a los grupos indigentes y la descentralización local (Laurell, 1991; López, 1994).

En este trabajo se dice que los dos modelos de Estado tienen estructuras conocidas como niveles de gobierno pudiendo ser nacional, regional o local y sus actuaciones pueden estar vinculadas entre sí. Su jurisdicción corresponde a la propia delimitación geográfica u los niveles ejecutan acciones propuesto a la sociedad durante el periodo de campaña antes de los procesos electorales donde resultaron ganadores y responden al modelo económico con el que tiene afinidad el partido político que los cobijó. Estas acciones son los enlaces con los que el Estado se relaciona con la sociedad.

3.1.2 LAS REFORMAS AL ESTADO

Los organismos financieros internacionales afirman que el Estado es ineficaz e improductivo al no brindar a la sociedad los satisfactores necesarios y generar un aparato burocrático con costos elevados de operación; por lo que se encuentra en crisis y se requiere reformarlo. Lo que está en crisis es la función en la promoción de las intermediaciones no mercantiles entre los ciudadanos (De Souza, 1998). Los organismos justifican que la reforma al Estado es para lograr su modernización. Según el Banco Mundial en su informe emitido en 1993 “Invertir en Salud” el Estado es incapaz, ineficiente y frecuentemente inequitativo para satisfacer las necesidades de la población, además que los gastos son tan altos que no deben ser financiados por el erario público, ya que los recursos son y seguirán siendo escasos, por lo que la varias necesidades como la salud pertenece al ámbito privado y se sugiere realizar una modernización a través de la reforma.

Con la modernización del Estado, existe un cambio profundo en los objetivos sociales a partir de la reconstrucción misma del poder. Con ello se modifica la función y los recursos destinados a resolver la cuestión social, y a estratificar los beneficios según la participación en el mercado, cuestión que plantea estándares ciudadanos profundamente diferenciados (Tetelboin, 1995). De esta forma el Estado funda y recompone al mercado a través de un riguroso sistema de normalización política de la actividad económica y social.

En América Latina a partir de los años ochenta se plantea una nueva relación entre el Estado y la sociedad. Están incluidos cambios fundamentales en los ejes generales de la sociedad como son el modelo económico y político, a este fenómeno se le ha denominado proceso de reforma. Ha sido definida por organismos internacionales como el Banco Mundial, quien apoyándose en el modelo del Reino Unido ha obligado a los gobiernos a realizar tales acciones sin considerar sus características propias, su devenir histórico y aún menos sus necesidades (Tetelboin y Granados, 2000).

El objetivo de la reforma al Estado es liberar los recursos protegidos por la acción pública para reorientarlos a través de diversas estrategias, hacia otros destinos privados lucrativos (Tetelboin, 2007); impactando las condiciones del régimen de acumulación del

capital en el marco de los procesos de globalización y reordenamiento de la economía mundial (Tetelboin y Granados 2000). Se ha presionado a los países a emprender la odisea del cambio, sin garantizar los resultados positivos de tal aventura. En esencia son cambios fundamentales en el modelo económico y político de los países, que les han sugerido la reestructuración del gasto público en materia social.

Desde el punto de vista de Tetelboin (2005), se han planteado dos generaciones de las reformas. En la primera se realizaron los cambios legislativos para liberar la economía de los países, y en la segunda se han realizado los ajustes necesarios para que las nuevas políticas que se formulen respondan a las intereses de los organismos internacionales

Este nuevo orden mundial se expresa mediante la uniformidad de las medidas para las regiones “pobres” del mundo.

3.1.3 LAS POLÍTICAS DEL ESTADO BENEFactor Y NEOLIBERAL

Las políticas es el espacio en que tiene lugar la definición de necesidades y satisfactores de una sociedad, se confrontan concepciones e intereses contradictorios acerca de la forma en que deben resolverse las necesidades de la sociedad (Tetelboin, Granados et al. 2005). Para Oszlak (1980) son el “conjunto de sucesivas tomas de posición del Estado frente a cuestiones socialmente problematizadas”. “Son la expresión decantada y genuina del interés general de la sociedad, sea porque su legitimidad deriva de un proceso legislativo democrático y de la aplicación de criterios y conocimientos técnicamente racionales a la solución de problemas sociales” (Adelantado, en Valencia 2000). T.H. Marshall (1949) sostiene una sociedad existe la ciudadanía como un *status* de plena pertenencia y se confiere a quienes son miembros a pleno derecho de una determinada comunidad, en virtud de que disfrutan de derechos en tres ámbitos: civil, político y social.

Las políticas que elabora y ejecuta el Estado son llamadas políticas públicas; refiriéndose a lo público como la representación de la sociedad por el Estado y su actuación recae en la sociedad. Lo público “es todo aquello que el gobierno decide hacer o no hacer” estableciendo para ello estrategias, reglamentos, planes, programas, procedimientos y presupuesto (Dye, 1995). Se desarrollan como el resultado de la

confrontación de los intereses de diversos grupos que, al interactuar dentro del Estado, las define y aplica (Gerschman en Granados y Tetelboin 2005).

Aquí decimos que su elaboración se divide en tres etapas: la etapa de formulación, la etapa de reglamentación y la etapa de implementación; en todas ellas, se pueden identificar a sus actores.

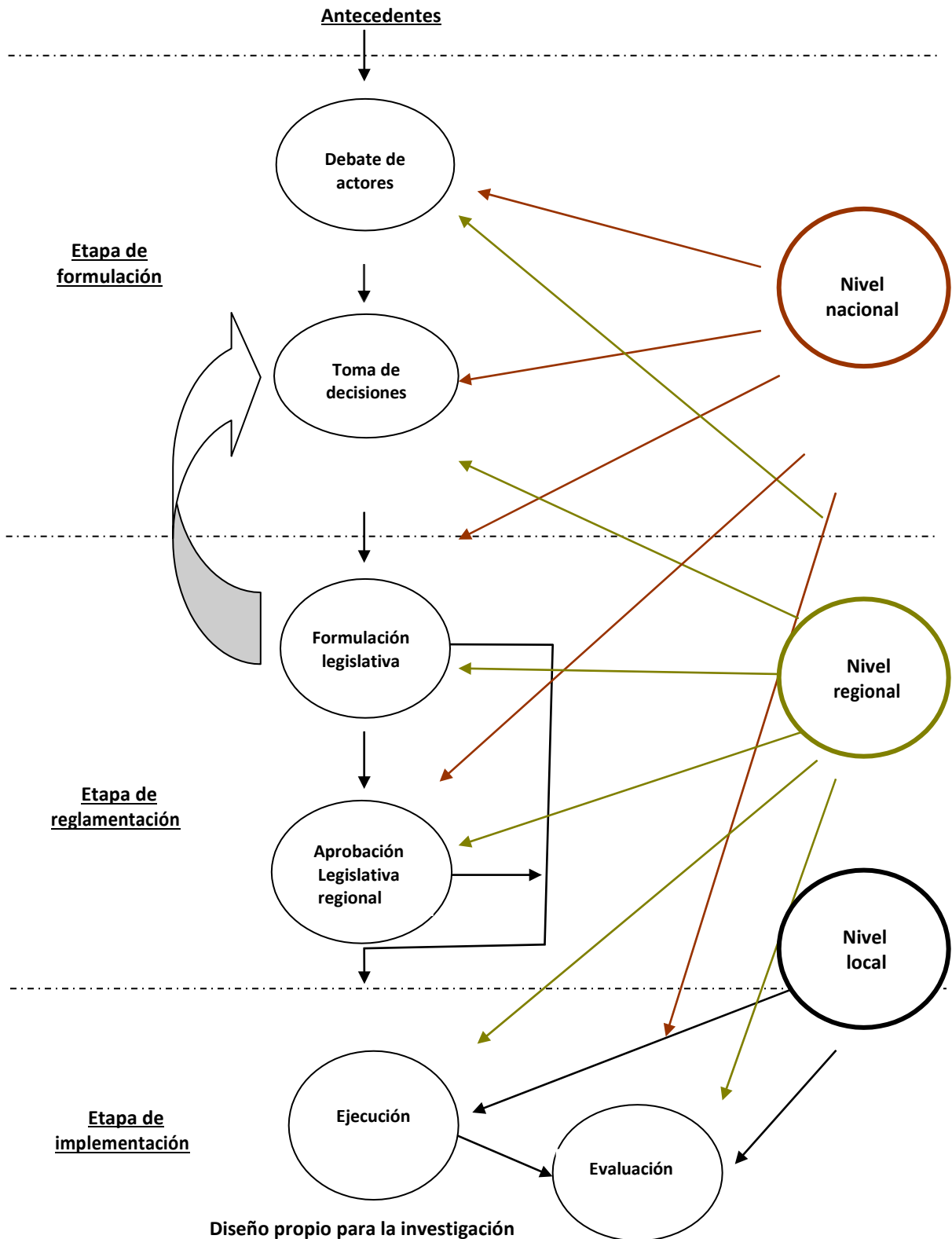
Como parte normativa de la ejecución del contrato entre la sociedad y el Estado, debe contar con la aprobación de la estructura que el pueblo ha puesto como las cámaras legislativas. Pueden ser nacionales cuando su aplicación abarcará todo el territorio, en este caso deben ser aprobadas por las Cámaras correspondientes. Se publican en los órganos oficiales de injerencia nacional. También en dependencia de su carácter pueden ser locales o estatales, teniendo una cobertura circunscrita por límites geopolíticos; aquí el órgano legislativo propio de cada entidad federativa es el responsable de dar la legitimidad.

En la etapa de formulación, se da el debate con la participación de los actores sociales, diferentes elementos individuales o sociales que son capaces de expresar claramente su posición frente a los hechos en la correlación de fuerzas y generando presión al Estado. Su capacidad se las da su poder económico, o su control sobre los medios de comunicación o su capacidad para concentrar personas. Con el resultado del debate se realiza la toma de decisiones presentando repercusiones en el surgimiento y/o modificaciones legislativas y normas de operación (Brachet, 1996). En el modelo Benefactor, son las instituciones del Estado las que convertidas en actores, presentan las iniciativas, procurando en todo momento el equilibrio entre los intereses de los empresarios y el bienestar de la población. En el modelo Neoliberal los actores están mayormente representados por intereses privados que presionarán bajo acuerdos previos para que se vean favorecidos sus intereses, estableciendo una lógica de mercado. En ambos modelos las propuestas se presentan ante aquellos que las aprobarán, como son las cámaras legislativas a nivel nacional y a nivel estatal convirtiéndose en leyes. Una vez aprobadas y dependiendo del nivel de emisión se publican en el órgano oficial correspondiente quedando oficialmente promulgadas.

Al igual que en la formulación, en la ejecución de las políticas existen varios tipos de actores sociales como lo actores ejecutores de las políticas y los actores receptores de las políticas. Los actores que operan las políticas, son las instituciones de gobierno, responsables de ejecutarlas y vehiculizan los proyectos económicos y políticos (Salinas y Tetelboin, 2005); y finalmente están los actores receptores, ciudadanos en lo individual y en conjunto. Los actores sociales, ligados a la formulación de las políticas son diferentes dentro de los dos modelos de Estado. En el modelo Benefactor son las organizaciones sociales que representan a la mayoría de la sociedad y velan por la satisfacción de sus necesidades procurando el bienestar de la sociedad; es decir el bien común. En el modelo de Estado Neoliberal, se identifican a los pequeños grupos elitistas que atienden exclusivamente a sus propios intereses monetarios y presionan al Estado para generar en la formulación, espacios apropiados donde ofrezcan los servicios que requiere la sociedad pero contribuyan en la acumulación de su capital. De esta manera se fomenta –desde el gobierno- la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios que suponen mayor rentabilidad económica.

En el modelo Benefactor, el Estado es el responsable de la elaboración de las políticas necesarias para brindar bienestar a la población, teniendo el control de la regulación social. El Estado debe considerar este objetivo y procurar la participación de todos los actores articulando su acción organizada identificando al sujeto de derechos y responsabilidades frente a un poder; también se reconoce a la ciudadanía, existiendo su reivindicación (Tetelboin, 1998); de esta manera el Estado debe emprender una serie de acciones, todas ellas a garantizar el pleno respeto de los derechos del sujeto.

DIAGRAMA1. ELABORACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD



En el Estado Neoliberal, para la formulación de las políticas existe una nueva forma de organización política la cual rebasa al Estado. Es un conjunto híbrido de flujos, redes y organizaciones que se combinan e interpenetran elementos estatales y no estatales, nacionales, locales y globales y el Estado funge como articulador (De Sousa, 1998). El Estado pierde el control de la regulación social, pero se convierte en el garante de las condiciones impuestas por los actores que participaron. En el periodo de su formulación se conduce a la elaboración de un producto, cuyo destinatario inmediato, es un actor político que está estrechamente vinculado con la toma de decisiones en los asuntos públicos (Weinmer, 1989). Su papel es apoyar la gestión de la iniciativa privada, asegurando el orden público procurando las condiciones para el desenvolvimiento del mercado, realizando solamente aquellas funciones indispensables en las que el sector privado no pueda o no quiera participar, y brindando subsidios focalizados y directos a los más necesitados (Salinas, 2000).

3.1.4 LA POLÍTICA SOCIAL EN EL ESTADO BENEFADOR Y NEOLIBERAL

La política social no puede ser abordada fuera del desenvolvimiento que caracteriza a la economía y la política, es decir es constitutiva del poder político de un sistema social (Salinas, 2000) por lo que existe una vinculación de la política social al proyecto económico (Laurell, 1992).

Desde diferentes perspectivas, se entiende a las políticas sociales como el enfoque dirigido de las acciones del aparato de gobierno para lograr un estado de bienestar de la sociedad. Son parte del Estado y con ellas toma una posición (Oszlak, 1980) estableciéndose una relación con la sociedad. Se deben ver considerando los distintos momentos de pragmatismo y flexibilidad ante los conflictos sociales que se viven (Brachet, 1996). Son el espacio en el que tiene lugar la definición de necesidades y satisfactores de una sociedad particular en un periodo histórico determinado, donde se confrontan concepciones e intereses contradictorios acerca de la forma en que deben resolverse las necesidades de la sociedad (Tetelboin et al., 2005) y se convierten en herramientas de intervención del Estado y su representación institucional. En ellas se da la concreción de

diferentes actores sociales y estatales, frente a cuestiones problemáticas que plantea el propio desarrollo de la sociedad. Se deben considerar como parte constitutiva del poder político de un sistema social (Salinas, 2000). Se relacionan con los objetivos del sistema económico del país y se vinculan con la situación de la población, lo que permite decir que son una prolongación de la política económica (Salinas y Tetelboin, 2005). En un país, las políticas pueden tener una injerencia nacional o regional. Para que sean documentos rectores de la actuación del Estado frente a la Sociedad, deben ser aprobadas por el Poder Legislativo nacional o de las entidades. En su elaboración, se privilegian ciertos sectores, al interiorizar en el aparato estatal nuevas tensiones, privilegiando a unos en detrimento a otros y los derechos sociales son expuestos a la nueva caridad pública (Tetelboin, 1995). Durante su implementación comprometen el comportamiento del gasto público, cuyo impacto resulta muy sensible cuando se refiere a coberturas sociales indispensable (Salinas, 2000).

Las políticas sociales comprenden a las políticas de salud, de educación, de vivienda, recreación y seguridad social, las cuales se cristalizan operativamente en programas sociales. Este tipo de políticas, se convierten en acciones que se llevan a cabo por el Estado, para acercar a toda la población los servicios que tiendan a eliminar la pobreza y la desigualdad social.

En el Estado benefactor, se caracterizan porque el Estado, se adjudica la responsabilidad de brindar una parte importante de los servicios necesarios para que la población disfrute del bienestar social, asumiéndose como un derecho social. Este bienestar se brinda a través de instituciones de protección social reduciendo la inseguridad en momentos de vulnerabilidad individual y/o familiar (López y Blanco 2006). La política social se apoya en la desmercantilización, la solidaridad social y el colectivismo (Laurell, 1992). La aplicación de estas políticas se dirige con un enfoque de universalidad.

Se le confiere al Estado acciones exclusivas, producto de luchas políticas (De Sousa, 1998). Se caracterizan porque es él mismo, el que asume la responsabilidad de brindar todos los servicios necesarios contribuyendo a las mejoras de las condiciones de vida y de trabajo de la población para que disfrute de bienestar social. Los programas sociales como

la salud, adquieren gran importancia, siendo éstos los hilos conductores de la política de los gobiernos. El bienestar social en el Estado Benefactor se cuida y mantiene como una forma de brindar a la población calidad de vida, responsabilizándose el Estado de su cumplimiento.

Al ponerse en marcha el Estado Neoliberal, las políticas sociales cambian y son remplazadas por políticas bipolares de mercantilización y neobeneficiencia (López y Blanco, 2006). Se debaten en la contradicción que permean a todo el quehacer del Estado, apoyando activamente los procesos de expansión del capital, privatizando lo público rentable y regulan el conflicto social a través de las instituciones (López y Blanco, 2001) recrudeciendo el desempleo y la pobreza a la vez que han estrechado las coberturas de protección social preexistentes (Brachet, 2007).

En este modelo se fortalece la acumulación bajo la lógica del mercado y el Estado retrae su función; siendo la principal la acumulación, la confianza y la legitimación o hegemonía (De Sousa, 1998). Se politiza el mercado y el Estado se reconoce como un activo agente de relaciones económicas, cuyas decisiones dependen de la capacidad de presión y veto de actores sociales capaces de movilizar recursos de poder (López y Blanco, 2005), asumen un papel residual (López y Blanco, 1997).

Las cuatro estrategias concretas de la implantación de la política social son el recorte del gasto social, la privatización, la focalización del gasto social público en programas selectivos contra la pobreza y la descentralización (Gooby, en Laurell, 1992). El comportamiento del gasto público se compromete y cuyo impacto resulta muy sensible cuando se refiere a coberturas sociales indispensables, como la salud, la educación o la seguridad (Salinas, 2000).

Tienen un enfoque de beneficencia a las clases más desfavorecidas y crea su ideario político que basa en valores democráticos. El Estado retrae su función y el bienestar social se brinda mediante la participación de la iniciativa privada. Promueve la desregulación para favorecer la entrada del capital privado y con el principio del disfrute de la libre toma de decisión por individuo se genera una competencia entre los que ofrecen los servicios (Laurell, 1996).

El bienestar social pertenece al ámbito de lo privado y los servicios privados y es la familia con la participación de los privados los encargados de acercar los satisfactores a los individuos. Aquí el Estado sólo interviene a fin de garantizar un mínimo para aliviar la pobreza y producir los servicios que los privados no pueden o quieren producir y los que en rigor son de apropiación colectiva (Banco Mundial, 1987, en Laurell, 1992), por lo que se propugna una política de beneficencia pública o asistenciada con un grado importante de discrecionalidad gubernamental para evitar que se generen “derechos” (Laurell, 1992).

3.1.5 LA POLÍTICA DE SALUD EN EL ESTADO BENEFADOR Y NEOLIBERAL

En el marco del proyecto nacional y como parte de las políticas sociales, las políticas de salud entendidas como el “espacio” donde se definen, articulan y resuelven las necesidades de salud bajo formas que expresan intereses cambiantes frecuentemente contradictorios, como parte de las políticas públicas y dependen del régimen político vigente (Tetelboin, 1997), guardan una estrecha relación con la política económica y son proyectos ideológicos-políticos llevados por fuerzas políticas que se disputan la conducción de la sociedad en un momento dado (Laurel, 1993). Son un instrumento de atención a las necesidades de salud y un medio para el desarrollo económico (Granados y Tetelboin, 2006); están cargadas de determinados correlatos valóricos en función de la orientación política general y las características de las prácticas, especifican la continuidad o la ruptura de determinados “modos de hacer salud” (Tetelboin, 1997).

En el Estado Benefactor la atención a la salud se entiende como el resultado de una construcción social en la que se le concibió como un derecho creado por las sociedades democráticas, siendo el Estado el responsable de brindarlo a través de las instituciones públicas (Tetelboin y Granados, 2000).

Mientras que en el Estado Neoliberal se desprenden dos grandes ejes: la mercantilización del financiamiento y la prestación de los servicios de salud (Laurell, 1996). Se redefinen y simplifican a partir de la modernización neoliberal, justificando un conjunto de reformas que lejos de responder a la diversidad epidemiológica, fragmentan y limitan el quehacer público en salud desestructurándose las formas de dominación

corporativa, limitándose la intervención estatal en la economía y desplazamiento de las responsabilidades en la producción de servicios para los distintos grupos sociales (Blanco en López 1997, López y Blanco 2001 y 2006). De allí se desprende que la salud pertenece al ámbito de lo privado y que las necesidades de salud deben ser resueltas por los individuos en la familia o el mercado (Laurell, 1996). Se convierten en un bien cuya responsabilidad es de los individuos y de las familias (BM, 1993). La salud emerge como campo mercantil privado, con una medicina comercial, altamente tecnificada y un paquete de servicios médicos esenciales dirigidos a los más marginados (BM, 1993). Donde los servicios médicos deben ser otorgados por seguros y la producción de los servicios sociales privados desempeñan un papel importante (Navarro, 1989). El Estado solamente se queda con la obligación de atender necesidades de salud de la población pobre que sean de alta externalidad. Esta atención será a través de un paquete de acciones reducidas que tienen un alto impacto y un bajo costo (Banco Mundial, 1993). Este paquete es demasiado reducido y pensado para realizarse con la tecnología simplificada y por personal de baja calificación (Laurell, 1996).

3.1.6 LAS INSTITUCIONES Y LOS NIVELES DE ATENCIÓN

Ante la sociedad el Estado reconoce que las diferencias sociales generan riesgos a la seguridad que no pueden ser enfrentados por el individuo aislado (Tetelboin et al., 2005) por lo que también reconoce como derecho, la protección del ciudadano aún en estado de indigencia. Crea una relación con la sociedad donde se consideran para satisfacer sus necesidades a las Instituciones, que se corresponden, aunque no de manera exacta y permanente con determinados modelos que dependen de los derechos de acceso y características de atención (Tetelboin, 1997). Vehiculizan los proyectos económicos y políticos, pero no los definen (Salinas, 2005). Su actividad relevante, es la formación intelectual de la población, la creación de un sentimiento de identidad y la implementación de medidas de previsión o seguridad social; implementando una serie de programas sociales legales encaminados a paliar los grandes problemas económicos y sociales de la población trabajadora, pero al mismo tiempo para mantener y fortalecer la

mano de obra que necesita la producción, aumentando la demanda de productos (Medina, 1998). Estas actividades quedan plasmadas en leyes específicas que son ejecutadas por las instituciones de salud y son el resultado de un poder público que diseña e instrumenta estrategias de intervención de acuerdo con una ideología particular sobre cómo deben resolverse los problemas de la sociedad (Tetelboin, 1997). Operativamente aquí decimos que son todas las organizaciones que brindan servicios médicos a la población y se encuentran localizadas en todo el territorio nacional en momentos sociohistóricos particulares. En el ejercicio de sus funciones deben cumplir de manera obligatoria la normatividad emitida a nivel nacional por la estructura que las creó. Se pueden clasificar de diversas formas; sin embargo las catalogamos de dos maneras. Por la vía de financiamiento pudiendo ser privadas o públicas o por la población que atienden: sin derechohabiencia o con derechohabiencia; derechohabiencia ligada a los modelos de contratación laboral de la población.

Considerando la complejidad de los servicios que otorgan a la población pueden dividirse en tres niveles de atención. En el primer nivel se ejecutan las acciones tendientes a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. En el segundo nivel se realiza el diagnóstico temprano, tratamiento y control de enfermedades, algunas especialidades, las más comunes como traumatología, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugías menores. Finalmente en el tercer nivel se atienden enfermedades que requieren un alto grado de especialización del personal utilizando equipamiento y medicamentos de mayor costo.

La especificación de nivel, permite realizar un direccionamiento del presupuesto, las instituciones de primer nivel tienen un costo menor al que exige las de tercer nivel. Esta relación operativa y de financiamiento permite que la cantidad de unidades de primer nivel sea mucho mayor y sean factiblemente accesibles a la población en comparación a las de tercer nivel. Cuando la población requiere acudir a los servicios de salud se debe presentar en los espacios de primer nivel, ahí se le realiza una valoración y si sus necesidades están dentro de una etapa inicial se le brinda la atención requerida, de lo contrario si requiere de una atención más especializada es referido a un segundo

nivel y si su estado lo requiere se le “*refiere*” a un tercer nivel, dándose al final del tratamiento, la “*contrarreferencia*”. La asistencia de la población a las instituciones dependerá de su garantía de seguridad social que tengan o no o de su situación económica para solventar los gastos que se generen.

3.1.7 LAS REFORMAS A LAS POLÍTICAS DE SALUD

Las instituciones de salud que utilizaba en el Estado Benefactor fueron modificadas a través de las reformas a la salud atendiendo al nuevo modelo impuesto. La reforma a la salud corresponde a un tipo específico de política, en un momento determinado de la fase actual del capitalismo, destinada a mercantilizar los sistemas de salud, ocurre desde el Estado sobre el conjunto de instituciones.

Las reformas son un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ellos lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población (Infante, 2000). Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la satisfagan y viabilizan” y también afirma que “no todos los cambios en el sector podrían llamarse reforma, en algunos casos los cambios son sustantivos y planificados en otros no” (Infante, 2000). Para Tetelboin (2005) “es un tipo específico de transformación de los sistemas de salud, destinada a reorientar hacia el mercado las políticas sociales y de salud, y a impactar en el conjunto de aspectos constitutivos de las instituciones públicas y de seguridad social, que habían estado protegidas por las políticas de Estado previas, reordenándolas”. La reforma a la salud transita de los derechos sociales a la igualdad de oportunidades, de universalidad a propuestas crecientemente selectivas, de solidaridad a individualización de costos; de integralidad a fragmentación y de equidad social a equidad sectorial (López y Blanco 1997).

En 1995 los países integrantes de la Organización Mundial para la Salud definieron a la reforma a la salud como el proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las

diferentes instancias y en las funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad de las prestaciones, la eficiencia de su gestión, la efectividad de las actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de la salud de la población (Rivas, S/F).

Según Mesa-Lago (2005) las reformas a la salud tienen los siguientes objetivos: (a) descentralizar y desmonopolizar la provisión de servicios por los subsectores, público y de seguro social, a través de múltiples aseguradoras y/o proveedoras, con un papel crucial del subsector privado y mayor independencia o autogestión de los hospitales; (b) separar las funciones de rectoría/regulación, aseguramiento o gestión, financiamiento y provisión; (c) introducir la libertad de elección del proveedor por el asegurado o usuario; (d) ampliar la cobertura, extender la atención primaria a través de un paquete básico de prestaciones y mejorar la calidad de los servicios; (e) promover la equidad, reasignando recursos para reducir la brecha entre las regiones y municipios y focalizar los subsidios fiscales en los pobres; (f) aumentar la eficiencia, así como la autonomía y rendición de cuentas del sistema de salud, especialmente de los hospitales; (g) cambiar el financiamiento tradicional desde el presupuesto fijo hacia reembolsos por la provisión de servicios, de subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda; (h) reducir el gasto público y recuperar costos a través de copagos y cuotas de uso, e (i) promover una mayor participación y control social.

Dentro del marco de las reformas de salud se transita de derechos sociales a igualdad de oportunidades, de universalidad a propuestas crecientes selectivas, de solidaridad a individualización de costos, de integralidad a fragmentación y de equidad social a equidad sectorial (López, 1997). Se argumentan que se deben mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios, mejorar la calidad de la atención, lograr mayor equidad con menores costos. Los servicios deben manejarse con criterios mercantiles y quedar en manos de los privados que operan bajo la lógica del mercado, quienes garantizan la cobertura y la eficiencia. Aquí la función del aparato del Estado es modificar la regulación existente y de esta manera puedan entrar los recursos privados que en la mayoría de los casos son extranjeros. En esta liberalización donde se permite la libre elección de los servicios, se busca el consenso social, hablando de

universalidad y de equidad la cual se sobrentienden como sinónimo de igualdad. Los reformistas afirman que la reforma en salud se debe dar en todos los elementos que forman el aparato del Estado eficientando la gestión mediante la desregulación y reduciendo sus acciones, permitiendo que el mercado otorgue los servicios necesarios, todo esto cumpliéndose los principios de igualdad, universalidad, ampliación de cobertura.

3.1.8 LAS ESTRATEGIAS DE LA REFORMA A LAS POLÍTICAS DE SALUD

En el marco de la Reforma el Estado plantea estrategias específicas en salud, que están ligadas al modelo económico, respondiendo plenamente a los intereses que en su momento represente.

La Reforma plantea reconstruir su función en torno al mercado, eliminando la intervención del Estado en la economía, implementando tres estrategias: la privatización, la descentralización y la focalización.

En la privatización se requiere la desregulación de actividades y se genera la competencia entre los prestadores públicos y privados para aumentar las opciones y la satisfacción de los consumidores. En la descentralización se transmiten las funciones, responsabilidades a los Sistemas Estatales de Salud hasta llegar a los individuos, argumentado el pleno derecho de la libertad a elegir sus suministradores de servicios. La tercera estrategia es la focalización, en ella el Estado restringe la acción pública y solamente adquiere la responsabilidad de ejecutar programas selectivos y asistenciales dirigidos a los grupos de extrema pobreza. Son programas con alta externalidad, donde las medidas son paliativas, limitadas, y discrecionales representados por un limitado paquete de servicios de salud (López y Blanco, 1997); es decir, solamente interviene con el objeto de garantizar un mínimo de acciones para aliviar los efectos del modelo económico. Produce los servicios que los agentes privados no pueden o no quieren atender o aquellos que la sociedad ha llamado bienes públicos. Aquí se contraponen enfoques básicos sobre el concepto de los pobres, quienes son atendidos por programas focalizados, dándoles un

papel de mendicidad, cuando el Estado para satisfacer sus necesidades trabaja bajo los principios de caridad asistencial.

Sobre el tema de la transformación de los Servicios de Salud en el contexto de la economía neoliberal y su impacto con la aplicación de las llamadas “Reformas a la salud”, se presenta a continuación algunos estudios donde se identifican los diversos enfoques con que se han realizado las investigaciones, permitiéndonos esbozar un panorama de las diversas aproximaciones e interpretaciones sobre el tema.

Como se trata del estudio del Sistema de Salud mexicano, la revisión se muestra en orden cronológico con documentos emitidos en la década de los noventa cuando la mayoría los países latinoamericanos habían aplicado reformas a las normas de salud y los investigadores habían dirigido su interés para conocer cuáles habían sido los resultados obtenidos hasta el años 2006.

Se inicia con la definición que la Organización Mundial de la Salud daba sobre la Reforma, que sirve de referente teórico para abordar las aportaciones de las investigaciones a nivel región; después se presenta lo más relevante en México.

La OMS en 1994 define a las *reformas* como el “proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ellos lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población”.

El Banco Mundial argumenta que la implementación de “las *Reformas* son necesarias para obtener mejores resultados en salud, mayor equidad así como la satisfacción de los consumidores. Su propósito es lograr una mayor equidad en las prestaciones de la salud, asegurar más eficiencia en la gestión del sector y una mayor efectividad para responder a las crecientes y muy diversas demandas de salud de la población” (Funsalud, 1997a).

Erviti y Leyva (España, 1995) investigaron la Reforma Sanitaria en España, para conocer cuál es la participación de los actores sociales y políticos en el proceso de formulación de la política de salud. Identificaron cambios sustanciales entre la propuesta y

lo expresado en la Ley General de Salud (LGS), y encontraron que los cambios tienen relación directa con los grupos de interés que participaron en el proceso de formulación de la ley, donde los intereses privados obtuvieron importantes concesiones; asimismo, la privacidad de las negociaciones políticas son un obstáculo para la aplicación del poder del control público. Con la LGS se logró cierta regulación para la conformación del sistema de salud, pero el articulado es lo suficientemente ambiguo como para permitir interpretaciones y negociaciones permanentes que llevan a una alta flexibilidad en su implementación.

López Pardo (1997) hizo un estudio para conocer las características esenciales de la Reforma de salud en Colombia, Chile, México y Venezuela, encontrando una situación contradictoria; por un lado, las reformas sanitarias persiguieron como fin el proporcionar servicios de salud a grandes masas de población carentes de estos servicios, como consecuencia de las iniquidades sociales prevalecientes y por otra parte, las políticas en las que estas reformas se sustentaron, han sido una continuación de las llamadas “políticas de ajustes” responsables de exacerbar esas iniquidades sociales en América Latina.

Julio Suárez Jiménez en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social en 1997 sostuvo que ante la crisis que presenta Cuba por el bloqueo exterior, es fundamental consolidar los logros alcanzados en la salud, retomando el desarrollo del sistema en la nueva realidad nacional, avanzando hacia los niveles superiores en la salud de la población, identificando objetivos como alcanzar mayor efectividad y eficiencia en la gestión de salud, mejorar la calidad de los servicios y garantizar la equidad y sustentabilidad del sistema, manteniendo su carácter público y universal sin acudir a fórmulas privatizadoras.

Gerschman (1999) realizó una reflexión sobre las reformas de los sistemas de salud y de políticas sociales en el marco de las reformas del Estado. Apoyándose en la bibliografía de los 90, presentó las distintas visiones explicativas de la crisis del Estado de Bienestar, en donde las políticas sociales se encontraron profundamente cuestionadas. Mostró que ese argumento tuvo una función específica para introducir cambios de

carácter neoliberal en la política económica, generando la abstención del Estado en el plano social, la desregulación de las economías nacionales en favor del libre mercado, sobredimensionado el papel del mercado financiero internacional. En este contexto analizó las reformas de la seguridad social y de los sistemas de salud. Planteó que dentro de las transformaciones que se realicen se debe considerar la salud de la población como resultado de las condiciones de vida, considerándola como un derecho de ciudadanía y un deber del Estado de proveerla para todos.

En la Conferencia sobre las reformas de salud en América Latina (Inglaterra, 1999) la delegación mexicana en voz de Pelcastre, concluyó que no existen fórmulas mágicas para que los gobiernos latinoamericanos implementen las reformas. Sólo existen lineamientos generales para adaptarse a las condiciones específicas de cada país.

Iriart, Merthy y Waitzkin (2000) presentaron los resultados de una investigación comparativa realizada en algunos países americanos como Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Estados Unidos. Analizaron el proceso de exportación de la atención gerenciada (especialmente desde Estados Unidos) y su incorporación en los países latinoamericanos. Llegaron a varias conclusiones: la adopción de la atención gerenciada muestra el proceso de transnacionalización del sector salud, el ingreso de los principales capitales financieros multinacionales en el sector privado de seguros y de prestadores de salud, y su intencionalidad de participar en la administración de las instituciones estatales y de los fondos de la seguridad social médica. El proceso de reforma, implica la paulatina adopción de la atención gerenciada, facilitado por las transformaciones operadas a nivel ideológico. Concluyeron que *la reforma no es la única opción, ni la mejor, desde la perspectiva de la salud de los conjuntos sociales, existen muchos grupos que están trabajando en proyectos alternativos articulándose con grupos ligados a universidades, servicios de salud, organizaciones no gubernamentales y partidos políticos.*

González Rossetti y Mogollón (2000) realizaron un estudio en Colombia y México sobre la capacidad del Estado en impulsar propuestas de reforma de salud, concentrándose en los elementos que buscan incrementar la factibilidad política para formular, legislar e instrumentar propuestas de cambio. De los hallazgos se destacaron las

claras similitudes entre las estrategias políticas usadas por los grupos encargados de la reforma de salud y las aplicadas por equipos tecnocráticos a cargo de las reformas económicas en estos países. Se argumentó que las estrategias sobre la creación de nuevos actores en el sector como las organizaciones privadas de financiamiento y provisión de servicios resultaron efectivas, no así las estrategias de transformación de los viejos actores (como los servicios prestados por los ministerios de salud e institutos de seguridad social) siendo esta estrategia una limitante considerable en el avance de las reformas.

Vázquez Siqueira, Kruze y Da Silva (2000) analizaron la participación social como una política en los sistemas de salud de América Latina y describieron la evolución del concepto, las condiciones para su utilización e implementación en el contexto de las reformas en Brasil y Colombia. Concluyeron que las políticas de participación social en salud, no son un elemento novedoso, introduciendo un enfoque en función del mercado. Puntualizaron la necesidad de la existencia de mecanismos y espacios de participación como elemento democratizador, requisitos de orden político, organizativo y poblacional. La instauración de esta participación social en los países investigados, es reciente y su puesta en práctica está encontrando dificultades.

López y Blanco (2001) realizaron un análisis transexenal (1982-2000) sobre la transformación de las políticas de salud en México, identificando un periodo dividido en tres partes, correspondiente a cada uno de los sexenios: el primero la transición, el segundo la mercantilización y beneficencia y el tercero el fortalecimiento de los mercados de la salud. El proceso de transformación es parte del conjunto de reformas secundarias derivadas de la adecuación subordinada del campo social a las políticas de ajuste estructural del Estado impuestas por organismos financieros internacionales.

Hernández Gómez analizó en 2002 los efectos de la globalización en las reformas aplicadas en América Latina, concluyendo que las tensiones sociales resultado de las reformas, han causado inquietud en las instituciones financieras internacionales. Las políticas neoliberales no reconocen los efectos inequitativos de la globalización y sus soluciones a la crisis, no están orientadas a actuar sobre las causas, sino sobre las manifestaciones, mostrándose incapaces de resolver los problemas sociales sino que por

el contrario acrecentaron la inequidad. Plantea que la reforma debe verse dentro de un contexto social más amplio, e implicando un mayor gasto público en salud, eficientando de manera equitativa los recursos, con una mayor participación de los diferentes actores, atendiendo las necesidades de cobertura, abandonando la exclusión y la selectividad asistencial; privilegiando a la salud como derecho humano fundamental que promueva el bienestar y la calidad de vida de la población y el desarrollo de las naciones.

Mitjavila et al. (2002) realizaron una revisión y análisis de las propuestas de reforma del sector Salud en Uruguay y de sus efectos en la equidad, estructura institucional del sector y relaciones de poder entre los actores involucrados en el proceso. Encontraron que las características contradictorias conspiran contra los esfuerzos reformistas que intentaron introducir cambios en el mismo. Las posibilidades de reforma no residieron en la consolidación de las instituciones de asistencia médica colectiva, ni en la aplicación del modelo residual, sino que fue un proceso de reestructuración pasiva del sistema, con una tendencia a la profundización de una distribución regresiva de beneficios y servicios.

Findling et al. (2002) estudiaron el proceso de reformulación de la política de la Seguridad Social Médica en el marco de los intentos desregulatorios durante el período 1998-2000, para la cual, analizaron los efectos sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud. Visualizaron una lenta implementación de las reformas propuestas desde el Estado, entorpecida por continuas negociaciones entre los principales actores corporativos, que impusieron sus intereses, una creciente inequidad y mayor fragmentación por la apertura de la libre elección entre afiliados.

Vargas, Vázquez y Jané (2002) escriben un artículo donde utilizando valores neoliberales como equidad y eficiencia, analizan los resultados obtenidos sobre el mejoramiento de la salud de la población por los sistemas de salud dentro del marco de las reformas de salud. A partir de ellos, los investigadores desarrollan criterios que les permitieron interpretar algunas estrategias como el financiamiento y la prestación de los servicios de salud en Latinoamérica, estudiando los casos de Colombia y Costa Rica. Concluyeron que los principios de equidad expresados por ambos países se basan en

enfoques igualitarios, y definen objetivos de universalización de los sistemas de salud, pero los mecanismos para universalizar el aseguramiento público son distintos con resultados diferentes. En Colombia, debido a las condiciones socioeconómicas es improbable que a mediano plazo se alcance el objetivo de la universalización del aseguramiento obligatorio con igualdad de prestaciones. Por el contrario en Costa Rica, se optó por la financiación pública del sistema de salud, con igualdad de prestaciones, con independencia de la capacidad adquisitiva permitiendo poner en práctica los principios igualitarios de la equidad, con una redistribución del gasto hacia los sectores más necesitados y que a pesar de que mantiene algunas características de desigualdad, ha logrado un sistema equitativo.

Almeida (2002) en un ensayo revisó la equidad en las reformas de las dos últimas décadas en América Latina y el Caribe. Concluyó que las reformas implementadas en algunos países confirmaron la difusión de una agenda común, adaptada a las condiciones nacionales, siendo las opciones más radicales de adhesión al nuevo modelo reformista las que presentan peor impacto en términos de equidad. Algunos resultados positivos de los procesos se diluyen ante los nuevos problemas motivados por las propias reformas.

Pimentel (2003) publicó que en todo el mundo, se han emprendido acciones de reformas de sus sistemas de salud, con un crecimiento del gasto social, los gobiernos han tratado de mejorar las condiciones de vida sin haber obtenido los resultados esperados, por lo que se debe emprender la modernización de las instituciones públicas, buscar nuevas relaciones entre actores, un nuevo equilibrio entre lo público y lo privado y la necesaria sostenibilidad financiera.

Jaramillo (2003) publicó el resultado de un análisis a las reformas al sector salud en Colombia realizada en 1990, el que sustituyó el antiguo Sistema Nacional de Salud y el denominado modelo «bismarckiano» de la Seguridad Social. La reforma, consiguió multiplicar los recursos financieros, incrementando así los recursos humanos públicos y la ampliación de la cobertura de la seguridad social, incluyendo al 20% de la población más pobre beneficiaria de subsidios. A pesar de esto, se registró una caída de los indicadores

de salud pública. Concluye que existen opiniones encontradas en la evaluación de las reformas en ese país.

En ese mismo año, Hernández Álvarez publicó los resultados de un análisis de contenido que hizo al informe de la OMS del año 2000, donde según la organización, el resultado presentado es contraproducente y no concuerda con lo que aprecian la mayoría de los sanitaristas que lo estudian. Utilizando un enfoque sociopolítico, realiza un estudio específico de Colombia, llegando a concluir que existen conflictos normativos sustentados en relaciones sociales y económicas y sobre esos conflictos normativos se construyen las culturas políticas, entendidas como el conjunto de estructuras simbólicas y prácticas sociales, mediante las cuales se ejerce el poder, produciendo confrontaciones permanentes entre fuerzas de conservación y de transformación encarnadas en actores sociales, lo que constituye, en un sentido amplio, el «proceso sociopolítico» de las sociedades.

López-Casasnovas et al. (2003) se plantearon conocer si el proceso de descentralización que se había llevado a cabo en España hacía veinte años (1979-1999) era compatible con el Servicio Nacional de Salud. Llegan a concluir que el marco institucional de la descentralización sanitaria había evolucionado en España; percibida como positiva por una buena parte de los ciudadanos y de las élites sobre las políticas y resultados sanitarios. Identificaron que la eficiencia de la capacidad de innovación y de cooperación autónoma de las autoridades sanitarias así como los acuerdos de financiación a nivel central contribuyeron a disminuir las desigualdades de gasto. Sin embargo, las competencias vertical y horizontal entre los gobiernos españoles es para la ampliación cobertura y recursos financieros tuvieron, aparentemente, consecuencias negativas sobre la capacidad de coordinación y actuación en el ámbito de la salud pública, los niveles de endeudamiento, y la transparencia y legitimidad democráticas en política sanitaria.

Gattinara, Ibacache, Puente, Giaconi y Caprara (1995) realizaron un estudio para conocer la percepción de la población respecto a la calidad de los servicios públicos de salud en los distritos Norte e Ichilo de Bolivia. Los resultados que obtuvieron fueron que la reputación de los servicios estudiados está afectada por algunos elementos, como las

actitudes discriminatorias hacia la gente que pertenece a un nivel socioeconómico bajo, problemas de comunicación entre el trabajador de salud y el paciente, la percepción de insuficiente capacidad diagnóstica y terapéutica. La baja capacidad de los servicios públicos de salud para aceptar y reconocer las características interculturales de la región, hace que el desafío a ser asumido por el personal de salud del distrito es el establecimiento de puentes interculturales entre los proveedores de los servicios públicos de salud y los pacientes potenciales, así como entre los diferentes sistemas médicos coexistentes.

En México FUNSALUD en 1994 editó el informe “Economía y Salud” donde se presenta un diagnóstico de la situación que tenía el Sistema Nacional de Salud. En el informe propone hacer una reforma en el Sector Salud, en donde las políticas de salud deben consolidar un sistema universal de salud” y propone un Sistema Universal de Salud (SUSalud), la definición de prioridades y prestando los servicios a la población, a través de un paquete de 120 intervenciones denominado Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud. El documento también plantea un Seguro de Salud Nacional (SESANA), para financiar el paquete de servicios esenciales. Así mismo se plantea mezclar lo público y lo privado, y responsabiliza a la seguridad social el garantizar el acceso a los mejores servicios, más no necesariamente en prestarlos de manera directa, aceptando que otros agentes sociales como los seguros privados pueden ofrecer los servicios (FUNSALUD, 1997a).

En el año 2000 el Instituto Nacional de Salud Pública, realizó la Encuesta Nacional de Salud. En los resultados se reportan los gastos de bolsillo del hogar, en la última atención ambulatoria curativa, considerando a las diferentes instituciones que proporcionó el servicio. Se dice que el 27.3% fue para cubrir costos de consulta y el 47.2% medicamentos.

De 1995 a 2007 Tetelboin ha tenido una serie de publicaciones basadas en investigaciones y reflexiones donde ha manifestado las características de las políticas sociales neoliberales en los países de la región, las reformas a las políticas de salud, seguridad social, el papel que el Estado ha venido tomando. Ha descrito el desarrollo

histórico de la aplicación de las reformas en Chile a partir del golpe de estado. Y ha identificado las manifestaciones en la práctica de la aplicación de las reformas como la retracción del Estado en el otorgamiento de los servicios y la introducción del capital privado. Sobre México ha escrito sobre las políticas sociales, las políticas de salud y el papel de la Secretaría de Salud con la implementación de las reformas a la salud.

Por su parte Laurell en el año 2005, afirmó que como paquete el SPS no podrá ser universal a menos de que la totalidad de la población esté en capacidad de afiliarse, lo cual no será posible mientras algunas zonas (las más inaccesibles y pobres) carezcan de instalaciones mínimamente aceptables para ofrecer los servicios que promete el Seguro Popular. Esta autora ha manifestado en variados foros, diferentes análisis que ha hecho sobre el Seguro desde una perspectiva crítica.

También Homedes y Ugalde, realizaron una investigación en México (2005) donde identifican tres etapas donde se han aplicado las reformas: en 1984 inició la descentralización, en 1989 existió un auge en la reducción de la propiedad del Estado empresario, en 1994 casi se terminó con la descentralización y se inició con los programas focalizados. En el sexenio que inició el año 2000 continuaron las políticas sociales caracterizadas por la ejecución de programas focalizados. En el área de la salud, comienza a funcionar el Seguro Popular de Salud que se aplica en los estados como un programa vertical, donde los recursos que se manejaron estuvieron etiquetados y no se permitió ejercer el poder decisorio de secretarios de salud estatales por lo que detiene el proceso de descentralización de la Secretaría de Salud Federal. Representando a las cuotas de recuperación como la fuente más importante de fondos discrecionales para las secretarías de salud estatales, cuotas que son utilizadas para ofrecer incentivos a sus trabajadores, hacer reparaciones de equipo y de infraestructura y comprar materiales y medicamentos necesarios.

La presentación de las anteriores aportaciones nos permite tener un panorama sobre las Reformas a las políticas de salud y cómo se han analizado para los países de la región. Las investigaciones permiten ver que han sido diferentes los resultados de los

abordajes sobre la aplicación de las reformas a la salud en la región, así como las perspectivas de estudio de los investigadores. En todas ellas se puede apreciar que los cambios en la política económica de los países, han generado la retracción del Estado en el plano social, al reducir las propiedades del Estado empresario al disminuir las prestaciones directas, imperado la factibilidad política para formular, legislar e instrumentar las reformas; y en los procesos de implementación de las mismas, ha sido determinado por un proceso implícito de transnacionalización del sector, con una reestructuración pasiva del sistema y adopción paulatina de la atención gerenciada. También se observa que se ha multiplicado la participación privada, representada por los grupos de interés económico y político quienes en los momentos de la formulación de las nuevas políticas, atienden beneficios propios, elevando los recursos financieros de origen privado. Su aplicación se caracteriza por ser un proceso en donde se identifican perfectamente cada una de las partes como la transición, la mercantilización, la beneficencia y el fortalecimiento de los mercados de salud. El proceso ha tomado varios periodos de gobierno y se pueden identificar con cada una de las etapas de la transición. Otro factor mostrado por estas investigaciones, es el hecho que se han aplicado los nuevos modelos sobre los problemas organizacionales de las estructuras existentes y el incremento del gasto social en programas focalizados, ha generado situaciones contradictorias aumentando la inequidad siendo negativas las consecuencias en Salud Pública.

En el caso de México, han sido varios los ejercicios previos para obtener las herramientas que se retomaron finalmente en la propuesta de la creación del Seguro Popular de Salud y la continuación de la aplicación de la reforma.

3.2 MARCO METODOLÓGICO

3.2.1 DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación hizo un acercamiento al área de políticas de la salud, relacionando las acciones del Estado con el campo de la salud e identificando la función que viene

desempeñando la Secretaría de Salud en su acción pública frente a las instituciones de salud y particularmente frente a la población. Para conocer esta función se consideró al Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud, programa que actualmente se aplica en todo el territorio nacional.

La guía respondió al objetivo general *“describir los cambios operados en la política de salud de México en el periodo o sexenio 2000-2006 en relación a la creación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud y describir y analizar su impacto en el Estado de México, particularmente en relación a la prestación de servicios en el Centro de Salud Urbano y el Hospital general ubicados en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad”*.

Al cumplirlo, se tomaron en cuenta los cuatro objetivos específicos planteados: 1º describir y analizar el proceso de formulación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud como parte de la política de salud, a través de la recuperación de las posiciones de los actores; 2º sistematizar la legislación y reglamentación que se genera antes y después de la aprobación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud y que forman el cuerpo legal a nivel nacional y del Edo de México; 3º describir, caracterizar y analizar el proceso de implementación de esta política en un Centro de Salud Urbano y un Hospital General ubicados en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Edo de México y 4º conocer la opinión de usuarios y personal de salud sobre el proceso de implementación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud en torno a los servicios de salud que se estudiaron.

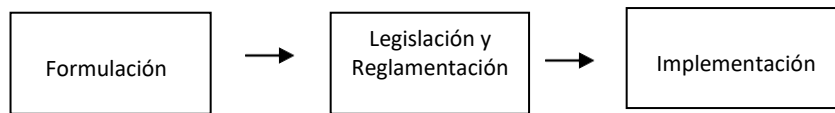
Estos objetivos específicos llevaron a considerar los tres niveles de competencias del Estado: Macro (nivel nacional), Meso (nivel estatal) y Micro (nivel local).

Niveles de abordaje de la investigación

Macro	Nivel Nacional: México
Meso	Nivel Estatal: Estado de México
Micro	Nivel Local: Municipio de Valle de Chalco

Al Seguro Popular de Salud se consideró como una parte de la política de la salud y se dividió en tres etapas de análisis: Formulación, Legislación y Reglamentación e Implementación. Estas etapas se analizan y presentan en el presente informe en ese mismo orden.

Etapas de análisis del Seguro Popular de Salud como política pública



El abordaje del objetivo general se dividió en dos partes, la primera *“describir los cambios operados en la política de salud de México en el periodo o sexenio 2000-2006 en relación a la creación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud...”* contempla las etapas de Formulación y Legislación y Reglamentación. Esta primera parte a su vez se relaciona con los dos primeros objetivos específicos.

La segunda parte del objetivo *“...describir y analizar el impacto del Seguro Popular en el Estado de México, particularmente en la prestación de servicios ubicados en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad”* se relaciona con la etapa de Implementación y con los dos últimos objetivos específicos.

El reporte de los resultados inicia con la presentación del contexto del periodo 2000-2006 sobre las reformas a las políticas de salud, para lo cual se revisaron las

propuestas anteriores que existieron a la formulación del Seguro Popular de Salud y el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, aunque este documento pertenece al periodo de estudio, su ejecución inició antes de la existencia oficial del Seguro Popular de Salud.

Para el trabajo que nos ocupa se cumplió el orden de las etapas de análisis propuestas.

La etapa de Formulación del Seguro Popular de Salud se denominó como el periodo donde existió la participación de actores sociales a través del debate. Se hizo un trabajo retrospectivo que partió de diciembre de 2001 hasta diciembre de 2003. Los actores se identificaron a nivel nacional y estatal y fueron líderes e integrantes de partidos políticos, líderes de sindicatos, instituciones investigadoras y funcionarios públicos de la Secretaría de Salud.

En el análisis del discurso se consideraron los elementos en los que lo apoyaron, las posiciones que tuvieron cada uno de los actores ante la creación del Seguro Popular ya sea a favor o en contra, así como la trascendencia de los temas que se manejaron.

Para los actores de nivel nacional se recurrió a fuentes secundarias como documentos publicados, informes y periódicos y para los actores de nivel estatal además se utilizaron las fuentes primarias como la entrevista. Las cuales fueron semiestructuradas donde se les preguntó sobre los procedimientos que se llevaron a cabo en el Estado de México para que el Seguro Popular se incorporara a la normatividad estatal.

Para la siguiente etapa de análisis se adoptaron las definiciones de legislación como el “conjunto de leyes por las cuales se gobierna un estado, o una materia determinada” (Océano, 2000) y para reglamentación “conjunto de reglas y leyes dadas por una autoridad para controlar una actividad” (Larousse, 2007). En esta etapa también se hizo un análisis retrospectivo, y se revisaron los documentos oficiales ya existentes conociendo las modificaciones que se efectuaron a nivel nacional y estatal por los cuerpos legales y ejecutores, y los documentos que se emitieron, dando con esto legalidad al Seguro Popular de Salud.

Específicamente a nivel nacional, se revisó la Ley General de Salud (LGS), emitido por el Congreso de la Unión en 1984 y fue modificada para la incorporación del Seguro

Popular de Salud. En este documento se buscaron los temas sobre las disposiciones generales, de los beneficiarios, de las aportaciones, del fondo de aportaciones, de las cuotas familiares, del Fondo de Aportaciones contra gastos catastróficos, de la transparencia, control y supervisión del recurso, de los derechos y obligaciones de los beneficiarios y de las causas de suspensión. Junto con la modificación a la LGS se emitió por parte de la Secretaría de Salud, el Reglamento General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. En este escrito se conocieron los tópicos sobre la prestación de los servicios de salud, los prestadores de los servicios, la acreditación de los servicios, del Plan Maestro de Infraestructura, del proceso de incorporación de los beneficiarios y requisitos a cumplir, la vigencia de sus derechos, la evaluación del Sistema, del Financiamiento y aportaciones al programa. También se revisaron documentos que contribuyeron a la operatividad del Seguro Popular en los servicios médicos como el Acuerdo sobre las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud. De igual forma se revisaron documentos emitidos como manuales de operación específicos.

A nivel estatal se revisó el Código Administrativo del Estado de México, el Reglamento de Salud del Estado de México, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, los Programas Estatales de Salud 1999 – 2005 y 2005 – 2011, y los Acuerdos de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el gobierno del Estado de México. En estos documentos se identificaron las obligaciones que ha tenido la Secretaría de Salud del Estado de México y los cambios que tuvo con la implementación del Seguro Popular de Salud, los servicios que se brindan y sus características. De la revisión de todos estos documentos solamente se extrajo el contenido que tiene relación con la función de la Secretaría de Salud del Estado de México y el Seguro Popular en la propia entidad.

La información que se obtuvo de todas estas fuentes, se sistematizó y agrupó en Cobertura, Financiamiento y Prestación de servicios sirviendo de referencia para conocer

cómo se lleva a cabo la implementación del Seguro Popular en los servicios médicos de un Centro de Salud Urbano y un Hospital General.

De manera complementaria se revisaron las “Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del SPS”, “Catálogo de Beneficios Médicos”, “Lista de medicamentos asociados al catálogo de beneficios del SPS”, las Normas Oficiales Mexicanas en Salud 015 “Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes”, y la Norma Oficial Mexicana Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”. En esta normatividad se conocieron las actividades que se debieron cumplir durante la atención de los usuarios de los servicios locales de salud.

Todos estos documentos nos permitieron tener los elementos de análisis necesarios para reconstruir el proceso de implementación del SPS en los servicios médicos estudiados.

La última etapa de análisis de la política, es la Implementación del Seguro Popular de Salud y se definió como la operación o ejecución del programa en los servicios de salud. Esta etapa tiene relación con el tercer y cuarto objetivo específico *“describir, caracterizar y analizar el proceso de implementación de esta política en un Centro de Salud Urbano y un Hospital General ubicados en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Edo de México”* y *“conocer la opinión de usuarios y personal de salud sobre el proceso de implementación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud en torno a los servicios de salud que se estudiaron”*.

El universo planteado fueron las instituciones de salud dirigidas a la “población abierta” que vienen implementando el programa de Seguro Popular de Salud. Se estableció la elección en el nivel local, los servicios de salud proporcionados por un Centro de Salud Urbano (CSU) y un Hospital General (HG) ambos ubicados en el municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México.

El criterio de selección del Centro de Salud Urbano fue que tuviera la antigüedad suficiente para haber implementado el Programa Estatal de Salud (otorgado a toda la

población desde la fecha de su inauguración en la décadas de los ochentas) y además el Seguro Popular de Salud para poder identificar las diferencias que se dieron. Otro criterio fue que el funcionario responsable del CSU hubiera vivido las dos experiencias. Estas características las tuvo el CSU "San Isidro". Por normatividad estatal este CSU hace la referencia de los usuarios al único Hospital General ubicado en el municipio, por lo que siguiendo este procedimiento se abordó el Hospital General Fernando Quiroz.

Aunque para fines de la presente investigación el periodo de Implementación comenzó en el año 2002, se consideró la subdivisión en el tiempo dada por las autoridades federales. La primera fue de 2002 a 2003 denominada etapa Piloto y la segunda de 2004 a 2006 conocida como etapa Formal.

Para conocer cómo se desarrolló el Seguro Popular de Salud a nivel estatal en la etapa piloto, se consideró la información obtenida y clasificada en la etapa anterior (Legislación y Reglamentación) y se desarrolló una guía de preguntas sobre: la normatividad que se ejecutaba antes de la implementación del Seguro Popular, el origen de las instrucciones, la infraestructura, recursos y humano y materiales con que contaba el programa, las acciones y programas que se ejecutaban en los servicios de salud. Las entrevistas se realizaron a actores claves que cumplieron en el año de 2002 con la función de iniciar el Seguro Popular en la entidad, por lo que tienen una idea clara de los acontecimientos. Ellos fueron: el primer responsable del Seguro Popular en la entidad, los responsables estatales de promoción y afiliación y una médica contratada como brigadista domiciliaria. También se entrevistó al Coordinador del Centro de Salud que estaba en funciones en ese tiempo y se le preguntó sobre la normatividad que se cumplía para ejecutar el Seguro, el origen de las instrucciones, los recursos humanos y materiales que contaba el Centro de Salud, que programas y acciones se implementaban, los recursos financieros con que contaba el Seguro y el destino y elementos de los informes que rendía.

La etapa Formal del Seguro Popular de Salud es el periodo en el cual habiendo cumplido con el proceso de legislación, ya contó con personalidad jurídica y con normatividad propia apareciendo en la Ley General de Salud, emitiéndose además su

Reglamento. Otra característica es que en esta etapa el Seguro Popular de Salud aparece en la Ley como el nombre de Sistema de Protección Social de Salud.

Como se especificó en la etapa de análisis de Legislación y Reglamentación, la información obtenida de los documentos normativos se consideró para conocerlos en esta etapa específica dentro de la Implementación, se diseñaron y ejecutaron tres estrategias de recolección de información: la observación de los servicios de salud seleccionados, la revisión de datos estadísticos y la realización de entrevistas.

La observación de los servicios locales de salud y su funcionamiento se realizó en el Centro de Salud Urbano y Hospital General. Para la observación del Centro de Salud Urbano, se visitó cuatro ocasiones por la mañana ya que el servicio solamente es matutino; y en el caso del Hospital General se visitó en seis ocasiones, 3 en el turno matutino y 3 en el turno vespertino.

Según Hurtado (2000), la observación es la primera forma de contacto o de relación con los objetos que van a ser estudiados. Constituye un proceso de atención, recopilación y registro de información del mayor número de datos del fenómeno a estudiar. El investigador se apoya en sus sentidos, para estar pendiente de los sucesos y analizar los eventos ocurrentes en una visión global, en todo un contexto natural. De este modo la observación no se limita al uso de la vista.

Existen la observación no científica y la observación científica. En nuestro caso la observación científica consiente en mirar un objetivo claro, definido y preciso. En donde se sabe qué es lo que desea observar y para qué se quiere hacer, lo cual implica que se debe preparar cuidadosamente la actividad.

De esta manera para realizar esta actividad se utilizó la guía observacional para conocer el entorno geográfico y la distribución espacial de las instalaciones, las condiciones físicas de los inmuebles y algunas etapas del proceso de implementación.

En la revisión de fuentes secundarias se revisaron datos estadísticos sobre datos estatales y locales de morbilidad y mortalidad, reportados en informes o documentos oficiales disponibles, emitidos por INEGI, Consejo Nacional de Población, Consejo Estatal de Población y la Secretaría de Salud del Estado de México.

La realización de entrevistas fue a los funcionarios como el director del Hospital General, el encargado del Módulo de Orientación y Afiliación y al Coordinador del Centro de Salud Urbano, a prestadores de servicios como médicos y enfermeras y usuarios del mismo en el Centro de Salud Urbano y Hospital General.

Sin pretender hacer una investigación comparativa sino de obtener una complementariedad se consideró necesario entrevistar también a usuarios del Programa Estatal de Salud (PES) esto para conocer la forma en que se han otorgado los servicios a la población que no pertenece al SPS e identificar las diferencias que se han dado con la puesta de marcha del Seguro Popular en los servicios de salud, por lo que se entrevistaron usuarios del CSU y HG que solicitaban los servicios. Los prestadores de servicios entrevistados fueron aquellos que realizaban el control de embarazo y/o Diabetes Mellitus o atención de parto y que previamente aceptaron participar en la investigación, firmando una hoja de consentimiento informado. Los usuarios entrevistados se seleccionaron según el servicio que fueron a recibir y aceptaron participar firmando la hoja de consentimiento informado, y a todos se les pidió la firma de su consentimiento informado. Los formatos tuvieron las adecuaciones propias según el rol de los participantes.

El total de las entrevistas que se realizaron en la investigación fueron semiestructuradas, se grabaron, se transcribieron y se procesaron en el programa ATLAS Ti para su análisis integral.

La elección fue de 51 sujetos: 18 usuarios del Programa Estatal de Salud, 18 usuarios del Seguro Popular de Salud; 12 prestadores de servicios y 3 funcionarios; pero al analizar saturación en las respuestas que proporcionaban se decidió disminuirla a 27 (Tabla de entrevistados).

El análisis de los documentos normativos que se hizo en la etapa anterior se clasificó en tres apartados: Cobertura, Financiamiento y Prestación de servicios, considerando toda esta información, se establecieron 20 características, que al operacionalizarse se convirtieron en una guía de entrevista semiestructuradas de 98 preguntas.

Se hace la aclaración que no todas las preguntas se aplicaron a todos los entrevistados, esto debido al rol que tuvieron y/o tienen dentro del desarrollo del programa o el conocimiento de la información que solicitada; por lo que las preguntas se adecuaron de acuerdo a cada uno de los entrevistados.

Los aspectos de la cobertura se conocieron los criterios que se debieron cumplir para realizar la extensión de la atención por zona geográfica, los requisitos de afiliación que debió cumplir la población que contrató los servicios, el mecanismo de afiliación y la vigencia del contrato. Las obligaciones y derechos que tendrían los usuarios, instituciones y prestadores de servicios.

En relación al financiamiento se conoció la procedencia y distribución de los fondos al Seguro Popular así como el monto que debieron pagar los usuarios que contrataron el Seguro Popular.

Tabla 1. Entrevistados

Categoría		Tipo	Cantidad
a.	Usuarios del PES	Diabéticos dado de alta del HG	1
		Mujer dada de alta del HG	1
		Diabéticos usuarios del CSU	2
		Mujeres embarazadas del CSU	2
b.	Usuarios del SPS	Diabético dado de alta del HG	1
		Mujer dada de alta del HG	1
		Diabéticos usuarios del CSU	2
		Embarazadas usuarias del CSU	2
c.	Prestadores de servicios	Médicos y enfermeras del HG	4
		Médicos y enfermeras del CSU	8
d.	Funcionario	Director del H G	1
		Responsable del Módulo de Orientación y Afiliación	1
		Coordinador del CSU	1
T o t a l			27

Referente a la prestación de servicios se conoció cuáles y de qué tipo debieron ser los servicios o acciones. Los medicamentos que se recetaron cuáles y de qué tipo fueron, el abasto de las farmacias, el surtido a los pacientes y el mecanismo de distribución y entrega. Se conocieron los procedimientos para la referencia de usuarios, a qué nivel y qué tipo de padecimientos se dieron. Sobre las acciones en salud se conocieron cuáles fueron los servicios de salud a embarazadas y enfermos de Diabetes Mellitus, si tenían “control del paciente” y cuál era el origen de la emisión de la normatividad para ser atendidos. En cuanto a los recursos para la prestación se dividieron en: material, equipo, infraestructura y humanos. En material, equipo e infraestructura se identificó cual fue el mecanismo para incrementar y/o mejorar. Sobre los recursos humanos se identificó cuál fue el mecanismo para la contratación y la relación laboral por la contratación. El destino y rubros de los informes que se rindieron. Los cambios en el servicio que se dieron con la implementación del Seguro Popular y si existió atención diferenciada. También se conoció la satisfacción del usuario en cuanto a la cantidad de servicios, la atención personal, la capacidad técnica de los prestadores de servicios, el surtido de los medicamentos, las condiciones de las instalaciones y el tiempo de espera y finalmente se recuperó la opinión de los participantes sobre el Seguro Popular de Salud.

4.2.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información que se recabó, tuvo diferentes metodologías de análisis. La correspondiente a las etapas de Formulación y Reglamentación, se hizo una revisión analítica de la legislación y se organizó de manera que se conoció cuáles fueron los cambios en la normatividad y el surgimiento de nueva normatividad. De toda esta información se conocieron los procedimientos que se establecieron, y los cambios en los procesos de atención en los servicios de salud por la implementación del Seguro Popular. Además de todo este acopio, se identificó y estableció una serie de características e indicadores, mismos que permitieron estructurar una guía observacional y una guía de entrevista a semiprofundidad que se utilizaron en el momento de recopilar la información en campo.

Los elementos de análisis de la observación, fueron las características de ubicación y de la infraestructura de los servicios de salud y la prestación de los mismos, lo que permitió identificar los cambios que se efectuaron con la ejecución del Seguro Popular.

En la recolección de datos estadísticos, los elementos investigados fueron los cambios en la morbilidad o mortalidad relacionada al embarazo y momento del parto y Diabetes Mellitus. Estos datos se contrastaron con la información proporcionada por los mismos servicios de salud correspondiente al periodo de aplicación del Seguro Popular

Finalmente la información que se logró de todas las estrategias de recolección se articuló, correlacionando todos los elementos obtenidos, esto para conocer el significado del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud en el proceso de transformación de las instituciones de salud en México, principalmente para la Secretaría de Salud en el marco de las reformas en salud y sus consecuencias para la atención de la población.

PARTE II

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 4

LAS REFORMAS A LAS POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO DURANTE EL FOXISMO

4.1. EL CONTEXTO POLÍTICO SOCIAL DEL PAÍS

Tras una larga campaña electoral que se caracterizó por la implementación de novedosas estrategias de mercadotecnia política, Vicente Fox Quezada llegó al poder. El 2 de julio del año 2000 el presidente saliente Ernesto Zedillo ofreció su apoyo incondicional al virtual presidente electo para llevar a cabo la transición de poderes de manera ordenada y sin sobresaltos. Su llegada al poder con casi el 42.5% de los votos a su favor representó en el país un hecho histórico porque por primera vez después de 71 años ininterrumpidos en el gobierno el Partido Revolucionario Institucional (PRI), este tuvo que abandonar la presidencia del país. Su contrincante Francisco Labastida Ochoa se convirtió en el primer candidato del PRI que perdía unas elecciones presidenciales en México. Fox también fue el primer presidente en no contar con la mayoría absoluta de las dos cámaras, de diputados y senadores; razón que le impidió impulsar la aprobación de tres reformas que planteó para su mandato: la reforma fiscal, la reforma energética y la reforma laboral. La reforma fiscal contemplaba gravar con el impuesto al valor agregado el consumo de alimentos, medicinas, colegiaturas de escuelas privadas, libros y revistas, (entre otros) pero la reforma fue rechazada.

Fox inició su gobierno con la promesa de acabar con la corrupción, reducir la pobreza, y consolidar la democracia en el país. Uno de sus primeros objetivos que planteó fue la reanudación del diálogo con la guerrilla en Chiapas para terminar con el conflicto, ordenando el repliegue parcial del ejército acampado en Chiapas, la liberación de presos zapatistas y el envío al Congreso de la Unión del proyecto de ley sobre los derechos indígenas pactado en 1996. Las propuestas fueron aceptadas por el líder del movimiento, el subcomandante Marcos, quien se comprometió a viajar a la capital para exponer en el Congreso las reivindicaciones de la guerrilla. Sin embargo, la organización de la

Capítulo 4. Las reformas a las políticas de salud en México durante el foxismo

caravana indígena hacia México D.F. fue el detonante de un nuevo enfriamiento en las relaciones entre las partes. Fox, presionado por los grupos de poder atribuyó a la guerrilla el no dar una respuesta favorable a las medidas que el gobierno había iniciado por lo que paralizó el repliegue militar y la liberación de presos. A su vez el subcomandante Marcos, acusó al presidente de orquestar una campaña de imagen para aparentar interés por solucionar el conflicto pero sin buscar una solución real para la paz. Por lo que la relación entre ambas partes se enfrió.

Al comienzo de su mandato también se comprometió a mejorar la infraestructura del país; iniciando con la construcción de un nuevo aeropuerto en la zona metropolitana de la Ciudad de México y para lograrlo se expidió el decreto presidencial que expropiaría 4 mil 550 hectáreas pertenecientes a ejidatarios, por las que se pagarían 7 pesos por metro cuadrado razón por la cual los ejidatarios de Atenco, Estado de México iniciaron los trámites legales e impugnaron ante tribunales de distrito el decreto expropiatorio (El Universal, 02 diciembre 2001); un año después el jueves 1º de agosto de 2002 a través de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, se anunció que el gobierno federal decidió cancelar el proyecto "dada la negativa de las comunidades ejidales a vender sus tierras" lamentando la muerte de un campesino (La Jornada, 02 agosto 2002).

Antes de ser elegido como presidente, prometió en su campaña que proporcionaría a cada mexicano la oportunidad de un trabajo; sin embargo ya como presidente las remesas provenientes del país del norte se convirtieron en la segunda vía de ingresos por debajo del petróleo, por lo que la política de migración se convirtió en la pieza clave de la relación con ese país. Tuvo pláticas con los Estados Unidos de América para lograr una reforma migratoria, pero los ataques terroristas del 11 de septiembre del 2001 congelaron toda posibilidad de llegar a un acuerdo. No obstante Vicente Fox siguió en la búsqueda de una reforma migratoria en ese país, la cual nunca llegó, debido a la oposición de diversos grupos en el congreso y senado norteamericano, planeando en cambio la construcción y reforzamiento del muro fronterizo en ambos países.

En cuanto a su actuación en la política exterior, se le criticó por las declaraciones ante el Consejo de Seguridad de la ONU sobre su postura en la guerra de Irak, las serias confrontaciones con países latinoamericanos particularmente contra Cuba, Venezuela y miembros del Mercosur, llegando al punto que fue considerado personero del presidente estadounidense George W. Bush.

Por los niveles de pobreza alcanzados y la pérdida del poder adquisitivo de la sociedad, las políticas sociales de Vicente Fox ocuparon un importante lugar en la política social; ésta se diseñó con estándares y requerimientos mundiales, que en lenguaje de los organismos internacionales se traduce como “recomendaciones de política” (Mota, 2002). El Programa Nacional de Desarrollo Social que implementó se dirigió a contener los estragos causados por los efectos de la aplicación de las políticas neoliberales en el país. El programa planteó los objetivos de reducir la pobreza extrema, generar igualdad de oportunidades para los grupos más pobres, apoyar el desarrollo de las capacidades de las personas en condiciones de pobreza y fortalecer el tejido social fortaleciendo la participación y desarrollo comunitario. Con el lema “contigo” planteó la participación de la sociedad como concepto representativo de la democracia a través de cuatro líneas: “ampliar capacidades” (educación, salud y capacitación laboral), “generar opciones” (desarrollo local y acceso al crédito, generación de empleo), “proveer protección social (salud y protección social, previsión social) y (formar patrimonio” (vivienda y ahorro) (Mota, 2002; Valencia, 2006) como resultado presentó ante la sociedad el programa OPORTUNIDADES. Este programa se trata de protección temporal ampliada inicialmente diseñado para el sector rural excluido, que fue incluyendo paulatinamente al sector urbano (Valencia, 2006), prueba de ello fue la otra estrategia emprendida del otorgamiento de becas a estudiantes de escasos recursos de nivel primaria y secundaria, preescolar, maternal y apoyo económico a familias marginadas de zonas urbanas.

Las acciones fueron ordenadas por grupos de edad convirtiéndose en líneas de acción, las cuales generaron una matriz en la que fueron incluidos los programas

sociales existentes y los nuevos que generó articulando todos los programas y acciones (Valencia, 2006).

En el apartado de apertura de nuevos empleos, no hubo una incorporación de aseguramiento a los sistemas tradicionales de seguridad, en cambio en el ámbito de la salud se puso en marcha el Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud, mecanismos y aseguramiento que sin depender de la condición del empleo, buscó incluir a la atención en salud a cerca de la mitad de la población excluida del sistema de seguridad social. La meta de cobertura que se planteó para el año 2010 fue de un aseguramiento universal (Valencia, 2006).

No obstante del discurso de la política social foxista, ésta no logró plasmarse en la práctica, existiendo vacíos en torno a la participación social y prevaleciendo los modos de acción tradicionales del Estado y las decisiones se siguieron dando de forma vertical (Mota, 2002).

4.2. PROPUESTAS DE POLÍTICAS PREVIAS A LA FORMULACIÓN DEL SEGURO POPULAR DE SALUD

El Seguro Popular de Salud es el programa de salud que propuso e instrumentó el Secretario de Salud Julio Frenk Mora¹ al inicio de la administración de Vicente Fox Quezada. Con la finalidad de conocer cuáles fueron los antecedentes de su formulación, se revisaron documentos editados en fechas anteriores a su emisión. Como programa del sexenio 2000 – 2006, todo parece indicar que el Seguro Popular no

¹ Como programa del sexenio (2000 – 2006), todo parece indicar que el Seguro Popular no fue una idea reciente, sino que fue preconcebida por Julio Frenk y “tiene sus raíces muy profundas en el tiempo” (Ortiz, 2006). Durante su paso por la facultad, reflexionó junto con varios compañeros de la Facultad de Medicina (UNAM-1976) sobre el objetivo del Sistema Nacional de Salud, sobre la segmentación de los servicios médicos de ese entonces y vislumbraron la necesidad de “moverse hacia un sistema universal, parejo para todo mundo, no segmentado” idea que se maduró hasta concretarse y llegar al Congreso. (Frenk, 2005). Años después, al regreso de hacer su doctorado en Michigan fundó en 1984 el Centro de Investigaciones en Salud Pública que se convertiría en 1987 en el Instituto Nacional de Salud Pública espacio donde Frenk además como primer director continuó con el análisis de los sistemas de salud, estableciendo como tema central la economía de la salud. Fue invitado por un año a la Universidad de Harvard a dar clase, oportunidad que le permitió profundizar en el tema. A su retorno a México estuvo como vicepresidente de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).

fue una idea reciente, sino que fue una idea preconcebida y “tiene sus raíces muy profundas en el tiempo” (Ortiz, 2006).

La Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) fue creada en 1985 como un “centro de análisis” independiente, no gubernamental, orientado al diseño de políticas (FUNSALUD, S/F). Esta fundación, fue inicialmente diseñada como un canal de influencia del sector privado en las políticas de salud y un mecanismo para trascender las vicisitudes de los cambios sexenales de gobierno y darle continuidad al proyecto de reforma estructural (Gómez y Ruiz, 2008). En su establecimiento, participó un grupo de médicos sanitaristas organizados por el entonces Secretario de Salud Guillermo Soberón, quienes pusieron *“en tela de juicio el sistema de partido único y el corporativismo como la forma legítima de intermediación de los intereses, y habían planteando la necesidad de una sociedad civil más actuante e independiente del Estado, como también de una mayor participación del sector privado en la conducción de los rumbos de la sociedad... que desde entonces ha tenido un papel importante en el sector salud”* (Abrantes y Almeida, 2002).

En 1993 realizó un estudio con el objeto de *“contribuir a definir y evaluar opciones para el financiamiento y la prestación de los servicios de salud, a fin de lograr que el sistema de salud mexicano responda mejor a las necesidades de la población, mediante estrategias que promuevan la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios”*. El informe editado al año con el nombre “Economía y Salud”, plantea en la tercera parte del documento la reforma del sistema de salud mexicano. Se planea que las políticas de salud se deben considerar en cuatro niveles: sistémico, programático, organizacional y instrumental. Cada nivel tiene planteadas estrategias; de estas llama la atención que por ejemplo se habla de *“consolidar un sistema universal de salud”*, y se propone establecer el Sistema Universal de Salud (SUSalud) que proteja a toda la población, eliminando las barreras institucionales segregantes, bajo el principio de universalidad, se estipula la necesidad de prestar servicios a toda la población, a través de un paquete de 120 intervenciones denominado Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud, el que incluye servicios de salud pública, de extensión comunitaria

y de servicios clínicos (FUNSALUD, 1997a). Otras líneas estratégicas plateada son aplicar la reforma al Estado en el ámbito de la salud, y mejorar el rendimiento del esfuerzo social en materia de salud mediante la definición explícita de prioridades y ser atendidas a través de un paquete esencial de servicios. También propone que la expresión financiera del SUSalud, sea el Seguro de Salud Nacional (SESANA) medio para financiar el paquete de servicios esenciales, subsidiando las primas de las familias en situación de pobreza.

Vemos que se establece que la atención de la salud de la población pobre sería a través de un paquete de intervenciones esenciales, además la definición explícita de prioridades limitaría la atención de otras necesidades de salud no contempladas en el paquete. De igual forma ya se plantea la figura de un seguro de salud como medio para el financiamiento del paquete de servicios esenciales.

El SESANA tendría carácter nacional administrado por la SSA cubriendo a la población pobre en corto tiempo descentralizándose después a las entidades; subsidiando a los gobiernos estatales conforme a la demanda.

Este seguro contribuiría al proceso de descentralización de los servicios de salud propuesto por políticas internacionales y además se visualiza el subsidio a los gobiernos pero atendiendo a la demanda, no a la oferta como se venía haciendo antes de aplicarse la reforma al Estado.

Con la creación del SESANA se complementarían la protección en salud a toda la población, generando la universalidad de la *derechohabiencia* “superando la escisión entre asegurados y no asegurados como lo manda el Art. 4º Constitucional” (FUNSALUD, 1997a).

Se plantea mezclar lo público y lo privado (pluralismo estructurado), responsabilizando a la seguridad social, el garantizarles el acceso a los mejores servicios, más no necesariamente en prestarlos de manera directa, aceptando que

otros agentes sociales pueden ofrecerlos como los seguros privados (FUNSALUD; 1997a).

El modelo de pluralismo estructurado o participación del capital privado en responsabilidades públicas de salud, permitiría su intervención a través del cumplimiento de un marco legal adecuado.

Toda la información anterior se utilizó para constituir y fundamentar el discurso oficial respecto a aspectos como el financiamiento, al argumentar que “se rompió con la creencia errónea de que el sistema mexicano de salud estaba financiado en su mayoría con recursos públicos” (Ortiz, 2006), que llevó a realizar diversas investigaciones adicionales sobre las fuentes y utilización del financiamiento a la salud (Secretaría de Salud [SSA], 2001a; Frenk, Gómez-Dantés, Knaul, 2001; Knaul, Méndez, Murray, 2001). De esta manera la investigación realizada se extendió y se aplicaron diversas técnicas que se estaban desarrollando a nivel internacional, sirviendo para el análisis, construcción de evidencias y diseño de políticas a nivel nacional (SSA, 2004), se utilizaron para sustentar la reforma a las políticas de salud. Adicionalmente al producto del informe, fue que diversos investigadores de FUNSALUD y del Instituto Nacional de Salud Pública diseñaron el paquete de servicios esenciales de salud que aplicaría la Secretaría de Salud en el año de 1996 (Frenk, González Block, Lozano, 1994).

En síntesis es estos estudios se cuantifico la magnitud del gasto privado en salud que permitieron fundamentar y proponer la reforma a las políticas de salud.

En 1994 FUNSALUD realizó la “Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México” (FUNSALUD, 1997b); que reportó entre otros datos, que la reorganización del sistema de salud se percibe como la prioridad y justificar la reforma del sistema de salud. El 44% de los encuestados, aseguró que eran mejores los servicios privados; cuatro de cada diez, pensó que “*es importante el problema financiero por el pago de la atención médica*” y la misma proporción afirmó que el pago tenía impacto en los otros gastos de la familia. Al investigar sobre el interés de participar en un

programa de seguridad social, en el que los usuarios pudieran utilizar servicios privados, cubriendo la diferencia a través de la seguridad social y su costo, el 37% contestó estar muy interesado y 33% algo interesado. Por otra parte el 70 % de mexicanos pidió que toda la población contara con seguridad social.

Si se retoma la fecha, se concluye que desde 1994 FUNSALUD hizo el estudio sobre la aceptación de la población para realizar pagos por los servicios de salud recibidos. Ahora bien el dato de que el 70% de los mexicanos pidió que toda la población contara con seguridad social, se puede decir que la población basó su respuesta considerando la amplitud del concepto, mientras que por el estudio que se realizó la pregunta fue dirigida hacia la atención médica que es parte de la seguridad social.

Más tarde FUNSALUD (1997) produce el “Observatorio de la salud” que avanza y profundiza la propuesta con base en las siguientes ideas:

se plantea un modelo de organización del sistema de salud llamado “Pluralismo Estructurado”, el cual intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares, evitando los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. Al ser “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autorizados del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado.

En el documento se afirmó que en el modelo se identifica de manera explícita las funciones que el sistema debería de cumplir (modulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios); que estaría organizado por funciones y la modulación sería la misión principal del ministerio de salud. Con esto se fortalecería la función rectora de la Secretaría de Salud, planteando que:

“el incrementar opciones para los consumidores y los proveedores, y contar con al mismo tiempo con reglas del juego explícitas que minimicen

los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia. El aumento de las opciones para los consumidores se vería acompañado por la extensión del prepago". El Estado "retiene la responsabilidad directa del financiamiento y la prestación de aquellos servicios de salud que están caracterizados como bienes públicos, tales como la vigilancia epidemiológica y la sanidad ambiental";

es decir atendería aquellos servicios que los privados no les generaría ganancias.

El modelo consideró a tres grupos sociales de la población; otorgando los servicios de salud al grupo de extrema pobreza mediante un paquete de intervenciones esenciales de costo-efectividad. Lo que se ha considerado como programas focalizados para contener los embates de la aplicación de las políticas macroeconómicas neoliberales.

Al paquete lo consideró como un instrumento de política central y núcleo de "universalidad", para que fuera otorgado independientemente de su capacidad financiera o situación laboral del usuario. Para el grupo social integrado por el sector económico informal, se planteó un paquete de beneficios, financiado por esquemas de prepago y subsidios según sus ingresos (FUNSALUD, 1997b). Vemos que en este planteamiento tiene cumplimiento una de las recomendaciones hechas en 1993 por del Banco Mundial.

A lo largo de la información obtenida de estos informes se menciona el prepago como una condición para recibir los servicios de salud.

En síntesis en estos dos libros se plantea el análisis de la situación del Sistema Nacional de Salud mexicano y en el otro se proponen las estrategias de la Reforma a la Política de Salud en el país.

Se puede apreciar que FUNSALUD ha logrado plasmar sus propuesta dentro de las políticas de salud de México como el programa de reforma en el gobierno del presidente Ernesto Zedillo (1994–2000) (Abrantes y Almeida, 2002) como en la

administración de Vicente Fox, en donde muchas de sus propuestas son retomadas del informe de 1993 “Invertir en Salud” del Banco Mundial (tabla 2)

TABLA 2 PROPUESTAS DE FUNLSALUD

Nivel de las políticas	Propósitos	Líneas estratégicas FUNLSALUD y Banco Mundial*
Sistémico	Equidad, calidad y eficiencia	1. Vincular estrechamente la salud con el desarrollo económico y social. 2. Consolidar un Sistema Universal de Salud. 3. Organizar el sistema de salud de acuerdo a funciones y no a grupos sociales.* 4. Aplicar reforma del Estado y del gobierno al ámbito de la salud.*
Programático	Eficiencia de asignación	5. Mejorar el rendimiento del esfuerzo social en materia de salud, mediante la definición explícita de prioridades.*
Organizacional	Eficiencia técnica y calidad	6. Orientar a los prestadores de servicios hacia el desempeño de alta calidad y la satisfacción de la población.*
Instrumental	Inteligencia institucional para mejorar la capacidad de respuesta	7. Fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud.*

Fuentes: Elaboración propia con la información obtenida de “Economía y salud” FUNLSALUD. 1994 e informe “Invertir en Salud” del Banco Mundial, 1993.

El estudio de “Cuentas Nacionales de Salud” realizado en 1993 le valió a Julio Frenk para que en 1998 lo invitaron a participar como director ejecutivo de Investigación e Información para las Políticas de Salud en la Organización Mundial de Salud donde “refinó mucho las ideas”(Ortiz, 2006) ahora con una visión internacional.

Todo parece indicar que la producción de este andar por diferentes espacios fue lo que le permitió a Julio Frenk incorporarse dentro del equipo de transición en salud de Vicente Fox. Este equipo específico formado entre otros por Felicia Knaul, tuvieron la consigna de “elaborar los lineamientos que permitieran echar a andar el futuro Seguro Popular de Salud tan pronto iniciara formalmente el sexenio” (Ortiz, 2006).

Revisando la información emitida por FUNSALUD se puede concluir que las propuestas de FUNSALUD están en sintonía con las recomendaciones del Banco Mundial de 1993 en donde existe una tendencia hacia las estrategias neoliberales².

4.3 EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001 - 2006

En el año 2001 al comienzo de la administración de Vicente Fox, se emitió el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001 – 2006 por parte de la federación. Como cualquier Programa Nacional, se presentó al inicio de la administración y en él se plantearon los objetivos y estrategias que se desarrollarían por la Secretaría de Salud. Tales objetivos y estrategias se convirtieron en metas, y anualmente se fue reportando su cumplimiento. De este documento se hizo una extracción de la información necesaria para la presente investigación.

Al introducirse en su contenido se lee que el PNS presentó entre los retos a cumplir *“el mejorar las condiciones de salud de los mexicanos”, “asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud; fortaleciendo al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas”* (SSA, 2001). Sobre el reto del financiamiento, el PNS planteó que un sistema de salud moderno para *“garantizar que los esquemas de financiamiento sean justos y que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud”* (SSA, 2001).

Si se dan gastos excesivos de salud, es porque los servicios que se brinda a la población no son los adecuados y no son accesibles para todos, generando en la población un abandono de su enfermedad y obligándolos a atenderse pero cuando ya están en estado avanzado la enfermedad o tienen que requerir a servicios privados.

En tal sentido,

“el sistema mexicano presenta un desempeño inadecuado. Una alta proporción de las personas no cuenta con ningún tipo de seguro, el gasto

² Se puede consultar la página 15 del presente documento para revisar la información extraída del informe del Banco Mundial *“Invertir en Salud”* (1993).

de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por lo mismo, un alto porcentaje” (SSA, 2001).

Esto se justificó al afirmar que *“la organización financiera del sistema de salud, es ineficiente y genera insatisfacción, ya que obliga a un alto porcentaje de los hogares a pagar hasta tres veces por la atención de su salud” (SSA, 2001).*

La justificación va de acuerdo a la que dio el Banco Mundial en su informe de 1993 sobre la ineficiencia de los servicios públicos de salud.

El Programa visualizó al sistema de salud como universal, equitativa, solidaria, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo, vinculado al desarrollo y proyectó que para:

“el año 2025 todo mexicano tendría acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral. El seguro de salud el acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención a la salud...se atenderán de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo explícito de reducir lo más posible las brechas en salud, y según las capacidades de pago serán las contribuciones distribuyendo los beneficios según las necesidades poblacionales” (SSA, 2001).

Dentro de los valores y principios que se plantearon fueron *el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población” (SSA, 2001).*

Este principio da la idea que todos los mexicanos estarán recibiendo una atención a la salud de manera integral. Sin embargo, se contraponen con las líneas estratégicas que planteó como: *“la definición explícita de prioridades, el brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, el construir un federalismo cooperativo en materia de salud, el fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, el avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud, el ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de*

atención y el fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud” (SSA, 2001).

Esta información hace inferir que dentro de la continuidad del establecimiento del modelo neoliberal en el Sector Salud, la descentralización llega a trasladar las responsabilidades antes cumplidas por el Estado a la ciudadanía y robustece la rectoría de la Secretaría de Salud. Además si se considera la definición de prioridades y que los servicios de salud a los pobres sean otorgados por los Servicios Estatales de Salud a través de un paquete de servicios esenciales, en donde la Secretaría de Salud solamente cumpla funciones de rectoría ¿cómo se pueden brindar servicios integrales que satisfagan las necesidades y expectativas del usuario?.

En otras estrategias se presentan líneas de acción como:

“la promoción del prepago de seguros de salud”, argumenta que “el prepago promueve una utilización más racional de los servicios de salud, ya que los servicios de salud prepagados operan bajo sistemas de control de costos que favorecen la atención preventiva sobre la curativa y la atención ambulatoria sobre la hospitalaria”. El “brindar protección financiera en materia de salud a toda la población”, para lo que propone la creación de un seguro de salud popular universal, equitativo y que garantice calidad en los servicios cubiertos. Menciona que “el seguro popular consiste en un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que actualmente carece de aseguramiento (SSA, 2001),

para lo cual propone formas de prepago.

Para consolidar la protección básica y promover un seguro de salud *“se redoblarán los esfuerzos para llegar a todas las comunidades marginadas del país que aún carecen de atención y se fortalecerá la oferta de mejores servicios de primer nivel y los mecanismos de referencia de pacientes para ampliar la gama de servicios dirigidos a las poblaciones marginadas dentro del nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (SSA, 2001).*

El esquema de aseguramiento se implantará de manera gradual y los avances dependerán de la disponibilidad de la infraestructura hospitalaria y de la *“existencia de poblaciones organizadas con capacidad de contribuir parcial y voluntariamente al costo subsidiado de la prima del Seguro Popular y de los presupuestos anuales a partir de 2002”*; extendiendo paulatinamente la cobertura para lo cual se requerirá de *“un esfuerzo adicional de los estados y municipios, que deberán seguir extendiendo la oferta de servicios en el marco de la federalización del sistema de salud”* (SSA, 2001).

De esta manera el SPS está considerado como el instrumento de financiamiento justo, que brindará protección médica al 48 % de la población, pudiendo establecer para el año 2010 el seguro público universal de salud, porque se sumaría como sistema complementario al brindado por el IMSS e ISSSTE (INSP, 2005), meta que aún no se alcanza.

El PNS además recuerda que acatando lo estipulado en la Ley General de Salud en su artículo 13, los gobiernos de las entidades federativas deben formular y desarrollar programas locales de salud en el marco del Sistema Estatal de Salud, encargando la función rectora de la Secretaría Estatal de Salud.

Como conclusión del análisis del contenido del Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, documento presentado en julio de 2001 se puede apreciar que desde inicios de la administración sexenal la figura del Seguro Popular existió, empezando a operar aún antes de la realización del proceso legislativo de formulación de las políticas de salud; y por ser la propuesta del Poder Ejecutivo Nacional se debió cumplir. Su contenido *“ya estaba decidido de antemano”* ya que las propuestas se pueden encontrar en los documentos emitidos por FUNSALUD años atrás (Leal, 2002) que se apegan a las propuestas del Banco Mundial.

La revisión de la información hasta aquí presentada, parece indicarnos que el Seguro Popular de Salud (SPS) es la propuesta del grupo de Guillermo Soberón resultado de investigaciones subsidiadas por empresarios, siendo su receptor en la Secretaría de Salud el propio ex-secretario de salud Julio Frenk, quien tuvo una relación directa con todos ellos y se encargó durante su administración el generar y realizar los

procedimientos para que fuera contemplado dentro de las actuales políticas de salud mexicanas.

4.4 LOS PROGRAMAS ESTATALES DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

4.4.1. PROGRAMA ESTATAL DE SALUD 1999 – 2005

Al igual que a nivel nacional, en el Estado de México existe la propuesta de trabajo en el área de salud, llamado Programa Estatal de Salud (PES); este programa es la postura que el Poder Ejecutivo estatal presentada al inicio de cada sexenio, y contiene los programas que se implementarán en todo el territorio estatal; así como las concurrencia de las competencias de las diferentes instancias del sector salud estatal para su cumplimiento.

Este programa es emitido por la Secretaría de Salud del Estado, inicia identificando las necesidades de salud de la población mexiquense y se diseña en concordancia con el Programa Sectorial “Seguridad Social” del Estado de México y la Ley General de Salud vigente (Portillo, 2007).

El objetivo general que plantea este programa es otorgar servicios de salud a toda la población con equidad, calidad y eficiencia; estableciendo políticas como cobertura universal de los servicios de salud, participación de la comunidad en el desarrollo de los programas de salud, fomento en la población de la cultura en salud, fortalecimiento del Sistema Estatal de Salud. Todo esto, a través de estrategias como la promoción de la participación armónica y sistemática de los sectores público, social y privado en la promoción, prevención y acciones que conlleven a elevar la calidad de vida y el nivel de salud, con la concertación de convenios y otras formas de compromiso para elevar el nivel de salud de la población abierta, privilegiando la prevención sobre la curación, orientando los esfuerzos hacia la ejecución de acciones que impacten los índices de morbimortalidad. La característica de los programas son acciones preventivas y de diagnóstico temprano; por mencionar algunos programas específicos se encuentra el de Salud Reproductiva y el de Diabetes Mellitus, marcando

como objetivo elevar en la población, el conocimiento de la planificación familiar y detectar de manera sistemática y oportuna los casos de Diabetes Mellitus en la población mayor de 25 años.

En lo general el Programa caracteriza los servicios de salud que otorgará a la población y establece metas en relación a la problemática de salud pública que presenta la población mexiquense.

4.4.2. PROGRAMA ESTATAL DE SALUD 2005 - 2011

Por su propio desarrollo histórico en el Estado de México el periodo del Poder Ejecutivo no coincide con la fecha del periodo del Poder Ejecutivo nacional. Considerando que la implementación en la entidad del SPS, estuvo bajo dos diferentes programas estatales consecutivos, se revisó también el Programa Estatal de Salud 2005 – 2011.

Este Programa identifica entre los principales problemas, la morbimortalidad neonatal, la muerte materna, y la Diabetes Mellitus entre otras. A diferencia del PES anterior este sí considera el que aún “no todas las familias del Estado tienen protección financiera en salud” y plantea que el total de la población en la entidad, cuente con algún tipo de seguridad social en materia de salud sin importar su condición laboral o socioeconómica. Esta diferencia se consideró como fundamental y fue la que motivó a incorporar también a este programa.

Sobre la salud materna, propone la atención integral con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a los niños desde antes de su nacimiento hasta el primer mes de vida, facilitando la referencia y contra referencia y estandarizando las acciones de la atención materna y perinatal a través de modelos operativos. Esta atención disminuirá la tasa de mortalidad neonatal de 20.35 en el año 2006 al 16.96 en el año 2010; y la de muerte materna de 69.0 en el año 2006 al 51.38 en el año 2010.

Sobre la Diabetes se tiene programado incrementar la cobertura de detección en la población abierta de 20 años y más del 55 % (en el año 2006) al 76%; alcanzando

un control metabólico del 60% de los pacientes en tratamiento, desplazando la edad promedio de muerte de los diabéticos de 66.7 años a 69.5 años en el mismo periodo.

Para atender las necesidades de salud mexiquense ha planteado los objetivos estratégicos: contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de los mexiquenses, abatir las desigualdades en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud, asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud, y fortalecer el Sistema Estatal de Salud, en particular sus instituciones públicas; estableciendo 10 estrategias: vincular a la salud con el desarrollo económico y social, reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, enfrentar los problemas emergentes, impulsar la calidad de los servicios de salud, brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, contribuir en el federalismo cooperativo en materia de salud, fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud del Estado de México, promover el modelo Integrado de Atención a la Salud, promover la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención, fomentar la inversión en recursos humanos y organización, y la investigación e infraestructura en salud, en la entidad. A cada estrategia se le planteó varias líneas de acción prioritarias y objetivos (Cuadro 1).

Con relación a la protección financiera se plantea que el Estado de México participará concurrentemente con la Secretaría de Salud federal, tanto en la consolidación del Seguro Popular como en los estudios que lleven a que este régimen avance en su operación en la entidad. Se ha proyectado afiliar a la población abierta partiendo de 2'549,550 en el año 2006 y llegar a 7.8 millones en el año 2010 y reducir en 75 % los gastos catastróficos.

Para cumplir las metas, se habrá de inducir a la población más desprotegida a invertir anticipadamente en servicios de salud (Seguro Popular de Salud); por lo que el Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud también se difundirá entre la población del sector informal (desempleados, autoempleados, jornaleros, etc.).

CUADRO 1. RELACIÓN DE ESTRATEGIAS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y OBJETIVOS*

Programa Estatal de Salud 2005 - 2011		
Estrategia	Líneas de acción	Objetivos
1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social	Políticas fiscales saludables.	La estructura de financiamiento del sistema de salud cuenta con una aportación del gobierno federal, estatal y municipal, así como de la contribución solidaria de la población usuaria de servicios médicos y venta de servicios directos. Promoción de políticas fiscales que favorezcan la captación de mayores ingresos.
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	1. Garantizar una atención materno-infantil de calidad. 6. Atención infantil de calidad.	Disminuir la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal. Disminuir la razón de mortalidad infantil.
3. Enfrentar los problemas emergentes.	Disminuir la prevalencia de diabetes.	Proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de la diabetes y las complicaciones de mayor prevalencia entre la población adulta y adulta mayor, así como elevar la calidad de vida en este grupo.
5. Protección financiera en materia de salud a toda la población.	1. Protección Social en Salud. 2. Ampliar la cobertura de servicios. 3. Articular servicios con los regímenes de seguridad social	El total de la población en la entidad cuenta con algún tipo de seguridad social en materia de salud sin importar su condición laboral o socioeconómica. Adicionar al Paquete Básico de Servicios de Salud intervenciones más complejas de acuerdo a la problemática actual, mejorando el sistema de referencia y contrarreferencia.

Elaboración propia. Fuente: Programa Estatal de Salud 2005-2011

* En la elaboración del cuadro se manejó solamente la información que se consideró necesaria en la investigación.

Se vincularán los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios, apostándole a la portabilidad de beneficios y derechos. También se plantea incrementar el número de intervenciones de alto impacto al Paquete Básico de Servicios de Salud, acreditar las unidades prestadoras de servicios y rediseñar y sistematizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Al contrastar la información contenida en ambos programas, se puede identificar que en el caso del segundo programa ya se exhibe como reto la falta de

cobertura de la protección social y presente la figura del Seguro Popular, estableciendo metas en torno a su implementación.

De todos los documentos estatales revisados, se puede concluir que a pesar que su fecha de emisión está dentro del periodo de implementación del SPS en la entidad, no aparece en ninguno de ellos y se manera sorpresiva surge en el Programa Estatal de Salud 2005 – 2011.

CAPÍTULO 5

LOS ACTORES Y EL DEBATE EN LA CREACIÓN DEL MARCO NORMATIVO DEL SEGURO POPULAR DE SALUD

Para entender la existencia del Seguro Popular de Salud, es necesario ubicarlo como parte del proceso de reformas a las políticas de salud que en México se vienen aplicando desde principios de los ochentas. Con esta visión, en el presente análisis que se cobra importancia el contexto político social del país, por lo que es fundamental enlazar la revisión al proceso histórico-político que ha tenido.

Para lo que fue necesario hacer una relación cuidadosa entre los diferentes actores que tuvieron un papel en la elaboración de las políticas en salud, sus relaciones, el papel de los grupos de poder, qué debatieron, qué opinaron; identificando su actuación en los acuerdos al respecto y que sirvieron de soporte normativo para la actuación del Estado con la sociedad. Considerando que el primer objetivo específico de la investigación, es describir y analizar el proceso de formulación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud, como parte de la política de salud, se hizo la revisión de fuentes secundarias identificando las propuestas que se dieron a nivel de la Formulación de políticas y reglamentos del Seguro Popular de Salud a nivel nacional y el Estado de México.

Empezamos diciendo que aquí se define a la Formulación del Seguro Popular como la etapa del proceso donde existe la participación a nivel nacional de diferentes actores a través del debate y con los resultados obtenidos, se toman decisiones que tienen repercusión en el surgimiento y/o modificación de la legislación y normatividad en salud. El proceso de la Formulación el Seguro Popular de Salud tuvo actores a favor y en contra, como puede verse en los siguientes hallazgos.

En el prólogo del libro “El Seguro Popular una crónica de la democracia mexicana” de Mauricio Ortiz Julio Frenk dice:

“el edificio de la innovación se construye sobre los cimientos del avance previo. Así está ocurriendo con el cambio profundo que hoy experimenta el financiamiento y la organización de la atención a la salud en México”.

Más adelante expone el proceso vivido como:

“una narración del desarrollo del proyecto, la persuasión al interior del Ejecutivo, la presentación de la iniciativa de reforma al Senado, su tránsito por la Cámara de Diputados, el cabildeo con todas las fuerzas políticas, los obstáculos, los momentos de angustia, los consensos, la firma del decreto por parte del presidente de la República; en suma, un recorrido por los caminos de la democracia mexicana” (Ortiz, 2006).

5.1 LOS ACTORES Y EL DEBATE

La información sobre la participación de los actores se retoma de diferentes fuentes y se clasificó en actores institucionales, políticos, empresariales, sociales y académicos presentándose además de manera cronológica.

El periodo de análisis aquí comprendido abarca de diciembre de 2000 a diciembre de 2003, porque a partir de enero de 2004 inició oficialmente la implementación del Seguro Popular en todo el territorio nacional con la aplicación de la legislación y reglamentación.

Actores institucionales

Cuando Vicente Fox en noviembre de 2000 (días antes de su toma de protesta), presentó a los medios de comunicación a Julio Frenk al frente de la Secretaría de Salud, el futuro Secretario de Salud declaró que “la salud es una inversión para el desarrollo con oportunidades” y planteó como premisa “el que a mediano plazo todas las familias cuenten con un seguro básico” (La Jornada, 2000). En este mensaje Frenk marcó la línea por la que iba a transitar su administración, la inversión privada en salud, la aplicación del Seguro Popular de Salud y el programa focalizado OPORTUNIDADES, donde un rubro que contempla es la atención de la salud de la población marginada.

El primero de diciembre de 2000 en el discurso de toma de posesión como presidente de México, Vicente Fox dijo:

“hoy propongo democratizar el acceso a los servicios de salud pública; contar con un sistema en el que los beneficiarios tengan voz en las decisiones que los afectan y una mayor libertad en la elección del prestador del servicio, hasta llegar a que cada familia elija su propio médico. Si el 2 de julio los mexicanos eligieron a su Presidente, no veo porque no pueden elegir a su médico. El cambio implica brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, para que al finalizar el sexenio, todas las familias mexicanas cuenten con un seguro básico de salud. Implica también que los servicios públicos de salud se otorguen no sólo con calidad, sino con el respeto, la calidez y sensibilidad que todos queremos” (La Jornada, 02 diciembre 2000).

Con estas palabras presentó a toda la población mexicana lo que en breve sería el Seguro Popular de Salud.

El 05 julio de 2001 prácticamente al inicio de la administración presidencial el ahora ya Secretario de Salud, Julio Frenk presentó el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. Este documento que representó la propuesta del Poder Ejecutivo del Estado a través de la Secretaría de Salud contuvo las acciones que desarrolló en el área a lo largo del sexenio. Su importancia radica en que a él, se debió disciplinar el Sistema Nacional de Salud recordando que incluye a los 32 Sistemas Estatales de Salud; por lo que debieron contribuir con sus acciones a su cumplimiento. En lo general Programa Nacional de Salud (PNS) marca retos estrategias, acciones y programas, mismos que se convirtieron en metas cumplidas a informar anual y sexenalmente (Ver página 106).

El 11 de diciembre de 2001 en acto inaugural, Vicente Fox anunció como *“un cambio radical en la prestación de los servicios públicos de salud la puesta en marcha del seguro popular. Con el pago por adelantado, el gobierno federal pretende ampliar la cobertura sanitaria y evitar el empobrecimiento de las familias que no tenían acceso a las instituciones de seguridad social”* (La Jornada, 12 diciembre 2001).

La declaración permite ver que en tal “cambio radical”, el Estado marcaba que a partir de ese momento los servicios de salud se otorgarían con un prepago, y que el Seguro Popular sería la estrategia para introducir esta modalidad.

En esa noticia Fox también afirmó que se aplicaría en las zonas urbano-marginales, donde ya existía alguna infraestructura de servicios de la SSA. Las personas inscritas tendrían garantizada la atención médica de primer y segundo niveles, los medicamentos, estudios de laboratorio, y cirugías de las enfermedades agudas más comunes (La Jornada, 12 diciembre 2001); además que se utilizarían las instalaciones ya existentes en los Servicios Estatales.

Por otro lado la Secretaría de Salud nacional realizó el Foro Nacional de Liderazgo en Salud en el mes de julio de 2003 con el objetivo de analizar las experiencias operativas que enfrentó el SPS en los estados donde comenzó a operar como un programa piloto. Se consideró para ello los logros alcanzados y las deficiencias. Al término del Foro el director general de Reglas de Operación y Presupuesto de la Secretaría de Salud (SS) Mauricio Bailón reconoció que el objetivo del SPS no era proporcionar servicios oportunos de calidad, sino incorporar en siete años, a 45 millones de mexicanos no derechohabientes y negó que el propósito del SPS fuera ampliar el cuadro básico de atención con el que contaba, para incluir enfermedades crónicas y degenerativas como los cánceres y disfunciones motrices. También afirmó que el Seguro Popular sólo alcanzaba para 78 intervenciones. “El SPS no contempla servicios de hospitalización y los afiliados al SPS sólo podrán acceder a servicios de hospitalización en tres casos: meningitis, neumonía y bronquitis, y aclaró que para el 2010 el SPS tenderá a ser integral”.

Esta última opinión deja ver que el objetivo de introducir a 45 millones de mexicanos a la dinámica del Seguro Popular es permitir hacer cambios radicales en el modelo de atención a la población.

Dentro del grupo del ejecutivo federal otro actor fundamental fue el Consejo Nacional de Salud, órgano colegiado creado en 1986, y es el espacio donde se formulan las políticas de salud que se implantarán en todo el territorio. Con función consultiva para contribuir a consolidar el proceso de descentralización de los servicios de salud a los

estados, debe fomentar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones en los servicios estatales; opinando sobre su funcionamiento y proponiendo esquemas de financiamiento para la atención de la salud pública. Este órgano está presidido por el secretario nacional de salud y lo integran los directores de instituciones de salud, los 32 secretarios estatales de salud y altos funcionarios de otras secretarías de estado. En sesiones programadas se hacen presentaciones diversas (SSA, 1986) y dependiendo de la complejidad del tema, es posible que se turne a “comisiones” específicas, mismas que están formadas por los integrantes del Consejo para su estudio y análisis, y donde el resultado es presentado al pleno para su aprobación.

En la administración de Fox, los trabajos previos del Consejo para la formulación del Seguro Popular de Salud empezaron desde el mes de diciembre de 2002. En las comisiones se realizó el trabajo sustancial; ahí se trataron diferentes temas y solamente se presentaron informes a la sesión plenaria programada para su autorización. Este trabajo a través de comisiones, no permitió que hubiera un verdadero debate en el pleno, a pesar de las reiteradas denuncias (Laurell, 2007).

Haciendo una revisión de los temas que se abordaron en las diferentes sesiones del Consejo comprendidas durante este periodo de revisión, se puede ver que a través de comisiones, el Consejo estuvo participando durante el año 2002 y 2003. La primera reunión se efectuó en diciembre de 2002 con el planteamiento del Sistema de Protección Social en Salud y la operación del Seguro Popular de Salud, la modificación de la Ley General de Salud, estrategias alternativas innovadoras de operación y la revisión sobre experiencia tenidas sobre el abasto de medicamentos en las entidades que formaron parte de la etapa piloto (cuadro 2).

Esta dinámica de revisión hacia dentro del Consejo sobre la implementación del Seguro Popular, se mantuvo a lo largo de la administración de Frenk y sucesivamente se fueron tocando diferentes tópicos como las consecuencias organizacionales y presupuestales, las necesidades en la infraestructura, las reglas de operación, el catálogo de servicios entre otros (cuadro 3).

CUADRO 2. SESIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD EN LA ETAPA PILOTO

Fecha	Asunto	Sesión
Diciembre 2002	Planteamiento del Sistema de Protección Social en Salud y la operación del Seguro Popular de Salud.	XVIII Reunión ordinaria, IV Época. Chiapas.
Mayo 2003	Modificación de la Ley General de Salud.	X Reunión Ordinaria, IV Época. Zacatecas
Agosto 2003	Estrategias y alternativas innovadoras en la operación del programa. Logros en Tamaulipas y experiencias en el abasto de medicamentos y su interacción con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. La distribución del Reglamento del SPSS a los miembros del CNS. Desarrollo de una red interna de información del SPS. Incorporación del Programa IMSS-Oportunidades al SPSS.	XI Reunión Ordinaria, IV Época. Veracruz

Elaboración propia para la investigación.

Fuente: informe de las sesiones del Consejo Nacional de Salud. SSA, 2002 y 2003.

Finalmente en noviembre de 2006 se llevó a cabo el Foro de Innovación en el Sistema de Protección Social en Salud y el informe final por término de la administración del Secretario de Salud donde uno de los temas fue el Seguro Popular de Salud (CONASA, 2004; CONASA, 2006).

CUADRO 3. SESIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD EN LA ETAPA FORMAL

Fecha	Asunto	Sesión
Marzo 2004	Consecuencias organizacionales y presupuestales del SPSS Regímenes Estatales y Unidades de Gestión para la Protección Social en Salud. Catálogo de Servicios Esenciales y el Fondo de Gastos Catastróficos. Resultados del Foro de Innovación en Salud (Innovación en el abasto de medicamentos; la experiencia en el surtimiento de recetas a los afiliados en Jalisco; el sistema de abasto en los Servicios de Sinaloa y distribución de medicamentos en Chiapas). Instalación de los Comités Estatales para la Seguridad en Salud.	XIII Reunión Ordinaria, IV Época Tabasco
Junio 2004	Talleres sobre la revisión de la distribución presupuestal entre FASSAC- FASSAP y surtimiento de medicamentos. Organización en Micro-Redes de Servicios de Salud Planteamiento de la CNSPSS sobre programas de afiliación colectiva para colectividades definidas, definición de la estructura básica y requerimientos jurídicos para las unidades del SPS en Regímenes Estatales de Protección	XIV reunión ordinaria, IV Época Nayarit

Capítulo 5. Los actores y el debate en la creación del marco normativo del SPS

	Social en Salud (REPSS). El soporte con equipo de cómputo y de telecomunicaciones al programa.	
Septiembre 2004	Identificación de las necesidades prioritarias de conservación y mantenimiento y procuración de los recursos para infraestructura a través del SPSS. Identificación del procedimiento para que los trabajadores contratados, reciban prestaciones médicas a las que tienen derecho.	XV Reunión Ordinaria, IV Época Guerrero
Diciembre 2004	Aseguramiento de la población al SPS mediante la actualización de Reglas de Operación del Programa Oportunidades. Fortalecimiento de la oferta en el medio rural para afiliar población campesina y fomentar la afiliación colectiva que involucra nuevos lineamientos de afiliación. Implantación progresiva de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).	XVI Reunión Ordinaria, IV Época Yucatán
Marzo 2005	Consecuencias organizacionales y presupuestales del SPSS. Alineamiento del Catálogo de Servicios Esenciales a los Programas Nacionales de Prevención y Promoción de la Salud. Catálogo de Servicios Esenciales y Fondo de Gastos Catastróficos. Alineación de acciones para el fortalecimiento de la oferta de los Servicios de Salud. Refrendo del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del SPSS. Mantenimiento del grupo de trabajo de informática. Desarrollo de la nueva estrategia de afiliación para la afiliación en línea y continua. Nuevo grupo de trabajo para elaborará los lineamientos para los regímenes Estatales de Protección Social en Salud que unifique criterios sobre gestores médicos, y establezca la metodología única para estimar el ahorro promedio a favor de las familias afiliadas al SPS. Asegurar el establecimiento y funcionamiento de las Redes Estatales de Municipios Saludables y Promotores de Salud. Desarrollo de la estrategia para los convenios de los REPSS en Salud- Municipios, informar y promover en municipios específicos el Sistema de Protección Social en Salud (su vinculación: Municipio-SPSS).	XVII Reunión Ordinaria, IV Época Sonora
Septiembre 2005	Informe de la Reunión Nacional de Directores Estatales del Seguro Popular; el Taller "Fortalecimiento de la Oferta" (Ampliación del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), el Sistema de Información y Capacitación para la Toma de Decisiones, el Proceso de Acreditación-Evaluación e Infraestructura, Equipo y Medicamentos); la incorporación de Licenciados en Farmacia al Seguro Popular y Política de medicamentos, la municipalización, el sustento social del	XIX Reunión Ordinaria, IV Época

Capítulo 5. Los actores y el debate en la creación del marco normativo del SPS

	SPSS, los resultados de la firma de convenios municipales. Los convenios de colaboración para el diseño de la nueva política laboral, formulada para la utilización de los recursos destinados al SPS en la contratación de personal médico y paramédico en 2006; el incorporar al personal médico y de enfermería al Seguro de Responsabilidad Profesional; la creación de un grupo de trabajo para homogeneizar la información aportada en relación al SPS y al Sistema de Información Gerencial Hospitalaria (SIGHO); el financiamiento del Seguro Popular; la actualización de la NOM 168 (expediente clínico).	Chihuahua
Diciembre 2005	Determinación de la Interrelación Servicios, Jurisdicción y Municipio con la Base Social del SPSS Expediente Clínico Electrónico para la Secretaría de Salud. Apoyo a la figura de asesor médico. Aprobación del Sistema de Información Financiera por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Impulso a la acreditación de Unidades de Salud en Zonas Indígenas incluyendo en las metas anuales de afiliación un porcentaje de familias indígenas.	XX Reunión Ordinaria IV Época Michoacán
Marzo 2006	Acuerdos para blindar al SPSS para evitar su utilización electoral; compatibilizar los indicadores de salud del Seguro Popular con los de la Secretaría de Salud; reorientará a los Comités de Salud hacia la base social del SPSS.	XXI Reunión Ordinaria, IV Época Q. Roo
Junio 2006	La presentación del libro "Sistema de Protección Social. Elementos conceptuales, financieros y operativos". Resultados de la Medición Basal de la Evaluación del SPS. Taller de "Política de Medicamentos y Seguro Popular" ("CAUSES y Fondo de Gastos Catastróficos" y "Plan de Supervisión Estratégica 2006 CNPSS"). Acuerdos sobre la medición de la evaluación del Seguro Popular en 2006. Establecimiento de estrategias para la institucionalización plena del SPS la aplicación de un nuevo instrumento para la clasificación de familias. Portabilidad nacional mediante la credencial "Tu Salud". Incorporación progresiva al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos las 10 patologías más relevantes del Cáncer en la infancia y la adolescencia, la Hemodiálisis y las Cataratas.	XXII Reunión Ordinaria, IV Época Tamaulipas
Septiembre 2006	Marco Financiero, Marco Jurídico, Marco Institucional y Operativo. Institucionalización del Proceso de Priorización de Intervenciones de Alto Costo y Servicios de Salud a la Comunidad - Prevención y Promoción.	XXIII Reunión Ordinaria, IV Época Edo. de México

Capítulo 5. Los actores y el debate en la creación del marco normativo del SPS

Noviembre 2006	Foro de Innovación en el SPSS. Colaboración del Sector Salud para la Identificación de Usuarios del Sistema de Salud. Instalación de la Subcomisión para la Reglamentación de los Recursos Humanos del Seguro Popular. Integración de un grupo de Trabajo para el análisis de los casos de intervenciones de alto costo cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.	XXIV Reunión Ordinaria, IV Época Distrito Federal
----------------	---	---

Elaboración propia para la investigación.

Fuente: informe de las sesiones del Consejo Nacional de Salud. SSA. 2004, 2005 y 2006.

Los diversos temas que se trataban al interior del Consejo eran turnados a comisiones específicas, formadas estratégicamente de tal manera que solamente pasaban al pleno para su conocimiento y aprobación, refiere en entrevista (2007) la Secretaria de Salud del Distrito Federal en ese momento la doctora Asa Cristina Laurell.

Durante su paso por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, implementó servicios médicos a la ciudadanía, bajo los principios de universalidad y gratuidad. Universalidad en la cobertura de los servicios que se brindaban y gratuidad en la prestación de los servicios. Esta convicción y experiencia implementada y probada por ella donde se reconoce el derecho a la salud como un derecho social, le permitió manifestar su oposición al Seguro Popular en el Consejo. También denunció la improcedencia de los procedimientos, pero sus denuncias no fueron escuchadas (Laurell, 2007).

En enero de 2003 se realizó la comparecencia de 18 secretarios de salud ante la Comisión de Salud y Seguridad Social del Senado de la República, en esa ocasión la doctora Asa Cristina Laurell expuso el Análisis de la iniciativa para crear el Sistema de Protección Social en Salud y comentó que:

“sólo garantiza los llamados servicios esenciales y los medicamentos correspondientes que son mucho menos que los ofrecidos por los institutos de seguridad social”. El marco conceptual que subyace en la iniciativa es el "pluralismo estructurado", promovido desde varios años por ti, (se refería a Julio Frenk) con la separación de la regulación, el financiamiento y la prestación de servicios. El pluralismo consistiría, entonces, en tener varios fondos de salud y prestadores de servicios, públicos, sociales y privado; el control y la evaluación del SPS al Ejecutivo

Capítulo 5. Los actores y el debate en la creación del marco normativo del SPS

Federal y responsabilizar a las entidades federativas del cumplimiento de las obligaciones señaladas en la Ley y de la instrumentación de las decisiones de la federación. Es decir, los estados quedan con la responsabilidad política de la prestación de servicios y la obligación de garantizar los servicios esenciales, los medicamentos e insumos” (Senado de la República, 18 enero 2003).

En esta presentación, la doctora Laurell hace un análisis integral y puso al descubierto otros elementos no exhibidos antes, como el establecimiento del pluralismo estructurado o la participación del capital privado como un problema considerando la normatividad adecuada para tal fin y la descentralización en el otorgamiento de los servicios.

Actores políticos

El viernes 22 de febrero de 2002 Julio Frenk anunció el arranque del Seguro Popular de Salud como plan piloto.

Diversos actores dieron su opinión a través de los medios masivos de comunicación. Agustín Miguel Alonso Raya diputado federal, presidente de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, integrante Comité Nacional del Sindicato de Maestros, y dirigente del Movimiento Democrático Nuevo Sindicalismo, afirmó que:

“el Seguro Popular es un absoluto fracaso, el problema es que si los derechohabientes, los que cotizan, no tienen acceso a la medicina, tienen servicios de pésima calidad, tienen que andar llevando agua, papel, gasas y medicamentos, bueno, los no cotizantes ni siquiera son atendidos en las clínicas, es decir no hay ninguna capacidad, es demagógico un planteamiento de esa naturaleza sin recursos” (Imagen Médica, 03 octubre 2003).

Por su parte, el senador Elías Miguel Moreno Brizuela (PRD) (Imagen médica, noviembre de 2001), dijo que *"este tipo de seguro ha sido propuesto en otros países y el resultado ha sido muy desafortunado, como en Colombia"*. Señaló que Frenk *"se ha desbocado, se ha ido"*, *"y no ha dialogado con la Cámara de Senadores, el secretario se comporta como si hubiera solamente un poder en el gobierno mexicano"*. El senador aseguró que *"salvo algunas explicaciones verbales y aisladas de funcionarios"*, nadie sabe

nada del seguro popular, y que no ha habido jamás algún documento o explicación oficial de cómo va a funcionar el seguro.

Otro senador, Miguel Ángel Navarro Quintero (PRI) secretario de la Comisión de Salud y Seguridad Social al opinar sobre el seguro popular dijo que en:

"México no se puede reinventar, en particular en materia de salud, por lo que no estoy de acuerdo, en la implementación del programa de cobertura", "el hecho de dar un seguro popular con una medicina de prepago, no garantiza tener los recursos económicos suficientes para dar una atención ante una demanda creciente de servicios" (Imagen médica, 21 diciembre 2001).

Actores empresariales

En la conferencia "La Reforma de Salud en México" dictada el 18 de abril de 2001 Guillermo Soberón Acevedo Coordinador del Consejo Directivo y Presidente Ejecutivo de Fundación Mexicana para la Salud, y ex-secretario de salud de México, presentó la ponencia "La participación del Sector privado" en ella planteó: *1. Establecer un seguro nacional de salud, 2. Separar el financiamiento de la prestación de servicios de salud, 3. Abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios, 4. Dar incentivos a la participación del sector privado 5. Crear un Fondo Nacional de Salud Pública y 6. Consolidar la función rectora de la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Salud.* Dentro de la fundamentación de estas propuestas estableció que era necesario perfeccionar el paquete básico de salud y en la medida de lo posible, aumentar las 13 intervenciones costo-efectivas, subsidiar sólo a los más pobres y recuperar los gastos en que incurren quienes tienen capacidad de pago; hacer que los seguros privados sean complementarios a la atención médica básica de carácter público y aplicar los recursos en forma descentralizada, como ya se viene haciendo, pero con más nitidez, además que exista portabilidad en las instituciones y se recomienda que pague por los servicios prestados la entidad a la cual pertenezcan las personas que reciben el servicio. Que ante la imposibilidad de atender a la nueva población derechohabiente del IMSS la única alternativa viable es utilizar la infraestructura existente pues hay capacidad sobrada en los

Sistemas Estatales de Salud (SESa), en algunos Institutos Nacionales de Salud y en

establecimientos privados que podrían servir mediante un financiamiento público y de manera complementaria los servicios privados de salud están llamados a tener una creciente participación en el Sistema Nacional de Salud. También planteó que se deben reconsiderar y perfeccionar esquemas de subrogación, prestación indirecta de servicios y reversión de cuotas. Con relación a la SSA propuso que la forma más adecuada para brindarle capacidad rectora, es darle las facultades para regir sobre los fondos federales destinados a la atención de la salud de los derechohabientes y los no derechohabientes, lo que implicaría que todo financiamiento que provenga del gasto federal, independientemente de la población a que se destine, tenga el aval de la SSA (Citado en Leal, 2002).

Quince días después, el 8 de mayo el Comité Directivo de FUNSALUD encabezado por Guillermo Soberón se reunió con el Presidente Vicente Fox y Soberón como presidente ejecutivo de FUNSALUD ratificó los seis puntos haciendo el mismo planteamiento. En esta ocasión la participación de Julio Frenk fue breve, planteando como reto la protección financiera, concluyendo que *“muchas de las propuestas que hemos escuchado hoy en voz del maestro Guillermo Soberón van a ser una aportación valiosísima en ir configurando este proyecto”* (FUNSALUD, 2001).

En esta ocasión se aprecia cómo el grupo empresarial le indica al Estado, el pago por los usuarios de los gastos en salud que se generen durante su atención, subsidiando exclusivamente a aquellos que estén catalogados por el propio Estado como “más pobres”; es decir continuar con el establecimiento de programas focalizados iniciados años atrás. También plantean la intervención creciente del capital privado mediante la participación de seguros privados, esquemas subrogados y prestación de servicios directos e indirectos. Por su parte la respuesta del Secretario de Salud demuestra la disciplina y acatamiento del Estado ante el sector empresarial.

Actores sociales

Por su parte, el Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), Roberto Vega Galina, declaró que el Seguro Popular no podía

compararse al seguro social porque el IMSS existe por ley, es un decreto constitucional y el seguro popular es un programa sexenal que no tiene pies ni cabeza (La Jornada, 25 septiembre 2004), incrementa la economía informal y con ello, permite que miles de empresarios evadan las disposiciones legales que la seguridad social exige para los trabajadores (Cimac; 10 junio, 2003). Continuó diciendo que no daría solución al déficit de atención médica; que solamente el *“gobierno federal pretendía pasarle la responsabilidad a los ciudadanos al tener que pagar los servicios médicos que pretenda utilizar, evadiendo sus obligaciones de tipo constitucional”* (La Jornada, 21 mayo 2003).

También se expresó el ex secretario general del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) y fundador de la Federación de Jubilados y Pensionados Antonio Rosado García, planteando que *“desde 1982 el Estado mexicano lleva a cabo ataques frontales contra las instituciones de salud del país, porque a través de las compañías de seguros y el SPS se está dando una paulatina privatización del sector salud”* (Cimac; 10 junio, 2003).

Ante los diversos anuncios oficiales en los medios de comunicación sobre la implementación del nuevo programa del Seguro Popular, otros personajes de la vida pública del país empezaron a dar su opinión. Francisco Javier López González (diciembre 2001), integrante de la Comisión de Seguridad Social del Congreso y tesorero del Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS, y diputado federal del PRI manifestó que: *el Seguro Popular es pura demagogia”, se le ha pedido a Julio Frenk que nos explique cómo va a funcionar esto, sin embargo se ha ido por la libre y no ha dado una explicación real, y dice que va a hacer planes piloto.*

Sobre su operación, José de Jesús Diez de Bonilla Altamirano Coordinador General de Orientación y Atención al Derechohabiente del IMSS, opinó:

“que quieren utilizar la estructura ya saturada de lo que fue COPLAMAR, de lo que se llamó IMSS-Solidaridad hoy IMSS-Oportunidades, que ya da un servicio. Ahora quieren que demos ahí el servicio de lo que demagógicamente llaman un seguro popular”... “no es equitativo que se planeé y se presione a la próxima legislatura para crear este fondo, cuando todavía ni siquiera sabemos cómo va a estar

integrado y cuáles son los objetivos. No podemos tener otro seguro y más caro si no hay recursos” (Imagen médica, 20 junio 2003).

También Gabriel Lara y Rocío Campos, integrantes de Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C. afirmaron que:

“las condiciones de atraso en infraestructura y marcada desigualdad entre estados complican de entrada la puesta en marcha del Seguro Popular...El hecho de que los estados no recibirán recursos federales adicionales...en realidad se trata de una transferencia de responsabilidades del gobierno federal a los estados... aquellos estados con mayor necesidad de contribuir al Seguro Popular por contar con mayor población abierta son también aquellos con menos recursos y posibilidades financieras. Esta situación de desventaja con el tiempo agudizará la presente brecha entre aquellos estados con menor y mayor grado de desarrollo...el Seguro Popular está creando una estratificación dentro de la ya marginada población abierta”. entrevista recuperada del documento “El Seguro Popular de la Salud, ¿a quiénes beneficia y a qué costo?”

Actores académicos

A un año de su puesta en operación, y aún dentro de la llamada etapa piloto, Carlos Welti académico de la UNAM aseguró que la cobertura del Seguro Popular de Salud no era universal para la población abierta, ya que existían criterios de selección asociados a programas como Oportunidades. Desde su punto de vista:

...el Seguro no sería un elemento que permitiera abatir el rezago en materia de salud. Su puesta en marcha llevaría mucho tiempo, debido a que la infraestructura de la Secretaría de Salud no había respondido al esquema que se perseguía; además era necesario que se discutiera de manera amplia el papel que tendría cuanto a la sobrevivencia de otras instituciones fundamentales como el IMSS. Debería evaluarse por instancias ajenas a la Secretaría de Salud, como la UNAM; de lo contrario sería un proceso de autoevaluación. El SPS era sólo la punta de un iceberg que hacía evidente el inicio de la privatización de los servicios de salud...buscando reducir el ámbito de acción del Estado en materia de salud, y transferir la responsabilidad a los individuos (UNAM, 2003).

En agosto de 2003 al término de la presentación del informe “Salud: México 2002” de Julio Frenk, la doctora Gisela Espinosa (UAM), especialista en Género y Presupuesto opinó que el SPS no solucionaba nada porque su objetivo era cuantitativo y no atendía las necesidades de salud de la población; que el Paquete Básico de 78 intervenciones, no contemplaba la detección y tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas que afectaban principalmente a las mujeres, ni tampoco ofrecía servicios de hospitalización a pesar de lo expresado por Vicente Fox. Agregó que desde hacía más de una década, el gobierno federal ya había comenzado un proceso privatizador que venía ocurriendo de modo silencioso y que con la administración foxista recobró nuevas fuerzas, pasando de una estrategia casi invisible a otra sistemática y cuidadosamente estructurada. Consideró que el informe ahí presentado era parte de la estrategia gubernamental para justificar el Seguro Popular, que comenzaría a operar en todo el país el siguiente año y calificó como *“la primera medida oficial del presidente Fox”* para dismantelar los servicios de salud (Cimac, 5 agosto 2003).

Estas aportaciones críticas dejan claramente de manifiesto los objetivos de fondo del Seguro Popular de Salud y van creando un contradiscurso que van dejando clara la estrategia sugerida por el Banco Mundial.

En este apartado se pudo conocer el papel que tuvieron los diversos actores en esta parte del proceso de formulación del Seguro Popular. En algunos de ellos a pesar de ser convincentes al proporcionar elementos de análisis más completos, no lograron contrarrestar la de aquellos que apoyaron la nueva figura de atención a la salud como fueron los que forman parte de la misma estructura del Estado. Puede apreciar que de los que participaron no tuvieron una representación los afectados que serían con la ejecución del SPS como lo son las organizaciones sociales.

CAPÍTULO 6

EL PROCESO LEGISLATIVO Y LA CREACIÓN DEL MARCO NORMATIVO DEL SEGURO POPULAR DE SALUD

Después de las participaciones que se tuvieron por parte de los diferentes actores políticos y analistas a los largo de casi 22 meses y de las experiencias que se recogieron en las entidades, donde se aplicó como programa piloto, el 12 de noviembre de 2002, el Ejecutivo envió a la Cámara de Senadores la propuesta de modificación a la Ley General de Salud para la incorporación del Seguro Popular. El 24 de abril de 2003 se aprobó su modificación con el 92 % de votos a favor; turnándose a la Cámara de Diputados para el ejercicio correspondiente, aquí el debate fue mayor porque el Partido de la Revolución Mexicana (PRD), en cumplimiento a un documento enviado por su líder de partido Rosario Robles, se opuso a su aprobación; afirmando que:

“el Seguro Popular de Salud es el intento de la administración pública para ir deshaciéndose de la obligación del gobierno de otorgar salud gratuitamente”, “son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios”, “los Servicios Estatales de Salud, dan prioridad a quien ha podido pagar su inscripción al Seguro Popular de Salud, sobre aquel que no tiene recursos para ello, marcando la falta de equidad que representa el quedar relegado para recibir un servicio ante quien sí tuvo el dinero para pagar por anticipado y por anualidad completa el costo del seguro que se pretende instaurar”, “los mismos recursos que la Federación traslada actualmente para la atención desconcentrada de los servicios de salud, con lo que en realidad se reducen los que tendrán que utilizarse para la atención a población abierta, castigando en secuencia a los más pobres y marginados” (Robles, 2003),

sin embargo, tanto la suma de votos del Partido Revolucionario Institucional y de Acción Nacional permitieron su aprobación.

Finalmente el 13 mayo de 2003 el presidente Vicente Fox firmó el decreto para la expedición de la reforma, mismo que se publicó el 15 mayo del mismo año y entró en vigencia hasta 2004. Con esto, se emitieron una serie de reglamentos, reglas de operación y lineamientos para la operacionalización del Seguro Popular de Salud. Fue necesaria además la firma de acuerdos de coordinación entre la Secretaría de Salud con cada uno de los gobiernos de los estados para su implementación y más tarde en todo el país.

Ahora bien, en cumplimiento de la normatividad mexicana, la formalización del Seguro Popular requirió que se llevara a debate en las cámaras legislativas a fin que el Seguro Popular estuviera contemplado en la Ley General de Salud, y que su aplicación pudiera ser efectuada por todos los servicios estatales de salud del país.

A diferencia del debate que existió en las Cámaras Legislativas federales, al menos en el Estado de México, no se dio este ejercicio. El Seguro Popular de Salud en la entidad, había iniciado con anterioridad a este proceso, como programa piloto en el año 2002 solamente con la firma de acuerdos. Después de su aprobación nacional, fue asumido por el ejecutivo estatal plasmándose hasta el Programa Estatal de Salud 2005 - 2011. Solamente cinco municipios fueron seleccionados para participar en la etapa piloto; ahí se contó con la visita de una comisión de diputados federales para conocer su desarrollo y se tuvo una presentación en la Cámara Legislativa Local para dar a conocer a sus miembros, el novedoso programa nacional que se estaba piloteando en los cinco municipios seleccionados (Portillo, 2007).

Esta vía de incorporación del Seguro Popular en las políticas de salud del Estado de México se dio, al cumplirse el contenido de los documentos normativos estatales del área de salud, los cuales indican un apego al cumplimiento de la Ley General de Salud. Estos documentos se revisan más adelante.

Mientras que a nivel nacional se generó un gran debate por parte de los diferentes actores, en contraste en el Estado de México, al implementarse como parte de la fase piloto de un programa nacional, no generó movimiento o ejercicio legislativo alguno.

6.1. LA LEGISLACIÓN Y REGLAMENTACIÓN NACIONAL DEL SEGURO POPULAR DE SALUD

En esta apartado se presentan los documentos emitidos o modificados por instancias de nivel nacional.

Aquí entendemos por Legislación al “conjunto de leyes por las cuales se gobierna un estado, o una materia determinada” (Océano, 2000) y por Reglamentación “conjunto de reglas y leyes dadas por una autoridad para controlar una actividad” (Larousse, 2007) y que definen la aplicación de una política.

Para la puesta en marcha del de Seguro Popular se dieron cambios legislativos, emisiones y modificaciones de documentos que establecen su figura y que contienen el procedimiento de su implementación.

A nivel nacional estos documentos se emitieron por las Cámaras de Senadores, y Diputados, Secretarías de Salud Federal y se publicaron en órganos oficiales como el Diario Oficial de la Federación y páginas en Internet. A nivel estatal se emitieron por la Secretaría de Salud del Estado de México y se publicaron en la Gaceta de Gobierno del Estado de México.

Los cambios, emisiones y la descripción de la normatividad específica para el desarrollo del Seguro Popular, fue obtenida de diversos documentos como la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud, el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el Acuerdo sobre las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, el Código Administrativo del Estado de México, el Reglamento de Salud del Estado de México, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, los Programas Estatales de Salud 1999 – 2005 y 2005 – 2011, y los Acuerdos de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el gobierno del Estado de México.

De todos ellos se elaboró un apartado que contiene aspectos trascendentes de la información obtenida o aportación específica de la referencia correspondiente. Todos

estos documentos considerados han dado el soporte normativo al Seguro Popular de Salud en México.

Cuando el Seguro Popular de Salud comenzó a operar en el país en el año 2001 como programa piloto en cinco estados del país, la Secretaría de Salud dio a conocer los procedimientos de operación e indicadores de evaluación del Seguro.

6.1.1 ACUERDOS POR EL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DA A CONOCER LAS REGLAS DE OPERACIÓN E INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA SALUD PARA TODOS (SEGURO POPULAR DE SALUD)

El 15 de marzo de 2002 apareció publicado en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Salud para Todos¹ (Seguro Popular de Salud). Este documento define al SPS como un “esquema de aseguramiento público y voluntario que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social”.

El documento trata sobre:

- a. Objetivos,
- b. Lineamientos generales sobre población objetivo, cobertura, características de los apoyos, beneficiarios, criterios de selección, derechos y obligaciones de los asegurados causas de suspensión y cancelación, selección de entidades y regiones, definición de metas y programación transparencia, instancias normativas y ejecutoras, instancias normativas, instancias ejecutoras;
- c. Mecánica de operación sobre la difusión y promoción, la identificación de familias, la afiliación, el modelo de atención, la Contraloría social;

¹ *Denominación adoptada en el artículo 64 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001, para identificar un programa de subsidio federal para brindar protección financiera en salud a la población no asegurada citado en el Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud).*

- d. Informes programático-presupuestarios de la administración de fondos, las cuotas de afiliación y
- e. Seguimiento y evaluación.

Al final contiene tres anexos sobre catálogo de Beneficios Médicos, Medicamentos asociados al Catálogo de Beneficios Médicos y el último presenta definiciones (SSA, 2002).

Por otra parte se revisó el artículo 64 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2001 y define que:

“los subsidios son asignaciones de recursos federales que se otorgan a los diferentes sectores de la sociedad o a las entidades federativas, a través de las dependencias y entidades para fomentar el desarrollo de actividades prioritarias de interés general como son, entre otras: proporcionar a los consumidores los bienes y servicios básicos a precios y tarifas por debajo de los de mercado o de los costos de producción, o en forma gratuita; promover la demanda por servicios básicos, la producción, la inversión, la innovación tecnológica o el uso de nueva maquinaria, compensando costos de producción, de distribución u otros costos” (SHCP, 2001)

y no habla sobre la identificación de un programa subsidiado por la federación.

Sobre este mismo tópico en el año 2002 la Cámara de Diputados emitió el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación comparativo de los años 2001 y 2002, en él, se hace una comparación entre los programas y asignaciones entre ambos años y se puede leer que mientras que en el año 2001 solamente se llama Programa Salud para Todos, en el del año 2002 se denomina Programa Salud para todos (Seguro Popular de Salud) (Cámara de Diputados, 2002); aquí vemos cómo poco a poco se va introduciendo el programa en los propios documentos oficiales.

Regresando al análisis del acuerdo que nos ocupa, para el año 2003 (04 julio) se volvió a emitir en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo realizándole adecuaciones de acuerdo a las evaluaciones que se le estuvieron haciendo al Seguro Popular. Este nuevo Acuerdo trató sobre: objetivos del acuerdo, lineamientos generales sobre la población objetivo, la cobertura, las características de los apoyos, los beneficiarios, la definición de las metas, la transparencia del manejo del programa, las instancias normativas ejecutorias, la mecánica de operación, las fuentes de financiamiento, el seguimiento y

evaluación, los indicadores y presentó tres anexos: sobre el catálogo de Beneficios Médicos, sobre los medicamentos asociados al catálogo y sobre definiciones de conceptos manejados en el documento (SSA, 2003).

En estos acuerdos, la Secretaría de Salud estableció el modelo nacional de operación del Seguro Popular que se utilizó durante la etapa piloto, y al que se sujetaron los gobiernos de los estados a través de la firma de Acuerdos de Colaboración con la Secretaría de Salud. Esta etapa piloto terminó en diciembre de 2003.

6.1.2. LEY GENERAL DE SALUD

La etapa formal inició el enero de 2004 y con ella comenzó el nuevo marco normativo emitido para tal fin. Los dos documentos fundamentales fueron la Ley General de Salud y su Reglamento, de los cuales se deriva una serie de manuales y lineamientos que especifican la operatividad del programa en los Servicios Estatales y Locales de Salud.

La Ley General de Salud (LGS) se emitió en 1984. Es un documento federal que contiene las distintas partes del Sistema Nacional de Salud y sus competencias. Una característica fundamental en esta estructura es que está claramente marcada la descentralización de las funciones a los gobiernos de los estados. También están indicados los principales programas o acciones que se realizará en todo el país considerando esta estructura descentralizada.

La modificación más importante en el período de estudio, es la que se realizó el 15 de mayo de 2003, donde se adicionó un capítulo que permitió dar vida al Sistema de Protección Social en Salud, llamándose en la etapa de prueba Seguro Popular de Salud (SPS). Estas modificaciones entraron en vigencia a partir de enero de 2004. Con la modificación, se incluyó de manera forzada el Título Tercero Bis *“De la Protección Social en Salud”*, con los capítulos I *“Disposiciones generales”*, II *“De los beneficios de la protección social en salud”*, III *“De las aportaciones para el sistema de protección social en salud”*, IV *“Del fondo de aportaciones para los servicios de salud a la comunidad”*, V *“De las cuotas familiares”*, VI *“Del fondo de protección contra gastos catastróficos”*, VII *“De la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del sistema de protección*

social en salud”, VIII “Del consejo nacional de protección social en salud”, IX “Derechos y obligaciones de los beneficiarios” y IX “Causas de suspensión y cancelación al sistema de protección social en salud”. En estos capítulos están repartidos 41 artículos a los que se les agregó el prefijo “bis”.

En esta Ley se precisa que “la Protección Social en Salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. (SSA, 2004a¹).

En la definición que da la propia Ley describe a la Protección Social en Salud como *“garantía de acceso a los servicios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud”, “como mínimo los servicios de consulta externa del primer nivel de atención y de especialidades básicas del segundo nivel de atención”* estas frases serán importantes recordar para contrastarlas al momento de conocer la operación del Seguro Popular en los servicios locales de salud.

También define que el Sistema de Protección Social en Salud son las acciones que provean los Regímenes Estatales de Protección en Salud (REPSS), entendidos éstos como las acciones de protección social en salud de los Estados y Distrito Federal y la Secretaría de Salud coordinará las acciones (SSA, 2004a²). Los servicios de atención médica serán preferentemente a grupos vulnerables (SSA, 2004a³); y la unidad de protección será el núcleo familiar (SSA, 2004a⁴).

Notoriamente establece que los servicios serán otorgados por los Servicios Estatales de Salud y la Secretaría de Salud hará exclusivamente funciones de rectoría.

6.1.3 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Después de la publicación de la reforma a la Ley General de Salud (LGS) en abril de 2004, se publicó el 5 de abril de 2004 el “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGSMPSS). En él, se puede leer que su objetivo es regular el Sistema de Protección Social en Salud. El Reglamento está formado por cuatro títulos: Primero “Disposiciones generales”, Segundo “De las prestaciones del Sistema” este título habla sobre los servicios de salud, de los prestadores de los servicios, de la acreditación de capacidad, seguridad y calidad, del plan maestro de infraestructura. El título Tercero “De la incorporación de beneficiarios” establece los requisitos y el proceso de incorporación, de la vigencia de derechos, del padrón de beneficiarios, de la tutela de los derechos de los beneficiarios, de los sistemas de información y de la evaluación integral del sistema y finalmente el título Cuarto “Del financiamiento” describe las aportaciones de los gobiernos, del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, de la previsión presupuestal anual, de las cuotas familiares y de la transparencia, control y supervisión en el manejo del recurso.

Este reglamento contribuye al marco normativo de la implementación del SPS en el territorio nacional y al igual que la Ley General de Salud dan vida al Sistema de Protección Social en Salud.

6.1.4. ACUERDOS DE COORDINACIÓN

Los Acuerdos de Coordinación son los documentos que firmaron durante la etapa piloto los gobiernos de los estados con la Secretaría de Salud para la Implementación de Seguro Popular de Salud en cada una de las entidades y tuvieron una duración de un año; pero en los firmados en el año 2005 ya tuvieron un vigencia indefinida. En estos documentos se establecieron las acciones operativas del programa y las competencias a que ambas partes se comprometieron (SSA, 2002b; SSA, 2205).

6.2 EL MARCO NORMATIVO DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO

En el siguiente apartado se revisan los documentos emitidos en el Estado de México que tienen competencia en el área de la salud. Los documentos revisados son los que tuvieron vigencia en el periodo del presente estudio o se emitieron en él. Algunos de los documentos además contienen información perteneciente a otras áreas de la administración pública estatal, sin embargo solamente se retomó la de interés y se presenta a continuación.

6.2.1 CÓDIGO ADMINISTRATIVO DEL ESTADO DE MÉXICO

En la Gaceta del Gobierno de 13 de diciembre del 2001 se publicó el decreto número 41 en donde se emite el Código Administrativo del Estado de México (CAEM). Este documento tiene como objetivo regular sobre la Salud, la Educación, el Ordenamiento territorial, la Protección civil, la Infraestructura vial y transporte, el tránsito y estacionamientos, el Fomento y desarrollo agropecuario, acuícola y forestal, el Fomento económico la Protección e integración al desarrollo de las personas con capacidades diferentes y la obra pública; todo esto, a fin de promover el desarrollo social y económico en el Estado de México; es decir, el gobierno estatal deberá establecer y velar por políticas sociales que contribuyan a que las familias mexiquenses tengan lo necesario para que disfrute de una vida con calidad; de esta manera se reconoce que el gobierno del Estado de México está obligado a prestar los servicios de salud en el marco del federalismo y concurrencia, establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud (Gobierno del Estado de México [GEM], 2001). Con este Código se deroga la Ley de Salud que estaba vigente, retomándose la institucionalidad del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). El documento establece que la Secretaría de Salud del Estado de México (SSEM) tiene a su cargo la regulación de los servicios de salud y el Instituto de Salud del Estado de México estará encargado de la operación de los mismos, así como de ejercer el control sanitario competencia del Estado en materia de salubridad general. Se expresa que el objetivo del libro Segundo denominado “De la Salud” tiene

como “finalidad garantizar y proteger el derecho a la salud de la población” (GEM, 2001) y la Secretaría de Salud del Estado de México, ejercerá las atribuciones que en materia de salud le correspondan al titular del Ejecutivo Estatal

La Secretaría de Salud cuenta con el Consejo de Salud, instancia permanente de coordinación, consulta y apoyo para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud (GEM, 2001). Tiene entre sus funciones el promover el proceso de descentralización de los servicios de salud para población abierta, a los municipios. Llevar el seguimiento de las acciones derivadas del programa de descentralización (GEM, 2001).

El Código describe que el Sistema Estatal de Salud, está constituido por las dependencias y organismos auxiliares de la administración pública estatal, y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud en la entidad (GEM, 2001). Este sistema tiene por objetivos proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los requerimientos sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas (GEM, 2001).

En el Código, el gobierno del estado asume la responsabilidad de otorgar los servicios de salud, esto como parte de la descentralización de los servicios y asigna al Consejo de Salud dar seguimiento al proceso de descentralización.

6.2.2 REGLAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

En el Reglamento de Salud del Estado de México publicado en 2002 se presentan varios considerandos, entre ellos que el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra el derecho a la protección de la salud como una garantía social y prevé la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general. Establece que el Sistema Estatal de Salud está constituido por las dependencias y organismos auxiliares de la administración pública estatal, y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud en la entidad, así como por los mecanismos de coordinación de acciones a fin, que además el Sistema Estatal de Salud tiene, entre otros objetivos, proporcionar servicios de salud a

toda la población del Estado y mejorar la calidad de éstos, atendiendo a los requerimientos sanitarios prioritarios y a los factores que condicionan y causan daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas, promoviendo la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado. Además el Reglamento habla sobre el objeto y finalidad del mismo, del Consejo de Salud del Estado de México, del Sistema de Salud de Salud, de la prestación de Servicios de Salud, de estructuras y programas, y procedimientos en la prestación de diversos servicios, del Instituto de Salud del Estado de México e Institutos especializados.

Sobre el Consejo de Salud del Estado dice que el cargo de integrante del Consejo será honorífico, a excepción del secretario técnico cuya remuneración será fijada por su propio presidente y podrá formar comisiones para el estudio de las diversas materias de salud e invitar a expertos, instituciones académicas, de investigación y agrupaciones del sector social privado relacionados con éstas (GEM, 2002).

Del Sistema Estatal de Salud dice que éste definirá los mecanismos de coordinación y colaboración en materia de planeación de los servicios de salud, que la Secretaría y el Instituto de Salud, promoverán la participación, en el Sistema Estatal de Salud, de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado. Fomentando la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de éstos y que la Secretaría elaborará el Programa Estatal de Salud, tomando en cuenta las prioridades y los servicios de los Sistemas Nacional y Estatal de Salud (GEM, 2001a).

Se puede resaltar que este reglamento pondera que en el otorgamiento de los servicios a la población se debe promover la colaboración de instancias y sectores públicos y privados.

6.2.3 REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (2005) en lo general regula la organización y el funcionamiento de la Secretaría de Salud del Estado de México; esta institución tiene a su cargo el despacho de los asuntos que le encomiendan la Ley Orgánica de la

Administración Pública del Estado de México, el Código Administrativo del Estado de México y otras leyes, así como decretos, reglamentos, acuerdos y órdenes que expida el Gobernador del Estado de México, considerando el otorgamiento de los servicios básicos para garantizar el derecho a la protección de la salud. En el documento se establece la competencia y organización de la Secretaría de Salud, las atribuciones del Secretario, la desconcentración administrativa y la suplencia del secretario (GEM, 2005).

6.3 LA NORMATIVIDAD DEL SEGURO POPULAR DE SALUD APLICADA EN EL ESTADO DE MÉXICO

6.3.1. ACUERDOS DE COORDINACIÓN 2002 Y 2005

En este apartado se presentan los documentos emitidos tanto a nivel nacional como a nivel estatal y que de manera conjunta forman la normatividad del Seguro Popular de Salud que se aplica en el Estado de México para su implementación, tanto en la etapa piloto como en la llamada etapa formal.

La normatividad que se aplicó en la fase piloto el Seguro Popular fue la contenida en los Acuerdos de Coordinación. Aunque en el Estado de México esta fase inició en el mes de octubre (Portillo, 2007; Guevara, 2007; Hernández, 2007), el primer acuerdo que se firmó fue el 20 de diciembre de 2002. Según el texto, su vigencia inició el mismo día y su publicación en los medios oficiales se dio hasta el 30 de mayo de 2003. El acuerdo tuvo una duración de un año. En su contenido se establecieron los compromisos de ambas partes para llevar a cabo la ejecución del Seguro Popular de Salud, entre ellos están las metas de afiliación.

El siguiente acuerdo se firmó ya en la etapa formal y fue el 20 de enero de 2004; su vigencia comenzó el día siguiente pero su publicación en las gacetas oficiales se dio hasta el 11 de agosto de 2005; en este documento se expresó que la vigencia ya es indefinida.

Su objetivo fue establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución del ahora ya Sistema de Protección Social en Salud en la entidad, la creación de la unidad administrativa estatal responsable del nuevo programa y los procedimientos de coordinación con la federación.

6.3.2. LAS RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES

En la etapa formal iniciada en enero de 2004 comenzó la vigencia del marco normativo emitido para tal fin.

A nivel federal el SPS depende del Consejo Nacional de Protección Social en Salud y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. El Consejo está formado por 6 secretarios del gabinete federal, cinco secretarios estatales de salud correspondientes a las cinco regiones en las que está subdividido el territorio nacional y un representante permanente del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría solamente con derecho a voz. El Consejo, opina sobre su financiamiento, proponiendo medidas para mejorar el desempeño y sesiona de manera normal cada cuatro meses (CNSS, 2005).

Por su parte la Comisión es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud que coordina, supervisa y monitorea la operación del Seguro Popular. Está formado por una dirección general y direcciones de área, mismas que tienen vínculos con los coordinadores estatales de SPS para su operación y a través de ella, se promueve la firma de convenios con los gobiernos de los estados (SSA, 2004d).

De esta manera, apoyándose en la firma de los convenios de colaboración, se implementan con prestadores de servicios e infraestructura del nivel estatal los servicios del Seguro Popular.

Cuando el SPS entra en funciones, la Secretaría de Salud federal garantiza la coherencia y coordinación en la aplicación del Seguro y los otros programas que se estén implementando; al mismo tiempo debe coordinar a las otras instituciones del sector salud que participen. Las funciones de la Secretaría de Salud son diseñar, coordinar y evaluar la operatividad del Seguro Popular y a los Servicios Estatales de Salud les corresponde el otorgamiento de los servicios que contempla el Seguro, aportando para ello los recursos humanos, materiales y la infraestructura necesaria (SSA, 2004a⁵) (Ver cuadro 4 y 5); en otras palabras la función rectora es de la SSA y el otorgamiento de los servicios de salud es responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales.

Al Seguro Popular se le han planteado indicadores de seguimiento de operación como: el porcentaje de familias afiliadas, la tasa de reafiliación, el monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada, el promedio de consulta por familia afiliada, el promedio de egresos hospitalarios por familia afiliada, el promedio de días estancia por egreso hospitalario, y el porcentaje de familias afiliadas encabezadas por mujer (SSA, 2003); se puede notar que en estos, no existe un indicador sobre la mejoría del estado de salud de la población.

Se deben llevar a cabo los procedimientos de evaluación necesarios para la adecuada prestación de los servicios (SSA, 2004b⁷¹), en los cual se cumple la normatividad y la participación de los distintos órdenes de gobierno (SSA, 2004b⁷³).

La evaluación contará con tres componentes: Financiero, Gerencial y de Impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias.

CUADRO 4. FUNCIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN EL SEGURO POPULAR DE SALUD

- *Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.*
- *Proveer servicios de salud de alta especialidad.*
- *Administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal.*
- *Transferir con puntualidad las aportaciones.*
- *Elaborar el modelo y promover la formalización de los acuerdos de coordinación.*
- *Establecer el esquema de cuotas familiares.*
- *Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación.*
- *Definir el marco organizacional del Sistema de Protección Social de Salud.*
- *Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios.*
- *Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios.*
- *Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios.*
- *Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados.*
- *Suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social.*
- *Tutelar los derechos de los beneficiarios.*
- *Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios médicos.*
- *Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas por concepto de prestación de servicios de salud, y*
- *Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud ayudando a la fiscalización de los fondos.*

Elaboración propia. Fuente: Ley General de Salud, art. 77 bis 5.

En el componente Financiero se monitoreará las aportaciones, el seguimiento del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, la previsión presupuestal y la valuación financiera y actuarial anual. En el componente Gerencial se considerarán las condiciones socioeconómicas de la población, la definición y el manejo de los recursos, los procesos de credencialización, la eliminación de barreras financieras y organizacionales, el acceso a los servicios, el abasto y el acceso a los medicamentos y el trato que reciben los usuarios

CUADRO 5. FUNCIONES DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD EN EL SEGURO POPULAR DE SALUD

- Proveer los servicios de salud comprendidos en el CABEME
- Contratar al personal, que en su caso se requiera, para realizar las Actividades inherentes a la operación del Programa SPS.
- Garantizar la disponibilidad de insumos y el suministro de medicamentos.
- Identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal de Protección Social en Salud y verificar la información proporcionada.
- Organizar las actividades relativas a la afiliación por región, municipio y localidad.
- Actualizar, mantener y administrar el padrón de familias.
- Informar a los usuarios sobre las intervenciones del CABEME y las unidades médicas donde se prestan los servicios.
- Brindar apoyo a los solicitantes para la obtención de actas de nacimiento y CURP.
- Establecer los mecanismos para recibir las cuotas reguladoras de la prescripción y consumo de medicamentos y destinarlas a los rubros de gasto convenidos con la Secretaría de Salud.
- Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos transferidos y las aportaciones propias
- Programar, de los recursos para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento.
- Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios y demás ingresos para el surtimiento de medicamentos asociados.
- Realizar el seguimiento operativo de las acciones y la evaluación de su impacto.
- Cumplir con los compromisos y metas contempladas en la Cruzada Nacional por la Calidad particularmente en la certificación de las unidades médicas.
Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica.
- Informar a la Secretaría de Salud sobre los rubros que solicite.
- Promover la participación de los municipios en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y sus aportaciones económicas.
- Adecuar el marco normativo estatal para la operación eficiente del SPS.

Elaboración propia. Fuente: Ley General de Salud, art. 77 bis 5.

Finalmente en el componente de Impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera, se atenderá la medición de los cambios en sus condiciones de salud esperadas y los cambios relacionados con la protección contra gastos catastróficos por motivos de salud entre las familias beneficiarias (SSA, 2004b⁷⁵).

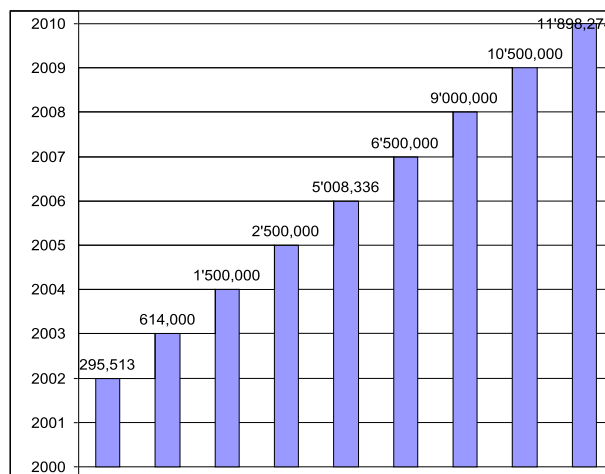
Haciendo un balance sobre este apartado vemos como existen varios indicadores de evaluación de los cuales la mayoría de ellos corresponden a componentes financieros, gerenciales y de impacto contra gastos catastróficos y en menor porcentaje se establecen los de cambios en las condiciones de salud.

6.3.3. LA COBERTURA

Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social (SSA, 2004¹).

Se programó tener una cobertura de 5'008,336 familias para finales de 2006, y terminar con 11'090,274 para el 2010, cantidad con la que se cubrirá el 48% de la población abierta (Gráfica 1) (INSP, 2005).

GRÁFICA 1. ESTIMACIÓN DE FAMILIAS ASEGURADAS AL SEGURO POPULAR DE SALUD PARA EL AÑO 2010



Elaboración propia.

Fuente: Seguro Popular de Salud Siete Perspectivas, INSP. 2005

Las familias beneficiarias o población objetivo son aquellas que pertenecen a los seis primeros deciles de la distribución del ingreso, sin derechohabencia de la seguridad social (SSA, 2004a³), con residencia en localidades semi urbanas y urbanas, que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente. Se dará preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas, de conformidad con los padrones que maneje el Gobierno Federal (SSA, 2004a^{8to}) o familias beneficiarias del Programa Oportunidades o Liconsa (SSA, 2004a^{16to}) deberán presentar una solicitud y cumplir con las obligaciones (SSA, 2004b⁴⁰). La afiliación deberá realizarse en función de la meta establecida en los acuerdos de coordinación con los estados y *“podrán adherirse las familias cuya incorporación pueda ser cubierta con cargo a los recursos del Fondo de Aportaciones para los servicios de Salud a que se refiere la Ley de Coordinación Fiscal...”* hasta el equivalente a 14.3% de las familias susceptibles de nueva incorporación, con el fin de alcanzar el 100% de cobertura en el año 2010 (SSA, 2004a^{8to}). Dentro de esta clasificación que el Estado hace sobre el nivel de ingresos de la población, se puede deducir que las afiliaciones no son en relación a las propias necesidades que presenta la población, sino que son en relación a lo establecido en los acuerdos de coordinación.

Los Regímenes Estatales dependientes de los Servicios Estatales de Salud, son los responsables de la afiliación y deberán hacerlo a través del Módulo de Afiliación y Orientación (MAO) y las brigadas específicas. En el proceso de afiliación, se llenará la “Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar” (CECASOEH). En ella se especifican los datos de los beneficiados y la evaluación socioeconómica que contiene las variables para definir el decil de ingreso de la familia. Los requisitos para la afiliación de las familias son: proporcionar la información requerida por la CECASOEH, no ser derechohabiente de la seguridad social, presentar comprobante de domicilio, de la clave Única de Registro de Población (CURP) o acta de nacimiento, y cubrir la cuota familiar correspondiente al periodo de vigencia. El MOA les entrega la Carta de Derechos y Obligaciones de los

afiliados y expide credenciales a los integrantes de la familia que sean mayores de 12 años (DGAO, 2006).

Aunque los “Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud” dicen que la afiliación-reafilación es durante todo el año, en el artículo tercero transitorio se muestra un cuadro en donde se establecen los periodos de afiliación-reafilación con el inicio y término de la vigencia (Tabla 3).

El gobierno estatal 2005 – 2011 se plantea “participar concurrentemente con la Secretaría de Salud federal, tanto en la consolidación del Seguro Popular como en los estudios que lleven a que este régimen se establezca, para garantizar en los próximos años protección financiera y acceso a servicios integrales y de calidad en salud” (SSEM, 2005)”. Induciendo *“a la población más desprotegida a invertir anticipadamente en servicios de salud, en un seguro de salud popular universal y equitativo y que, garantice calidad en los servicios cubiertos (SSEM, 2005)”*; identifica como uno de los problemas en salud, la falta de cobertura universal de la protección financiera en materia de Salud de las familias mexiquenses.

TABLA 3. CALENDARIO DE AFILIACIÓN-REAFILIACIÓN, VIGENCIA Y TÉRMINO DE VIGENCIA

Periodo trimestral	Periodo de Afiliación-Reafiliación	Inicio de vigencia	Término de la vigencia
I	1 al 31 de diciembre (año anterior)	1 de enero	31 de diciembre
II	1 al 31 de marzo	1 de abril	31 de marzo (año siguiente)
III	1 al 30 de junio	1 de julio	30 de junio (año siguiente)
IV	1 al 30 de septiembre	1 de octubre	30 de septiembre (año siguiente)

Fuente: Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón Nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, 2004.

Al respecto se ha planteado como objetivo que para el año 2011 la totalidad de la población se encuentre protegida en cualquiera de los esquemas de seguridad social existentes en la entidad.

TABLA 4. PROYECCIÓN DE LA COBERTURA DE LA POBLACIÓN CON ALGÚN ESQUEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	2006	2007	2008	2009	2010
Familias	509,910	751,601	989,040	1'331,522	1'551,892
Personas	2'549,550	3'758,005	4'945,200	6'657,610	7'800,000

Elaboración propia. Fuente: Programa Estatal de Salud 2005 – 2011.

En el proceso de implantación del Seguro Popular, se dará prioridad a la incorporación de grupos vulnerables dentro del territorio, conforme a lo establecido en la Ley y el Reglamento. Las metas de afiliación serán acordadas previamente con la Secretaría de Salud (SSA, 2005b^{6a}). La Secretaría de Salud acordará con las entidades federativas la meta de familias por afiliar y el calendario.

La protección será suspendida de manera temporal cuando no se cubra la cuota familiar en la forma y fechas determinadas, cuando el principal sostén de la familia beneficiaria se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal y se cancelará cuando el afiliado realice acciones en perjuicio de los propósitos que persigue el Programa SPS afectando los intereses de terceros, haga mal uso de su identificación como afiliado del Programa SPS o proporcione información falsa con relación a los datos contenidos en el estudio socioeconómico (SSA, 2004 a³⁹).

Será cancelada la posibilidad de reincorporación, cuando cualquier miembro de la familia beneficiaria, realice acciones en perjuicio de los propósitos que persiguen el Sistema de Protección Social en Salud o afecte los intereses de terceros; haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como beneficiario, y proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico para determinar su cuota

familiar y sobre su condición laboral o derechohabencia de la seguridad social estatal (SSA, 2004a³⁹).

Los usuarios del Seguro Popular tienen varios derechos, algunos de ellos son a) que bajo ningún tipo de discriminación recibirán los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (SSA, 2004a³⁶); b) a ser asistido por personal calificado en la atención de su padecimiento, c) a ser tratado con una actitud cortés, amable, mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud, d) a exigir privacidad en la atención y respeto del pudor, e) a pedir y recibir información sobre los servicios y su tratamiento, f) a tener un expediente médico y g) a recibir atención de urgencias según el Catálogo (SSA, 2004a³⁷).

Este último inciso denota que no se podrá recibir atención de aquellas urgencias que no estén consideradas en el Catálogo.

Las obligaciones que adquieren al momento de contratar son: proporcionar datos correctos y copias fidedignas de documentos que le requieran, notificar cambios en sus datos, informarse sobre el funcionamiento de los establecimientos, prestaciones, horarios y programas que ofrecen, dar información fidedigna sobre sus antecedentes clínicos, necesidades y problemas de salud, informarse sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, cumplir con las acciones preventivas de acuerdo con el Catálogo, adoptar conductas saludables, cumplir las prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse, hacer uso responsable de los servicios de salud entre otros. En los documentos revisados, no se plantean las obligaciones y derechos de los prestados de servicios.

El Seguro Popular se aplicará con carácter obligatorio en Hospitales y Centros de Salud del Instituto de Salud del Estado de México (SSEM, 2005a).

El Sistema Estatal de Salud garantizará a los usuarios del SPS la prestación de los servicios contemplados en el Catálogo de Servicios Esenciales y los cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, conforme lo establezca la Ley y el Reglamento.

La prestación se hará en los establecimientos que coordine el Sistema Estatal o de otros prestadores acreditados por la Secretaría de Salud.

De igual forma en este apartado se establece que los servicios prestados serán los contemplados en el Catálogo y además en establecimientos acreditados por la Secretaría de Salud, la pregunta que surge ¿qué pasa con aquellas personas que solicitan servicios que no están considerados en el catálogo o qué pasa con aquellas instalaciones que debido al regazo en el mantenimiento e inversión no se han acreditado?

6.3.4 EL FINANCIAMIENTO

La estructura de financiamiento del sistema estatal de salud, contará “con una aportación irreductible del gobierno federal, estatal y municipal, así como de una parte variable representada por la contribución solidaria (prepago) de la población usuaria de servicios médicos y venta de servicios directos. La vía de financiamiento de prepago, intenta que a través de éste, se promueva una utilización más racional de los servicios de salud, ya que los servicios de salud prepagados operan bajo sistemas de control de costos que favorecen la atención preventiva sobre la curativa y la atención ambulatoria sobre la hospitalaria” (SSEM, 2005).

Se aprecia que el modelo del prepago ya está plasmada en el Programa Estatal de Salud 2005 – 2011, involucrando además la participación de la hacienda municipal.

En la entidad mexiquense se plantea “inducir a la población más desprotegida a invertir anticipadamente en servicios de salud, en un seguro de salud popular, universal y equitativo”, difundiendo además entre la población del sector informal, el Seguro Popular como alternativa de protección financiera, vinculando los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios; considerando para esto la portabilidad de beneficios y derechos que propicie que los recursos sigan al usuario y llegar a todas las comunidades marginadas que carecen de atención (SSEM, 2005).

Es de notar que aquí se pretende inducir al prepago aún a la población más desprotegida y si además se plantea que al sector informal, se está aceptando las carencias económicas de la población.

Cuando las familias se afilien la información contenida en el formato sobre estudio socioeconómico (CECASOEH), se considerará para determinar la cuota familiar a pagar. Estas cuotas serán anticipadas, anuales y progresivas (SSA, 2004a²¹). Existen una clasificación de las familias que se afilian atendiendo a su contribución económica: el contributivo y el no contributivo. En el régimen contributivo, la afiliación se formaliza una vez hecho el pago correspondiente a la aportación familiar (SSA, 2004a¹²²). En el régimen no contributivo están consideradas las familias que pertenecen a los dos primeros deciles de la distribución de ingresos y no realizan ningún pago (SSA, 2004a¹²²). Para su determinación se tomarán en cuenta las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios, mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, el cual permitirá ubicarlos en el estrato adecuado. Los niveles de las cuotas familiares podrán ser revisados anualmente tomando como base la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (SSA, 2004a²⁵). Ninguna cuota será objeto de devolución bajo el principio de solidaridad social, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de suspensión temporal de los beneficios (SSA, 2004a²⁷).

Según la Secretaría de Salud (SSA, 2004a) el *“El Seguro Popular de Salud es público y voluntario, tiene un financiamiento general que pasa de una lógica inercial y burocrática a una lógica de democratización, y de una orientación hacia la oferta a un subsidio de la demanda, mediante la transferencia de los recursos federales a los estados con base en el número de familias afiliadas”*. Tiene financiamiento solidario por la Federación identificado en el presupuesto autorizado de la Secretaría (SSA, 2004a). El monto del recurso disponible debe ser aprobado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y tener congruencia con los criterios generales de política económica y la disponibilidad de recursos para el ejercicio fiscal respectivo (SSA, 2004b⁹¹).

Llama la atención como el subsidio será en base a la demanda y al número de familias afiliadas, es decir se está condicionando la transferencia de recursos a cambio de afiliar a familias que realicen el prepago; además la transferencia del recurso económico no está garantizado, porque deberá aparte de tener aprobación de la Secretaría de Hacienda, deberá existir disponibilidad para el ejercicio, deduciendo que el Estado no hace

una asignación de recursos considerando las necesidades de salud de la población, quitándose la responsabilidad al dejarlo manifestado por anticipado.

Las aportaciones son las realizadas por el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas a favor del programa (SSA, 2004b⁷⁶). Las aportaciones federales se canalizan a los gobiernos estatales de conformidad con una periodicidad del calendario presupuestal acordado, estableciendo la meta anual de afiliación distribuida por trimestre. Los recursos serán administrados por BANOBRAS y entregados a los gobiernos de los estados hasta después de tres meses de haberse ejercido (CNPSS, 2005); es decir, que primero los Servicios Estatales tienen que utilizar el recurso necesario para el pago de sueldos, insumos, recursos para diagnóstico, mantenimiento de las instalaciones y será hasta tres meses después cuando se les reintegre.

Si existe un establecimiento de las metas a afiliar y un padrón de las familias ya afiliadas, ¿por qué tienen que esperar los gobiernos estatales tres meses para que les entreguen el recurso de las aportaciones federales?

El Gobierno Federal aporta anualmente una cuota social por familia beneficiada equivalente al 15 % de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal y una aportación solidaria que debe ser cuando mínimo una y media veces la cuota social. La aportación mínima estatal es equivalente a la mitad de la cuota anterior. De la cuota social y de las aportaciones solidarias, la Secretaría de Salud canaliza anualmente el 8% al fondo de protección contra gastos catastróficos. De la cuota social y de las aportaciones solidarias (federal y estatal) también se canaliza a los estados el 3%, aplicando dos terceras partes para las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades (SSA, 2004a¹⁸).

Para determinar el monto anual correspondiente a la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, se cuantifica anualmente el número de familias beneficiarias a partir del Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior; este conteo sirve para la proyección de la población beneficiaria potencial, y las metas de incorporación de familias (SSA, 2004b⁷⁸).

La aportación solidaria se realiza mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de acuerdo al monto total de recursos federales disponibles y de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. La aportación debe representar al menos una y media veces el monto de la cuota social. Con base en los padrones de familias incorporadas la Federación transfiere a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan (SSA, 2004b⁸⁷)².

También existe un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad que se distribuye según fórmula. Este fondo es destinado para las actividades de salud poblacional que realicen las entidades federativas, a través de los servicios estatales de salud, incluido el Distrito Federal. (SSA, 2004a⁸⁷). Además se canaliza anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal y la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios (SSA, 2004a¹⁸).

Las enfermedades cuyo tratamiento generan alto costo, se denominan gastos catastróficos. Su clasificación, tratamiento, medicamentos y materiales asociados son definidos por el Consejo de Salubridad General (SSA, 2004b⁹⁹). Los gastos catastróficos son incluidos en el Fondo en forma gradual y responden a la disponibilidad de sus recursos (SSA, 2004b¹⁰⁰). El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos tampoco tiene límite de anualidad presupuestal y apoya el financiamiento del tratamiento de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos para los prestadores de servicios de salud del

² *Para evitar duplicidades en el financiamiento, en el caso de las familias beneficiarias del Programa Oportunidades que se afilien al Programa SPS, se realizan ajustes adicionales restando al subsidio base aquellos recursos por familia cuyo destino sea coincidente con rubros de gasto del Programa SPS, en virtud de que dichos recursos forman parte de los apoyos.*

Sistema (SSA, 2004b⁹⁵). Los gastos y el alcance de las intervenciones que cubra son definidos con base en las guías clínico-terapéuticas (SSA, 2004b¹⁰³).

Para los tratamientos y medicamentos asociados que generen gastos catastróficos y estén considerados por el Consejo de Salubridad General está constituido un fondo de reserva y es administrado por la Federación no tiene límite de anualidad presupuestal, y las reglas de operación están definidas por la Secretaría de Salud (SSA, 2004a²⁹), ¿y qué pasa con los tratamientos y medicamentos requeridos por aquellas enfermedades que no estén consideradas por el Consejo?, ¿no se había comentado que la atención será integral?.

En las aportaciones solidarias cuando las entidades federativas no entreguen las aportaciones solidarias o cuando dejan de informar en tiempo y sobre el programa, la Secretaría de Salud, suspende en el trimestre respectivo, la transferencia de los recursos federales correspondientes a la cuota social del Gobierno Federal, y los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (SSA, 2004b⁸¹).

Sin duda el no informar en tiempo a la SSA sobre el programa se convierte “presión-amenaza” para los gobiernos de los estados, porque además hay que recordar que los sistemas estatales hacen la aplicación del recurso antes de recibir la aportación federal.

La programación y presupuestación de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad al interior de las entidades federativas deben considerar las prioridades establecidas en el Programa Sectorial de Salud en vigor, particularmente identificando los rezagos en salud y riesgos potenciales en salud. Estos recursos no pueden ser destinados a fines distintos (SSA, 2004b⁹⁰). Cada entidad federativa recibe el monto que se le asignó como Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad durante el ejercicio fiscal del año inmediato anterior, más la participación que le corresponde del incremento por disponibilidad de recursos (SSA, 2004b⁹³). El financiamiento de las actividades y servicios considerados en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad puede ser complementado

por otras erogaciones de las entidades federativas como parte de su gasto estatal en salud (SSA, 2004b⁹⁴).

Según la normatividad del Seguro Popular desde esta reglamentación se compromete la participación financiera de los gobiernos estatales.

El financiamiento para los estados está determinado por el número de familias afiliadas al SPS y por lo tanto es orientado por la demanda. La aportación estatal mínima por familia es equivalente a la mitad de la cuota social (SSA, 2004a¹³).

Una vez cubiertos los costos de su registro y proceso, los recursos recaudados por los Regímenes Estatales, se destinan para financiar el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para la operación del SPS (SSA, 2004b¹³³).

Las cuotas familiares serán recibidas directamente por los Regímenes Estatales y se destinarán para el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para el Sistema (SSAb¹²⁹, 2004)

La ejecución del Seguro Popular se apoyará en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos para brindar atención en unidades hospitalarias de alta especialidad (SSEM, 2005). La Secretaría de Salud de la Federación transferirá los recursos por concepto de aportación solidaria federal y por concepto de cuota social, previa verificación de la existencia de la aportación solidaria estatal. Los recursos federales transferidos, no podrán ser destinados a fines distintos. Ambas partes pactarán en cada ejercicio fiscal los límites máximos para cada concepto de gasto (SSA, 2005b^{7a}). Retendrá trimestralmente al gobierno del estado el monto que corresponda en ese periodo por concepto de cuota social, el monto de recursos equivalente al 8 y 3 por ciento de la suma de la cuota social, aportación solidaria federal y aportación solidaria estatal correspondientes a dicho periodo, para la constitución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y la Previsión Presupuestal, respectivamente (SSA, 2005b^{12a}).

El gobierno del Estado de México efectuará una aportación solidaria estatal que deberá preverse explícitamente en su Presupuesto de Egresos; Por lo que se compromete a incluir al menos el monto de los recursos que para salud se destinaron en el ejercicio anterior, en el proyecto de Presupuesto de Egresos que presente al Congreso del Estado

(SSA, 2005b^{10a}). Constituirá un fideicomiso para el manejo transparente de los recursos (SSA, 2005b^{12a}). Se mejorarán las condiciones financieras de las unidades médicas, mediante la promoción de políticas fiscales que favorezcan la captación de mayores ingresos.

Se puede comparar que el gobierno del Estado de México sí se debe comprometer a programar en el Presupuesto de Egresos la aportación solidaria para garantizarla, sin embargo la federación dará su aportación sólo si existe disponibilidad de recursos federales como lo indica el artículo 91 del Reglamento General.

6.3.5 LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

El Seguro Popular de Salud es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médicos-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. Que como mínimo deberá contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, consulta externa y hospitalización de especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría). Las acciones de salud se entienden como acciones de protección social en salud que se brindan a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (SSA, 2004a¹), en las instalaciones médicas que conforman la Red del Sistema como Centros de Salud Urbanos y Hospitales Generales y será la Secretaría de Salud la que coordine las acciones de los Regímenes (SSA, 2004a⁵).

El sistema de atención contempla que las intervenciones del Programa SPS se otorguen por los Servicios Estatales de Salud (SSA, 2004a²). Proveerán de manera integral los servicios de salud y los medicamentos asociados (SSA, 2004a⁵).

La puerta de entrada al sistema de atención del SPS es el Centro de Salud de adscripción de la familia. Para hacer uso de los servicios, los beneficiarios deben presentar su credencial de afiliado. El médico de familia, tiene a su cargo un número determinado de familias beneficiarias. Al recibir al usuario verifica la vigencia de derechos y proporcionará la atención médica y prescripción de medicamentos. Podrán ser referidos

desde su centro de salud de adscripción para acceder a servicios y medicamentos de hospitalización. Para tener acceso a los servicios en los hospitales de la red es necesario haber sido referido de su centro de salud de adscripción, excepto en los casos de urgencias médicas, en cuyo caso el afiliado podrá hacer uso de cualquiera de las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud. Los usuarios que necesiten de una intervención que no pueda ofrecerse en su unidad médica de adscripción podrán ser referidos a otra unidad para que se les brinde la atención, en estos casos los gastos de traslado, hospedaje y alimentación del paciente y/o sus acompañantes, no podrán ser cubiertos con los recursos transferidos para el Programa.

Los servicios se garantizarán por los gobiernos de las entidades federativas, con base en la legislación estatal correspondiente (SSA, 2004b¹³). Estos se componen de los servicios esenciales y aquellos servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (SSA, 2004b⁷).

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos los aspectos de prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud; aplicación de exámenes preventivos; programación de citas para consultas; atención personalizada; integración de expedientes clínicos; continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contra referencia; prescripción y surtimiento de medicamentos, e información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica (SSA, 2004a⁹).

Los prestadores de servicios de atención médica deberán utilizar guías clínico-terapéuticas, aprobadas por la Comisión, permitiendo homogeneizar criterios de atención para una mejor práctica médica.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud fijará la secuencia y alcances de cada intervención comprendida en los servicios esenciales por tipo de establecimiento. Se establecerán de manera prioritaria y progresiva para satisfacer de manera integral las necesidades de salud de las familias beneficiarias (SSA, 2004b⁸). Los servicios esenciales los seleccionará por tipo de establecimiento de manera que progresivamente se incrementen. La secuencia y alcances de cada intervención deberá establecerse con base

a los criterios de prevención y promoción de la salud, la sustentabilidad financiera, necesidades de salud recurrentes, secuencia y el nivel de atención, medicamentos asociados a los tratamientos incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud. Las intervenciones se establecerán a manera de catálogo (SSA, 2004b⁹).

En el Estado de México se proyecta que para el año 2011 los servicios médicos que se brinde a los usuarios alcancen una aplicación superior al 80% de las guías clínicas terapéuticas estandarizadas; para lo cual se diseñará e implementarán las guías de práctica clínica, homogéneas y con evidencia científica en el Sistema de Salud de la entidad. Estas guías serán las fuentes de información para actividades de formación continua, y permitirán evaluar la calidad de la atención médica y el desempeño de los prestadores de servicios (SSEM, 2005).

Los medicamentos son distribuidos en las farmacias a través de la Red del Sistema de Suministro de Medicamentos del Seguro Popular. El distribuidor autorizado debe promover el flujo de medicamentos (genéricos intercambiables y de patente) de los laboratorios a las farmacias públicas y privadas existentes que están en su área de cobertura. Deben tener disposición para mantener comunicación constante con las farmacias y garantizar su existencia, checando que el medicamento tenga un límite de caducidad de 6 meses al momento de recibirlo las farmacias (SSEM, 2007).

Se tienen programadas las estrategias de a). revisión de los mecanismos de elaboración del Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel y del Catálogo de Insumos para el segundo y tercer niveles de atención, con el fin de fortalecer su papel de referencia común para todas las instituciones del sector salud, b). elaboración de una lista de medicamentos e insumos esenciales para el primer nivel de atención de alta efectividad demostrada y menor costo; indicados para los padecimientos agudos de más alta incidencia entre la población pobre; indicados para los padecimientos crónicos de más alta prevalencia en el país; fundamentales para los programas prioritarios de salud pública, y tener la posibilidad de comercializarse preferentemente como genéricos intercambiables (GI), c). diseño y operación de sistemas eficientes de abasto de los medicamentos esenciales y del surtimiento de recetas en las unidades médicas de primer

nivel de las instituciones públicas de salud, a la vez que concertación de acciones con la industria farmacéutica, los distribuidores de medicamentos y las farmacias para asegurar el abasto suficiente y oportuno de los medicamentos esenciales, d). capacitación del personal de salud y de farmacias sobre las ventajas racional de medicamentos, e). promoción de las evaluaciones de costo-efectividad de los nuevos medicamentos como criterio para las compras de las instituciones públicas de salud y f). eliminar el prepago de medicamentos, el costo por almacenaje y manejo, través de nuevas formas de contratación con proveedores (SSEM, 2005).

Se deben contemplar los medicamentos asociados a los tratamientos, los cuales deberán estar incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, y deberán ser prescritos por el médico conforme a lo establecido en los protocolos o guías clínico-terapéuticas que se apliquen para cada intervención, y sujetando la dotación de medicamentos a lo señalado en la receta (SSA, 2004b³). Los medicamentos son distribuidos en las farmacias a través de la Red del Sistema de Suministro de Medicamentos del Seguro Popular. El distribuidor autorizado debe promover el flujo de medicamentos (genéricos intercambiables y de patente) de los laboratorios a las farmacias públicas y privadas existentes que están en su área de cobertura. Deben tener disposición para mantener comunicación constante con las farmacias y garantizar su existencia, checando que el medicamento tenga un límite de caducidad de 6 meses al momento de recibirlo las farmacias (SSEM, 2007).

El proceso de recepción de medicamentos tiene el concepto de venta a consignación, entendiéndose que mientras el medicamento no sea entregado al beneficiario, se considera que sigue siendo propiedad del laboratorio. Las transacciones de todas las farmacias son recibidas por el Fideicomiso de Instalación de Medios de Pago Electrónico (FIMPE) que las trasmite al Sistema Central de Gestión de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Este sistema asocia la clave del medicamento entregado, lo agrupa por distribuidor, determina la distribución de recursos entre los actores del proceso y transmite la información a los Regímenes Estatales; estos con la información

recibida giran instrucción a las instituciones bancarias para que efectúen durante las 48 horas siguientes el depósito bancario correspondiente (SSEM, 2007).

Las entidades federativas a través de los Regímenes Estatales deben establecer los mecanismos temporales y llevar a cabo las acciones necesarias para que, en términos de la Ley General de Salud, se garantice el surtimiento de medicamentos a los beneficiarios del SPSS, aún en el caso de que existan fallas en el mecanismo de simplificación, de conformidad con los procedimientos que emite la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (SSA, 2003h).

En el caso del Estado de México el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en Sesión Ordinaria número 143, de fecha 16 de febrero de 2006 y mediante el acuerdo ISE/143/011, aprobó establecer la política de subrogación de medicamentos con servicio de administración e información integral. Con esta política se emitió el Manual de procedimientos del Sistema de Control de Medicamentos y Material de curación (SSEM, 2007); estableciendo los mecanismos necesarios que permitan implantar y operar el sistema de control de medicamentos y material de curación, mediante la política de subrogación del servicio de la botica en las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

Para esto, los proveedores operarán los inventarios que les sean entregados sin considerar precios, pero si costos. Los proveedores instalarán en cada unidad médica del Instituto, el servicio de botica con equipo de cómputo y sistema; el cual deberá contener el archivo del inventario inicial de sus operaciones. Cada botica deberá contar con responsable sanitario y aviso de funcionamiento autorizado por la jurisdicción de regulación sanitaria correspondiente. Los hospitales y Centros de Salud Urbanos del Instituto, serán abastecidos con los medicamentos, de acuerdo al catálogo y cuadro básico de medicamentos y material de curación estipulados en los contratos ISEM-AJ-CA- LP42/O33-06 y ISEM-AJ-CALP42/O34-06; además todo servicio hospitalario deberá contar con la dotación suficiente para dar cumplimiento a la terapéutica indicada.

El contrato ISEM-AJ-CA-LP42/033-06 firmado el 22 de agosto de 2006 entre el ISEM y Farmacias el Fenix del Centro, S.A. de C.V. fue hasta por la cantidad de \$476'250,000.00

con un presupuesto dividido para 2006 por \$158'750,000.00 a razón de \$76'250,000.00 para medicamentos y \$82'500,000.00 para material de curación y para el año 2007 \$317'500,000.00 de los cuales \$152'500,000.00 para medicamentos y \$165'000,000.00 para material de curación. Y el contrato (ISEM-AJ-CA-LP42/O34-06) fue firmado el 22 de agosto de 2006 entre el ISEM y la "Distribuidora DISUR", S.A. DE C.V., por un monto de \$273'750,000.00. Importe se distribuyó de la siguiente forma: en el año 2006, \$91'250,000.00 siendo \$48'750,000.00 para medicamentos y \$42'500,000.00 para material de curación; y para el año 2007 \$182'500,000.00, \$97'500,000.00 destinados a medicamentos y \$85'000,000.00 para material de curación. Para el año 2008 existe una licitación pública de fecha 23 de enero en donde se convoca para la contratación del servicio de surtimiento de medicamentos. Esta distribuidora volvió a tener otra licitación, la 44064003-001-08 en el año 2008 por un monto de \$ 900,000,000.00 para la contratación del servicio de surtimiento de medicamentos y material de curación mediante receta médica y abastecimiento de *stock* para unidad médicas del ISEM.

Con lo que respecta al personal, se propone un programa de acreditación de habilidades que incluya personal operativo y directivo que propicie la "certificación de competencias"; contando en el año 2011 con recursos humanos del más alto nivel técnico, científico y ético, comprometido con la misión, visión y valores del Instituto y capacitados para cumplir con sus responsabilidades institucionales (tabla 5).

Para lograr el financiamiento institucional para el desarrollo del capital humano, se ha planteado la formalización de alianzas estratégicas entre los sectores de salud y educativo, la implementación y fortalecimiento de la de video conferencias y de educación a distancia, el fortalecimiento de la investigación educativa en el área de salud, el establecimiento de un programa de capacitación gerencial para directivos y el diseño de un sistema de acreditación de eventos académicos y su vinculación con el desarrollo dentro de la institución (PES, 2005-2011).

TABLA 5. ACREDITACIÓN DE HABILIDADES DEL PERSONAL DIRECTIVO Y OPERATIVO

Año	2006	2007	2008	2009	2010
Meta	Generar un Diagnóstico de habilidades Operativas y gerenciales, base del programa permanente de capacitación.	Impulsar la operación del comité interno de capacitación. Fortalecer las acciones de capacitación dirigidas al personal operativo y los mandos.	Formular un programa permanente de capacitación para el ámbito operativo, basado en las necesidades institucionales y operarlo.	Fortalecer el programa de capacitación operativo y gerencial y dirigirlo a la acreditación de habilidades y la certificación de competencias.	Consolidar el programa de capacitación dirigido a la acreditación de habilidades y certificación de competencias. Hacer de la acreditación de habilidades y la certificación de competencias, una cultura organizacional.

Elaboración propia Fuente: Programa Estatal de Salud 2005-2011

Sobre la infraestructura, se pretende optimizar aprovechando más de un 90% de la capacidad instalada, eliminando los desperdicios de capacidad en un 10% anual, según la medición inicial que se haga. Se plantea un desarrollo de un marco regulatorio que promueva la racionalización de la capacidad instalada y una mayor interacción entre instituciones para la oferta de servicios excedentes (PES 2005-2011).

Se considerará la infraestructura de salud existente y que esté dentro del Plan Maestro de Infraestructura. Los establecimientos que no se encuentren en el Plan, no podrán participar como prestadores de servicios ni podrán recibir de su financiamiento (SSA, 2004b³⁴). Para que un establecimiento sea incorporado, debe contar con el dictamen de acreditación que emita la Secretaría (SSA, 2004b³⁷) mediante un estudio técnico, determinará aquellas unidades médicas de las dependencias (SSA, 2004b³⁰). Solamente aquellos establecimientos para la atención médica que cumplan con lo estipulado, podrán ser considerados para fungir como prestadores de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (SSA, 2004b¹⁰⁶).

Este punto genera una selección automática de los Centros de Salud y Hospitales que debido al abandono en el mantenimiento no cuenten con los criterios para ser acreditados.

Con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura y garantizar la operación sustentable (SSA, 2004b³¹) la Secretaría de Salud elaborará el Plan Maestro de Infraestructura (SSA, 2004b³²), siendo éste un instrumento rector al que se sujetarán los Servicios Estatales de Salud (SSA, 2004b³¹). El Plan fue diseñado para brindar un marco de largo plazo para la expansión de la disponibilidad y capacidad de las instalaciones de atención a la salud (SSA, 2004b³⁴). En el Plan se deberán considerar al menos, las necesidades de salud de la población, las características socioculturales, demográficas, epidemiológicas, información sobre accesibilidad, utilización de servicios y los criterios que para el Modelo Integrado de Atención a la Salud defina (SSA, 2004b³³). Los servicios estatales a partir de las transferencias deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica.

Los aspectos tecnológicos del equipamiento se sujetarán a los lineamientos de la Secretaría, en apego al Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico (SSA, 2004b³⁸).

El gobierno estatal brindará los servicios de salud a los usuarios de forma directa con la participación de su estructura de salud o de forma indirecta, a través de los establecimientos de atención médica de otras entidades o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, mediante al sistema de referencia y contrarreferencia convenido con los prestadores de servicios (SSA, 2005b^{16a}).

En el Estado de México se tiene un universo de 999 unidades que prestan servicios de salud, de ellas 965 son de primer nivel y 7 de segundo. Al respecto se ha programado mejorar sus condiciones mediante la detección de carencias inminentes basadas en la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud a población abierta e indicadores de resultados por unidad médica, la elaboración de los certificados de necesidades a fin de precisar las características de los inmuebles a rehabilitar, reordenar, sustituir o construir, la identificación y recuperación de áreas ociosas o destinadas a un servicio y empleadas

como oficinas o almacenes, la ampliación de la capacidad física instalada de los hospitales existentes con mejora de espacios, instalaciones y equipamiento, el trabajo en equipo con servicios de salud e infraestructura para el reordenamiento de servicios en las unidades médicas existentes sujetas a rehabilitación (tabla 6) (SSEM, 2005).

TABLA 6. MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA EN SALUD

Concepto	Unidades Médicas por año				
	2006	2007	2008	2009	2010
Ampliación	223	232	200	200	80
Rehabilitación	5	19	5	5	5
Mantenimiento	228	251	235	215	135
Sustitución	7	1	2	1	1
Nueva creación	2	2	3	1	1
Equipamiento	237	254	245	222	87

Elaboración propia. Fuente: Programa Estatal de Salud 2005-2011

La SSEM proporcionará a la SSA informes sobre el programa, de conformidad con la forma y plazos a que se refieren la Ley y el Reglamento (SSA, 2005b^{16a}). El desempeño de los servicios será evaluado por la SSA en coordinación con el gobierno del Estado. La Secretaría coadyuvará en la vigilancia de la ejecución de las acciones a que se refiere el Acuerdo, para que se cumpla de manera apegada a los requisitos y parámetros fijados en la Ley y el Reglamento. Ambas partes convienen que para el control, inspección, evaluación y vigilancia de los recursos, establecerán los programas o actividades que permitan garantizar el cumplimiento de los compromisos que derivan del Acuerdo (SSA, 2005b^{17a}). La anterior información recuperada de los diferentes documentos referidos, es la que sirve de sustento normativo para conocer la implementación del SPS durante los procesos de prestación en los servicios locales de salud, identificados como Centro de Salud Urbano y Hospital General.

CAPÍTULO 7

EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

7.1. LOS INICIOS DEL SEGURO POPULAR 2001 – 2003. LA ETAPA PILOTO

La implementación del Seguro Popular de Salud la conceptualizamos como la ejecución o puesta en práctica del programa.

Seguro Popular de Salud es el nombre que recibió la fase de prueba o piloto del Sistema de Protección Social en Salud. Esta etapa estuvo comprendida desde diciembre de 2001 cuando se dio la notificación pública aunque arrancó en febrero de 2002, hasta diciembre de 2003. Con el inicio de la vigencia del marco normativo en enero de 2004 cambió a su nombre oficial; sin embargo de manera habitual se le siguió nombrando Seguro Popular. Capítulo

La fase piloto en el país arrancó en 5 estados de la república: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco; con una afiliación de 21,000 familias concluyó el año de 2001. En 2002 se incorporaron varios estados más, entre ellos el Estado de México. A finales de ese año se tenían afiliadas a 295,000 familias y para finales de 2003 contó con 625,000 familias de 24 estados de la federación (Ortiz, 2006).

En esta etapa piloto las acciones que se brindaron a la población que contrato el Seguro Popular fueron las enlistadas en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) formado por 78 intervenciones.

El programa se estuvo evaluando durante este periodo de prueba. Con la participación de los usuarios y proveedores, a quienes se les aplicaron encuestas, se realizaron estudios, las evidencias recogidas constituyeron elementos para la adecuación del Seguro Popular de Salud (Ortiz, 2006). Ejemplo de estos ejercicios, fue el Foro Nacional Liderazgo en Salud realizado en el año 2003 en donde en presencia de secretarios de salud estatales y representantes de la OPS se analizaron los retos que enfrentaba el SPS, y los

productos obtenidos. Los propios secretarios de salud estatales hicieron críticas sobre el desabasto de los medicamento, la falta de materiales de curación, el equipo, la infraestructura, la falta de recursos suficientes provenientes del Ramo 33 para invertir en salud, su incapacidad financiera y la presión ejercida para enfrentar el reto de otorgar los servicios con calidad, resultado de la certificación que tuvieron que enfrentar (La Jornada, 21 mayo 2003). La información recabada sirvió para hacerle los ajustes al programa. Estos ajustes fueron permeados a las comisiones dentro del Consejo Nacional de Salud para su proceso de autorización por parte del órgano colegiado.

7.1.1 EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO

La siguiente información resulta necesario considerarla como parte del contexto, para identificar el momento en el cual se dan los cambios dentro de la estructura de los Servicios Estatales de Salud con la introducción del Seguro Popular.

La aplicación de la reforma a las políticas de salud en el Estado de México iniciada pocos años antes continuó con cambios en la organización de los Servicios de Salud Estatales. En el año 2000, surgió la Secretaría de Salud del Estado de México considerando la misma organización operativa ya existen (GEM, 4 marzo 2000), emitiéndose además el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado. En el reglamento se estableció que el Instituto de Salud del Estado de México sería un órgano auxiliar de la Secretaría para el cumplimiento de sus metas.

Desde entonces, la Secretaría de Salud del Estado es la dependencia encargada de conducir la política estatal en materia de salud y garantizar los servicios que brindan las instituciones que integran el Sistema Estatal de Salud. Como funciones tiene a) planear, organizar, dirigir, coordinar y evaluar el Sistema Estatal de Salud; b) coordinar la prestación de servicios de atención médica, salud pública y regulación sanitaria en el estado, conviniendo con cualquier otro sector que promueva acciones en estas materias; c) planear, operar, controlar y evaluar el Sistema Estatal de Donación de Órganos Humanos para Trasplante; d) planear, operar, controlar y evaluar el Sistema de Información de Salud del Estado de México; e) impulsar la descentralización y

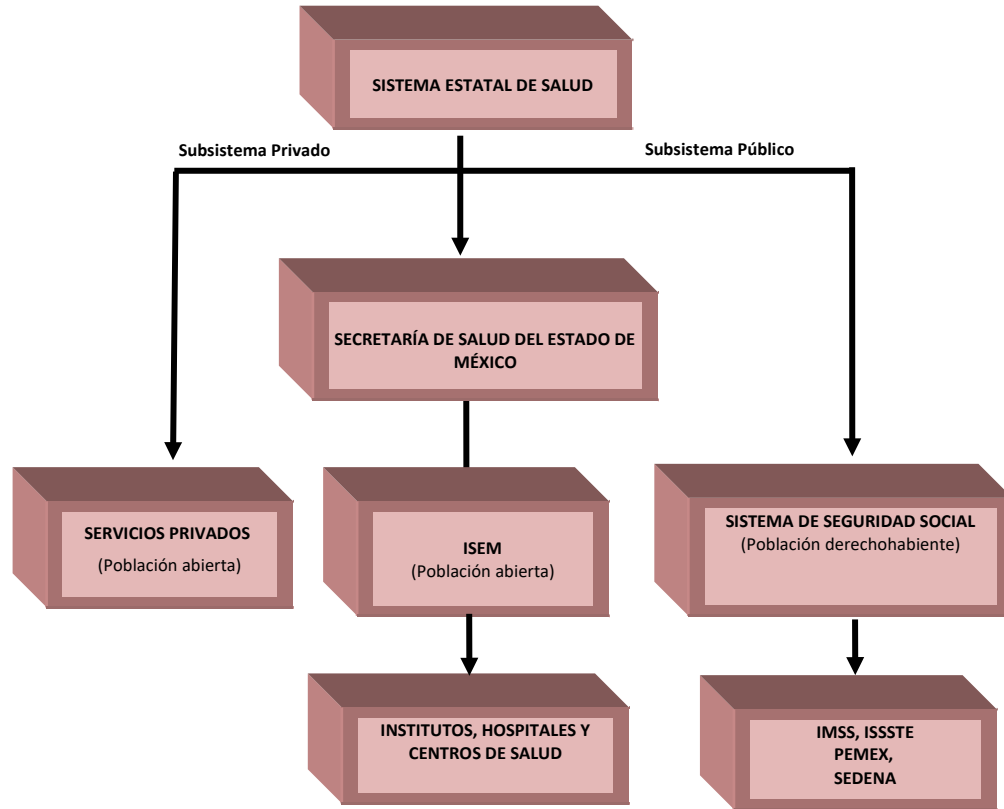
desconcentración de los servicios de salud a los municipios, mediante convenios; f) proponer al Ejecutivo estatal, para su aprobación, acuerdos de coordinación con las instituciones del sector salud, tendientes a promover y apoyar los programas de medicina preventiva; g) proponer e implementar la infraestructura sanitaria necesaria que procure niveles de sanidad mínimos entre la población; h) dictar las medidas de seguridad sanitaria que sean necesarias para proteger la salud de la población y coordinar la realización de campañas para prevenir y atacar las epidemias y enfermedades que por su naturaleza requieran de atención y cuidados especiales; i) realizar, en coordinación con otras instancias públicas, sociales y privadas, campañas de concientización, educación, capacitación sanitaria y salud, que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la población del estado; y j) desarrollar acciones encaminadas a erradicar las enfermedades transmisibles, así como los factores que afecten la salud (SSA, 2004a⁴) o propicien el alcoholismo, las toxicomanías y otros vicios sociales (GEM, 2002).

La Secretaría de Salud pertenece al Sistema Estatal de Salud (Diagrama 1), está integrada por la oficina del titular de la dependencia, el Consejo de Salud del Estado de México, la unidad de Estudios y Proyectos Especiales y la de Seguimiento y Evaluación.

Cuenta con dos órganos desconcentrado, el Centro Estatal de Trasplantes y el Instituto Mexiquense contra las adicciones y con dos órganos descentralizados el Instituto de Salud del Estado de México, el Instituto Materno Infantil del Estado de México y la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (Diagrama 2).

Dentro de esta estructura, el ISEM es la parte operativa del Sector Salud estatal, brindando los servicios médicos a la población mexiquense a través de la infraestructura de primer y segundo nivel de atención. Es un órgano auxiliar de la Secretaría de Salud para el cumplimiento de sus metas (SSEM, 2002a). Está dividido en 19 Jurisdicciones Sanitarias distribuidas estratégicamente en todo el territorio mexiquense.

DIAGRAMA 1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD

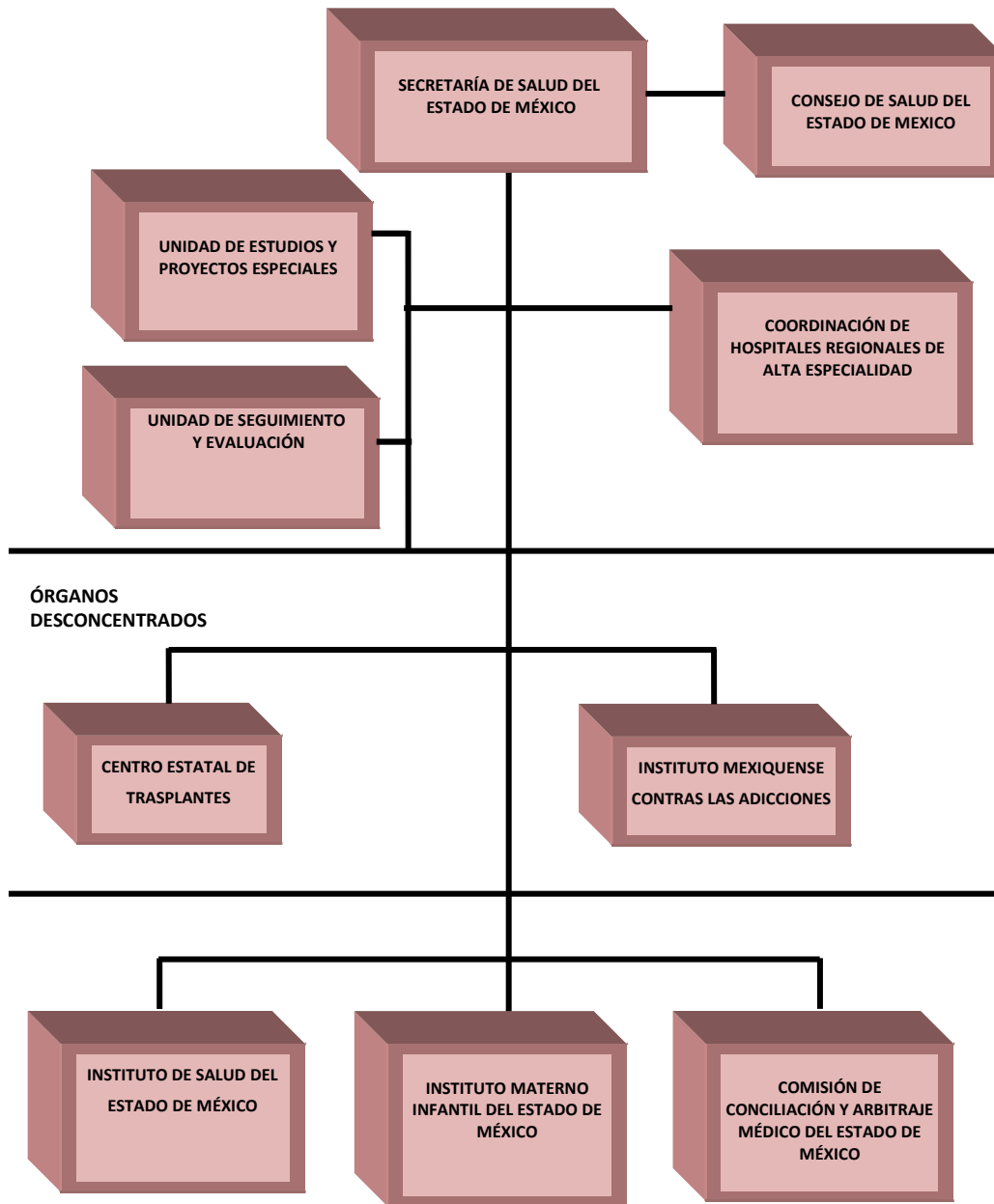


Elaboración propia para la investigación
Fuente: Página oficial de la Secretaría de Salud del Estado de México.

En síntesis, dentro del marco a la reforma de las políticas de salud en el estado de México se aprecia que en el año 2000 surge la Secretaría de Salud que tiene funciones de rectoría y el Instituto de Salud del Estado de México realiza la parte operativa de los servicios de salud.

En el Estado de México, la etapa piloto del Seguro Popular inició específicamente en octubre del año 2002 y como lo marca la normatividad pero dos meses después de haber iniciado, se firmó el 20 de diciembre el acuerdo de colaboración entre el ejecutivo estatal y la Secretaría de Salud (Portillo, 2007). Este acuerdo tuvo una vigencia de un año (SSA, 2002).

DIAGRAMA 2. SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO



Fuente: Página oficial de la Secretaría de Salud del Estado de México.

Todo inició de manera muy intempestiva, no existió un trabajo de planeación, solamente se notificaron las metas de afiliación al Gobierno del Estado, la recaudación

que se tenía que obtener y se determinaron los municipios donde iniciaría el programa (Portillo, 2007).

Se seleccionó personal con cargo de responsabilidad de algunas jurisdicciones médicas coordinadoras de los municipios identificados, se le pidió que se sumaran al programa a otros se les transfirió a la Ciudad de Toluca, para que apoyaran en la parte administrativa del programa prometiéndoles incremento salarial, sin que eso llegara a suceder (Hernández, 2007).

Se programó afiliar a 20 000 familias pertenecientes a los tres primeros deciles de ingreso de los municipios de Chalco, Valle de Chalco, Chimalhuacán, Nezahualcóyotl, Valle de Bravo y zona Mazahua (FUNSALUD, 2004); pero para el primer trimestre del año 2003 sólo había 2,000 familias afiliadas llegando solamente a 8,000 en el mes de septiembre (SSA, 2207).

Si las metas de afiliación no se cumplieron fue porque el programa no contó con los suficientes recursos económicos ni humanos, (Guevara, 2007). Esta situación llevó a la firma de un convenio con el gobierno estatal para subsanar la deficiencia y él pagó la afiliación de familias en las zonas rurales (FUNSALUD, 2004), obligando al personal de campo a cumplir con las metas diarias de afiliación (Pulido, 2007).

La normatividad para la afiliación emitida a nivel nacional se aplicó casi sin ninguna adecuación. El único ajuste fue que en cada uno de los CSU del municipio de Valle de Chalco existió un módulo de Afiliación y Orientación en vez de uno en el Hospital "Ancla" (Portillo; Guevara, 2007).

La estrategia planteada para la afiliación, dio inicio con la difusión previa del programa en las micro regiones determinadas, con el personal de campo de los Centros Urbanos (SSEM) (Hernández, 2007). Como primer contacto con la población, el programa se apoyó en ellos, quienes primero se presentaron en la comunidad avisando que pasaría personal a contratar usuarios a un "programa novedoso" (Guevara, 2007). Posteriormente pasó el personal de la SSA repartiendo carteles y trípticos sobre el programa y utilizando el perifoneo. Se tuvo un acercamiento más personal en pláticas con grupos donde se informó sobre el programa, los objetivos y las ventajas programadas (FUNSALUD, 2004).

En el trabajo de difusión y contratación “se insiste en que es un medio de protección financiera útil para evitar gastos o dejar de atenderse por falta de recurso” y se presentan las enfermedades que se encuentran en el (CABEME) especificándoles que teniendo el Seguro Popular no tendrán que pagar, además se les explicó la Carta de derechos (Ortiz, 2006).

Las mayores dificultades se encontraron en la zona mazahua atribuidas a factores sociales como la influencia de los líderes, la desconfianza, el idioma, la falta de comprensión por la edad de las personas y la falta de cultura de prepago. Por otra parte *“la gente podía estar convencida de las ventajas del SPS, sin embargo uno de los problemas que existía en todo el estado fue la dificultad para pagar la cuota. Mucha gente vivía en pobreza extrema y no contaba con dinero para pagar aún la cuota más baja (\$ 65.00 al semestre) (FUNSALUD, 2004).*

En esta etapa, la Secretaría de Salud de la federación tuvo la responsabilidad de la afiliación de las familias, mientras que los servicios médicos fueron ofrecidos por los Servicios Estatales. No todo lo que se ofreció se otorgó, porque en los Centros de Salud había diferentes necesidades, en realidad se ofreció lo que se tuvo (Portillo, 2007; Hernández, 2007).

El programa tuvo una combinación de recursos financieros. La SSA contrató a personas con nivel licenciatura y les capacitó como promotores (FUNSALUD, 2004; Portillo, 2007; Guevara, 2007).

Sobre el surtimiento de medicamentos “se tenía un sistema de compra y distribución de medicamentos especial para el SPS que operaba junto con Oportunidades. El programa tenía sus propios almacenes, vehículos, sistemas de control de almacenes y de auditoría, prácticamente independientes al Instituto Estatal de Salud ya que funcionó como programa desconcentrado no como programa descentralizado” (Portillo, 2007).

En los Centros de Salud donde se dieron los servicios, existieron dos modalidades de control en las farmacias sobre medicamentos. En un modelo, se dividieron los medicamentos: unos para la población abierta y otros para los usuarios del SPS. En el otro modelo, no existió una división física pero se llevó el control a través de registro. Según el

encargado de la farmacia *“la población afiliada tiene privilegios al solicitar el medicamento, ya que la dotación asignada inicialmente a la población es otorgada a los usuarios del programa, lo que no sucede de forma inversa”*. En los hospitales no había medicamento dispuesto, solamente el necesario para las intervenciones quirúrgicas (Guevara, 2007). *“La gente afiliada debía buscar el medicamento en su Centro de Salud, el cual no siempre puede surtirlo.”* Sobre los servicios *“se pretendía que el trato fuera igual para toda la población abierta o asegurada”*. En cuanto a la referencia y contra referencia no había información en los hospitales y se les negó el servicio a los usuarios (FUNSALUD, 2004; Portillo, 2007).

El segundo Acuerdo de Coordinación se firmó el 20 de enero de 2004 y se publicó en los órganos oficiales hasta el 11 de agosto de 2005. En la parte final del documento se establece que la vigencia es indefinida.

En este documento se establecieron las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución del Seguro Popular en los términos de la Ley General de Salud, su Reglamento en materia de Protección Social en Salud, y demás disposiciones aplicables.

También se establecieron las obligaciones de ambas partes, y las condiciones sobre la incorporación de beneficiarios al sistema, la prestación de los servicios, los recursos financieros, las medidas de colaboración e integración, la información, evaluación y rendición de cuentas. En el documento, la Secretaría de Salud se comprometió a establecer, desarrollar, coordinar, y supervisar las bases para la regulación del programa, aplicando en su caso las medidas necesarias correctivas, asesorando al Estado de México en el cumplimiento de los lineamientos que emitiera para la integración y administración del padrón de beneficiarios; difundiendo y orientando en la aplicación del instrumento para evaluar la capacidad de pago de las familias beneficiarias. A la Secretaría de Salud federal le correspondió realizar la transferencia de los recursos que corresponden a la Federación y coadyuvar en la consolidación del Seguro Popular en el estado y realizar las acciones necesarias para evaluar la capacidad, seguridad y calidad de servicios a través de la acreditación.

Por su parte según el Acuerdo, el Estado de México se comprometió a realizar las acciones jurídicas que fueran necesarias para constituir el Régimen Estatal del SPS. A llevar a cabo las acciones de identificación de grupos de familias a beneficiar, de promoción y de difusión e incorporar a las familias. Administrar el padrón de beneficiarios, prestar los servicios de salud disponiendo de los recursos humanos y del suministro de insumos y medicamentos para su oferta oportuna y de calidad. Para favorecer la afiliación debía apoyar a los solicitantes en la obtención de actas de nacimiento y Clave Única de Registro de Población. Realizar la evaluación de la capacidad económica de las familias, para establecer el nivel de cuota familiar que les correspondía, e identificar a aquellas familias sujetas al esquema no contributivo. Remitir a la SSA en los primeros cuarenta y cinco días naturales de cada trimestre calendario, enviar la información de las familias incorporadas y el informe que incluía la cantidad de familias afiliadas y su vigencia, así como el monto aportado por concepto de cuotas familiares. También debía aplicar los recursos destinados a infraestructura, con base en el Plan Maestro; así como verificar las quejas que presentaran los usuarios del SPS, dando continuidad a la atención médica de las familias no incorporadas.

En el acuerdo vigente hasta la fecha, las partes convienen en que la Secretaría de Salud suspenderá la transferencia de los recursos financieros cuando el gobierno del Estado les dé un uso distinto o cuando no realice la aportación solidaria estatal; cuando no envíe la información que le sea requerida sobre el ejercicio de los recursos del SPSS o por cualquier otro incumplimiento a las obligaciones pactadas en el Acuerdo (SSA, 2005).

7.1.2. EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN LOS SERVICIOS LOCALES

En el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad en esta etapa piloto el personal del CSU pasó a las casas a informar que después les visitarían brigadas (se les informaba qué día) a realizar la afiliación de un nuevo programa de salud: el Seguro Popular de Salud; después pasaban las brigadas a realizar este trabajo (Guevara, 2007 y Gutiérrez, 2007). Estas brigadas estuvieron formadas por seis integrantes y era personal contratado específicamente para tal fin y su coordinación era estatal. Eran repartidas en vehículos en las micro regiones y contaban con mesas, sillas, tablas, papelería y una Laptop (material

adquirido ex profeso incluyendo el vehículo). Se ubicaban en espacios públicos como escuelas y mercados; ya instaladas, daban más información a los solicitantes sobre el programa, servicios y beneficios a recibir (Pulido, 2007; Guevara, 2007). Ahí mismo contrataban y realizaban el cobro correspondiente, dándoles su documentación (copia de su contrato) e indicándoles que ya podían pasar al Centro de Salud a solicitar atención médica (Guevara, 2007). Al término de la jornada, de regreso al CSU las brigadas entregaban el recurso cobrado en el área administrativa y la información sobre el avance en el número de contrataciones a su coordinador de brigada. Las instrucciones que tenían de él eran estrictas: “tenían que alcanzar las metas de afiliación”, porque de eso dependía su recontractación; en ocasiones los mismos integrantes de las brigadas pagaban la cuota de algunos usuarios que no tenían dinero, para que pudieran regresar con las metas diarias cumplidas. Varios afiliadores que no cumplieron con las metas no fueron recontractados (Pulido, 2007). Los seis primeros meses del programa fueron de incertidumbre, al no contar con la normatividad establecida sobre el programa (Pulido, 2007; Guevara, 2007). En ese periodo el catálogo de servicios era muy reducido, muchas enfermedades estaban fuera del mismo y si eran atendidos tenían que pagar por el servicio recibido (Guevara, 2007). Existió un incremento en la demanda de los recién contratados por haber generado expectativas, (Guevara, 2007; Portillo, 2007; Gutiérrez, 2007).

Pero a pesar de los ofrecimientos hechos tanto a los usuarios como a los Coordinadores de los CSU, *no hubo ningún tipo de mejoras en la infraestructura o adquisición de material y equipo o contratación de personal para la prestación de servicios* (Portillo; Guevara, 2007); y con respecto a los usuarios no se les cumplió en lo referente a la dotación de medicamentos, ya que el SPS inició con los mismos recursos humanos y materiales que contaban los Centros de Salud (Portillo, 2007).

Cuando los recién contratados acudían al CSU a recibir los servicios, se presentó el problema de la falta de recursos humanos necesarios. A pesar de que se contrató médicos, faltó personal para la atención del módulo, de la farmacia y funciones secretariales (Portillo, 2007; Guevara, 2007; Pulido, 2007). El personal de enfermería del

propio Centro de Salud realizó funciones de vacunación, de curaciones, de administración como cobrar, sacar expedientes atender la farmacia, etc. *“hubo la necesidad de que inclusive el área directiva se pusiera a dar consulta mientras se contrataba personal”* (Guevara, 2007). Los médicos desconocían el programa y brindaron servicios de mala calidad (Pulido, 2007; Gutiérrez, 2007). Otra problemática identificada fue la división de los médicos de base y el contratado por el Seguro Popular de Salud por el disfrute de privilegios laborales. Además se tuvo la resistencia por parte de la misma estructura de la SSEM y a nivel local, de jefes de jurisdicción y los médicos y enfermeras (Portillo, 2007).

Diariamente se rindieron informes a la SSA en las oficinas que estaban ubicadas en la Ciudad de Toluca vía internet solamente se informó sobre el número de afiliados y cantidad de recursos recaudados, haciéndose una correlación con el número de personal contratado CSU (Gutiérrez, 2007).

7.2 EL INICIO FORMAL 2004 – 2006

El primero de enero de 2004 inició la vigencia de la reforma a la Ley General de Salud; esta fecha marcó el inicio de la fase formal del Sistema de Protección Social en Salud. Hasta un año antes llamado SPS; sin embargo se le ha seguido nombrado de la misma manera.

En el país el nuevo programa inició con 630,000 de familias afiliadas; estas familias ya se habían afiliado en la etapa piloto. Para finales de ese año (2004), cerró con 2'024,000 familias en 30 estados del país. Al concluir el año 2005, la cifra aumentó a 3 millones 3524 mil (Nigenda, 2005), con la participación de los 32 Sistemas Estatales de Salud, siendo el Distrito Federal el último en sumar el 10 de agosto de 2005 (La Jornada, 2005); finalmente en diciembre de 2006 se cerró con 5'000,000 familias afiliadas (Nigenda, 2005).

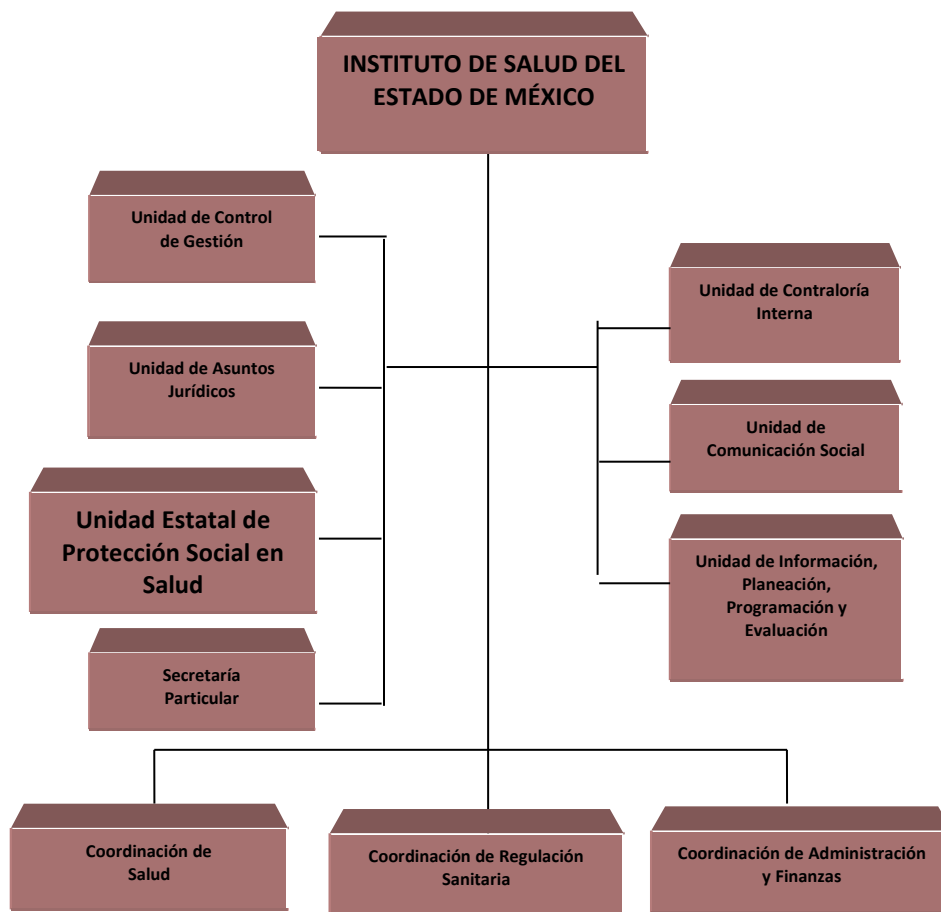
En esta etapa formal, el anterior Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) fue sustituido por el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), que incrementó a 91 intervenciones; y para el 2005 el CASES aumentó el número de intervenciones, pasando de 91 a 154. En el caso de los medicamentos asociados a las intervenciones, se aumentó de 168 en el año 2004 a 172 en el 2005. Para el año 2006, el CASES, fue sustituido por el

Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que actualmente cubre 266 intervenciones médicas con 285 medicamentos.

7.2.1 EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO

Con el argumento de fortalecer funcionalmente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), en el año de 2004 se le hicieron una serie de modificaciones estructurales. En la sesión del Consejo Interno del propio ISEM (15 de marzo de 2005) se aprobó como parte del Instituto, la creación de la Unidad Estatal de Protección Social en Salud (diagramas 3 y 4), esta adecuación se derivó del acuerdo ISE/134/007, lo que permitió iniciar la

DIAGRAMA 3. INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
ORGANIGRAMA

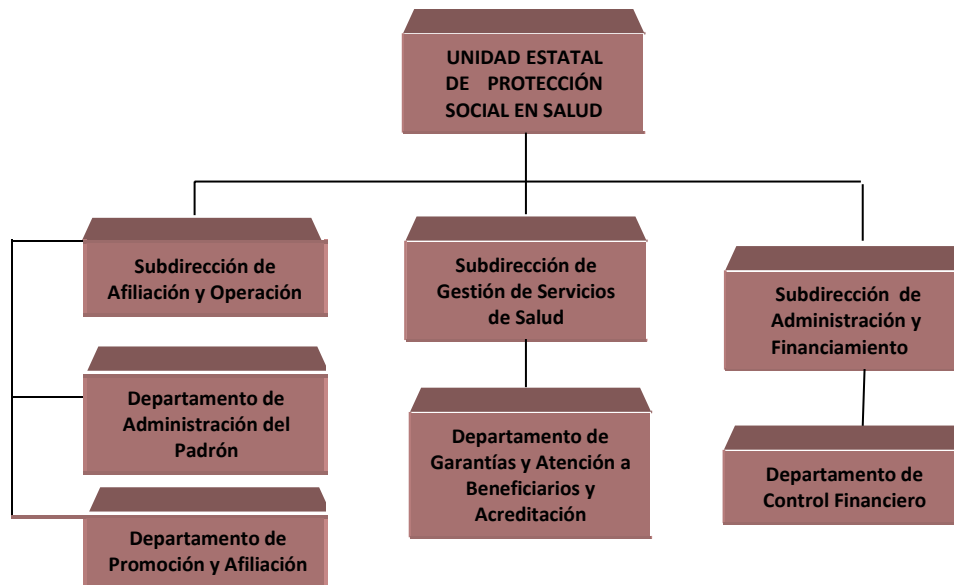


Fuente: Secretaría de Salud del Estado de México

Institucionalización de la Unidad del Seguro Popular de Salud y con ello el Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Sus funciones se reorientaron a la administración de los recursos, compra de servicios a los prestadores, tutela de derechos y rendición de cuentas (ISEM, 2005).

A tres años de haberse implementado el SPS en el Estado de México, en el año 2005 la fecundidad adolescente representó el 11% de la fecundidad del estado, de cada 100 embarazos adolescentes, 14 terminan en aborto; y de cada 100 nacimientos de madres adolescentes fallecieron 48 niños durante su primer año de vida. Las madres adolescentes tuvieron en promedio 2.5 hijos, más que el resto (ISEM, 2005).

DIAGRAMA 4. UNIDAD ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

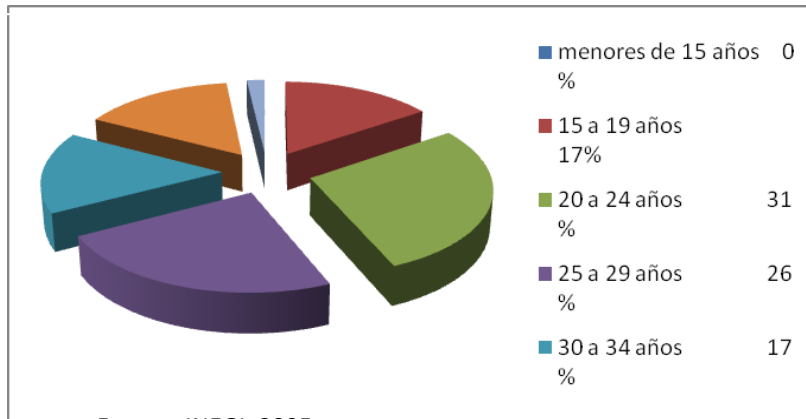


Elaboración propia. Fuente: Secretaría de Salud del Estado de México

El INEGI reportó que en el Estado de México en ese mismo año, hubo 55 mil 543 madres adolescentes de 15 a 19 años, de las cuales el 58 % viven en unión libre, y 831 madres de entre 10 y 14 años (INEGI, 2005). Otro dato que reportó fue que hubo 335,257

madres y el grupo de edad que más destacó fue el de 20 a 24 años con un porcentaje de 31% (gráfica 2.) (INEGI, 2005).

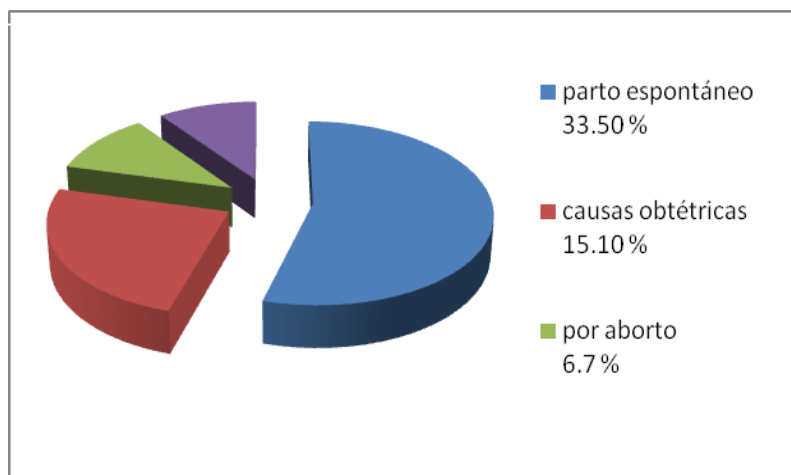
GRAFICA 3. MADRES POR GRUPO DE EDAD. AÑO 2005



Fuente: INEGI, 2005

En ese mismo año las causas principales de egreso hospitalario de mujeres fueron el parto espontáneo con el 33.5 %; por causas obstétricas el 15.1 %, por aborto 6.7 % y por ciertas afecciones originadas por el periodo perinatal 6.2 % (ISEM 2007).

GRÁFICA 4. CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO DE MUJERES. AÑO 2005.



Fuente: ISEM, 2007

La composición por edad de estas mujeres egresadas se concentró en personas jóvenes en edad reproductiva representando el 53.8 % entre 15 y 49 años y dentro de este intervalo la edad, la mayoría de las mujeres se concentró entre los 15 a 19 años.

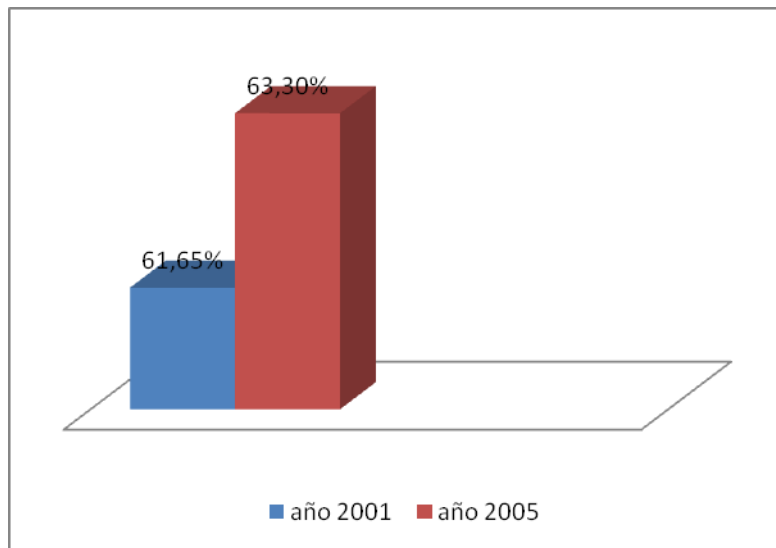
En el 2001 las afecciones asociadas al perinato y Diabetes Mellitus en el fueron dentro de las primeras causas de atención, manteniéndose esos lugares para el 2004 (INEGI/SSA).

TABLA 7. MORBILIDAD GENERAL ESTATAL

Año	Afecciones en perinato	Enfermedades del corazón	Diabetes Mellitus	Enfermedades del hígado	Neumonías
2000	20.05	10.04	8.52	9.16	5.47
2001	20.89	9.73	8.28	8.68	---
2002	18.68	7.93	8.67	7.36	---
2003	20.79	7.48	10.64	9.01	---
2004	21.14	9.46	11.33	10.13	---

Elaboración propia. Fuente: Base de Datos INEGI/SSA, denominador de CONAPO.

En relación a la mortalidad materna aumentó de 61.65 en el año 2001 a 63.3 en el año 2005; de hecho la tasa de mortalidad materna intrahospitalaria fue mayor (50.6) que a nivel nacional (37.7) (SSEM, 2005).

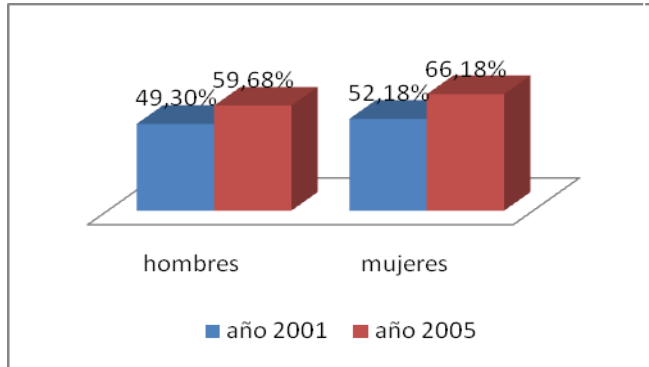


GRAFICA 5.
Comparativo de la mortalidad materna 2001 2005.

Fuente: ISEM, 2005.

Sobre las dos enfermedades que se consideraron en la presente investigación para conocer la operación del Seguro Popular, el Programa Estatal de Salud 2005 – 2011 se presentó el diagnóstico de salud, y se informó que en con relación a la Diabetes Mellitus, el comportamiento que ha tenido en el periodo de 2001 a 2005 fue de incremento,

pasado del 49.3 % al 59.68 en el caso de los hombres y del 52.18 al 66.18 en el de las mujeres; siendo mayor la frecuencia en mujeres en ambos años (SSEM, 2005).



GRAFICA 6. Comportamiento de la Diabetes Mellitus en el periodo 2001 - 2005.

Fuente: ISEM, 2007

En el año 2006 las principales causas de mortalidad general en el Estado de México fueron: Diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, agresiones, nefritis/nefrosis, y asfixia y trauma al nacimiento. Y las causas de muerte materna fueron las muertes obstétricas directas, las causas obstétricas indirectas y causas obstétricas no identificadas (GEM, 2007 y 2008).

TABLA 8. MORTALIDAD GENERAL ESTATAL 2006

Año	Diabetes Mellitus	Enfermedades del corazón	Cirrosis y otras enf del hígado	Enfermedad cerebrovascular	Enf. pulmonar obstructiva crónica	Infecciones respirat. agudas
2000	11.81	8.08	8.32	4.84	---	4.78
2001	49.24	31.41	32.58	19.05	15.74	16.16
2002	52.55	32.29	33.12	18.95	16.63	---
2003	55.31	32.61	32.90	19.94	16.57	---
2004	57.43	33.63	30.31	19.91	16.83	---
2005	60.45	33.61	30.82	19.82	17.97	---

Elaboración propia. Fuente: Base de Datos INEGI/SSA, denominador de CONAPO. Estimaciones de población 2000-2030.

7.2.2 EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN LOS SERVICIOS LOCALES

Esta parte del reporte que corresponde a la etapa formal del SPS a nivel local, específicamente en los servicios de salud localizados en el municipio de Valle de Chalco Solidaridad, se inicia con presentación de los datos estadísticos, después la descripción de los niveles estudiados cuya información proviene de la estrategia de observación que se realizó, y por último se presenta la información recopilada en las entrevistas.

En el municipio de Valle de Chalco Solidaridad en el año 2005 las principales causas de mortalidad general fue la Diabetes Mellitus, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedades isquémicas del corazón, agresiones, asfixia y trauma al nacimiento, infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas, nefritis y nefrosis.

TABLA. 9. MORTALIDAD GENERAL MUNICIPAL 2005

Diabetes Mellitus
– Cirrosis y otras enf del hígado
– Enfermedades del corazón
– Agresiones
– Asfixia y trauma al nacimiento
– Infecciones respiratorias agudas
– Enfermedades cerebrovasculares
– Enfermedades pulmonar obstructiva crónica
– Enfermedades hipertensivas
– Nefritis y nefrosis

Elaboración propia.

Fuente: Base de Datos INEGI/SSA, denominador de CONAPO

Por su parte el hospital General Fernando Quiroz informó que las principales causas de atención en el año 2006 fue el parto único espontáneo, las causas obstétricas, el

aborto, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, traumatismos internos e intracraneales, insuficiencia renal, diabetes mellitus, colelitiasis.

TABLA 10. TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO 2000 - 2005

2000	2001	2002	2003	2004	2005
9.75	5.34	5.28	9.07	10.06	5.50

Fuente Base de datos INEGI/SSA, denominados de Conapo. Tasa/1 por 10,000 nvr.

La mortalidad materna en el año 2001 tuvo una tasa de 5.34 y para el año 2005 aumentó a 5.50 (CONAPO, 2005).

**TABLA 11. CAUSAS DE ATENCION
FEMENINA EN EL HOSPITAL GENERAL.
AÑO 2006.**

-
- Parto único espontáneo
 - Causas obstétricas
 - Aborto
 - Ciertas afecciones originadas en el perinato
 - Diabetes mellitus
 - Traumatismos internos e intracraneales
 - Insuficiencia renal
 - Colelitiasis
-

Elaboración propia.

Fuente: Hospital General, 2007.

CENTRO DE SALUD URBANO “SAN ISIDRO”



El Centro de Salud “San Isidro” está ubicado en una zona de servicios de la colonia del mismo nombre. Ahí se encuentra ubicado el mercado, una escuela primaria y muy cerca está la Delegación Municipal. El CSU tiene colindancia por el lado poniente con construcciones particulares, los otros tres lados colinda con calle. La calle por donde se entra no está pavimentada. Por el lado Oriente y frontal están ubicados puestos ambulantes con venta de productos alimenticios como pollo crudo, verdura, gelatinas, tamales y atole. Por tres de sus lados tiene rejas de aproximadamente 2 metros; por su cuarto lado (el poniente) su límite lo marca una barda de ladrillo. Está rodeado por áreas verdes, aunque muestran abandono. Tiene una reja de acceso al terreno y una puerta principal de cristal; una vez que inician las funciones diarias las dos puertas se abren sin restricción alguna.

En el entorno existen perros callejeros los cuales se meten a las instalaciones atraídos por los alimentos que las personas tiran o les “arrebatan” a los niños.

En el tiempo que se acudió se pudo percatar que la limpieza solamente se realiza una sola vez al día, las sillas no eran suficientes y faltaba limpieza a los núcleos sanitarios. En la zona de jardines, las plantas estaban crecidas y las hortalizas lucían abandonadas.

El CSU es pequeño para la cantidad de pacientes que ha venido atendiendo. Se observó que todos los pacientes usuarios o no del SPS llegaron alrededor de la 6:00 hrs. (algunos antes) y empezaron a hacer una fila en el exterior del inmueble. Al filo de las 8:00 hrs. se abrieron las puertas del CSU y continuando con en la fila todos los usuarios pasaron a la ventanilla de recepción. Ahí se les preguntó qué servicio solicitaban y si eran o no usuarios del SPS.

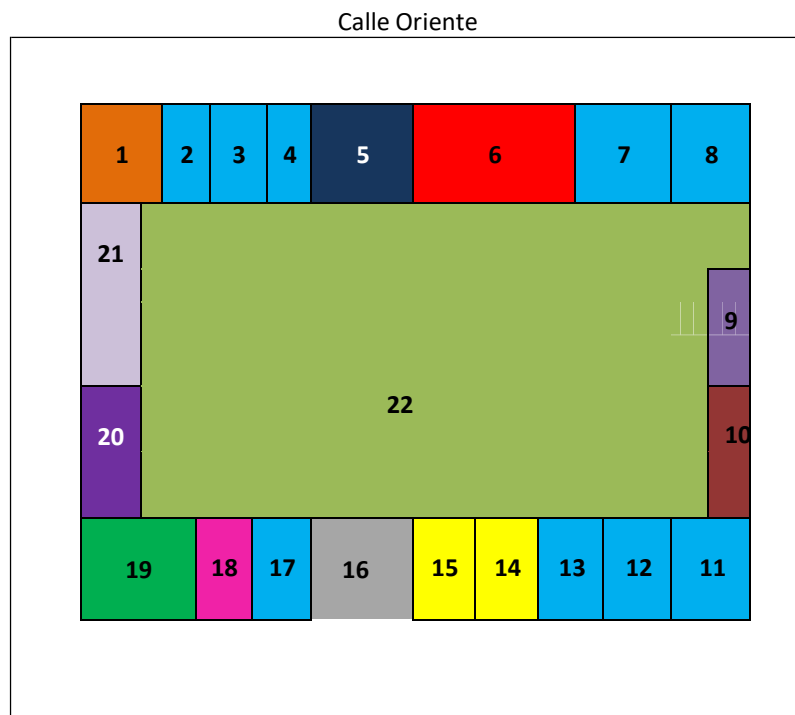
Si eran usuarios del Seguro, ahí mismo en la ventanilla pero otra persona, les pidió su carnet y su credencial que los acreditó como tal, mandándoles al consultorio que les correspondía. Si no eran usuarios del Seguro Popular, es decir que eran usuarios del Programa Estatal de Salud, se les mandó a la caja para que pagaran \$60.00 (con el pago tuvieron derecho a consulta y a recibir medicamento). Una vez que realizaron el pago, regresaron a la ventanilla y de ahí se les envió al consultorio. Los dos tipos de pacientes (usuarios o no del SPS), ya en la sala, esperaron su turno de ser llamados por la enfermera auxiliar del consultorio donde el médico les atendió. Como parte final de la consulta a todos los usuarios de ambos programas, se les entregó su receta, indicándoles dónde debían pasar a surtirla. Al final de la consulta, se les dio fecha de su próxima visita, registrándola en su carnet. Al salir del consultorio pasaron a la farmacia y ahí surtieron su receta de manera completa.























A los usuarios observados que fueron referidos al hospital se les entregó un “pase” (hoja) en donde se especificó el CSU de origen, los datos del paciente y el servicio solicitado. Se pudo registrar que los tiempos de espera fueron muy largos, llegando a ser hasta de 4 horas.

En el periodo cuando se realizó la observación, a algunos consultorios les faltaba lámparas para las tomas citológicas, las sillas estaban en mal estado y no había agua en los consultorios. Se pudo observa que el material fue el necesario para la atención de los pacientes y el personal fue insuficiente para la cantidad de pacientes que recibieron.

Durante toda la jornada, todo el personal se encontró en actividad permanente; en momentos lucieron estresados. En varias ocasiones, los usuarios se dirigieron a las enfermeras que se cruzaban al paso y fueron ignorados. Alrededor de las 13:00 hrs, terminaron de atender a los usuarios, aunque su salida era a las 14:00 o 15:00 hrs. dependiendo de los beneficios laborales que en ese periodo tenían. Los servicios de salud con que cuenta son de medicina familiar, vacunación, farmacia y servicio dental.

PLANO ESTRUCTURAL DEL CENTRO DE SALUD URBANO



Calle Oriente		Calle Oriente	
	1 Pasillo		12 Consultorio
	2 Consultorio		13 Consultorio
	3 Consultorio		14 Sanitario
	4 Consultorio		15 Sanitario
	5 Recepción		16 Entrada
	6 Farmacia		17 Consultorio
	7 Consultorio		18 Trabajo Social
	8 Consultorio		19 Coordinación
	9 Consultorio dental		20 Jefatura de enfermería
	10 Bodega		21 Caja
	11 Consultorio		22 Sala de espera

HOSPITAL GENERAL “FERNANDO QUIROZ”



El Hospital está ubicado en el extremo suroeste del polígono ubicado en la cabecera municipal. En este polígono se localiza además la basílica a San Juan Diego, la Unidad Deportiva Luis Donaldo Colosio, un plantel educativo, una gasolinera y la Unidad de Protección Civil municipal. Su ubicación exacta es la esquina de Moctezuma y Alfredo del Mazo y la calle de acceso está pavimentada.

El edificio es relativamente nuevo, fue construido a principios de los noventas. A la fecha ha tenido varias restauraciones con recursos municipales y estatales. Tiene dos áreas de acceso por la misma calle, la de medicina externa y la de Urgencias. La primera tiene un servicio matutino de las 8:00 a las 15:00 hrs. La segunda da servicios las 24 hrs. los 365 días del año. En el exterior, cuenta con estacionamiento para el personal y usuarios, áreas verdes y planta de tratamiento de aguas. El edificio es de dos pisos, en la planta baja están los servicios a los usuarios y en la planta alta el área administrativa y de gobierno. Cuenta con los servicios de laboratorio clínico y de gabinete; además tiene las áreas donde están los materiales como reactivos y radiografías para brindar los servicios.

Se pudo observar que estaba en óptimas condiciones la pintura, los vidrios, las señalizaciones, la distribución de las diversas áreas, los núcleos sanitarios y tiene iluminación natural y artificial; en lo general tiene una apariencia de limpieza y orden.

Al ingresar al servicio de medicina externa, se encuentran el área de contratación del SPS y su sala de espera. La puerta de acceso al auditorio y “Enseñanza”, la farmacia, el archivo de expedientes clínicos, la zona de recepción de pacientes, los diferentes consultorios, sala de espera, los sanitarios y el acceso a los servicios de laboratorio y gabinete.

También se encuentra el área de medicina interna, que tiene el acceso restringido por personal de seguridad privada, quien no permite el acceso a personas externas a menos que se identifiquen y cuenten con el permiso del hospital.

Para que un usuario tenga derecho a recibir atención médica bajo la cobertura del Seguro Popular, es necesario que realice su afiliación al programa. Desde el año 2005 a la fecha, el proceso de afiliación solamente se realiza en el Módulo de Orientación y Afiliación (MOA) que está ubicado en este Hospital.

Este hospital que se le denomina “Hospital Ancla” porque solamente aquí, se realiza la afiliación de las familias que reciben los servicios de 1° nivel de atención en los seis Centros de Salud Urbanos localizados en el municipio.

Para observar el proceso de afiliación, se acudió al MOA y escuchamos las entrevistas que se realizaron a los solicitantes y estos refirieron que provenían de las colonias que pertenecen al Municipio. El personal del módulo, al preguntarles si recibían atención médica mediante alguna otra institución, todos afirmaron que no.

El personal del MOA que realizó el trámite de contratación, les informó a los solicitantes que el contrato tenía una duración de un año. Al momento de la firma del contrato, se les advirtió que tenían que proporcionar información verdadera de todo lo que se les preguntara, entregar fotocopias de los documentos solicitados y realizar su pago anticipado. Al mismo tiempo se les informó que los derechos que tenían era recibir atención médica y medicamentos según el Catálogo, para lo cual se les enseñó y entregó

un cuadernillo ilustrativo. Los solicitantes antes de terminar con el procedimiento de contratación, pasaron a la caja a pagar la cantidad de \$ 1,200.00.

Se pudo observar que el personal del módulo, utilizó como soporte normativo el emitido y proporcionado por la SSA.

Para conocer la prestación de los servicios que otorga el SPS, se visitó el turno matutino del servicio de medicina externa. En este periodo de visita se observó que los usuarios diabéticos (como cualquier otro usuario) que solicitaron atención por primera vez, fueron referidos de los Centros de Salud de la zona de influencia del Hospital. Se presentaron a las 8:00 hrs. y se dirigieron al área de recepción. Ahí, la recepcionista les preguntó el motivo de la consulta y les pidió su hoja de referencia que les dieron en el CSU. Si eran usuarios del SPS adicionalmente tuvieron que presentar su credencial que les acreditó como usuarios y se les envió a un consultorio donde un médico les atendió para determinar qué especialista lo iba a atender. El especialista les dio tratamiento y citas hasta llegar a controlar el motivo de la consulta inicial. Si no eran usuarios del SPS, la recepcionista les indicó que tenían que pasar a la caja a pagar y que tenían que regresar. Ahí les cobraron \$110.00, y les entregaron dos tantos del recibo de pago. Al regresar al área de recepción, les enviaron al consultorio y se cumplió con el mismo procedimiento antes descrito.

La consulta empezó a las 8:00 hrs. y 10:00 hrs. aproximadamente; esto es debido a que algunos médicos tuvieron que pasar primero a “Medicina interna” a revisar a los usuarios ingresados. A todos los usuarios indistintamente si eran usuarios del SPS o del Programa Estatal de Salud se les llamó por una enfermera la cual les introdujo al consultorio. El especialista los atendió y si requerían de algún análisis de laboratorio o de gabinete les dio el pase correspondiente, indicándoles que cuando tuvieran los resultados regresaran al consultorio. Pudiendo ser el mismo día u otro programado, de ser así, tendrían que reiniciar el procedimiento ya relatado.

En el turno vespertino el área de recepción cambia. Todos los usuarios que soliciten atención (pertenzcan o no al Seguro Popular), fueron recibidos en la zona de Urgencias. En un cubículo se le tomó los signos vitales y se les preguntó cuál es el motivo

de la consulta. Al igual que en el turno matutino los requisitos de admisión fueron los mismos y se debieron cumplir. Una vez cumplidos, recibieron la consulta solicitada con los mismos pasos ya descritos, pero en el área de urgencias. Si el paciente llegaba al hospital para solicitar servicios de urgencia, se le pidió los documentos comprobatorios y se le brindaron los servicios que requería; en caso de ser necesario se ingresaron a medicina interna. Cuando los diabéticos usuarios del SPS o del PES salieron de consulta de cualquiera de los dos turnos y requirieron de medicamentos, el especialista les entregó su receta y el usuario pasó a recogerla directamente a la farmacia que está ubicada dentro del mismo edificio.

En el caso de las embarazadas, también cumplieron con los mismos trámites de admisión y si requirieron la atención de parto y se consideró que estaban en el tiempo indicado, fueron ingresadas inmediatamente.

A Todos los usuarios que llegaron, se les pidió la hoja de referencia que les dieron en el CSU y cuando fueron dados de alta (embarazadas, diabéticos, ya fueran del SPS o PES) fueron referidos a su Centro de Salud de donde los habían enviado.

Durante el tiempo de observación se vio que el material era mínimo para la atención de los pacientes.

El personal o prestadores de servicios con que contaba el Hospital, fueron empleados del mismo, residentes y pasantes de servicio social y todos vestían el uniforme de su institución. En todas las salas siempre existieron usuarios, y el personal que laboraba se vía en movimiento atendiéndolos.

7.2.3 LA COBERTURA DEL SEGURO POPULAR DE SALUD

Como se comentó en el capítulo 4 en el apartado de marco metodológico, a la información obtenida en los documentos oficiales se clasificó en Cobertura, Financiamiento y Prestación de Servicios, se le identificaron características y se convirtieron en preguntas.

La siguiente información que se presenta fue obtenida de las entrevistas que se realizaron, la cual está seguida por un código que corresponde a cada uno de los entrevistados. De esta manera se identifica con "F" a los funcionarios, con "P" a los

prestadores de los servicios, pudiendo ser enfermeras o médicos, con “UP” a los usuarios del Programa Estatal de Salud (o no contratantes del SPS) y con “US” a los usuarios del SPS. Cada una de las letras además cuenta con un número, que corresponde dentro del mismo grupo de entrevistados al número de consecutivo (ver cuadro de claves).

CUADRO 6. CLAVES DE ENTREVISTADOS

Entrevistado		Cantidad	Servicio de salud	Clave
Usuarios del Seguro Popular de Salud	Mujer dada de alta del HG	1	H.G.	US1
	Diabéticos dado de alta del HG	1	CSU	US2
	Mujeres embarazadas del CSU	2	CSU	US3, US4
	Diabéticos usuarios del CSU	2	CSU	US5, US6
Usuarios del Programa Estatal de Salud	Mujer dada de alta del HG	1	H.G.	UP1
	Diabético dado de alta del HG	1	H.G.	UP2
	Embarazadas usuarias del CSU	2	CSU	UP3, UP4
	Diabéticos usuarios del CSU	2	CSU	UP5, UP6
Prestador de servicio	Médicos y enfermeras del HG	4	H.G.	P1, P2, P3, P4
Prestador de servicio	Médicos y enfermeras del CSU	8	CSU	P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12
Funcionario	Director del H G	2	H. G.	F2, F3
	Responsable del Módulo de Orientación y Afiliación			
	Coordinador del CSU	1	CSU	FA

A continuación en las siguientes secciones, se presenta la información que está organizada de manera que permite tener una idea integral de cada una de las características, la cual se complementa con datos oficiales y algunos comentarios reflexivos.

La implementación del SPS en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad tuvo algunos cambios. La afiliación se realizó exclusivamente en el hospital “*ancla*”, en este caso el Hospital General Fernando Quiroz, ya no en los Centros de Salud Urbanos como se venía haciendo en la fase de piloto.

Según la Ley General de Salud el Centro de Salud Urbano es el primer eslabón de contacto de la población y donde los usuarios reciben la atención médica por el SPS. Según la normatividad del programa está dirigido a zonas específicas en donde se considera el nivel socioeconómico para su clasificación.

Valle de Chalco Solidaridad es uno de los municipios que desde su creación está identificado por la administración federal como susceptible en la aplicación de programas focalizados. Prueba de ello es que desde el año de 1995 se han venido aplicando diferentes programas federales, incluido la implementación del Seguro Popular cuando inició la etapa piloto del programa.

De los usuarios del SPS que se entrevistaron en el Centro de Salud todos vivían en el municipio de Valle de Chalco (US3, US4, US5, US6, 2007); así mismo los entrevistados en el Hospital General respondieron que vivían en el mismo municipio y que tardaron en llegar entre treinta y cuarenta minutos (US1 y US2, 2007).

El Seguro Popular se contrata en el Módulo de Orientación y Afiliación que está ubicado en las instalaciones del Hospital General Fernando Quiroz (F2, F3, 2007). En el Centro de Salud *“...solamente se da información pero se mandan al hospital para su trámite... y se cumplen lo que dice la normatividad nacional...”* (F4, 2007).

Para hacer uso del programa los usuarios hicieron un contrato por un año y los requisitos que cumplieron para afiliarse fueron: entregar copia de la CURP, del acta de nacimiento de toda mi familia y llenar y firmar un estudio socioeconómico. Sus obligaciones fueron renovar el contrato y pagar la cuota que les estipularon y renovando el contrato al año (US1, US2, US3, US4, US5, US6, 2007). A diferencia de los usuarios del PES testificaron que no tenían ninguna obligación que cumplir para recibir los servicios (UP3, UP4, UP5, UP6, 2007) cuando iban a consulta.

Mientras que las obligaciones que tiene el CSU y el Hospital General como instituciones en la ejecución del programa *“son las mismas que se cumplen en todo el CSU”* (f4,2007); *“...que se han venido cumpliendo desde años... son las que están marcadas por el ISEM”*; (F2, 2007).

En relación a la concepción para hacer uso de los servicios de salud entre los usuarios del SPS y los usuarios del PES hay diferencias importantes.

Los usuarios del SPS manifestaron saber que tenían derecho a *“...que les dieran consulta, que les atendieran a su familia y les dieran medicamentos...”* (US3, 2007); *“...que les dieran consulta, medicamentos y cirugías...”* (US4, 2007); *“...estudios, medicamentos y cirugías...”* (US5, 2007); *“...y atención de su parto...”* (US1, US2, US6, 2007). En cambio los usuarios del Programa Estatal de Salud (PES) consideraron que tenían derecho a *“...que les atiendan...”* (UP1 y UP2, 2007); *“...que se les atienda bien...”* y *“...tratados con educación...”* (UP3, UP4, UP5, UP6, 2007); es decir no existe claridad del tipo de servicio.

Los funcionarios y prestadores de servicios afirmaron que los usuarios tienen los mismos derechos a *“...que se les atienda según el catálogo del Seguro Popular, pero aquí se atienden a todos los pacientes que lo necesiten, se les da la atención o se les canaliza...”* (F4, 2007).

Comparando las respuestas se aprecia que todos los participantes de los servicios de salud tienen la misma concepción sobre los derechos, en el caso de los usuarios sean del Seguro o sean del Programa Estatal.

7.2.4 LAS APORTACIONES AL FINANCIAMIENTO

En el siguiente apartado se presenta la información obtenida sobre las aportaciones al financiamiento del SPS.

En el Centro de Salud, los usuarios del Seguro Popular comentaron que al hacer el contrato pagaron \$ 100.00 (US3, US4, 2007) y \$ 200.00 por mes (US5, US6, 2007) y al momento de su consulta ya no pagaron nada (US3, US4, US5, US6, 2007). Los usuarios entrevistados en el hospital pagaron por el contrato *“...\$ 1,200.00 por todo el año y no pagaron nada en el momento de su consulta...”* (US1 y US2, 2007); mientras que algunos usuarios del PES en el CSU afirmaron que no realizaron ningún pago por los servicios que recibieron (UP3, UP4, UP5, UP6, 2007). Por ejemplo las embarazadas afirmaron que no pagaron nada (UP3, UP4, 2007) y los diabéticos \$ 60.00 (UP5, UP6, 2007) *“...incluyendo el*

surtido completo de la receta..." (UP3, UP4, UP5, UP6, 2007). Este pago diferenciado se mantuvo en el hospital, porque las usuarias que se les había atendido de parto dijeron que no pagaron nada y los usuarios diabéticos comentaron que \$110.00.

Los funcionarios de ambos servicios de salud (CSU y HG) informaron que al momento de recibir los servicios, *"...solamente pagan los usuarios que no tienen hecho el contrato con el SPS, el costo es de \$ 60.00 la consulta..."* (F4, 2007); *"...los que no tienen Seguro Popular son los que pagan y los que tienen el Seguro ya no pagan..."* (F2, 2007). Los que pagan, realizan una aportación de *"...\$ 110.00 en caso de consulta pero en el caso de atención de partos el servicio es gratuito..."* (F2, 2007).

Actualmente el programa de atención al diabético y atención a la embarazada en cualquiera de los dos niveles de atención, se ofrecen a los usuarios de manera gratuita, como parte de las acciones del Programa Estatal de Salud vigente. Con esta política resulta que los usuarios del Seguro Popular tienen que pre-pagar y los que no lo son, no tienen que pagar, por servicios que el PES define como gratuitos.

En cuanto al Financiamiento del SPS, los funcionarios de los servicios de salud informaron que no conocen el monto que las autoridades estatales y federales le asigna al programa, porque no se los comunican; saben que *"...se tiene financiamiento de la federación, del gobierno del estado y se suman las cuotas de los que lo contratan, pero no lo conocen..."* (F2, 2007); *"...solamente se les notifica el presupuesto anual y ya..."* (F4, 2007). Tampoco conocen el destino de las fuentes de financiamiento, comenta *"...no se hace una distribución específicamente al programa, se asigna el recurso en lo general al CSU..."* (F4, 2007). *"No conozco cuál es el destino de las fuentes de financiamiento solamente se me notifica el presupuesto total del hospital y me dan indicaciones de los rubros que debo cubrir o que deberé programar. Me dicen que tengo una cantidad específica de dinero que deberé clasificarla o destinarla en los diferentes rubros que el hospital a lo largo del año los utilizará, pero nunca me dicen de donde provienen los recursos o me mencionan que sea por parte del Seguro Popular; es más en ocasiones a pesar de que se hizo una programación anual de los recursos... no se cumple su ejercicio porque resulta que a mitad del año o un poco más nos dicen que ya no hay dinero porque*

se tuvo que arreglar un hospital y que ya no hay dinero...; porque aparte de la operación que le acabo de comentar si el gobernador tuvo que entregar una obra de rehabilitación en algún municipio se hacen transferencias y a otros nos dejan sin recursos,.. sin dinero” (F2, 2007).

Estos comentarios permiten decir que no se cumple con la asignación como está marcada en la normatividad, la cual indica que por cada familia contratada se destina una cuota específica (SSA, 2003e; SSA, 2004a; SSEM, 2005); se puede ver que no existe una transparencia en el manejo de los recursos como se había anunciado.

7.2.5 LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LOS NIVELES DE ATENCIÓN

Sobre la atención en los servicios a los usuarios, los prestadores de servicios de ambos niveles de atención, informaron que no existe atención diferenciada entre los usuarios del Programa Estatal de Salud (PES) y los usuarios del SPS (SPS); así también todos los prestadores de servicios respondieron que no había diferencias en la atención. Algunos lo enfatizaron diciendo: *“... ¡para nada a todos se les atiende igual!...” (P5, 2007); “...todos los médicos y enfermeras atienden por igual a los usuarios, ya sean del PES o del SPS” (P6, 2007); “...no, todos reciben la misma atención...” (P8, 2007); “...no, ¡ninguna!, a todas se les atiende igual, la diferencia es a la hora de darse de alta unos pagaron y otros no...” (P1, 2007); “...no ninguna a todos se les atiende igual, no existe ninguna diferencia...” (P2, 2007); “...no, todas se atienden igual...” (P3, P4, 2007).* Prácticamente esta misma respuesta la dieron los funcionarios: *“...no, ninguna diferencia a todos se les atiende por igual”.* (F2, F4, 2007).

Estas respuestas coinciden, con las que dieron al preguntar cuáles eran los derechos de los usuarios del SPS, por lo que se puede concluir que no hay diferenciación.

Todos los prestadores de servicios coincidieron en afirmar que la normatividad que se utiliza para realizar las acciones de salud es la establecida en las Normas Oficiales (SSA, 2005); sus respuestas expresaron que: *“...se cumplen con la normatividad establecida por el ISEM...” (P5, 2007); “...con la normatividad que está en las normas oficiales...” (P6, 2007); “...y los protocolos de atención a diabéticos...” (P7, 2007); “...la que siempre se ha*

manejado en el Hospital, la de los manuales de procedimientos, ¡nos tenemos que ajustar a ellos!... (P1, 2007); "...pues las indicadas en el manual de atención a diabéticos y embarazadas que existe en el Hospital..." (P2, 2007).

El Seguro Popular como programa de salud *"...no tiene una normatividad propia o específica para la prestación de los servicios, "...los pacientes son atendidos según la normatividad que siempre se ha utilizado..."*. Los protocolos de atención de servicios médicos que se brindan a través del SPS *"...son los mismos que maneja el ISEM, ya sea que pertenezcan o no al Seguro Popular, a todos se les brindan los mismos servicios..." (F2, 2007); "...específicamente el Seguro Popular no tiene ninguna normatividad de atención, los pacientes son atendidos según los procedimientos que hemos manejado"*.

Las respuestas que aquí se recabaron, contrastan con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de la Salud según el cual que la prestación de los servicios deberá ser en cumplimiento de las guías clínicas.

Sobre los servicios que les fueron brindados a los pacientes diabéticos usuarios del SPS en el CSU, estos comentaron: *"...me dicen lo que debo comer y lo que no, me pesan, me checan el corazón, me miden, me dan medicina..." (US3, 2007); "...me miden la presión, me miden el azúcar, me pesan,... si estoy pasado de peso o el azúcar la traigo alta me vuelven a hablar sobre lo que debo comer y que tengo que hacer ejercicio,... me dicen que no debo tomar, ni tomar... y al final me dan mi receta para que pase a recoger mi medicina..." (US4, 2007)*. Por su parte los diabéticos usuarios del PES comentaron que el control de la azúcar, toma de la presión, chequeo del corazón, medidas de peso y altura, les medican y en caso necesario les refieren al Hospital General para la elaboración de análisis clínicos y estabilización de los niveles de glucosa en sangre (UP5, UP6, 2007), son las acciones que les brindan.

Los prestadores de servicios del CSU corroboraron las respuestas de los usuarios: *"...detección temprana de la enfermedad, manejo del paciente, su control, revisión de pies y manos, su peso, agudeza visual, medición de la glucemia, administración de medicamentos, identificación de posibles complicaciones, manejo nutricional..." (P7, 2007); "...control de sus medidas, peso, talla, T.A., glucemia, revisión de pies y manos,*

medicamento e hincapié en su control de dieta, se les dice que el ejercicio es indispensable y la necesidad de cumplir el tratamiento al pie de la letra...” (P8, 2007); y en el Hospital General *“...acciones ambulatorias como manejo y control del paciente a través de tratamiento farmacológico, manejo hospitalario de hipertensión arterial, atención de pie diabético desde lavados hasta amputación, estabilización en caso de cetoacidosis...”* (P2, 2007); *“...control de sus medidas, peso, talla, T.A., glucemia, revisión de pies y manos, les doy medicamento y hago hincapié en su control de dieta, que el ejercicio es indispensable y la necesidad de cumplir el tratamiento al pie de la letra...”* (P4, 2007).

Las embarazadas usuarias del Seguro (CSU) informaron que recibieron: *“...vacunas, desparasitarios, revisión médica, reciben medicamentos y vigilancia de su embarazo...”* (US5, 2007); *“...las mandan al hospital cuando ya es tiempo...”* (US6, 2007). Por su parte las embarazadas atendidas por el PES tuvieron los mismos servicios como el seguimiento de su embarazo, la aplicación de vacunas, revisión médica, les dieron vitaminas y la referencia para la atención de su parto (UP3, UP4, 2007) pero de forma gratuita.

En el Hospital, los usuarios del SPS comentaron que reciben: *“...la atención de mi parto y de mi bebé...”* (US1, 2007); y *“...el control de la presión y el azúcar...”* (US2, 2007). Servicios semejantes recibieron los usuarios del PES *“...la atención de su parto...”* (UP1, 2007); y *“...el control del azúcar y la presión...”* (UP2, 2007).

Como ejemplo de acciones que dan los prestadores de servicios de ambos niveles a las embarazadas dijeron que: *“...se atiende el control y desarrollo del embarazo...”* (P6, 2007); *“...hipertensión leve, aplicación de inmunizaciones...”* (P5, 2007); *“...pruebas de laboratorio y gabinete...”* (P7, 2007); *“...sus medidas de peso, glucemia, su presión...”* (P8, 2007); *“...medicamentos, detecciones tempranas...”* (P9, 2007); *“...pláticas, vacunas, control de dieta, diagnósticos tempranos, control de su embarazo...”* (P3, 2007); *“...pláticas, talleres, clubes, tratamientos, referencia al segundo nivel, control de su azúcar...”* (P4, 2007); *“...la atención de su parto...”* (P1, 2007); *“...control de la enfermedad, mediciones de glucosa en sangre, pruebas de laboratorio y gabinete, control de glucosa...”* (P2, 2007). Y los servicios son los mismos para todas las embarazadas ya sean del SPS o del PES (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11 y P12 2007).

Se puede concluir por lo tanto que la atención incluye las mismas acciones que se realizan a los usuarios independientemente de que pertenezcan al SPS o al PES.

Por su parte los funcionarios respondieron que los servicios que se otorgan a todos son: *“mmm... los que están marcados en el manual del Seguro Popular, principalmente son de tratamiento (o atención),... los principales servicios son de partos, cesáreas y atención de diabéticos con el otorgamiento del medicamento”* (F4, 2007). En el caso de los partos, *“si no están afiliadas las madres (o familias) en ese momento se afilian y ya no realizan ningún pago, recibiendo: la atención gratuita ella y el bebé,... los medicamentos necesarios y la afiliación... porque ahora en el Estado de México existe el Seguro Médico para una Nueva Generación¹ y todas las mujeres a las que se les atiende de parto, se les afilia al Seguro Popular dentro de esta nueva modalidad...el objetivo es que sus hijos sean atendidos, se afilia al bebé y se beneficia a la familia”*. En el caso de la Diabetes Mellitus *“a los usuarios del Seguro no se atienden todas necesidades que presente el paciente como las complicaciones... Solamente se otorgan los servicios que se encuentran dentro del catálogo”. Si los pacientes necesitan otros servicios que están fuera del catálogo,... y no se les pueden dar de manera gratuita,... se les dice que deberán pagar y se enojan,... pero les decimos que pasarán a trabajo social para reducirles las cuotas y se quedan más conformes”* (F2, 2007).

Es de notarse que a pesar que en la normatividad se dice que se atenderá a la población y que tiene como mínimo un paquete de servicios, en la práctica se considera ese paquete como únicos servicios de manera tal que si requieren de otros o se les niega o tienen que pagar por recibirlos.

En relación al otorgamiento de los servicios, los usuarios del SPS del CSU casi todos tenían cita (US3, US4, US5, 2007). A diferencia de los usuarios del PES casi ninguno tenía cita (UP3, UP4, UP6, 2007). Mientras en el Hospital todos los pacientes se presentaba sin cita (US1, US2, UP1, UP2, 2007) por venir referidos del CSU.

¹ Seguro Médico para una Nueva Generación es un programa puesto en marcha el lunes 8 de enero de 2007 por Felipe Calderón como compromiso de campaña, el cual da atención médica a todos los niños que nazcan dentro de su sexenio (La Jornada, sábado 3 de febrero de 2006).

En cuanto a la calidad de la atención, casi todos los usuarios del SPS (CSU y HG) respondieron que es: “...buena...” (US3, US4 y US5, 2007); “...bien...” (US1 y US2, 2007); opinan que “...son amables...” (US3 y US5, 2007); y que “...me tratan con respeto...” (US4, 2007); “...me atienden de mi parto y a mi bebé...” (US1, 2007); y “...me controlan mi azúcar cuando se me sube y me dan mi medicina...” (US2, 2007); solamente a uno le pareció “...regular...” (US6, 2007); argumentando que “...existen momentos que no informan lo que uno les pregunta...”. En el hospital contestaron: “... ¡muy buena!, porque son muy amables...” (US1, 2007); “...todos son amables...” (US2, 2007).

En el mismo sentido los usuarios del PES opinaron que es buena porque: “...nos atienden de todo de lo que nos enfermamos...” (UP3, 2007); “...cuando necesitamos de análisis nos mandan al Xico²...” (UP4, 2007); “...pues bien lo que necesito me atienden, solamente los análisis me mandan al Quiroz...” (UP5, 2007); “...nos atienden de lo necesario...” (UP5, 2007); “...casi siempre nos atienden de lo que necesitamos, solamente los análisis nos mandan al Quiroz³...” (UP6, 2007); “...me han atendido de lo que me he enfermado...” (UP1, 2007); y “...me dan lo que necesito...” (UP2, 2007). Durante su atención médica en el hospital comentaron que tanto médicos como enfermeras tienen la capacitación necesaria “...porque les atendieron bien...” (UP1, 2007); y “...le controlaron el azúcar y la presión rápidamente, haciéndole sentir bien, dándole las instrucciones muy precisas...” (UP2, 2007). Vemos como la opinión positiva es semejante en los dos grupos de usuarios.

Se puede ver que la opinión sobre la calidad de la atención es positiva en los dos grupos de usuarios.

Específicamente se les planteó a los usuarios del SPS si en el CSU el material para atenderles les parecía el necesario, a lo cual casi todos dijeron que: “...no lo sabían” (US4, US5, US6, 2007); solamente uno dijo que: “...sí le parecía que era el necesario...” (US3, 2007). En cambio, cuando se les preguntó sobre el equipo necesario para su atención, a la mitad les pareció que “...era suficiente...” (US3 y US5, 2007); y a la otra mitad que “...no

² El Hospital General está ubicado en la Colonia Xico 2ª. Sección y la gente de manera habitual se refiere él como el Hospital Xico o el Hospital de Xico.

³ El nombre oficial del Hospital General es Fernando Quiroz y los prestadores le llaman el Hospital Quiroz.

era suficiente...” (US4 y US6, 2007). En ese mismo sentido de la pregunta, la mayoría de los usuarios del PES expresaron que el material y equipo es el suficiente para atenderles (UP3, UP5, UP6, 2007).

A diferencia de lo expresado en el Centro de Salud, en el hospital a todos los entrevistados les pareció que “...cuentan con el material y equipo necesario para su atención...” (US1, US2, UP1, UP2, 2007).

Todos los prestadores de servicios de ambos niveles de atención, al pedirles su opinión con respecto a si hubo o no incremento del material por parte del SPS para dar la atención opinaron: “... ¡bien!, han proporcionado el material para la atención...” (P5, 2007); “...eso sí, sí se ha incrementado la cantidad de material para la atención...” (P6, 2007); “...ahí sí el material no falta...” (P7, 2007); “...se ha surtido material...” (P8, 2007); “... ¡perfecto!, existe todo el material...” (P9, 2007); “...bien, sí proporciona el material, todo es nuevo...” (P10, 2007); “... ¡bueno! sí manda nuevo material...” (P12, 2007); “...bien,...llega a faltar alguno pero en lo general bien...” (P1, 2007); “...bien, sí proporciona el material,... todo es nuevo...” (P3, 2007); “...también, bien tenemos casi todo...” (P2, 2007). Dos de ellos adicionalmente aclararon: “...para diabéticos el material que tenemos es suficiente, pero no ha sido el Seguro quien ha dado material...” (P11, 2007); “...para diabéticos el material que tenemos es suficiente,... pero el seguro no ha dado material...” (P4, 2007). También se les preguntó su opinión sobre el incremento del equipo. Esta respuesta fue diferenciada, a la minoría les pareció positivo el incremento y comentaron “... ¡bien!, ¡bien también!,...también lo han proporcionado...” (P5, 2007); “...es la primera vez que por médico proporcionan un escritorio, un biombo y un estuche de diagnóstico...” (P10, 2007); “... ¡bien!, ya mandaron, un escritorio, un biombo y un estuche de diagnóstico a cada médico...” (P12, 2007); otro respondió en ambos sentidos “... ¡bien!, el Seguro Popular ha proporcionada equipo, poco, pero ha proporcionado algo...” (P8, 2007); pero otros más opinaron en sentido negativo: “...sólo han mandado muy poco equipo y no es suficiente...” (P6, 2007); “...han cambiado el equipo básico, pero aún es insuficiente...” (P7, 2007); “...el Seguro Popular sólo ha mandado un poco de equipo...” (P9, 2007); “...no han incrementado el equipo, y el Seguro Popular no ha proporcionado...” (P11, 2007).

En este tópico el funcionario del Centro de Salud informó explícitamente que, *“casi nada... muy poco se ha incrementado...”*, aclarando que *“... pero no por ser del Seguro Popular,... nos lo han mandado pero por el ISEM”*. Esta respuesta contrasta con la del funcionario del hospital: *“...sí, sí se ha adquirido más material como en la zona de quirófanos y laboratorios...desde la ejecución del SPS... se ha adquirido más equipo y ha sido equipo muy costoso como el caso de uno en la zona de radiología...”* (F2, 2007). El procedimiento para surtirlo es a través de *“...una petición al ISEM y él lo surte...se hace el registro de las necesidades del material que se van teniendo y se pide al ISEM su abasto”* (F2, F4, 2007).

Es de notar que según el nivel de los servicios de salud (CSU o HG) la experiencia de los funcionarios es diferente sobre la implementación del SPS; mientras que en el Centro de Salud casi no ha habido incremento en el Hospital General sí lo ha habido.

Sobre las condiciones de la atención específicamente sobre el incremento de los recursos humanos (médicos y enfermeras) según está indicado en la normatividad del SPS, se preguntó a los usuarios del SPS en el CSU cómo consideraban la cantidad del personal para su atención, a todos les pareció que faltaba personal, uno enfatizó diciendo: *“...mal, muy mal...”* (US6, 2007). Esta misma percepción la tienen los usuarios del PES, quienes consideran que *“...no es suficiente el personal para su atención...”* (UP5, UP6, 2007); *“...casi nos hay personal...”* (UP4, 2007); por lo que *“...está muy mal el Centro de Salud”* (UP3, 2007). El sentido de esta respuesta se reforzó con la de los prestadores de servicios *“...ahí sí mal, aquí el personal es insuficiente...”* (P5, 2007); *“...muy mal, aquí no hay personal contratado por el Seguro Popular, he oído que contratan, pero aquí no...”* (P6, 2007); *“...mal, porque no hay personal nuevo...”* (P7, 2007); *“...mal, no han contratado personal...”* (P8, 2007); *“...pues mal, no hay personal por el Seguro Popular...”* (P9, 2007); *“...mal, no hay personal del Seguro Popular en este Centro de Salud...”* (P10, 2007); *“...muy mal, en este Centro de Salud no hay personal contratado por el Seguro Popular...”* (P11, 2007); *“...muy mal, en general no hay suficiente personal y el Seguro no ha Contratado...”* (P12, 2007).

El sentido de esta respuesta cambió al preguntar en el hospital. Todos los usuarios respondieron que es suficiente (US1, US2, UP1, UP2, 2007) y por su parte los prestadores de servicios opinaron; “...pues... bien, se ha contratado personal y eso es bueno para la atención de los pacientes... (P1, 2007); bien, han contratado a personal nuevo... (P2, 2007); se ha contratado algún personal como dos médicos, dos enfermeras y un camillero que hacía falta...” (P3, 2007); “... ¡muy bien!, ha sido posible que contraten personal que nos hacía mucha falta...” (P4, 2007).

Al igual que los antes entrevistados, los funcionarios diferenciaron su respuesta, al preguntarles sobre la contratación de personal. Mientras que en el CSU dijeron que: “...por parte del Seguro Popular, no ha habido contratación de prestadores de servicios como médicos o enfermeras solamente se ha contratado por PROGRESA⁴...” (F4, 2007); en el hospital informaron que: “...sí, se han contratado médicos, enfermeras y camilleros...”; “...el hospital solicita a Toluca el personal que se requiere contratar y el ISEM o la jurisdicción nos lo mandan,... mandan el personal. En ocasiones uno propone al personal y ellos lo autorizan...”, “...se les contrata por tres meses, pudiendo refrendarse inmediatamente... La condición para su recontractación es la productividad que hayan tenido en el contrato anterior,...aunque se les da un periodo de vacaciones durante el contrato, no se les paga;... es posible si así lo desean, inmediatamente que termina su contrato se les vuelva a contratar, o si quieren disfrutar de su periodo de vacaciones, pero no se les paga” (F1, 2007).

Se puede notar que el incremento del personal solamente se ha dado en el hospital y no en el CSU, aun considerando que la puerta de acceso a los servicios es el CSU.

Los prestadores de servicios del CSU desconocen el modelo de contratación del personal contratado por el SPS. Al respecto dijeron: “...no lo conozco...” (P5, 2007); “...no sabría qué decir, no lo conozco...” (P6, 2007); “...no lo conozco...” (P9, 2007); “...no lo conozco bien,... dicen que tienen derecho a vacaciones...” (P11, 2007); y la otra mitad opinaron “...mal, sé que no tienen garantías laborales...” (P7, 2007); “...mal, sé que no

⁴ Se refiere al programa OPORTUNIDADES, cuyo nombre anterior era PROGRESA.

tienen derechos a vacaciones,... bueno sí tienen pero no se las pagan...” (P8, 2007); *“...mal, no contratan bien porque lo hacen por favoritismo...”* (P10, 2007); *“...mal, aunque aquí no han contratado, yo se que en otros lugares contratan por favoritismo...”* (P12, 2007). Los prestadores de servicios del Hospital sí conocen el modelo de contratación y opinaron: *“mmm... no creo que esté bien para los contratados, porque no tienen garantías, pero bien para el hospital y pacientes porque hay quien los atiende...”* (P1, P2, 2007); *“...mal, porque son contratos temporales y no tenemos seguridad en el trabajo mal, porque son contratos temporales y no tenemos derechos a vacaciones, bueno sí pero no nos las pagan...”* (P3, 2007).

En relación a los efectos sobre los índices de morbimortalidad se les preguntó cuáles eran los resultados con la implementación del Seguro Popular. Al respecto, los prestadores de servicios respondieron lo siguiente: *“...parece que se han modificado un poco...”* (P5, 2007); *“...han ido disminuyendo poco a poco...”* (P6, 2007); *“...se ha disminuido la morbilidad, porque se tiene un control sobre el paciente...”* (P7, 2007); *“...sí, sí ha cambiado un poco, se checa un poco más a los pacientes sobre las patologías...”* (P8, 2007); *“...la morbilidad sigue igual, creo que la mortalidad ha disminuido...”* (P9, 2007); *“...sigue igual...”* (P10, 2007); *“...la morbilidad yo creo que sigue igual, pero la mortalidad ha disminuido...”* (P11, 2007); *“...mmm pues yo creo que se están mejorando, porque aquí siempre tenemos muy lleno...”* (P12, 2007); *“...yo creo que se han modificado, la atención en el hospital ha mejorado con el Seguro Popular...”* (P1, P2, 2007); *“...yo creo que está igual (P3, 2007), la morbilidad sigue igual, pero la mortalidad ha disminuido...”* (P4, 2007). Se puede notar que los prestadores de servicios no conocen el dato preciso, solamente dan su opinión apoyados en una percepción personal. Sin embargo los funcionarios que son quienes rinden informes sobre el Seguro Popular *“a la Jurisdicción Amecameca...”* (F4, 2007); y *“...al ISEM Toluca...”*; informaron que no ha existido una disminución en los índices de morbimortalidad (F4, 2007). Un funcionario respondió: *“... ¡qué tal, de eso no informamos!... aunque... pues..., se han mantenido, yo diría que ninguno”* (F2, 2002).

Esta última información se corrobora con las estadísticas proporcionadas por el ISEM que en el año 2002 reportó como la primera causa de muerte en el municipio de

Valle de Chalco a la Diabetes Mellitus con el 52.55 % de mortalidad tanto en hombres como en mujeres; este mismo primer lugar se mantuvo en el 2007 (ISEM, 2007). Para el caso de muerte materna, en la información disponible la tasa fue de 5.28 para 2002 y 5.50 para el año 2005.

Los rubros informados por los funcionarios a las autoridades estatales y federales son: *“...el tipo de servicios utilizados, edades de pacientes atendidos, pacientes atendidos por Oportunidades y por el Seguro Popular...”* (F4, 2007); *“...no. de familias afiliadas, bebés recién nacidos, reafiliación y afiliación”*. En ocasiones son informes semanales, mensuales, depende del periodo que los pidan” (F4, 2007).

Si se consideran estos rubros como indicadores de seguimiento, se puede decir que como programa de la Secretaría de Salud de la Federación, el Seguro Popular no está considerado para contribuir a mejorar el nivel de la salud de la población porque no se considera el comportamiento de la morbilidad con la implementación del SPS.

A los usuarios del SPS se les pidió su opinión sobre la capacitación de médicos, todos respondieron en sentido positivo: *“...buena...”* (US3 y US6, 2007); *“...muy buena...”* (US4, 2007); *“...muy, muy bien...”* (US5, 2007); porque *“...me controlan bien mi diabetes...”* (US3, 2007); *“no he tenido problemas de descontrol de mi enfermedad”* (US4, 2007); *“me atienden bien mi embarazo”* (US5, 2007); y *“me controlan bien”* (US6, 2007). Por su parte los usuarios del PES dijeron que: *“... es regular...”* (UP3, 2007); *“...es buena...”* (UP4, UP6, 2007); y *“... es muy buena...”* (UP5, 2007); *aunque argumentan que “...luego les digo que tengo ciertas molestias y me dicen que es normal...”* (UP3, 2007); *“...me atienden bien, me revisan todo con mucho cuidado, tengo mucho tiempo de atenderme en este Centro de Salud y no he tenido ningún problema, siempre me han curado...”* (UP4, UP6, 2007); *“...son muy buenos cuando me atienden, desde que me apareció la Diabetes, me han controlado y no he tenido problemas...”* (UP6, 2007).

También a este grupo de usuarios (SPS) se les preguntó sobre la capacitación de las enfermeras, casi todos coincidieron en decir que buena (US3, US4 y US5 2007); justificando su respuesta al decir que *“...son buenas con su trabajo...”* (US3 y US5, 2007); *“...son buenas personas...”* (US4, 2007); solamente uno, a pesar de que opinó

favorablemente sobre su capacitación, afirmó que *“...casi no trataba con ellas...”* (US6, 2007). De igual forma, se les preguntó a los usuarios del PES sobre la capacitación de las enfermeras y las opiniones fueron diversas: *“...casi no tratan con ellas...”* (UP3, UP4, 2007). Otros opinan que son *“...buenas...”* porque *“...dan información sobre lo que les preguntan...”* (UP5, 2007); y *“...muy buenas...”* porque *“...resuelven sus dudas...”* (UP6, 2007). En cambio en el hospital, todos los usuarios de ambos programas dieron su opinión en el mismo sentido positivo acerca de médicos y enfermeras: *“...son muy buenas...”* (UP1 y UP2, 2007); *“...porque me atendieron muy bien...”* (UP1, 2007); *“...me controlaron pronto mi azúcar...”* (UP2, 2007); *“...me atendieron muy bien...”* (UP1, 2007); y *“...me dan información sobre mis cuidados que debo tener para controlar mi azúcar...”* (UP2, 2007).

A los prestadores de servicios del Centro de Salud se les preguntó si en su opinión se satisfacían las necesidades de los usuarios en los aspectos de calidad de la técnica del personal, calidad de la atención, suministro de medicamentos, cantidad de servicios, condiciones de las instalaciones y el tiempo de espera a lo que ellos respondieron: *“...yo creo que está bien el suministro de medicamentos; la calidad de atención o técnica no, aún hace falta actualización en el personal; la cantidad de los servicios está bien; yo creo que el tiempo de espera mmm... sí esperan mucho tiempo...”* (P5, 2007); *“...pues, para ser primer nivel, la cantidad de servicios es bueno; sobre la calidad de la técnica y la atención también se ha mejorado; el medicamento existe todo; las instalaciones están más o menos; lo que sí, el tiempo de espera es muy largo por la falta de personal...”* (P6, 2007); *“...me parece que básicamente el rubro de medicamentos es el que se ha mejorado notablemente, los otros conceptos que mencionó también, aunque no tanto, lo que sí el tiempo de espera de los paciente mmm, pobres. Tienen que esperar muchos, es que no hay suficientes médicos...”* (P7, 2007); *“...se ha mejorado la calidad muchísimo, por el suministro de medicamentos; pero aún hace falta mejorar en la calidad técnica del personal, la calidad de atención, siempre andamos a las carreras; las instalaciones están casi siempre sucias; la cantidad de servicios y también se ha mejorado el tiempo de espera...”* (P8, 2007); *“...la calidad de la técnica y de la atención sí ha mejorado, el suministro de medicamentos yo creo que es un éxito, la cantidad de servicios está también bien, las instalaciones pues sí*

están mal y los tiempos de espera son muy muy largos...” (P9, 2007); “...considero que sí satisfacemos a los pacientes en casi todos los puntos que dijo, aunque sí yo creo que las instalaciones son insuficientes, y los tiempos de espera son malos, son muy largos...” (P10, 2007); “...yo creo que sí se satisface a los pacientes solamente en los tiempo de espera sí es muy larga...” (P11, 2007); “...yo creo que la cantidad de servicios es buena; la calidad de la técnica y la atención también, los medicamentos muy buenos, el tiempo de espera es mala porque no hay suficiente personal...” (P12, 2007).

Prácticamente todos los prestadores de servicios coinciden en afirmar que el surtido de medicamentos mejoró, pero el tiempo de espera es muy prolongado.

En el hospital, los prestadores de servicios respondieron: *“...yo creo que sí, con el personal que se ha contratado y las mejoras que se le han hecho al hospital, me parece que sí están satisfechos, aunque nunca falta que alguna se llegué a quejar...” (P1, 2007); “...yo digo que sí...” (P2, 2007); “...en mi opinión sí, a las pacientes en cuanto se les atiende inmediatamente, el urgenciólogo las revisa si tienen la dilatación se quedan, se les atiende su parto, se atiende a su bebé...” (P3, 2007); “...la atención es más personal-paciente; yo creo que en ocasiones nos falta capacitación; de los medicamentos está muy bien; la cantidad de servicios también, si no los hay se transfieren, pero por lo general se les atiende, el tiempo de espera solo se les hace espera el tiempo normal, 10 o 15 minutos...” (P4, 2007).*

Por su parte los funcionarios opinaron: *“...aquí en el Centro de Salud en todos los rubros que menciona hemos salido con buenas calificaciones...nosotros realizamos encuestas con los pacientes para conocer cuál es el comportamiento de los servicios que damos...también por parte de la Jurisdicción Médica de manera sorpresiva vienen a realizar este ejercicio...” (F4, 2007); mientras que en hospital “...cada área tiene su libro de quejas, además aquí existe el área de calidad que realiza evaluaciones y una tercera vía es el aval ciudadano⁵, y de manera externa se realizan encuestas en cualquiera de los servicios, días y turnos...” (F2, 2007).*

⁵ El programa SICALIDAD, establece que las unidades médicas, por medio de los Responsables Estatales de Calidad de los Servicios Estatales de Salud, deberán contar con la participación del Aval Ciudadano. Esta

Sobre el tema de los medicamentos, en el Centro de Salud a todos los usuarios de ambos programas se les surte la receta en la farmacia que está ubicada en las mismas instalaciones, uno de ellos enfatizó diciendo “...el doctor me da mi receta y después voy a la farmacia de aquí del Centro y ahí me la surten...” (UP6, 2007). Sobre si se las surtieron completa todos dijeron que sí (US3, US4, US5, US6, UP3, UP4, UP5 y UP6, 2007). Lo mismo fue en el caso de los usuarios que fueron atendidos en consultorio y en el servicio de urgencia en el hospital. Además el surtido es completo en todos los casos (US1, US2, US3, US4, US5, US6, UP1, UP3, UP4, UP5 y UP6, 2007); opinando que “...está muy bien el servicio, porque le surtieron completa su receta...” (UP2, 2007).

En el mismo sentido los prestadores de servicios de ambos niveles de atención sobre el abasto de los medicamentos. En la farmacia todos coincidieron en comentarios positivos como “...muy, muy bueno...” (P7, 2007); “...surtan todo...” (P9, 2007); “...muy bueno, todo lo pre-escrito lo abastecen...” (P10, 2007); “...nos abastecen todos los medicamentos que requerimos...” (P11, 2007); “... ¡bueno!, todo lo que se necesita está en la farmacia...” (P12, 2007); “...otros más enfatizan su aceptación diciendo “¡muy bien!, está muy bien el surtido...” (P5, 2007); “¡perfecto!,... sí llegan todos los medicamentos que se necesitan para la atención...” (P6, 2007); “... ¡muy bien! por parte del Seguro Popular, a mí me encanta...” (P8, 2007). De igual sentido en el hospital comentaron: “...bien, está muy bien el surtido...” (P1, 2007); “...muy, muy bueno...” (P2, 2007); “...muy bueno, todo lo pre escrito lo abastecen...” (P3, 2007); “...nos abastecen todos los medicamentos que requerimos...” (P4, 2007). Todos justificaron su respuesta: “... ¡bueno! porque todo se les da...” (P12, 2007); “... ¡muy bien!, les surten todo, todo a los pacientes...” (P9, 2007); “... ¡bueno!, surten todos los medicamentos...” (P10, 2007); “... ¡bien!, porque existe el medicamento en la farmacia...” (P5, 2007); “... ¡bueno!, porque sí se le surte al paciente...” (P7, 2007); “... ¡está muy bien surtida la farmacia! ... así se le surte muy bien a todos los

figura de participación social, contribuye al cumplimiento de las metas estratégicas “Prestar servicios de salud de calidad y seguridad” del Programa Sectorial de Salud 2007- 2012. Como parte del compromiso con la ciudadanía, SICALIDAD evaluará mediante la expresión de participación ciudadana y contraloría social (que es el aval ciudadano), los avances en la percepción, satisfacción y confianza que muestran los usuarios de los servicios de salud y sus familias.

pacientes...” (P8, 2007); “...uno más comentó que a todas las personas se le surten todos los medicamentos de las recetas, no sólo a los del Seguro Popular, se les surten a todas...” (P11, 2007); “...también muy bien, porque ahora sí existe el medicamento en la farmacia...” (P1, 2007); “...también bueno, porque se le da al paciente todo el medicamento que necesitan...” (P2, 2007); “...bueno, surten todos los medicamentos...” (P3, 2007); “...a todas las personas se le surten todos los medicamentos de las recetas, no sólo a los del Seguro Popular, se les surten a todas...” (P4, 2007). Los funcionarios hicieron énfasis en el mismo sentido positivo, describiendo el procedimiento: “...en la consulta, el médico le prescribe el medicamento a los usuarios, les da su receta y con ella pasan a la farmacia y se la surten...a todos los usuarios aunque no sean del Seguro Popular se les surte la receta...” (F4, 2007); “...el doctor que atiende a los pacientes les da su receta y pasan a la farmacia, ahí el encargado de la farmacia les entrega los medicamentos,...además se les surte la receta a todos los pacientes aunque no sean del Seguro Popular,...a todos, todos los pacientes se les entrega sus medicamentos...” (F2, 2007).

Los usuarios del SPS sobre los medicamentos que se les prescribió en el caso de los diabéticos fueron: “...Glibenclamida...” (US3); “...Enalapril...” (US4); y en el caso de las embarazadas “...ácido fólico y vacunas...” (US5); “...complejo B y ácido fólico...” (US6). Estos medicamentos son los mismos que refieren los usuarios del PES que reciben: glibenclamida, enalapril y glibenclamida (UP5, UP6, 2007); y las embarazadas “...complejo B, ácido fólico, hierro y vacunas...” (UP3, UP4, 2007). Algunos usuarios marcan la diferencia al decir que “...antes no era así, casi nunca les daban medicina...” (UP4, US3, 2007).

Por su parte los médicos respondieron que “...en el caso de las embarazadas depende de sus necesidades... puede ser ácido fólico... (P5, 2007); o “... aquellos que requieren sus patologías...” (P6, 2007); otro médico respondió que “eso depende de las enfermedades o necesidades de cada paciente...” (P7, 2007); y a los diabéticos “...glibenclamida, captopril, ambroxol, sulfametiazol, paracetamol, enalapril...” (P8, 2007). “...dependiendo de lo requiera la paciente...” (P1, 2007); “...los que están indicados en el

catálogo de medicamentos que se maneja en el hospital y en el Catálogo del Seguro...” (P2, 2007).

Los funcionarios comentaron que: “...se les surte según el Catálogo del Seguro Popular a los usuarios del SPS y a los no asegurados⁶ o usuarios del PES según el catálogo del ISEM...” (F4, 2007); “...se les entrega los que están en el catálogo tanto del Seguro Popular como en el catálogo que maneja el ISEM que es un poco más amplio. ... según comentarios que me han hecho los médicos del hospital faltarán como 20 medicamentos para atender al paciente de acuerdo a las necesidades que se presentan de manera frecuente...” (F2, 2007).

Con relación al término utilizado por el funcionario de “asegurados” nos hizo reflexionar sobre el sentido diferenciado que la operacionalización del Seguro Popular está generando en los servicios médicos. Al dirigirse a ellos como “asegurados” y “no asegurados”, en vez de “usuarios” y “no usuarios”.

También se les preguntó a los usuarios del SPS y del PES su opinión sobre el surtido de su receta la respuesta en la mayoría de los usuarios fue positiva, porque “...nos dan todos los medicamentos...” (UP5, 2007); “...en este momento siempre me surten mis medicamentos...” (US6, 2007); otro más opinó “... ¡muy bien, excelente!, nunca faltan los medicamentos...” (US3, 2007); solamente uno opinó que “...mala...” porque “...en ocasiones no tienen el medicamento...” (US4, 2007); “...está muy bien, porque ahora ya nos dan la medicina completa, no que antes no...” (UP3, 2007); “...toda la medicina me la dan...” (US4, 2007); “...siempre tienen todo y nos la dan...” (US5, 2007); y “...ahora sí nos dan la medicina...” (UP6, 2007).

La de los funcionarios del hospital también fue positiva: “... ¡pues muy bien, la verdad!, desde que se concesionó la farmacia no tenemos problemas con los medicamentos, esa era una de nuestras grandes quejas en el hospital, porque teníamos siempre faltante de medicamento...” (F2, 2007).

⁶ En el caso de este funcionario cuando se dirigía a los usuarios del SPS lo hacía diciendo “asegurados” y los usuarios del PES los “no asegurados”.

Sin duda el surtido de medicamentos es la característica que ha mejorado con la implementación del Seguro Popular en ambos servicios de salud; siendo el SPS la vía para fortalecer la política federal y estatal de la subrogación en los servicios locales.

Esta respuesta generó la inquietud de conocer cómo estaba administrada la farmacia en el CSU. El funcionario comentó *“...la farmacia está subrogada desde octubre de 2006. Tiene un encargado, esta persona considera diariamente el consumo de medicamentos que se haya tenido, es quien siempre la mantiene surtida. Cuando se le termina el medicamento, por teléfono lo solicita y lo surten al día siguiente, de esta manera el paciente tiene que regresar por él...”* (F4, 2007); y en el caso del hospital: *“...aahhh! está concesionada...desde el año pasado la farmacia está concesionada, desde noviembre exactamente..., se habilitó dentro del hospital un espacio para que una farmacia particular de reciente creación surtiera los medicamentos...; en un inicio el servicio no era el adecuado, pero una vez que conoció el encargado el comportamiento del consumo, da buen servicio... El mecanismo de abasto de medicamentos es el siguiente: la persona que está en la farmacia, que es una persona de confianza de la que tiene la concesión, entrega a los pacientes los medicamentos y lleva un control diario, con esto, solicita a su distribuidor que se los surtan el mismo día...en ocasiones cuando no está en existencia el medicamento, el responsable de la farmacia habla a su distribuidor y al día siguiente o más, más tardar a los dos días se le surte al paciente, pero casi siempre es al día siguiente, de esta manera se tiene garantizado el surtido...esta farmacia considera el cuadro básico del ISEM y del CABEME y ambos los mantiene surtidos...”* (F2, 2007).

Con esta información se deduce que la entrada de privados en el surtido de las farmacias de las instituciones públicas, ha originado cambios por los que existe una opinión positiva en todos los participantes en la operación del Seguro Popular.

Sobre el procedimiento de la referencia a otros servicios se les preguntó a los usuarios cómo y dónde los enviaban, todos coincidieron en afirmar que utilizando una hoja “pase” que llena el doctor, se las entrega y se deben presentar en el Hospital General Fernando Quiroz. Cuando requieren de otros servicios como análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonido, atención del parto, también son enviados mediante la hoja de

referencia al Hospital General Fernando Quiroz (US3, US4, US5, US6, UP3, UP4, UP5, y UP6, 2007). En el hospital, se observó que se atendieron a los pacientes referidos con una hoja que les entregó el médico de los Centros de Salud ubicados en el municipio como el CSU Salud María Isabel y Del Carmen.

Los padecimientos que permiten su referencia en el caso de los diabéticos son: *“...las crisis hipertensivas, complicaciones de diabetes como glucosa elevada y pie diabético...”* (P5 y P8 2007); *“...las neuropatías diabéticas, cuando el control del paciente diabético es difícil, las retinopatías, neuropatías...”* (P7, 2007). En el caso de embarazadas *“...cuando presentan hipertensión o diabetes no controlada...”* (P6, 2007); *“...cuando presentan embarazo de alto riesgo, o enfermedades respiratorias...”* (P7, 2007); *“...cuando está cerca su parto o cuando se sospecha de complicaciones ginecológicas...”* (P8, 2007); refiriéndoles al Hospital General Fernando Quiroz (P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11 y P12 2007). Dos prestadores de servicios del CSU adicionalmente comentaron *“...a los servicios de segundo y tercer nivel de atención, según lo requiera la paciente...”* (P9, 2007); *“...casi siempre al Fernando Quiroz, rara vez a otro hospital como a perinatología, pero uyyy! muy rara vez...”* (P6, 2007). Cuando las mujeres son dadas de alta en el hospital *“las mandamos de regreso a su Centro de Salud para las controlen a ellas y a su bebé...”* (P1, 2007); *“...una vez que se les controla o estabiliza se regresan a su Centro de Salud para que continúen con su tratamiento...”* (P2, 2007); *“...al Centro de Salud de donde viene...”* (P3, P4, 2007). En el caso de los diabéticos: *“...que sigan con los cuidados... que tomen su medicamento y que regresen a su Centro de Salud...”* (P2, 2007); *“...les repetimos las instrucciones que les da el médico...”* (P3, P4, 2007).

El procedimiento para la referencia es el mismo que se venía dando. Los prestadores de servicios del CSU respondieron: *“...siguiendo la normatividad (papeleo) las canalizo al Hospital Fernando Quiroz, ya sea cuando no tienen controlada el azúcar en el caso de embarazadas con diabetes, cuando necesitan algún análisis o cuando está próximo su parto...”* (P5, 2007); *“...utilizo el formato de siempre y mando todo el expediente al 2º. Nivel y a la embarazada...”* (P6, 2007); *“...lleno la hoja de referencia y los envío al Hospital General...”* (P7, 2007); *“...de acuerdo a los pacientes, si necesita una*

atención de otro tipo como cuando la glucosa no está controlada le hago su pase de referencia a medicina interna del Quiroz...” (P8, 2007); “...los médicos las refieren según sea el caso o las necesidades de la paciente...” (P9, 2007); “...los médicos con el pase obligatorio las envían al Quiroz...” (P10, 2007); “...cuando presenten pie diabético, o descompensación de la glucosa el médico llena la hoja de referencia y los envía al Xico...” (P11, 2007); “...con la hoja de referencia se llena y se envía al paciente...” (P12, 2007).

Sobre la mejora de las instalaciones, a partir de la implementación del Seguro Popular los usuarios de ambos programas opinaron que durante el tiempo que han asistido al CSU a recibir los servicios médicos “...en nada habían cambiado...” (US3 y UP6, 2007); no han visto que las instalaciones mejoren (UP3, UP4, US6, 2007); “...en casi nada...” (US4, 2007); “...solamente la pintura...” (UP5, US5, 2007). Especificaron que “le falta limpieza,...está muy chiquito,...le falta mantenimiento...” (UP3 y US6, 2007); “...está muy sucio,... le faltan sillas, ¡que lo limpien!...los sanitarios en ocasiones están muy sucios...” (US3, 2007); “...casi siempre está sucio...” (US4, 2007); “...hace falta limpieza...” (UP5, 2007); “...a los baños les hace falta limpieza y luego no hay agua...” (US6, 2007). En cambio los usuarios en el hospital coincidieron en expresar que “...¡están excelentes!...” (US1 y UP2, 2007); “...todo está muy bonito...” (UP1, 2007); “...el hospital luce muy bien...” (UP2, 2007); “...está ¡muy bonito, cada vez está más bonito!...” (US1, 2007); “... ¡esté muy bien!, ¡muy bonito y limpio!...” (US2, 2007).

Estas respuestas permiten afirmar que las mejoras solamente se han realizado en el Hospital General y no en el Centro de Salud Urbano; siendo que por normatividad operatividad establecida, el CSU es la puerta de entrada a los servicios de salud y es el que mayor cantidad de usuarios atiende; además la normatividad del SPS establece que se invertirán recursos para mejorar las condiciones de los servicios para brindar la atención.

El sentido de las respuestas de los prestadores de servicios se presentó en la misma dirección que la de los usuarios, en el caso de CSU: “...no hay mejoras, el SPS no ha hecho mejoras...” (P6, 2007); “...no ha habido mejorías...” (P7, 2007); “...malo, el Seguro Popular no ha proporcionado mejoras al Centro de Salud...” (P9 y P10, 2007); “...no ha proporcionado mejoras al Centro de Salud, es pequeño, e insuficiente para la cantidad de

personas que vienen, y el Seguro no ha dado nada al respecto...” (P11, 2007); “...el Seguro Popular no brinda mejorías...” (P12, 2007). Solamente dos opinaron diferente, “...pues ha proporcionado pintura, pisos nuevos y mobiliario...” (P8, 2007); “...me parece que ha mejorado porque ha proporcionado pintura, pisos y mobiliario...” (P5, 2007).

En el caso del HG los prestadores opinaron que: “...también bien, porque se han estado haciendo mejoras permanentes al hospital...” (P1, 2007); “...bien, me parece muy bien...” (P2, 2007); “...me parece muy bien porque el hospital está muy bonito...” (P3, 2007); “...al hospital le han hecho varias mejoras...” (P4, 2007).

Por su parte los funcionarios del CSU opinaron que: “...aunque existe un procedimiento para solicitar la mejorar de la infraestructura el cual consiste en presentar la petición al ISEM sobre las necesidades de mantenimiento que tenga el Centro de Salud, desde la implementación del Seguro Popular no ha mejorado la infraestructura en nada...” (F4, 2007). Y los funcionarios del HG afirmaron que: “se han hecho reparaciones al edificio, se ha adquirido mobiliario, se ha hecho adecuaciones como cubículos, áreas de acceso a zonas restringidas, como por ejemplo en urgencias se habilitó un espacio “muerto” que no se ocupaba y ahora ahí está la zona de valoración de un médico urgenciólogo, esto además nos permite atender a los pacientes que ingresan por ahí, con la rapidez que lo requieren según su caso..., el mecanismo es el mismo que venía siendo antes del Seguro Popular, es decir, se hace la petición al ISEM y posteriormente se realizan las mejoras” (F2, 2007).

A todos los usuarios el tiempo de espera para ser atendidos en el Centro de Salud Urbano les pareció “... ¡malo!, ¡nos hacen esperar muchísimo!...” (UP6, 2007); “... ¡muy malo!, tenemos que esperar muchas horas como 3 o 4...” (US3, 2007); “... ¡muy, muy malo!, se pierde casi todo el día...” (UP4, 2007); “... ¡malísimo! tenemos que esperar 3, 4 o hasta cinco horas...” (US5, 2007); “...es pésimo” (UP3, 2007); “...¡qué horror!,... pésimo...” (US4, 2007); “...muy mala...” (UP5, 2007); “...eso sí muy malo...” (US6, 2007); justificaron su respuesta diciendo “...porque no hay suficientes consultorios y tengo que esperar hasta 5 horas como hoy para que me atiendan...” (UP3, 2007); “...tenemos que esperar muchísimo tiempo para que nos atiendan...” (US4, 2007); “...tenemos que esperar mucho tiempo,

como 3 horas o más...” (US5, 2007); “...a veces he tenido que esperar mucho tiempo para mi consulta...” (UP6, 2007).

Estas respuestas contrastan con la de los usuarios del hospital: “me atendieron pronto...” (UP1, 2007); y “...no tuve que esperar mucho...” (US2, 2007). “...bien el tiempo de espera porque la atención que recibieron fue inmediata...” (US1, 2007); o “...esperé poco...” (UP2, 2007).

Sin duda un gran problema que enfrentan los servicios de salud en el tiempo de espera que tienen que realizar todos los usuarios, siendo mayor en los usuarios del Programa Estatal de Salud al parecer por la doble fila que deben hacer una para que les reciban el carnet y otra para pagar.

Con las respuestas obtenidas se le preguntó al funcionario del Centro de Salud quien comentó que el tiempo de espera “es corto”. Ante el contraste identificado, se le preguntó cómo median el tiempo e informó: “...una vez que se le recoge el carnet al paciente se mide el tiempo de espera,... las mediciones nos reportan que esperan de 30 a 40 minutos...” (F4, 2007). Aquí vemos que el inicio de la medición es diferente, porque mientras los usuarios de los servicios comienzan a medirlo desde que llegan a formarse a las afueras del CSU que puede ser desde las 6:00 hrs.; el sistema de evaluación oficial es a partir de que se les recoge el carnet que puede ser una diferencia entre estos dos momentos de hasta tres horas según lo pudimos conocer durante la etapa de observación y por la opinión de las personas en la entrevista.

Las diferencias al contratar el Seguro Popular que manifestaron los usuarios entrevistados en el Centro de Salud fueron: “... ¡mejoras en la atención!...” (US3, 2007); “... ¡tengo derecho a que me atiendan! y no pago cuando me atienden...” (US4, 2007); “... ¡tengo derechos!...” (US5, 2007); “... ¡ahorro tiempo!...” (US6, 2007); y en el hospital fueron: “...nos atienden y ya no tenemos que preocuparnos...bueno sí pago, pero a la hora de mi parto ya no tengo que pagar...” (US1, 2007); “...me están controlando mi azúcar, me están checando frecuentemente, y me dan mi medicina...” (US2, 2007).

Las diferencias percibidas por los funcionarios fueron: en el Centro de Salud “...no me parece que hayan cambiado, solamente que se mejoró el surtido de la farmacia...” (F4,

2007). En el hospital “...en la atención ninguna, la cantidad de servicios se mantienen, se siguen dando los mismos servicios...Yo creo que solamente ha cambiado la categoría de los pacientes: de asegurados a pacientes o usuarios asegurados. Lo que sí, se ha mejorado el surtido de la farmacia y las instalaciones; se ha adquirido material y equipo y se ha contratado más personal... Por supuesto que el SPS no es la varita mágica porque a pesar que anualmente se hace una programación de utilización de recursos y rubros a cubrir, en la práctica no se cumplen... con criterios de discrecionalidad, se reasignan a otras unidades médicas, que según el impacto político se destinan los recursos [sic]; ya que es uno de los compromisos hechos en campaña del gobernador del estado... la atención de la salud... Ha habido incremento de insumos, medicamentos, personal y equipo” (F2, 2007).

En relación a la opinión del grupo de actores sobre el SPS, los usuarios del SPS de ambos niveles opinan positivamente sobre el mismo al decir: “... ¡muy bien!, me atienden tarde pero me atienden, me dan mi medicamento, me están citando y me están checando...” (US3, 2007); “... ¡a mí me gusta!, con lo que pago me dan mi medicina y me atienden... a mi familia también...” (US4, 2007); “... ¡bien!, me gusta porque me atienden y me dan mi medicina y me van a atender mi parto y ya no voy a pagar nada...” (US5, 2007); “... ¡me gusta mucho! estoy conforme, lo difícil es tener los mil pesos al principio pero ya después nos atienden y hasta me van a atender mi parto en el Xico...” (US6, 2007); “... ¡me gusta mucho!, porque una vez que hemos pagado ya no tengo que preocuparme de pagar, como hoy con mi parto...” (US1, 2007); “... ¡pues bien!, porque con mi azúcar, una vez que hago mi pago, ya sé que me atienden y me dan mi medicina...” (US2, 2007).

En el mismo sentido positivo fue la opinión de los prestadores de servicios del hospital: “... a mí me parece bien, se han mejorado las instalaciones, los equipos, ha incrementado el personal y sobre todo el surtido de medicamentos que era un gran problema...” (P1, 2007); “...pues a mí parece bien, se le atiende bien a los pacientes, se les da sus medicamentos, el hospital tiene mantenimiento y mejoras...” (P2, 2007); “...me parece bien, se da buen servicio a los todos los pacientes porque ya se les da el medicamento que antes no se lo dábamos, no solo se los damos, sino que se los damos todo...” (P3, 2007); “...yo estoy de acuerdo con él, un problema, un gran problema era la

falta de medicamento y ahora con el Seguro Popular se surte al 100%...” (P4, 2007). Y la del funcionario del hospital: “...me parece un programa muy bueno porque los servicios que se brinda a la población es igual para todos, independientemente de que sean usuarios del SPS o no; tanto los servicios, como los medicamentos son otorgados. La diferencia es que los no usuarios del programa deben pagar \$110.00 que incluye la atención del especialista o atención de los servicios de urgencia y el medicamento necesario. En el caso de parturientas que no estén afiliadas al SPS y acepten, se les afilia, se les atiende, se les da el medicamento y no pagan. Existen casos que no aceptan el SPS y deben pagar \$ 1,000.00 recibiendo la misma atención y medicamentos...” (F2, 2007).

A diferencia de la opinión que manifestó el funcionario del Centro de Salud: “...pues a mí me da igual, mucho se dice en los medios de comunicación, pero aquí no ha habido ninguna mejoría, seguimos con nuestros mismos problemas de falta de personal, de mantenimiento de instalaciones. Todo sigue igual, solamente ha mejorado la farmacia, porque ya no falta el medicamento (creo que es lo único bueno). Por otro lado ha aumentado la demanda de servicio, pero no son derechohabientes del Seguro Popular, lo que yo digo es que es el incremento de la población en el municipio. Ya no es la misma cantidad de pobladores de hace mínimo 10 años...” (F4, 2007).

Se puede notar a pesar de que los diferentes entrevistados manifestaron diferentes deficiencias e inconformidades en contra del servicio que reciben, la opinión que tienen sobre el SPS en ambos niveles de atención es positiva, apoyando su opinión básicamente sobre la disponibilidad y surtido de los medicamentos.

Hasta aquí presentamos los resultados obtenidos en las diferentes estrategias de obtención de la información.

CAPÍTULO 8

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo, se realiza el análisis de los resultados obtenidos, dando respuesta a las diferentes interrogantes que se formularon en el planteamiento del problema.

En el contexto político-social, la llegada de Vicente Fox a la presidencia, significó el término de una larga historia de más de setenta años de un partido en el poder. Su estrategia apoyada con una fuerte estrategia y el rechazo del pueblo mexicano a los vicios y corrupción de los gobernantes anteriores, permitió que en el año 2000 se diera la “esperada transformación a la democracia”. En política externa, Vicente Fox terminó la tradición priísta de respeto que por años tuvo para otros países en relación a las diferencias y a conflictos internacionales. En política interna, sus propuestas de campaña de aplicar reformas como la de acabar con la corrupción, reducir la pobreza, consolidar la democracia y terminar con el conflicto de Chiapas, no se cumplieron. La política social se caracterizó por la continuación de programas focalizados que respondieron a contener los estragos de la aplicación de las políticas macroeconómicas en el país y los efectos del mercado internacional. Por otra parte en política de salud se creó desde inicios de su sexenio, el Seguro Popular de Salud.

Sin considerarse el ejercicio legislativo previo que como parte de la política pública debió tener, el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, se adelantó al cumplimiento de esta normatividad y planteó como una de las premisas “la protección de la salud como valor compartido”, proponiendo formas de prepago para garantizar protección financiera en materia de salud y acceso a servicios de salud integrales y de calidad. En el documento, se afirmó que la promoción del prepago de seguros, promovería la utilización más racional, brindando protección financiera en materia de salud a toda la población a través de un seguro de salud popular universal, definiéndolo como un prepago subsidiado con

fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que carece de aseguramiento. Se categorizó al Seguro Popular como “instrumento de financiamiento justo”, que brindaría protección médica al 48 % de la población para el 2010. Además el PNS consideró que la regulación y orden en el prepago privado, son un complemento del Seguro Popular y de la seguridad social; que fomentando los esquemas de prepago privado mediante la deducibilidad de los seguros de salud se promoverá la cultura del aseguramiento y en particular, la adquisición de seguros de salud que ofrecen servicios integrales; por lo que la tendencia del gobierno era permitir la entrada del capital privado en el sector salud generando en la población una nueva concepción en cuanto al acceso a los servicios de salud.

Considerando estos elementos, la Secretaría de Salud propuso al Seguro Popular como un programa de financiamiento en salud no como un programa de salud que mejoraría el estado de salud de la población.

Uno de sus retos, es asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud para fortalecer al sistema de salud, pretendiendo que para el año 2025 todo mexicano tenga acceso a un seguro de salud, de manera integral y de alta calidad en la satisfacción de las necesidades y de las expectativas de la población, pero prioridades. En esta tarea, los Servicios Estatales de Salud serían los responsables de brindar la atención.

En un ejercicio de reflexión, si se considera la definición de prioridades y que los servicios de salud a los pobres sean otorgados por los Servicios Estatales de Salud a través de un paquete de servicios esenciales, ¿cómo se pueden brindar servicios integrales que satisfagan las necesidades y expectativas del usuario, si los servicios se otorgarán por un paquete preestablecido, sin considerar además los rezagos que presentan los Sistemas Estatales de Salud responsables de brindar la atención?.

En suma el SPS es la propuesta de un grupo influyente de médicos y empresarios en cuya cabeza se encuentra Guillermo Soberón quien desde 1982 delineó una primera estrategia. Más tarde el grupo funda la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) que en diferentes documentos emitidos madura el proyecto que finalmente, y no obstante de tratarse de un gobierno panista, se implementa esta política.

¿Cuál fue el proceso de formulación que tuvo el Seguro Popular de Salud para incorporarse a las políticas nacionales?

Tomando la definición de la cual partimos, que el proceso de formulación del SPS es la etapa donde existe la participación de diferentes actores a través del debate; los resultados nos aportan que esta etapa tuvo una “antesala” en donde se suscitaron hechos en los cuales cobra importancia considerar la participación de los actores.

Un papel fundamental fue el que tuvo en todo momento el Secretario de Salud Julio Frenk Mora, quien desde los tiempos de su juventud en los años setentas, estuvo identificado con el grupo en el poder representado con el priísmo, específicamente con el grupo liderado por Guillermo Soberón. Con el cambio democrático que hubo en el país en el año 2000, existió un reacomodo de las fuerzas y poderes de los grupos políticos y Frenk fue una pieza clave en el área de la salud, porque se sumó al nuevo grupo político aún desde la etapa de trabajo del equipo de transición. De hecho su nombramiento no generó ninguna incomodidad de los actores políticos. Su responsabilidad fue lograr la introducción a la política de esta nueva corriente, las propuestas planteadas desde años antes por el grupo soberonista, permitiendo realizar un “continuo” en la aplicación de las reformas al Estado iniciado en los años 80’s; propuestas que fueron bien vistas y apoyadas tanto por los priístas y panistas en el momento de votar en las Cámaras Legislativas en el año 2003, para aprobar las modificaciones a la Ley General de Salud que permitió dar legalidad al Seguro Popular de Salud. Se puede entender que en el fondo, existe una identidad entre el priísmo y el panismo en las estrategias del modelo económico, el cual se impregna en las políticas sociales.

Desde inicios de la administración sexenal, Frenk declaró que “la salud es una inversión para el desarrollo con oportunidades”, ¿qué habrá querido decir realmente?, ¿cuál habrá sido el significado de sus palabras? Afirmó que a mediano plazo, todas las familias contarían con un seguro. Sin duda desde antes de tomar posición del cargo marcó como Secretario de Salud del país, la línea por la que iba a transitar su administración: la aplicación del Seguro Popular de Salud.

La corroboración la hizo Vicente Fox el día de su toma de posesión, al afirmar que el cambio implicaba brindar protección financiera en materia de salud, para que todas las familias al finalizar el sexenio, contaran con un seguro básico de salud; con estas palabras presentó lo que en breve sería uno de los más importantes cambios de su gobierno.

La expresión de las varias voces en los medios de comunicación y foros sobre su existencia, permitió conocer las posturas a favor como FUNSALUD a través de su Coordinador del Consejo Directivo y Presidente Ejecutivo Guillermo Soberón Acevedo, quien en mayo de 2002 propuso a Fox el desarrollar durante el sexenio, entre otras estrategias, establecer un seguro nacional de salud, abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios, subsidiando sólo a los más pobres y recuperando los gastos en que incurren quienes tienen capacidad de pago, haciendo que los seguros privados complementen a la atención médica básica de carácter público y aplicando los recursos en forma descentralizada y con nitidez. Estas propuestas planteaban que los usuarios de los servicio de salud realizaran pagos por los servicios recibidos, con excepción de aquellos catalogados como “más pobres” que serían subsidiados por el Estado. A través de la respuesta que Julio Frenk dio a Soberón en esa misma ocasión, expresó la disciplina del Estado al grupo empresarial, al expresar que: *“muchas de las propuestas que hemos escuchado hoy en voz del maestro Guillermo Soberón van a ser una aportación valiosísima en ir configurando el proyecto”*. Expresiones en contra fundamentaron amplia y claramente el por qué de su postura. Por ejemplo, la doctora Asa Cristina Laurell denunció ante la Cámara de Senadores que el Seguro Popular *“sólo garantizaba los llamados servicios esenciales y los medicamentos correspondientes que eran mucho menos que los ofrecidos por los institutos de seguridad social; además, los gobiernos de los estados quedaban con la responsabilidad de dar la prestación de servicios y la obligación de garantizar los servicios esenciales, los medicamentos e insumos”*; esta declaración se comprueba en esta tesis.

Al igual que ella, líderes sindicales y diputados de oposición manifestaron su desacuerdo por la aplicación del programa, al denunciar otros problemas de la implementación del Seguro Popular. Ante los embates, Mauricio Bailón, funcionario de la

Secretaría de Salud reconoció que el objetivo del Seguro Popular no era proporcionar servicios oportunos de calidad, sino incorporar a él, a 45 millones de mexicanos en siete años.

Al año de haber iniciado la administración foxista, el gobierno federal al anunciar *“cambio radical en la prestación de los servicios públicos de salud, al poner en marcha del seguro popular”* también anticipó que la prestación tendría un pago por adelantado.

En la etapa de formulación del SPS estuvieron presentes diferentes actores que participaron para su diseño e implementación, sin embargo solamente se tomaron en cuenta los intereses de unos cuantos para la formulación, que teniendo relación directa con los grupos de interés, obtuvieron concesiones.

Como parte de los “actores ejecutores” tuvo un papel fundamental en esta etapa el Consejo Nacional de Salud (órgano colegiado y de asesoría a la SSA), que realizó los ejercicios de análisis que sirvieron para guiar y *“sugerir”* las políticas de salud en el país. En las comisiones específicas se consideraron los resultados que en la etapa piloto del Seguro Popular se fueron presentando. Las comisiones fueron estratégicamente formadas y trabajaron de manera tal que el producto solamente regresó al pleno para su conocimiento y aprobación. Esta forma de atender los diferentes tópicos en donde sesión a sesión se turnaron al Consejo, no permitió generar el debate necesario por el pleno evitándose el proceso de discusión. Lamentablemente a pesar de las denuncias reiteradas de la improcedencia de las formas, estas nunca se escucharon. De esta manera, se violentaron intencionalmente los procedimientos; aún así, todas las propuestas que hizo el Consejo, fueron el sostén que cuando se turnó a las Cámaras legislativas sirvieron de fundamento en la legalización del SPS.

Vemos como parte de los actores que operaron las políticas, son las propias instituciones del gobierno responsables de ejecutarles y vehiculizan los proyectos económicos y políticos.

En cumplimiento de la normatividad mexicana, para la formalización del Seguro Popular se llevó a debate en las cámaras legislativas, como requisito para que el Seguro

Popular estuviera contemplado en la Ley General de Salud y su aplicación fuera en todos los Servicios Estatales de Salud del país.

Durante el proceso legislativo dentro de las cámaras, también se escucharon las denuncias de aquellos que estuvieron en desacuerdo, tanto en los medios públicos como en los órganos legislativos. Durante la discusión de la propuesta del Ejecutivo la oposición manifestó claramente su postura como la mayoría de los legisladores del Partido de la Revolución Democrática. Esta oposición respaldó la posición de su líder de partido Rosario Robles; sin embargo los votos en contra no fueron suficientes y no lograron contrarrestar la de aquellos que tuvieron identidad y disciplina con el Estado, que atendiendo a sus intereses de grupo consideraron como válidas las aportaciones del Consejo Nacional de Salud, los legisladores del partido de Acción Nacional y del Revolucionario Institucional, aprobándolo

Finalmente la firma del decreto por parte de Vicente Fox para la expedición de la reforma a la Ley General de Salud en mayo de 2004, marcó el término de la etapa de Formulación, quedando establecido ya como parte del Programa Nacional de Salud y como programa sexenal.

De los resultados obtenidos del proceso de formulación del Seguro Popular se tomaron decisiones que tuvieron importantes repercusiones como la modificación de la Ley General de Salud (LGS) y surgimiento de Reglamentos específicos para su operación.

¿Cuál fue el proceso de formulación que tuvo el SPS para incorporarse a las políticas de salud del Estado de México?

A diferencia del debate que existió en las Cámaras Legislativas federales, en el Estado de México el procedimiento había iniciado en la entidad como parte del programa piloto del SPS, realizado a través de la firma de acuerdos de colaboración. En los municipios que formaron parte de este piloteo, diputados federales “constataron” su operación. Si en el nivel nacional hubo “simulacro” democrático y “negociaciones y consultas”, en el nivel estatal el SPS se aceptó en automático. Solamente se tuvo una presentación en la Cámara Legislativa Local se realizó la presentación del novedoso programa nacional, que se estaba

piloteando en cinco municipios de la entidad. Si bien el Seguro Popular como parte de las políticas públicas de la entidad, debió contar con la aprobación de la Cámara Legislativa Local para su legitimidad; en los hechos se constata que en el Estado de México no se llevó a cabo este ejercicio legislativo.

En el Estado de México al implementarse el Seguro Popular por este método, se dejó de cumplir con la función esencial de la Cámara Legislativa Local, eliminándose todo este proceso fundamental en la vida democrática de una entidad federativa, y exclusivamente se atendió la normatividad estatal la cual está subordinada al cumplimiento de la normatividad federal como la Constitución Política y las leyes emitidas por la nación.

¿Cuál fue el procedimiento que se realizó para incorporar el Seguro Popular de Salud a la agenda sanitaria del Estado de México?

El comienzo del SPS en febrero del año 2002 inició como programa piloto en cinco estados del país. Fue hasta el 15 de marzo de ese mismo año cuando la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el cual la Secretaría de Salud dio a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). En él, la Secretaría estableció el modelo nacional de operación del Seguro Popular al que se sujetaron los gobiernos de los estados que participaron. En este corto tiempo las evaluaciones que se le estuvieron se convirtieron en adecuaciones al modelo de operación; esto, permitió que en el año 2003 se volviera a emitir el Acuerdo, pero incorporándolas. En estos documentos, la Secretaría de Salud estableció el modelo nacional de operación del Seguro Popular al que se sujetaron los gobiernos de los estados que participaron y a través de la firma de Acuerdos de Colaboración con la Secretaría de Salud, este modelo se implementó durante la etapa piloto que terminó en diciembre de 2003. Los acuerdos tuvieron una duración de un año, pero en los firmados en el año de 2005, se estableció como indefinida la vigencia.

En los documentos, se establecieron las competencias a que ambas partes se comprometieron y las acciones operativas del programa: la función rectora la cumpliría la Secretaría de Salud y la función operativa los Sistemas Estatales de Salud.

En el Estado de México, el Seguro Popular comenzó en esta etapa durante el sexenio 1999 – 2005. Su inició fue en el mes de octubre de 2002, aunque el primer acuerdo se firmó hasta el 20 de diciembre de 2002, iniciando su vigencia ese mismo día y su publicación en los medios oficiales se hizo el 30 de mayo de 2003. Sus objetivos fueron cumplir las metas de afiliación. Ya en la etapa formal se firmó el siguiente acuerdo el 20 de enero de 2004. Su vigencia comenzó el día siguiente aunque su publicación en las gacetas oficiales se dio hasta el 11 de agosto de 2005. En este acuerdo la vigencia ya es indefinida. Su objetivo fue establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución en la entidad del Sistema de Protección Social en Salud, la existencia de la unidad administrativa estatal responsable del SPS y sobre los procedimientos de coordinación con la federación.

De esta forma el SPS se incorporó a la agenda sanitaria estatal a través de la firma de acuerdos de coordinación entre la Secretaría de Salud federal y el gobierno del Estado de México.

¿Cuáles son los cambios normativos y estructurales en salud que el SPS ha generado a nivel nacional?

Una vez que se llevó a cabo el proceso legislativo se realizaron modificaciones a la Ley General de Salud. La modificación que tuvo en el año 2004, permitió darle oficialidad al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Pero ¿por qué se modificó esta Ley?, ¿cuál es la trascendencia de la modificación? En esta Ley está comprometida la descentralización de los servicios de salud a los gobiernos de los estados otorgados antes por la SSA. También están planteados los programas que se deberán implementar de manera obligada en toda la estructura del Sistema Nacional de Salud conformado por las 32 Sistemas Estatales de Salud. De esta manera, al incorporar al Seguro Popular en la Ley General de Salud, se debe ejecutar por todos los Sistemas Estatales de Salud aún sin existir

el ejercicio legislativo estatal correspondiente; evitando los cauces legales normales que se deberían cumplir si no existiera en esta Ley.

En el apartado incorporado en la Ley que contiene al SPS, inicia diciendo que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al SPS de conformidad a la Constitución y plantea que es un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. Este planteamiento presentado en este documento obliga a que los Servicios Estatales sean los encargados de otorgar los servicios ofrecidos por el SPS. Además, el marco legal en el país, establece que una vez planteados los programas en la LGS, se emitirán los reglamentos necesarios por parte del ejecutivo para contar con la operación respectiva. Así, con la publicación en el mismo año, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud en el Diario Oficial por la Secretaría de Salud, se difundió el procedimiento mediante el cual, se debe implementar el SPSS o Seguro Popular en todos los Sistemas Estatales de Salud; se complementó la normatividad operativa del programa.

Al mismo tiempo los cambios estructurales que generó el SPS a nivel nacional son la creación del Consejo Nacional de Protección Social en Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud que al poner en operación el SPS por los Sistemas Estatales de Salud, estas estructuras centrales establecen y contribuyen al fortalecimiento de la función rectora de la Secretaría de Salud, pero duplican estructuras administrativas y fortalecen espacios de poder en los estados casi el nivel de subsecretarías.

¿Cuáles son los cambios normativos y estructurales en salud que el SPS ha generado a nivel estatal?

En el Estado de México son dos los documentos emitidos que reconocen el derecho a la salud establecido en el artículo 4º. Constitucional: el Código Administrativo y el Reglamento de Salud. Ambos documentos consienten y contribuyen en lo establecido en la Ley General de Salud sobre la concurrencia de la federación y la descentralización a las entidades federativas en la prestación de los servicios de salud. Para este seguimiento a

las acciones del proceso de descentralización, se cuenta con el Consejo de Salud. También en los referidos documentos se reconoce que el gobierno del Estado de México está obligado a prestar los servicios de salud a través del Sistema Estatal de Salud, estructurado por todas las dependencias públicas y privadas que presten servicios en la entidad; considerando para esto los requerimientos sanitarios prioritarios y los factores que condicionan y causan daños a la salud. A semejanza de la Secretaría de Salud Federal, se establece que la Secretaría de Salud del Estado de México (SSEM) tiene a su cargo la regulación de los servicios, pero será el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) el encargado de otorgarlos garantizando el derecho a la protección en salud. Así, las disposiciones expresadas en los documentos emitidos por la estructura del Ejecutivo estatal, permitieron que en la entidad, se ejecutara el programa federal de manera vertical y de manera paralela al Programa Estatal de Salud sin utilizar los procesos legales como la participación del Congreso Local.

De manera complementaria el documento que dirige las acciones de salud del gobierno, sexenio a sexenio al igual que a nivel nacional es el Programa Estatal de Salud. El programa del periodo 1999 – 2005 planteó otorgar servicios de salud a toda la población con equidad, calidad y eficiencia; estableciendo políticas como cobertura universal de los servicios de salud, participación de la comunidad en el desarrollo de los programas de salud, fomento en la población de la cultura en salud, fortalecimiento del Sistema Estatal de Salud y realizar acciones preventivas y de diagnóstico temprano como el de Salud Reproductiva y el de Diabetes Mellitus. A estas necesidades de salud se le marcaron como objetivo, elevar en la población el conocimiento de la planificación familiar y detectar de manera sistemática y oportuna los casos de Diabetes Mellitus en la población mayor de 25 años. Se puede notar que como fue un documento emitido dos años antes del inicio del Seguro Popular no aparece mencionado.

Con el cambio de administración, el programa del gobierno estatal 2005 – 2011 a diferencia del anterior sí considera el que aún “no todas las familias del Estado tienen protección financiera en salud”. Este programa ya se propone que el total de la población en la entidad, cuente con algún tipo de seguridad social en materia de salud, sin importar

su condición laboral o socioeconómica, planteando que el Estado de México participará concurrentemente con la Secretaría de Salud Federal, tanto en la consolidación del Seguro Popular como en los estudios que lleven a que este régimen, avance en su operación en la entidad para garantizar en los próximos años protección financiera y acceso a servicios integrales y de calidad. Es de notarse que *“la identificación del que no todas las familias tienen protección financiera en salud”*, es retomada del Programa Nacional de Salud de Fox y no de las tendencias que venía desarrollando el Estado de México.

Esta vía de asimilación del Seguro Popular en las políticas de salud del Estado de México se logró primero en la etapa piloto de SPS a través de la firma del acuerdo de colaboración y después en la etapa formal, cuando entró en vigencia la Ley General de Salud en enero de 2004 y al considerar el contenido de los documentos normativos estatales del área de salud, los cuales declaran un apego al cumplimiento de la Ley General de Salud.

Se proyecta en el PES que para el año 2011 los servicios médicos que se brinde a los usuarios alcancen una aplicación superior al 80% de las guías clínicas terapéuticas estandarizadas; para lo cual se diseñará e implementarán las guías de práctica clínica, homogéneas y con evidencia Científica en el Sistema de Salud de la entidad. Estas guías serán las fuentes de información para actividades de formación continua, y al mismo tiempo permitan evaluar la calidad de la atención médica y el desempeño de los prestadores de servicios; sin embargo la atención que se ha dado a los usuarios en los servicios analizados, han sido en acatamiento a los ya existentes por el propio ISEM sin que en el momento haya una presentación de las guías referidas.

Se ha programado que el otorgamiento de los servicios sea por el gobierno del estado, con base en la legislación estatal recientemente emitida como el Código Administrativo, el Reglamento de Salud, el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud y el Programa Estatal de Salud 2005 – 2011. En este último documento el gobierno estatal se plantea participar concurrentemente con la Secretaría de Salud federal, tanto en la consolidación del Seguro Popular como en los estudios que lleven a que este régimen se consolide para garantizar en los próximos años protección financiera y acceso a servicios

integrales y de calidad en salud; pero ya introduciendo una nueva modalidad en el otorgamiento de los servicios, porque se pretende inducir *“a la población más desprotegida a invertir anticipadamente en servicios de salud, en un seguro de salud popular universal y equitativo y que, garantice calidad en los servicios cubiertos”* mientras que la Ley General de Salud dice que se dará exención del pago por el contrato del SPS a la población que pertenezca a los dos deciles más bajos de ingresos.

Otro planteamiento que retoma el PES de lo nacional, es la asignación de los recursos financieros con la demanda y no con la oferta de servicios. El planteamiento ahora es estratégico, en la postura que toma como suya la misma Secretaría de Salud del Estado de México, porque está obligando y condicionando a los servicios de salud locales que forman parte de la propia estructura de los Servicios Estatal de Salud (ISEM) a invertir en ellos, solamente si tienen población afiliada al Seguro Popular, de lo contrario no recibirán recursos. Además si se tiene planeado que toda la población que no cuenta con seguridad social en el territorio mexiquense y que es la población que se ha venido atendiendo a través del Programa Estatal de Salud, entonces por la nueva política estatal en salud, toda esta población tendrá ahora que a realizar pagos anticipados aunque sea *“población desprotegida”*.

La revisión de los documentos estatales, permite ver que a pesar que su fecha de emisión está dentro del periodo de implementación del SPS en la entidad, no aparece en ninguno de ellos y se manera sorpresiva surge ya en el Programa Estatal de Salud 2005 – 2011 plasmando las nuevas estrategias propuestas por la política neoliberal del grupo liderado por Soberón.

En cuanto a la estructura de salud, desde la etapa piloto del Seguro Popular, los servicios de salud fueron proporcionados a los contratantes por la propia estructura de salud estatal. Con la entrada en vigor de la Ley General de Salud en 2004 y el cumplimiento de la misma, generó que en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) se creara la Unidad Estatal de Protección Social en Salud el 15 de marzo de 2005, lo que permitió su institucionalización y con todo ello el Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Las funciones de esta unidad son la reorientación de la administración a favor

del Seguro Popular; sin embargo, los servicios de salud se han venido otorgando a la población con la misma estructura con que contaba el ISEM.

¿Qué papel desempeña la Secretaría de Salud Federal en la implementación del Seguro Popular de Salud?

La Secretaría de Salud ha emitido la normatividad para la operación del SPS y publicó en 2002 y 2003 los Acuerdos por los que dio a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). En ellos estableció el modelo nacional de operación del Seguro Popular. A este modelo se sujetaron los gobiernos de los estados a través de la firma de Acuerdos de Colaboración con la Secretaría de Salud. También emitió una serie de documentos normativos, entre otros sobre la afiliación de las familias, el Catálogo de Beneficios Médicos, que cambió su nombre en la etapa oficial a Catálogo de Servicios de Salud.

En la parte operativa, las funciones que tuvo solamente fue la realizar la afiliación de las familias y coordinar a los Servicios Estatales de Salud para el otorgamiento de la atención a la población. Una vez que se firmaron los acuerdos, la función de afiliación también recayó como obligación en los Servicios Estatales de salud.

Generó los medios y las formas para que se realizara el proceso legislativo que permitió la modificación de la Ley General de Salud en el año 2004. Con la modificación estableció que el Sistema de Protección Social de Salud (o Seguro Popular) es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo a los servicios de salud. También diseñó el modelo operativo, lo promovió y suscribió para su formalización a través de la firma de acuerdos de coordinación con todos los gobiernos de los estados. Ha desarrollado, coordinado, supervisado y establecido las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud definiendo su marco organizacional, evaluando su desempeño y fiscalizando los fondos. Estableció las aportaciones financieras de las tres partes involucradas; el gobierno federal, el gobierno estatal y los particulares. Ha diseñado y ejecutado las campañas a nivel nacional en los medios de comunicación;

apoyándose en el Consejo de Salubridad General sobre el desarrollo del programa en todo el territorio.

En la operación de los Servicios Estatales de Salud se ha definido los requerimientos para la acreditación de los centros prestadores de los servicios médicos y las acciones de salud que los servicios deben otorgar a la población.

En lo financiero con la frase de “el dinero sigue a la gente”, ha cambiado el sentido de la inversión en el Sector Salud pasando de “la inversión a la oferta” a la “inversión a la demanda”

Todas estas actividades nos permiten concluir que el papel que desempeña la Secretaría de Salud en la implementación del SPS es la de rectoría, redefiniendo el sentido del financiamiento.

¿Cuál es el papel de los servicios estatales de salud del Estado de México en la implementación del SPS?

La etapa piloto del Seguro Popular en el Estado de México inició de manera muy intempestiva; no existió un trabajo de planeación, solamente la SSA le notificó las metas de afiliación al Gobierno del Estado, la recaudación que se tenía que obtener y se determinaron los municipios donde iniciaría el programa.

Si bien la afiliación en esta etapa estuvo a cargo de personal especialmente contratado para tal fin por la federación, los servicios médicos ofrecidos al momento de firmar el contrato, fueron otorgados de forma directa con la participación de la estructura del Sistema Estatal de Salud. Ya en la etapa formal específicamente en la parte inicial, los servicios del SPS se siguieron brindado a través de los Centros de Salud Urbanos y Hospitales Generales pertenecientes al Sistema Estatal de Salud y una vez creado en el 2005 el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, se ha vigilado su operatividad y cumplimiento utilizando las mismas instalaciones de salud.

De manera concluyente se puede decir que para otorgar los servicios que ofrece el Seguro Popular como un programa diseñado y autorizado por instancias federales, se

utilizan los mismos recursos humanos y materiales de son los Centros de Salud y Hospitales Generales, es decir, se utiliza la misma estructura del Sistema Estatal de Salud.

¿Cuáles son los cambios que introduce el Seguro Popular de Salud en el proceso de atención médica?

Considerando las respuestas de todos los entrevistados, todo indica que en los servicios locales de salud no han existido cambios operativos con su implementación como lo establece la normatividad revisada, con la aplicación de recursos financieros, atendiendo a mejorar los servicios que se otorga a la población. Sobre todo en el CSU que como puerta de entrada al Sistema de Estatal de Salud debería de contar con mejoras tanto en el material, equipo, recursos humanos e infraestructura; sin embargo las mejoras se han dado en el Hospital General de referencia el cual por la información recabada cuenta con los recursos para realizar la operatividad de los servicios. Un cambio que se observó y que no fue identificado por los entrevistados, es que al momento de que los usuarios solicitan la atención, los que no pertenecen a la cobertura del SPS tienen que realizar una fila adicional para efectuar el pago por la atención que recibirán.

Es de llamar la atención que en ambos niveles de atención en el proceso de atención de los usuarios del Seguro Popular y los usuarios del Programa Estatal de Salud; se utiliza la misma infraestructura, los mismos recursos humanos y materiales y cumpliendo los mismos protocolos de atención médica, y no se han actualizado como lo marca el actual Programa Estatal de Salud.

Por otra parte las diferencias identificadas son que los que reciben atención por parte del SPS tienen que hacer un pago anticipado, mientras que los no usuarios si bien es cierto que tienen que pagar al momento de recibir la atención, dadas las actuales políticas de salud que se están implementando, por una parte el “Seguro Médico para una nueva generación” en donde las mujeres que requieran atención de parto no efectúan ningún pago y quedan afiliada la familia al SPS, y por el Estado de México la atención a los diabéticos reciben atención gratuita.

A pesar que está establecida la política de invertir “atendiendo a la demanda y no a la oferta” y estar normado que deberán fortalecer los Centros de Salud Urbanos que estén

operando el SPS con inversiones en mejoras a la infraestructura y contratación de personal en los servicios locales estudiados, las mejoras fueron identificadas solamente por los entrevistados del Hospital General, lamentando el abandono los entrevistados en el CSU independientemente del programa por el que fueron atendidos.

Por otra parte la implementación del Seguro Popular ha aumentado la segmentación entre la misma población, al existir diferentes procedimientos administrativos de atención.

Los servicios que se dan a los usuarios de los servicios, están contenidos en un catálogo o paquete como se han venido dando. Esto cumple con lo sugerido por el Banco Mundial donde se debe dar a la población pobre un conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales.

Con la introducción del SPS en los servicios locales, durante el proceso de atención se ha empezado a utilizar los conceptos de “asegurados” y “no asegurados” refiriéndose a los que contrataron el SPS y los que no lo contrataron; de esta manera se está generando ya una diferenciación dentro de los mismos servicios.

En relación a los cambios en los proceso de la atención médica, se encontró que la Ley General de Salud establece que las familias beneficiarias o población objetivo son aquellas con residencia en localidades semi urbanas y urbanas, que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente. Este planteamiento connota que el Seguro Popular no se aplica a la población que no tiene acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente; ni aún aquella que pertenece a los seis primeros deciles de la distribución del ingreso; por lo tanto la aplicabilidad de la constitución está sujeta a estándares de calidad impuestos por organismos extranjeros y viéndose excluida de sus derechos la población que está dentro de esta situación dejando de lado la condición de ciudadanía como el principio articulador del acceso y prestación de los servicios de salud.

La mayor diferencia que se pudo constatar y que tiene un trasfondo importante, es la nueva política sobre los medicamentos, en donde a todos los usuarios de manera indistinta se están surtiendo. Si retomamos lo planteado en capítulos anteriores, vemos

que esta política corresponde a lo sugerido por Soberón en mayo de 2002, cuando propuso a Fox la participación del sector privado en los servicios de salud.

¿Cuáles son las fuentes de financiamiento del SPS en los servicios locales?

En el Estado de México el actual Programa Estatal ha proyectado incorporar al Seguro a la población abierta, partiendo de 2'549,550 en el año 2006 y llegar a 7.8 millones en el año 2010 y para cumplirlas se habrá de inducir a la población del sector informal (desempleados, autoempleados, jornaleros, etc.) Induciendo “a la población más desprotegida a invertir anticipadamente en servicios de salud” esta meta de afiliación permite tener la cobertura del total de la población que tiene el ISEM, pero que al hacerlo se estará induciendo a la población al pago anticipado al momento de contratar, no importando el nivel de ingresos de la familia, así sean los más pobres de la población. Actualmente se está impulsando la contratación del Seguro Popular; de esta manera se genera un pago anticipado, pretendiendo que la minoría de los usuarios pertenezca a este rubro de usuarios que pertenecen a programas estatales exentos de pago.

Un cambio claramente identificado, es en el momento de la recepción del usuario, que en el caso de no pertenecer al Seguro Popular, primero tiene que realizar el pago anticipado y regresar para que le asignen consultorio. Aunque en la actualidad por disposiciones de la propia Secretaría de Salud del Estado de México en el caso de embarazadas y diabéticos atendidos por el Programa Estatal de Salud, no realizan ningún pago.

Con estos cambios generados por la implementación del SPS el Sector Salud ahora recibe financiamiento nacional, estatal y particular, representado este por el pago anticipado de las cuotas de los usuarios al momento de la contratación. Aunque los funcionarios refirieron que casi el total de la población que pertenece al Seguro Popular está exenta de pago por sus bajos niveles de ingresos, los usuarios que se entrevistaron afirmaron haber realizado pagos anticipados, lo que nos permite decir que sí existe el pago mencionado.

Los funcionarios saben que se recibe financiamiento federal y estatal pero desconocen el importe, porque no se los comunican, no existe una distribución específica al programa. Los recursos solamente se asigna al nivel de atención y se les notifica el importe total destinado, que deberán distribuir en los diferentes rubros para solventar los gastos del año, "en ocasiones a pesar de que se hizo una programación anual de los recursos... no se cumple su ejercicio porque resulta que a mitad del año o un poco más, les dicen que ya no hay dinero porque se tuvo que arreglar un hospital y que se hizo una reasignación".

Un cambio fundamental es que desde que se subrogó la farmacia en octubre de 2006. Desde esa fecha "casi no falta la medicina, rara vez llega a faltar", "porque los responsables de la farmacia estudiaron el comportamiento del consumo y prácticamente nunca falta". La aplicación en el Estado de México de las políticas de subrogación han dado como resultado el que el medicamento siempre está disponible en las farmacias ubicadas en los mismos servicios de salud.

¿Cuáles son las consecuencias en la atención de la población?

La demanda de atención del Centro de Salud está excedida por mucho. Los usuarios tienen que hacer filas de espera en ocasiones desde antes de las seis de la mañana es decir más de dos horas antes de que se abran las puertas. Por otra parte una vez abiertas, los tiempos de espera que corresponde al tiempo que utilizan en que les reciban el carnet, los manden al consultorio y les atienda el médico, además del requerido en el surtido de medicamentos o aplicación de vacunas, sí son diferenciados entre los contratados y los no contratados. Estas largas esperas hacen pensar que ahora los servicios de salud del CSU son más solicitados, aunque es difícil afirmar como resultado de esta investigación, toda vez que por los comentarios hechos por el mismo Coordinador del CSU, la población del municipio se ha incrementado, si se compara con la cantidad de la época en que fue construido. Sobre este incremento de la población no se han hecho ampliaciones a la infraestructura, razón que el funcionario consideró al afirmarlo.

¿Cuál es la satisfacción de los funcionarios, trabajadores y usuarios?

Al contestar esta pregunta se presenta la información obtenida por los diferentes aspectos que se plantearon a los participantes encuestados sobre la operación del Seguro Popular.

Casi todos los usuarios tanto del Seguro Popular como del Programa Estatal, manifiestan satisfacción por la capacidad técnica de los médicos y enfermeras, porque les atienden de lo que se enferman y les dan información sobre sus enfermedades y los cuidados que deben tener.

Sobre la cantidad de servicios otorgados todos los usuarios del SPS y del PES manifestaron satisfacción, argumentando que “la cantidad de servicio es buena”, “son los suficientes”, “se les atiende de lo que se enferman” y “siempre les atienden de lo que se enferman”.

A los todos los usuarios del SPS y del PES el suministro de medicamentos les pareció muy bien o excelente ya que nunca les falta el medicamento. Los usuarios del PES refirieron hicieron la referencia de que “antes” no era así.

En cuanto a la calidad de la atención, la mayoría de los usuarios del SPS en el CSU opinaron que es muy buena porque son amables, les tratan con respeto. A los usuarios del PES refieren que les parece regular, argumentando que: “todo mundo anda a las carreras... les pregunto y me dicen: espere su turno, o ahorita le atiendo y se van”; “las enfermeras siempre andan a las carreras, nos atienden bien, pero creo que podrían ser amables”; “me ha tocado que me han alzado la voz, y me hablan de manera muy cortante”.

En el Hospital General los usuarios del SPS opinaron que la calidad de la atención del personal es buena, porque son muy amables y atentos. De los de la minoría comentaron que es regular porque “existen momentos que no le informan lo que les pregunta”. Por su parte todos los entrevistados del PES refirieron que les parece muy buena la forma en que les atienden porque “todos son muy amables”; “todos les atienden muy bien”.

Sin embargo en el CSU esta opinión positiva no es compartida por los funcionarios, prestadores de servicios y usuarios de ambos programas (SPS y PES) porque “no han visto que mejoren las instalaciones”, les parece que “sí están mal”, porque “están casi siempre sucias”; y “son insuficientes”, “los sanitarios en ocasiones están muy sucios” y “luego no hay agua”; solamente califican como bueno el que existe la disposición de los medicamentos a todos los usuarios. A diferencia, en el Hospital General a todos ellos les parece que las instalaciones han mejorado y sí satisfacen a los usuarios, porque “cada está más bonito el hospital” y “muy limpio”.

En relación al tiempo de espera, todos los usuarios entrevistados manifestaron insatisfacción. Los usuarios del Seguro ocupan de tres a cuatro horas para que sean atendidos, este tiempo aumenta en los usuarios del Programa Estatal, llegando a ser hasta de cinco horas. Para los prestadores de servicios del Centro de Salud reconocen que no existe satisfacción en los usuarios porque *“tienen que esperar mucho, es que no hay suficientes médicos... pobres!”*; *“los tiempos de espera son muy muy largos”*. El grado de satisfacción aumenta en el Hospital porque son atendidos en menos tiempo.

Los funcionarios piensan que los usuarios de los servicios sí están satisfechos con los servicios que reciben. Según se afirma, en el Centro de Salud “el departamento de calidad de la Jurisdicción de manera aleatoria va a los Centros de Salud y realiza encuestas sobre esos puntos, pero no porque el Seguro Popular lo indique, sino porque el mismo ISEM lo ha establecido”, además “de manera permanente se realizan encuestas para cerciorarse”.

En el caso del Hospital General “cada área cuenta con su libro de quejas y que en ese espacio se cuenta con el área de calidad que realiza evaluaciones. Además existe una tercera vía que es el “aval ciudadano” (que son ciudadanos invitados a realizar evaluaciones sobre la calidad del servicio que se otorga) y de manera externa se realizan encuestas en cualquiera de los servicios, días y turnos”.

¿Cuál es la opinión de los participantes en el proceso de Implementación del SPS y en qué basan su opinión?

A pesar de que los usuarios del SPS entrevistados reportaron a través de las diferentes respuestas que dieron, que en el proceso de implementación del SPS no ha habido cambios positivos y la mayoría de ellos lamentaron además, los largos tiempos de espera, al pedirles su opinión sobre el SPS respondieron que les gusta mucho o les parece muy bien, porque "una vez que han pagado, ya no tienen que preocuparse de pagar"; "una vez que hacen su pago saben que les atienden y les dan la medicina"; "les dan su medicamento"; "les están citando y les están checando"; "les gusta porque con lo que pagan les dan la medicina y atienden a toda la familia". Se puede constatar que de las diferentes características que se investigaron solamente consideraron a los medicamentos para cambiar su opinión y darla en sentido positivo. Esto denota además que los usuarios consideran a los servicios de salud como el espacio donde recuperarán la salud, por lo que les resulta importante disponer de los medicamentos.

La opinión de los prestadores de servicios del CSU sobre la implementación del SPS fue dividida debido a que reconocieron las mejoras que ha traído el SPS en el rubro de los medicamentos, pero lamentaron la falta de personal, la falta de capacitación del mismo, la falta de más servicios, el tiempo de espera, la falta de limpieza, lo reducido del espacio. En cambio los Prestadores de servicios del Hospital General, es positiva ya que lo evaluaron considerando los beneficios que les ha traído como incremento de personal, mejoras en las instalaciones y el surtido permanente de la farmacia. Esta opinión concuerda con lo que se observó en ambos tipos de instalaciones en donde por un lado en el CSU había carencias y el servicio era deficiente; y en cambio el HG operaba en un ambiente de limpieza.

El sentido de la opinión de los funcionarios fue diferenciada, el funcionario del CSU opinó *"pues a mí me da igual, mucho se dice en los medios de comunicación, pero aquí no ha habido ninguna mejoría, seguimos con nuestros mismos problemas de falta de personal, de mantenimiento de instalaciones. Todo sigue igual, solamente ha mejorado la farmacia, porque ya no falta el medicamento (creo que es lo único bueno). Por otro lado*

ha aumentado la demanda de servicio, pero no son derechohabientes del Seguro Popular, lo que yo digo es que es el incremento de la población en el municipio. Ya no es la misma cantidad de pobladores de hace mínimo 10 años. La cantidad de los servicios: "se mantiene, se siguen dando los mismos solamente yo creo que ha cambiado la categoría de los pacientes: de usuarios o asegurados y no asegurados". La opinión en sentido positivo se obtuvo en el Hospital General donde afirmaron que les parecía muy bien el SPS porque a los pacientes se les brindan los servicios que requieren, se les da el medicamento y ya no falta; aunque reconoció que: " *...el Seguro no es la varita mágica...*" porque a pesar de la programación anual de los recursos en la práctica no se cumplen; " *...porque con criterios de discrecionalidad, se reasignan a otras unidades médicas que según el impacto político se destinan los recursos; ya que es uno de los compromisos hechos en campaña del Gobernador del Estado "la atención de la salud".*

¿Cuál es el significado del Seguro Popular de Salud en el marco del proceso de transformación de las instituciones de salud en México, especialmente para el sistema público de salud?

En México, la Constitución de 1917 tiene un significado histórico y social relevante para el pueblo mexicano; sin embargo tal es su significado social que con todas las modificaciones que se le han hecho se le ha mantenido su fecha de emisión, en vez de convocar a emitir otra constitución como ha pasado en otros países.

La presente investigación partió de la preocupación de conocer los cambios operados en la política de salud en México a partir del inicio de la Reforma a la política de salud que comenzó en la década de los ochentas con el reconocimiento a la salud como una garantía individual en el artículo 4º. Constitucional que dice que " *toda persona tiene derecho a la protección de la salud*". Desde que inició la Reforma, en torno a ella se ha guiado la actuación de las instituciones de salud. Al estar este derecho plasmado en la Carta Magna se acepta como un derecho de todo ciudadano y una obligación del Estado de otorgarlo; sin embargo la modificación hecha en los ochentas en la cual también se le agregó al mismo artículo la oración: " *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”, obliga a considerarla y conocer cuál es el significado y trascendencia que tiene en estos días.

La Secretaría de Salud desde inicios de la administración de Vicente Fox, ha diseñado las estrategias necesarias para la incorporación del Seguro Popular dentro de las políticas de salud del país. Desde la publicación de su primer documento oficial el Programa Nacional de Salud 2001 – 2005, donde planteó como reto, la falta de financiamiento en salud del 48 % de la población y dio a conocer la creación del Seguro Popular como el mecanismo para solventar tal desigualdad.

Durante la etapa de formulación del Seguro Popular, fue el actor que generó los ambientes necesarios para su establecimiento a través de la organización de diferentes foros. En la etapa de implementación, seleccionó a los primeros Sistemas Estatales de Salud que consintieron la operación de la etapa piloto, permitiendo con ello la adecuación permanente de los procedimientos de operación del Seguro. La Secretaría de Salud redactó y estableció el marco normativo necesario para que la operación del Seguro fuera un programa vertical, quedando la responsabilidad de otorgar los servicios de salud a los Servicios Estatales de Salud. En la operación del Seguro la Secretaría de Salud solamente cumple con la función rectora a través del seguimiento y evaluación operativa del programa. En esto fortaleció su función rectora con el manejo de las transferencias y etiquetado de los recursos económicos destinados al Seguro, limitando a los gobiernos de los estados.

Los cambios realizados a la Ley General de Salud especifica que “la Protección Social en Salud o Seguro Popular es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo; sin embargo, la prestación de los servicios a través del Seguro Popular se da, considerando solamente los establecidos en el Catálogo de servicios que es un paquete registrado o servicios esenciales que solamente les permita a los usuarios tener las condiciones necesarias para sobrevivir, no para tener calidad de vida.

Dentro del marco de descentralización de los servicios a los Sistemas Estatales plasmado en la Ley General las modificaciones hechas en 2004 con la incorporación del

Título Tercero, quedó establecido que los servicios de salud otorgados por el Seguro Popular deben ser garantizados por los gobiernos de las entidades federativas. Esta adecuación hoy día obliga a los Servicios Estatales a implementar su propio Programa Estatal de Salud considerando los programas específicos de salud indicados por la Secretaría de Salud de la Federación, pero también a ejecutar el Seguro, ambos programas atendiendo tanto la legislación nacional como la normatividad estatal.

La implementación del SPS en México ha sido el instrumento mediante el cual se ha continuado con el proceso de Reforma del Estado en el Sector Salud, en especial con la privatización. En las modificaciones normativas se ha permeado la opinión del sector empresarial como las realizadas por Guillermo Soberón al frente de FUNSALUD en los inicios del sexenio foxista al sugerir el establecimiento de un seguro nacional de salud y abrir el sistema de salud a la prestación “plural” de los servicios, dando incentivos a la participación del sector privado. Por su parte la disciplina del Estado ante este grupo, se identifica en la propia normatividad del Seguro Popular y la aplicación de las estrategias presentadas como la participación de la industria farmacéutica en las farmacias que de manera obligatoria se han abierto al mercado bajo la política de “tercerización”. Esta apertura no solamente tiene una cobertura de los medicamentos que considera el Catálogo de Servicios del Seguro Popular, como es en el Estado de México sino que también considera el catálogo de medicamentos del propio Programa Estatal de Salud, el cual es además más amplio que el del Seguro. La apertura a través de licitaciones bajo sus diferentes modalidades de adjudicación, ya sean por invitación, invitación restringida o licitación abierta, ha permitido que dentro de los servicios que tiene los segundos niveles de atención (hospitales) se hayan subrogado además otros servicios como la cocina, mantenimiento, lavandería, vigilancia.

Se puede notar que la aplicación de las estrategias planteadas internacionalmente y que han sido implantadas en el país dentro de la Reforma a la políticas de salud desde la década de los ochentas se continúan aplicando y se han ido tomando otras formas de implementación, pero siempre bajo la lógica del mercado.

CAPITULO 9

CONCLUSIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones derivadas de los resultados de estudio y después se presentan las conclusiones sobre las experiencias que caracterizaron el proceso de investigación.

Con los resultados obtenidos concluimos que a nivel local la implementación del SPS en los servicios del Municipio de Valle de Chalco Solidaridad ha generado cambios diferenciados. Mientras que en el CSU no se ha adquirido más equipo ni material; no se ha incrementado la contratación de recursos humanos. En contraparte ha existido un incremento en la demandan de servicios; los tiempos de espera se han incrementado, existe falta de mantenimiento de la infraestructura; se siguen los mismos procedimientos y protocolos de atención, utilizando la misma normatividad en el Programa Estatal de Salud y el Seguro Popular de Salud.

En el caso del Hospital General se ha adquirido más equipo y material, aunque la cantidad de usuarios que demandan los servicios se ha mantenido aún con la implementación del Seguro Popular; los tiempos de espera para recibir atención son cortos; existe mantenimiento de la infraestructura; existe un mejoramiento casi total en el surtido de los medicamentos de la farmacia llegando a garantizar su surtimiento casi total; los funcionarios, prestadores de servicios y usuarios sí perciben las mejoras con la implementación del Seguro Popular.

Se ha incrementado la contratación de recursos humanos, aunque en su contratación ha sido a costa de la violación de todas sus garantías laborales dejando a tras el modelo del Contrato Colectivo de Trabajo.

Tanto en el CSU como en el HG no se lleva un seguimiento sobre los cambios en la morbimortalidad con la implementación del Seguro Popular, desconociendo los prestadores de los servicios y los funcionarios que a ocurrido; sin embargo los datos

estadísticos de fuentes oficiales no reportan cambios a favor del estado de salud de la población vallechalquense.

La opinión que tienen específicamente sobre el Seguro Popular los funcionarios, prestadores de servicios y usuarios es positiva. En el CSU la apoyan por la mejoría en la existencia y surtido de los medicamentos y en HG por la garantía que tienen en el surtimiento de los medicamentos y las mejorías que se han tenido en cuanto a la contratación del personal, mejoras a las instalaciones y adquisición de material y equipo.

Una similitud en ambos niveles de servicios es en el aspecto de financiamiento al programa, porque por los mismos servicios solamente pagan por adelantado los usuarios del SPS, no así los que no lo han contratado; y por parte del financiamiento estatal y federal porque no existe transparencia en el origen y destino de los recursos financieros, en cambio se ha incrementado la participación del sector privado en la provisión de los servicios

A nivel estatal, el Estado de México al participar dentro de la etapa piloto del SPS y cumpliendo la propia normatividad estatal que instruye el cumplimiento en todo momento de la Ley General de Salud, el Seguro Popular penetró en el marco normativo sin cumplir con los procedimientos legislativos que se debieron realizar; esto repercutió en cambios como en el Programa Estatal de Salud 2005 – 2011 que tiene planteada como estrategia, el apoyar y fortalecer las acciones necesarias para llegar a tener en el 2011 una cobertura en el Seguro Popular de Salud del 48 % de la población sin derecho-habienencia. Otra estrategia que también se ha incorporado en la normatividad estatal, es el impulso y fomento de la participación del sector privado a través del surtimiento de las farmacias de Centro de Salud y Hospitales y la subrogación de servicios integrados.

A nivel nacional se concluye que en la etapa previa a la creación del marco normativo del Seguro Popular, no existió un debate democrático, existió un debate limitado porque existió la participación de determinados actores sociales, no de los “*afectados*”.

El grupo soberonista y el nuevo equipo del Ejecutivo Federal, se adelantó a los tiempos legislativos obligatorios y desde los inicios de la administración anunció la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud dentro del Programa Nacional de Salud 2000 2006.

Con el cambio del partido en el poder en el año 2000, el nombramiento de Julio Frenk al frente de la Secretaría de Salud no generó ningún rechazo o comentario contrario por parte de los legisladores priístas. Esto permite concluir que existen similitudes entre ambos partidos políticos que se dicen ser opositores en cuanto al establecimiento de políticas neoliberales.

En las modificaciones normativas, se permearon las proposiciones de este grupo permitiendo establecer de manera muy clara sus propuestas tales como el Seguro Popular y el paso del capital privado en el Sector Salud a través de la participación de la industria farmacéutica representado específicamente por la vía de la “tercerización” y “subrogación” de los servicios integrados a los servicios de salud.

Estas propuestas son las mismas sugeridas por el Banco Mundial en su informe “invertir en Salud” cuando dice que los gobiernos de los países pobres deben proporcionar el conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales a su población, definiendo las cantidades de servicios esenciales en términos restringidos; y si van a financiar determinar cuáles forman parte de ellos y cuáles quedan fuera, considerando una mayor utilización del sector privado en la prestación clínica, utilizando la figura de la subvención.

El desarrollo durante la etapa piloto del Seguro Popular previa al proceso legislativo, fue la pieza clave que permitió su introducción en los Servicios Estatales de Salud y consecuente aplicación en los servicios locales. La firma de Acuerdos de Colaboración, obligó a los propios Servicios Estatales de Salud a generar cambios en la normatividad estatal para su implementación y al mismo tiempo se fortalecieron las acciones de rectoría de la Secretaría de Salud, evitando llevarlo a los congresos locales para su aprobación.

La vía de introducción del Seguro Popular en la Ley General de Salud obligó a todos los Servicios Estatales de Salud a implementarlo, dada la naturaleza de obligatoriedad en

el cumplimiento y la sumisión del marco normativo en salud de los gobiernos estatales al Programa Nacional de Salud y Ley General como lo fue en el Estado de México comportándose como programa vertical.

El SPS ha sido el instrumento mediante el cual se ha continuado con el proceso de Reforma del Estado en el Sector Salud en México y hoy en día se sigue utilizando como la parte operativa del programa “Seguro Médico para una nueva generación” del presidente Felipe Calderón.

En México, en los últimos sexenios la aplicación de políticas focalizadas es la característica de las políticas sociales. En el sexenio foxista, el Seguro Popular fue utilizado como un logro de la administración para atender la salud de los pobres, de hecho, forma parte del discurso que se utiliza hacia la sociedad.

Con la información hasta aquí presentada podemos afirmar que el SPS ha interferido en los proceso de fortalecimiento público porque se ha montado el programa en la misma estructura de salud del Sistema Estatal, responsabilizándole del otorgamiento de los servicios sin atender las demandas que ya viene arrastrando en personal, material, equipo y mejoras y ampliación de la infraestructura. Ha fortalecido la privatización del Sector Salud al cumplir con la subrogación de los servicios, permitiendo que se otorguen bajo la lógica del mercado. Ha contribuido a fortalecer la función rectora de la Secretaría de Salud. También ha redireccionado el financiamiento a través del subsidio a la demanda imprimiéndole otra lógica.

A nivel estatal está incorporado dentro de las políticas estatales de salud como un programa vertical porque a través de la modificación de la Ley General de Salud se está aplicando en los servicios de salud de la entidad cumpliéndose la normatividad de afiliación, financiamiento y otorgamiento en cuanto a la cantidad de los servicios según la normatividad emitida a nivel nacional y siendo supervisado y evaluado su operación por instancias nacionales como la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Y a nivel local se ha establecido como programa de salud paralelo al otorgado por el Sistema Estatal de Salud utilizando los mismos recursos; está considerado el elemento

para financiar y mejorar las condiciones de los servicios bajo la política de financiar a la demanda; no ha mejorado las condiciones de atención de la población porque los servicios se otorgan con los mismos procedimientos establecidos y no se han atendidos los rezagos que presenta el CSU estudiado.

Por lo tanto el Seguro Popular de Salud ha cambiado la función de la Secretaría de Salud y es parte fundamental de la continuación de la reforma del sector salud.

Las conclusiones a las que se llega sobre el proceso de la investigación son:

Se realizó una investigación con el objetivo de describir los cambios operados en la política de salud de México en el periodo 2000-2006 en relación a la creación del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud, describiendo y analizando su impacto en el Estado de México, particularmente en relación a la prestación de servicios ubicados en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México.

El diseño de la investigación contribuye al conocimiento de los procesos de la transformación que el Estado está teniendo dentro del marco de las reformas. En el tema planteado, se tuvo un acercamiento al área de políticas de la salud, correlacionando las actuales corrientes internacionales en torno a la función del Estado, los debates y el proceso legislativo realizado en México, alrededor del surgimiento de un programa propuesto por la Secretaría de Salud, las decisiones de Estado para su implementación y ejecución, su introducción a los Sistemas Estatales de Salud, su aplicación en los servicios de salud locales y la opinión que tuvieron los participantes; identificando los cambios en las funciones de la Secretaría de Salud en su acción pública frente a las instituciones de salud y la población.

El punto de partida fue el conocer la relación entre la elaboración de las políticas nacionales, su incorporación en las políticas estatales y su operación en los servicios de salud locales en el caso del Estado de México.

Por otro lado se analizaron las etapas que tuvo el SPS desde su formulación a nivel nacional hasta la implementación en los servicios estatales y locales en un Centro de Salud Urbano y un Hospital General llegando a contar con la opinión de los participantes. En

estos espacios ya se venía aplicando el programa del gobierno estatal denominado Programa Estatal de Salud y el nuevo programa el Seguro Popular de Salud. A ambos programas se analizaron sus características de operación al interior de la institución

Esta investigación se llevó a cabo a través de la utilización de la complementación de diversos métodos que se explica en el capítulo de resultados y donde se realiza su análisis; en ellos se articula la información obtenida de fuentes indirectas, la obtenida de las entrevistas y la obtenida por la observación de la investigadora durante la prestación de los servicios de salud.

El recorte que se dio a la investigación para hacerla factible, permite decir, que puede apoyar el desarrollo de futuras investigaciones que podrían considerar otros elementos que se están integrando en la actualidad en las políticas de salud estatal y municipal, contrastar con trabajos realizados en otros Sistemas Estatales de Salud, profundizar aspectos no suficientemente desarrollados en la presente investigación u otras aportaciones relativas a aspectos teórico o metodológicos.

La planeación de la investigación permitió establecer los procedimientos de recolección de la información y su análisis posterior. Se diseñó un esquema teórico metodológico para realizar el acercamiento al problema de estudio y se definió la estrategia de abordaje. En el desarrollo y elaboración del Marco Teórico se consideraron los conceptos sobre el Estado, el modelo de Estado Benefactor y Neoliberal, las políticas sociales y de salud en ambos modelos, la reforma al Estado y sus estrategias dados por autores que con sus aportaciones presentaron elementos que permitieron tener una visión más amplia, sirviendo estas perspectivas de sustento, además de enfrentar el problema y analizar los resultados obtenidos.

Para la obtención de la información que sirvió para conocer la normatividad del SPS y el desarrollo del proceso legislativo, se recurrió a las fuentes secundarias como documentos legislativos y normativos, bases de datos en salud y notas periodísticas; se sistematizó y organizó. Esta información se consideró para diseñar guía de entrevistas en las cuales se obtuvo la opinión de los actores durante el proceso de ejecución del SPS en los servicios de salud sobre el desarrollo del mismo.

Las entrevistas fueron a los diferentes actores como funcionarios, prestadores (médicos y enfermeras) y usuarios de servicios (que contrataron los servicios del SPS y que no lo contrataron). La última forma de obtención de información fue la observación sobre el proceso de atención en los servicios de salud (Centro de Salud Urbano y Hospital General) al momento de otorgarlos.

El proceso de investigación atravesó dificultades, en la parte inicial, al tratar de hacer la vinculación entre los diferentes niveles de análisis, esto es, identificar y caracterizar al SPS como parte de las políticas nacionales de salud y poder vincularlo con el nivel estatal en su proceso normativo y a su vez cómo identificar los elementos que nos llevaran a conocer sobre la implementación en los servicios locales de salud. Se resolvió al poner mayor dedicación a cada uno de los documentos en estudio y en la lectura de su discurso. Esto llevó a realizar un “ir y venir” entre los diferentes niveles de análisis y haciendo diferentes aproximaciones hasta llegar a tener los elementos teóricos y metodológicos que permitieran dar el cumplimiento de los objetivos específicos.

Por otro lado, se tuvieron dificultades en la parte de obtención de información en campo, específicamente al realizar las entrevistas, porque a pesar que se cumplió con el requisito legal que marca la normatividad en investigación, sobre obtener por escrito el consentimiento informado donde se puntualiza la secrecía de la información y los informantes, los funcionarios y prestadores de servicios presentaron resistencia al proporcionar la información, temiendo que al dar su opinión, en muchos casos contraria a los resultados oficiales, ellos fueran identificados y pudieran perder su empleo. Fue a través de un mayor tiempo para profundizar en el manejo del contenido, que se logró una relación de confianza con los entrevistados, sobretodo los funcionarios y prestadores de servicios sobre la secrecía de su identidad y el manejo de la información. Fue necesario en algunos casos hacer hasta una tercera visita para lograr su participación.

En cuanto al periodo de estudio, fue posible abarcar un periodo un poco más largo del que se tenía programado y sirvió para conocer mejor el avance en los procesos operativos que se realizan en los servicios locales de salud.

La etapa práctica de la investigación, se realizó en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México. La selección del municipio obedeció al interés que el Gobierno Federal ha mostrado al aplicar diferentes programas verticales desde antes de su creación, el 30 de noviembre de 1994 y que sin duda ha generado expectativas políticas por parte de los tres partidos políticos que han tenido ingerencia a la largo de su corta historia.

Se seleccionó un Centro de Salud Urbano porque según la normatividad operativa del Seguro Popular este servicio es el primer contacto que tienen los usuarios del programa para recibir la atención. Así mismo se consideró el Hospital General que está ubicado en el mismo municipio, porque es el lugar donde los usuarios hacen el contrato para ser usuarios del SPS y además son referidos por el CSU en caso de necesitar atención de especialistas.

Como en estos servicios se están ejecutando al mismo tiempo tanto el Seguro Popular de Salud como el Programa Estatal de Salud, se hizo una selección en cantidades iguales de actores, esto permitió identificar las igualdades y diferencias durante los procesos de atención reportadas en el capítulo de resultados.

El formato de presentación de los resultados permitió otorgar una visión de cómo se tomaron las decisiones y se transformaron en acciones las políticas elaboradas en el ámbito nacional; cómo se introdujeron y permearon en el ámbito estatal y cómo se desarrollaron en los servicios de atención a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRANTES Pêgo, Raquel. (1997). La reforma de los servicios de salud en México y la dinamización y politización de los intereses: una aproximación. *História, Ciências, Saúde* Vol. IV (2).
- ABRANTES Pêgo, Raquel y Almeida, Célia. (2002). *Ámbito y papel de los especialistas en las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México*. Working paper num. 299 septiembre 2002.
- ABRANTES, R. y Almeida, C. (2004). *Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: casos de Brasil y México*. En Alba Vega, C. y Bizberg. *Democracia y globalización en México y Brasil*. México. El Colegio de México.
- ÁLVAREZ Amézquita, J. (1960). *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia. México.
- ALMEIDA, Celia. (2002). *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. *Cad. Saúde Pública*, jul./ago. (2002), vol.18, no. 4, p.905-925. ISSN 0102-311X.
- ÁLVAREZ Alva, Rafael. (1991). "Salud Pública y Medicina preventiva". Ed. *Manual Moderno*. México, D.F.
- ANDRADE Sánchez, Eduardo. (1987). *Teoría General del Estado*. Ed. Colección Textos Jurídicos Universitarios México, D.F.
- ARZOZ, Jacqueline y Knaul, Felicia Marie. (2003). "Inequidad en el gasto del gobierno en salud". *Caleidoscopio de la salud*. FUNSALUD. México.
- BM. (1993). Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial (1993)*. *Invertir en salud*. Indicadores del Desarrollo Mundial, Washington.
- BRACHET-MÁRQUEZ, Viviane. (1996). *El pacto de dominación, Estado, clase y reforma social en México (1910-1995)*. Ed. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos. México, D.F.
- BRACHET-MÁRQUEZ V. (2000). *Reforma de la salud en América Latina: aclarando el vínculo entre actores y estado*. En: Solimano G, Isaacs E. *De la reforma para unos a la reforma para todos*. Editorial Sudamericana Chilena. Chile, Santiago.
- BRACHET-MARQUEZ, Viviane. (2004). *El Estado Benefactor mexicano, nacimiento, auge y declive (1822-200)*. En Adato, Michelle. *La Pobreza en México y el mundo: Realidades y desafíos*. Siglo XXI. México, D.F.
- BRACHET-MARQUEZ, Viviane. (2007). *Salud Pública z regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil, Chile y México, 1980-2000*. Coordinadora. El Co9legio de México. México, D.F.

- CÁMARA DE DIPUTADOS. (2002). Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación comparativo de los años (2001) y (2002).
- GATTINARA, B. C.; Ibacache, J.; Puente, C. T ; Giaconi, J. y Caprara, A. Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (3): 425-438, Jul/Sep, 1995. ISSN 0102-311X
- CEPAL. (1998). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 1998b. Panorama Social de América Latina 1997 (Santiago).
- CHACÓN Fregoso, Gina Iliana. (2007). "Explorando la desigualdad: el acceso a los servicios de salud en México". Tesis para obtener el grado de maestría. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. México, D.F.
- CONAPO, (2005). Consejo Nacional de Poblacion.
- CONSTITUCIÓN Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1983).
- COPLAMAR. (1993). "Necesidades esenciales de México: situación actual y perspectivas en el año (2000). Siglo XXI, México.
- CNPSS. (2005). Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Normatividad.
- DE SOUSA Santos, Boaventura. (1998). "Reinventar la democracia, reinventar el Estado". España: Sequitir.
- DONNANGELO, María Cecilia F y Pereira, Luis. (1976). La medicina en la sociedad de clases. En salud y sociedad. Librería dos ciudades. Brasil, Sao Pablo.
- DYE, Thomas. (1995). *Understanding Public Policy*. Ed. Prentice Hall. New Jersey, E.E.U.U.
- ENGELS, Federico.(2005) "El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado". Ed. Editores mexicanos unidos, S.A. México.
- ETVITI, Joaquina E. y Leyva, René F.(1995). Los actores políticos y sociales en la formulación de la reforma sanitaria, en España. *Cad. Saúde Pública*, ene./mar. 1995, vol.11, no.1, p.34- 44. ISSN 0102-311X.
- FAJARDO Ortiz, Guillermo. (2004). La descentralización de los servicios de salud en México (1981-2000). *Elementos* No. 53, Vol. 11, Marzo - Mayo.
- FAJARDO Ortíz, Guillemor; Carrillo, Ana maría y Neri Vela, Rolando. (2002). *Perspectiva Histórica de atención a la salud en México de (1902) –(2002)*. Ed. OPS. IBN 970-32-0409-0:
- FINDLING Liliana, Arrunada María, y Klimovsky Ezequiel. (2002). *Deregulation and equity: the Obras Sociales reconversión process in Argentina*. *Cad. Saúde Pública*, July/Aug. 2002, vol. 18, no.4, p.1077-1086. ISSN 0102-311X.
- FLEURY, Sonia. (1999). "Reforma del Estado en América Latina" ¿Hacia dónde? Artículo. *Revista Nueva Sociedad* 160 | Marzo / Abril 1999
<http://www.nuso.org/upload/articulos/27531.pdf>
- FLEURY, Sonia. (2004). *Ciudadanías, exclusión y democracia*. *Nueva Sociedad* 193, septiembre-octubre (2004), pp. 62-75. Fundación Friedrich Ebert Stiftung. Venezuela, Caracas.
- FLEURY, Sonia. (2005). *Modelos de reforma de la salud en América Latina*. En *Salud Colectiva*. Hugo Spinelli. Compilador. Ed Lugar. Argentina.

- FRANCO, Saul y Nunes Everardo. (1991). Debates en medicina social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 92. Ed. Organización Panamericana de la salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social.
- FREIRE, José Manuel. (2008). El Servicio Nacional de Salud Británico (NHS-National Health Service): ¿Qué podemos (debemos) aprender de él?. II Seminario Internacional de regulacao da saúde supementar. 10 anos da Lei. Brasil.
- FRENK, J. y Londoño, J. L., (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Salud y Gerencia.
- FRENK Mora, Julio. (2001). Gaceta Médica Mexicana. Vol. 137 No. 5.
- FRENK Mora, Julio y Gómez-Dantes, Octavio. (2001). La democratización de la salud. Una visión para el futuro del Sistema de Salud en México. Gac Méd Méx, mayo/jun. (2001), vol.137, no.3. ISSN 0016-3813.
- FRENK Mora, Julio. (2005). Comparecencia del C. Doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, para el Análisis del V Informe de Gobierno. 8 de noviembre de 2005. D.F. México.
- FRENK Mora, Julio. (2005a). Seguro Popular de Salud, Siete Perspectivas. INSP. México.
- FRENK Mora, Julio. (2006). OCT. 6. Agencia NOTIMEX.
- FRENK Julio. (1997). Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- FUNDAR. (2002). La salud de los mexicanos más pobres: una prioridad no atendida. Sesiones Informatias H. Cámara de Diputados. México. Distrito Federal.
- FUNSALUD. (1997a). Economía y Salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. FUNSALUD. 1ª. reimpresión. México.
- FUNSALUD. (1997b). Observatorio de la Salud. "El Pluralismo Estructurado" México. 1997, Capítulo 14 págs. 324, 325, 327
- FUNSALUD. (2001). La reforma de salud en México. Economía y salud. Documentos para el análisis y la convergencia No. 18. México.
- FUNSALUD. (2003a.) La salud en México: 2006/2012 VISIÓN DE FUNSALUD. México", FUNSALUD. (S/F). La salud de México: 2006/2012. Visión de Funsalud 1ª. reimpresión. México. Primera edición ISBN 968-5661-46-4.
- FUNSALUD, (2003b). Fundación Mexicana para la salud. "Caleidoscopio de la salud". México.
- GERSCHMAN, Silvia. (1999). Public sector and social and health policy reforms: An inventory on the eve of the new millennium. Cad. Saúde Pública, Apr./June 1999, vol.15, no. 2, p.293-302. ISSN 0102-311X.
- G.E.M. (2000). Gobierno del Estado de México. Decreto número 156. Gaceta de Gobierno. Toluca.
- G.E.M. (2001). Gobierno del Estado de México. Código Administrativo del Estado de México. Gaceta de Gobierno. Toluca.
- GEM. (2001a). Gobierno del Estado de México. Reglamento de Salud del Estado de México. Gaceta de Gobierno. Toluca.

- G.E.M. (2002). Gobierno del Estado de México. Código Administrativo del Estado de México. Artículo 2.8. Gaceta de Gobierno
- GEM. (2005). Gobierno del Estado de México. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- G.E.M. (2004). Gobierno del Estado de México. Informe de gobierno
- G.E.M. (2007). Gobierno del Estado de México. Informe de gobierno.
- G.E.M. (2008). Gobierno del Estado de México. Informe de gobierno.
- GONZÁLEZ García, Ginés. (2001). Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Reista Panamericana de Salud Pública* 9(6). <http://journal.paho.org/>
- GONZÁLEZ Rossetti, A. y Mogollón, O. La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad. *Gac Sanit*, ene.-feb. (2002), vol.16, no.1, p.39-47. ISSN 0213-9111.
- GOODE J. William. "Métodos de investigación social" Ed. editorial: Trillas, México (2002).
- GORDON R, Sara. (2003). Ciudadanía y derechos ¿Criterios distributivos? División de Desarrollo Social SERIE políticas sociales 70. Julio de (2003). Santiago de Chile
- GRAMSCI, A. El Estado y el socialismo. (1919). Primera Edición: Aparecido en *L'Ordine Nuovo*, 28 de junio a 5 de julio de (1919). Digitalización: Aritz. Marxists Internet Archive, año (2001). <http://www.marxists.org/espanol/gramsci/estsoc.htm>
- GRANADOS Cosme, José Arturo, Ortiz Hernández Luis. (2003). Descentralización sanitaria en México: transformaciones en una estructura de poder. *Revista Mexicana de Sociología*, año 65, núm., 3, julio-septiembre, (2003). México, D.F.
- GRANADOS, J.A. y C. Tetelboin (2006), "Salud y Seguridad Social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios", En: ¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. OPS-UAM-UNAM-FES Zaragoza-IPN. México.
- GRANADOS Cosme José Arturo, Tetelboin Henrion Carolina y Torres Brambila Alberto. (2006). Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios. <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a08.pdf>
- GUEVARA Vázquez José Alberto. (2007). Entrevista.
- HERNANDEZ Álvarez, Mario. (2003). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev Cubana Salud Pública*, jul.-sep. (2003), vol.29, no.3, p.228-235. ISSN 0864-3466.
- HERNÁNDEZ de Canales, Francisca y Colaboradoras. (1996). "Metodología de la Investigación". 1ª. Reim, México 1986. Ed. LIMUSA.
- HERNANDEZ Gómez, Lidia. 2002 Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana. *Rev Cubana Salud Pública*, sep.-dic. (2002), vol.28, no.3, p.0-0. ISSN 0864-3466.

- HERNANDEZ Llamas, Héctor. (1982). Historia de la participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México. 1935-1980. en F. Ortíz Quezada (Editor), Vida y muerte del mexicano, t 2, Folios Ediciones, México.
- HERNANDEZ Sampieri Roberto. (1998). "Metodología de la investigación" Ed.2° editorial: McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V, México (1998).
- HERNÁNDEZ Mendoza María del Carmen. (2007). Entrevista.
- HOMEDES, Nuria y Ugalde Antonio. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev. Panam Salud Pública vol. 17 no. 3 Washington.
- HOMEDES, Nuria and UGALDE, Antonio. Respuesta. (2005). Rev Panam Salud Publica, July 2005, vol.18, no.1, p.73-74. ISSN 1020-4989.
- INAP. 1987. Revista de Administración Pública. 1987. No. 69 – 70 Enero-Junio. INAP.
- INEGI. 1985. Instituto Nacional de Geografía e Informática. "Estadísticas históricas de México". Tomo I. México, D.F.
- INEGI. (1998). Instituto Nacional de Geografía e Informática. "Encuesta Nacional de ingresos y gastos de los hogares 1966". México, D.F.
- INEGI. (2000). Instituto Nacional de Geografía e Informática XII Censo General de Población y vivienda. México, D.F.
- INFANTE, Alberto, De la Mata, Isabel, López-Acuña, Daniel. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situaciones y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública 8 (1/2):13-20. México. 2000.
- IRIART, Celia, Merhy, Emerson Elias y Waitzkin, Howard. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cad. Saúde Pública, ene./mar. 2000, vol.16, no.1, p.95-105. ISSN 0102-311X.
- ISEM. (2005). Base de Datos INEGI/SSA, denominador de CONAPO. Estimaciones de población 2000-2030.
- ISEM, (2005)a. Instituto de Salud del Estado de México. Manual De organización para Coordinaciones Municipales.
- ISEM. (2005)b. Instituto de Salud del Estado de México. Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.
- ISEM. (2007). Instituto de Salud den Estado de México. ACUERDO ISE/147/007 H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México,
- ISEM. (2005a). Instituto de Salud den Estado de México. Manual de organización para Coordinaciones Municipales.
- ISEM. (2005b). Instituto de Salud den Estado de México. Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.
- ISEM. (2006.) Instituto de Salud den Estado de México. Manual de organización tipo de Jurisdicción Sanitaria.
- ISEM. (2007). Instituto de Salud den Estado de México. Unidad de Información, planeación, programación y evaluación. Departamento de Estadística.
- ISEM. (2008).Instituto de Salud den Estado de México. Manual de organización tipo de Centro de Salud.

- JARAMILLO, I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gac. Sanit.*, feb. 2002, vol.16, no.1, p.48-53. ISSN 0213-9111.
- JUAREZ Jiménez, Julio. El sistema de salud en Cuba: Desafíos hacia el año 2000. *Rev Cubana Salud Pública*, ene.-dic. 1997, vol.23, no.1-2, p.5-16. ISSN 0864-3466. Documento presentado la mesa redonda "El derecho a la salud. Estrategias y acciones. Los actores sociales ante los nuevos escenarios", dentro del VII Congreso Latinoamericano de Medicina
- KNAUL F, Mendez O. Murray CJL, Arreola H, Ortíz JP, Torres AC Frenk J (2001) *Impact of extending universal pre-paid coverage on the fairness of financial finance and catastrophic health expenditures in México*. Mimeo.
- LABRA, María Elina y Giovanela, Ligia. (2007). Estudio de caso: Brasil, construcción del Sistema Único de Salud y participación de la sociedad civil. Red de investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Brasil, Rio de Janeiro.
- LAROUSSE. (2007). Gran diccionario usual de la lengua española. De: PILAR RAMIREZ. ISBN. 8480163801.
- LAURELL, Asa Cristina. 1988. "La globalización de las políticas de salud".
- LAURELL, C. (1991). Trabajo y salud: estado de conocimiento. Debates en Medicina Social, ALAMES/OPS, Quito.
- LAURELL, Asa Cristina. (1992). Avanzar al pasado: La política social del neoliberalismo. En Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. Fundación Friedrich Ebert. México.
- LAURELL, Asa Cristina. (1993). La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. *Saúde e Sociedade*. Vol. 2 no. 2 Sao Paulo.
- LAURELL, A.C. (1996). La reforma contra la salud y la seguridad social. Fundación Friedrich Ebert-ERA. México.
- LAURELL, Asa Cristina. (2007). Entrevista realizada en el mes de julio de 2007. Ex secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal e Integrante del Consejo Nacional de Salud.
- LAVIELLE, Briseida. (2001). Pesos y contrapesos. FUNDAR. Año 1, Núm. 2. México, D.F.
- LAVIELLE, Briseida, Lara Gabriel, Díaz Daniela. (2001). Curitas para la salud: el mapa de la inequidad. FUNDAR: México, D.F.
- LAVIELLE, Briseida; Moreno, Rocío; Garza, Manuela y Díaz Daniela. (2002). Gasto en Salud. Fundar. México, D.F.
- LEAL, F. Gustavo. (2002). Salud y seguridad social en el foxismo ¿Otra oportunidad perdida?
- LEAL, F. Gustavo. (2004). Discutiendo las instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Serie Académicos CBS. Núm. 50. Universidad Autónoma Metropolitana. México, D.F.
- LENIN, V.I. 1917. El estado y la revolución. Capítulo I – La sociedad de clases y el Estado. 1. El Estado producto del carácter irreconciliable de las contradicciones de clase. <http://www.marxists.org/espanol/lenin/obras/escritos.htm>. Citado el 25 de abril de 2008.

- LENIN, V.I. Sobre el estado. Conferencia pronunciada en la Universidad Sverdlov el 11 de julio de 1919 Primera publicación: El 18 de enero de 1929, en Pravda, núm 15. Fuente: Biblioteca de Textos Marxistas. Marxists Internet Archive, 1 enero (2001).
- LINARES Pérez, Nivaldo. (2006). "Efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995 – 2002". Tesis para obtener el grado de doctora. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México, D.F.
- LÓPEZ Arellano, Oliva. (1992). La política de salud en México; ¿Un ejemplo de liberalismo social? En Laurell, Asa Cristina. Compiladora. (1992). Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. Fundación Friedrich Ebert. México.
- LÓPEZ Arellano, Oliva y Blanco Gil, José. (1993). La modernización neoliberal en salud. México en los ochentas. UAM Xochimilco. México, D.F.
- LÓPEZ, Oliva. (1994). La selectividad en la política de salud. En Laurell, C (coord.) Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México. Fundación Ebert/UAM-X. México, D.F.
- LÓPEZ, Oliva y Blanco, José (1997) "Los retos en salud para el fin de siglo" en Gutiérrez Estela (coord.) El Debate Nacional: Libro 5. La política social Editorial Diana. México, D.F.
- LÓPEZ Arellano, Oliva y Blanco Gil, José. (2001). La polarización de la política de salud en México. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 17(1):43-54, jan-fev. Brasil.
- LÓPEZ, Oliva y Blanco, José. (2005). Salud y nuevas políticas sociales en México. En Peña, F. y Ramos R. M. (coord.) Cambio social: Salud, Antropología e Historia. México, ENAH.
- LÓPEZ, Oliva y Blanco, José. (2006). Salud y "nuevas" políticas sociales en México. En Peña F. Alonzo L.A. (coord.) Cambio social, Antropología y Salud. CONACULTA/INAH, México.
- LÓPEZ Arellano, Oliva y Blanco Gil, José. (2007). Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal. En Temas y desafíos en Salud Colectiva Edgar C. Jarillo Soto y Enrique Guinsberg Editores. Editorial Lugar. Argentina.
- LÓPEZ-CASASNOVAS G., Rico, A.. 2003 La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?. Informe. Departament d'Economia i Empresa y Centre de Recerca en Econ i Salut (CRES). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. Observatorio Europeo de Sistema Sanitarios. Centro de Madrid. c/o Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España
- LÓPEZ Pardo, Cándido M. La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública, ene.-dic. 1997, vol.23, no.1-2, p.17-31. ISSN 0864-3466.
- MARSHALL, Thomas Humphrey. 1949. Ciudadanía y clase social. Conferencias Cambridge.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005). Políticas del Sector Salud Mexicano (1980 – 2004): Ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. Salud Colectiva. Mayo-agosto, año/1, número 002. Argentina.
- MERINO, Gustavo. (2003). Caleidoscopio de la salud, Cap. "Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo". FUNSALUD. México.

- MESA-LAGO, Carmelo. (2000). Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI. Publicación de las Naciones Unidas. LC/L.1249-P. ISBN: 92-1-321557-6. CEPAL: SERIE Políticas sociales. Naciones Unidas, enero de (2000). Santiago de Chile.
- MESA-LAGO, Carmelo. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL. Documentos de proyectos.
- MINGARRO y San Martín, José. (1946). La Seguridad Social en el Plan Beveridge. Editorial Polis. México.
- MITJAVILA, Myriam, Fernández, José y Moreira, Constanza. Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State?. Cad. Saúde Pública, jul./ago. (2002), vol.18, no. 4, p.1103-1120. ISSN 0102-311X.
- MOTA Diaz, Laura. (2002). La política social Del “gobierno Del cambio”. En Revista Reflexión política. Mes diciembre. Año (2002). Num. 8 Universidad Autónoma de Bucaramanga. Colombia.
- NIGENDA, Gustavo. (2005). El Seguro Popular de Salud en México. Desarrollo y retos para el futuro. Banco Interamericano de Desarrollo.
- NOYOLA Rocha, Jaime. (1999). “Valle de Chalco Solidaridad. Monografía municipal” Editorial: Instituto Mexiquense de Cultura, Asociación Mexiquense de Cronistas Municipales, A.C. Toluca, Estado de México. Colección: Programa de Identidad Estatal.
- OCÉANO. (2006). Nuevo diccionario Oceáno Uno: Diccionario enciclopédico color. De Carlos Gispert 1ª. Ed. ISBN 8449430631, España.
- OMS. (1986). Organización Mundial de la Salud Carta de Ottawa. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre.
- OMS (2005). Organización Mundial de la Salud. Resolución EB115.R13 “Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad”. Asamblea Mundial de Salud 58ª. OMS, Duodécima sesión, 24 de enero de (2005).
- ORTIZ, Mauricio. (2006). El Seguro Popular: una crónica de la democracia mexicana. Biblioteca de la salud. Secretaría de Salud. ISBN 9681682858.
- OSZLAK, Oscar. (1980). Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. Cedes Buenos Aires.
- OSZLAK, Oscar et al. (1990). Descentralización de los sistemas de salud. El Estado y la salud. En: *Los sistemas locales de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OSZLAK, Oscar.(1999). De menor a mejor. El desafío de la *segunda* reforma del Estado. Artículo. Revista Nueva Sociedad 160 | Marzo / Abril (1999). http://www.nuso.org/upload/articulos/2754_1.pdf
- PARDINAS, José. (1984). Metodología y Técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Ed. 21ª; México, Ed. Siglo XXI.

- PELCASTRE Villafuerte, Blanca. 2000. Verónica De León Reyes, Verónica. (2000). ¿Hacia dónde va América Latina?, reflexión en el Congreso Latinoamericano de Sociología Salud Pública Méx 2000; Vol. 42(1):78-80
- PIMENTEL, Edmundo. El desarrollo sostenible de los sistemas de salud: un paradigma emergente y saludable. *Ciênc. Saúde coletiva*, (2003), vol.8, no.1, p.243- 249.ISSN 1413-8123.
- POLIT, Denise F. y Hunger, Bernadette. (1997). "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Ed. 5ª. México, Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- PORRÚA Pérez, Francisco. (1997). Teoría del Estado. Ed. Porrúa. México, D.F. Año.
- PORTILLO Ponce, Francisco Javier (2007). Primer responsable del SPS en el Estado de México. Entrevista realizada para la presente investigación.
- PULIDO Vázquez, Irma.(2007). Médica afiliadora en la etapa piloto. Entrevista realizada para la presente investigación.
- RIVAS Loria, Priscila. S/F "La descentralización de la provisión de los servicios de salud". OPS/OMS. www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-x-taller03-rivas.pdf
- RAMÍREZ Slaibe, Pedro. (S/F). "La protección social antecedentes históricos de la Seguridad Social". Compilación de conceptualizaciones y criterios para el diplomado Superior de Actualización en Seguridad Social. Universidad Católica Santo Domingo. www.ucsd.edu.do/v3/pmsgsalud/MED-910/DOCUMENTOS%20LECTURA/HISTORIA%20DE%20LA%20SEGURIDAD%20SOCIAL%20CONCEPTOS.doc.
- ROBLES Berlanga, Rosario. (2003). Documento que envió a la cámara como dirigente nacional del Partido de la Revolución Democrática (PRD) 6 de mayo de 2003.
- RODRÍGUEZ de Roma, Ana Cecilia, Rodríguez Perez, Martha Eugenia. (1998). Historia de la Salud Pública en México: siglos XIX y XX. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos.*, v. 5, n. 2, Rio de Janeiro.
- RODRÍGUEZ V. (1997). La política de centralización frente a las políticas de descentralización, 1970–1995. En Vellinga M. (Coordinador). El cambio del papel del Estado en América Latina. Fondode Cultura Económica. México. D. F.
- ROJAS, Soriano Raúl. (2001). "Guía para realizar investigaciones sociales" Ed. 26° editorial: Plaza y Valdés editores, México.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. El Contrato Social. Ed. Biblioteca Edaf. 15ªedit. España (2001).
- SACRISTÁN, Manuel. Antonio Gramsci. (2004). Antología, Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires.
- SALINAS Figueredo, Darío. (1992). El Estado latinoamericano. Notas para el análisis de su transformación reciente. En Laurell, Asa Cristina. Compiladora. (1992). Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. Fundación Friedrich Ebert. México.
- SALINAS Figueredo, Darío. (2000). Lo social desde la política, en revista Papeles de Población, abril-junio, numero 24, UAEM, Toluca.
- SALINAS Figueredo, Darío y Tetelboin Henrion, Carolina. (2005). Las condiciones de la política social en América Latina, en Revista Papeles de Población, Nueva Época, Año 11, N°44, abril-junio, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la

- Población, UAEM, Toluca.
- SALINAS, Darío y Carolina Tetelboin, *Las Restricciones de la Democracia en Chile*”, en Silvia Gómez Tagle Coordinadora. *25 años de Democratización en América Latina*, El Colegio de México. México.
- SENADO DE LA REPÚBLICA, 18 enero (2003).
- SHCP. 2001. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación. Artículo 64. México.
- SOBERÓN Acevedo, Guillermo. Martínez Narváez, Gregorio. (1996). *La Descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta*. Extracto de la Conferencia Magistral presentada con motivo del X Aniversario de la Descentralización de los Servicios de Salud en el Municipio de Acapulco, Guerrero, México, 14 de julio de 1995. *Salud Pública Méx* (1996); Vol. 38(5):371-378. México.
- SOBERÓN Acevedo, Guillermo. 2001. *La participación del Sector privado*. *Gac Méd Méx*, sep./oct. vol.137, no.5. ISSN 0016-3813.
- SSA. (1984). Secretaría de Salud. Decreto de Descentralización. 07 marzo (1984). Artículo 1°.
- SSA. (1986). Secretaría de Salud. Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud. D.O.F. 25 marzo. México.
- SSA. (1996). Secretaría de Salud. Acuerdo Nacional para la descentralización de los servicios de salud. SSA.
- SSA. (1999). Secretaría de Salud. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura. *Diario Oficial de la Federación*. 23 de abril de (1999). México.
- SSA. (1999^a). Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales. D.O.F. 01/04/1999.
- SSA.(2001). Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México.
- SSA. (2002). Secretaría de Salud. SVIII Reunión Ordinaria, IV Época, 17 y 18 de diciembre de (2002), Chiapas.
- SSA. (2002). Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, Ed. *Diario Oficial de la Federación*. México, D.F.
- SSA.(2005) Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, Ed. *Diario Oficial de la Federación*. México, D.F.
- SSA. (2003). Secretaría de Salud. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del programa Salud para Todos (Seguro Populas de Salud). *Diario Oficial de la Federación*. 04 julio de (2003).
- SSA. 2003a. Secretaría de Salud. IX Reunión Ordinaria, IV Época, 27 y 28 de febrero de (2003), Nuevo León.
- SSA. 2003b. Secretaría de Salud. X Reunión Ordinaria, IV Época, 29 y 30 de mayo de (2003), Zacatecas.
- SSA. (2003)c. Secretaría de Salud. XI Reunión Ordinaria, IV Época, 21 y 22 de agosto de (2003), Veracruz.

- SSA. (2003)d. Secretaría de Salud. XII Reunión Ordinaria, IV Época, 4 y 5 de marzo de (2004), Tabasco.
- SSA. (2003)f. Secretaría de Salud. Salud: México (2002). Información para la rendición de cuentas. México.
- SSA. (2004). Secretaría de Salud. Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México. 1ª. Ed. México.
- SSA. (2004)a. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 02 de junio. México.
- SSA, (2004 a¹). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis. 1. México.
- SSA, (2004 a²). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 2. México.
- SSA, 2004 a³). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 3. México.
- SSA, 2004 a⁴). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 4. México.
- SSA, 2004 a⁵). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 5. México.
- SSA. (2004 a⁶). Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Artículo 77 bis 6. México.
- SSA, (2004 a⁷). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 7. México.
- SSA, (2004 a⁸). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 8vo. Trans. México.
- SSA, (2004 a¹⁰). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 8. México.
- SSA, (2004 a¹¹). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 11. México.
- SSA, (2004 a³). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 39.
- SSA, (2004 a¹³). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 38.
- SSA, (2004 a¹⁴). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 36.
- SSA, (2004 a¹⁵). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 37.
- SSA, (2004 a¹⁶). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 25.
- SSA, (2004 a¹⁷). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 27.
- SSA, (2004 a¹⁸). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 12.
- SSA, (2004 a¹⁹). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 13.
- SSA, (2004 a²⁰). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 20.
- SSA, (2004 a²¹). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 18.
- SSA, (2004 a²²). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 29.
- SSA, (2004 a²³). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 15.
- SSA, (2004 a²⁴). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 18.
- SSA, (2004 a²⁵). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 16.
- SSA, (2004 a²⁶). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 13.
- SSA, (2004 a²⁷). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 16.
- SSA, (2004 a²⁸). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículos 77 bis 21 Y 22.

- SSA, (2004 a²⁹). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 21.
- SSA, (2004 a³⁰). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículos 77 bis 1 Y 9.
- SSA, (2004 a³¹). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 2.
- SSA, (2004 a³²). Secretaría de Salud. Ley General de Salud, artículo 77 bis 10.
- SSA. (2004 b²). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 2. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b³). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 3. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁷). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 7. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA.(2004 b⁸). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 8. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁹). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 9. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b¹³). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 13. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b³⁰). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 30. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b³¹). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 31. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b³²). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 32. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b³⁴). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 34. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b³⁷). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 37. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b³⁸). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 38. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.

- SSA. (2004 b⁴⁰). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 40. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁴¹). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 41. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁴²). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 42. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁷¹). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 71. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁷³). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 73. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁷⁶). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 76. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁷⁸). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 78. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁸⁴). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 84. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁸⁷). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 87. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁸¹). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 81. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁹⁰). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 90. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁹¹). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 91. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁹³). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 93. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁹⁴). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 94. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.

- SSA. (2004 b⁹⁵). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 95. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁹⁸). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 98. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b⁹⁹). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 99. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b¹⁰⁰). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 100. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b¹⁰³). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 103. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b¹⁰⁶). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 106. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b¹²⁷). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 127. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b¹²⁸). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 128. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b¹²⁹). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 129. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b¹³³). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 133. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b¹³⁷). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 137. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004 b^{8ot}). Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. SSA. Artículo 8º. Transitorio. Diario Oficial de la Federación. 05 de abril.
- SSA. (2004)c. Secretaría de Salud. Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México. 1ª. Ed. México.
- SSA. (2004)d. Secretaría de Salud. XIII REUNIÓN ORDINARIA, IV EPOCA, 25 y 26 de junio de 2004, Nayarit.
- SSA. (2004)e. Secretaría de Salud. XIV REUNIÓN ORDINARIA,
- SSA. (2004)f. Secretaría de Salud. XV REUNIÓN ORDINARIA, IV EPOCA, 9 y 10 de septiembre de 2004, Guerrero.

- SSA. (2004)g. Secretaría de Salud. XVI REUNIÓN ORDINARIA, IV EPOCA XVI REUNIÓN, 2 y 3 de diciembre de 2004, Yucatán.
- SSA. (2004)h. Secretaría de Salud. Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud. D.O. F., 07 de julio. México.
- SSA. (2004)i. Secretaría de Salud. Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, Ed. Diario Oficial de la Federación. México.
- SSA. (2006) Secretaría de Salud. Programa de simplificación del surtimiento de medicamentos a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Ed. Diario Oficial de la Federación. México.
- SSA. (2005). CONASA. Secretaría de Salud. XVII REUNIÓN ORDINARIA, IV EPOCA, el 10 y 11 de marzo de 2005, Sonora.
- SSA. 2005. CONASA. Secretaría de Salud. XVIII REUNIÓN ORDINARIA, IV EPOCA, 9 y 10 de junio de 2005, San Luis Potosí.
- SSA. (2005). CONASA. Secretaría de Salud. XIX REUNIÓN ORDINARIA, IV EPOCA, 8 y 9 de septiembre de 2005, Chihuahua.
- SSA.(2005). CONASA. Secretaría de Salud. XX REUNIÓN ORDINARIA, IV EPOCA, 12 y 13 de diciembre de 2005, Michoacán.
- SSA. (2005)a. Secretaría de Salud. Estrategias para mejorar en el abasto. Lecciones aprendidas. Noviembre. México.
- SSA. (2005)b. Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, D.O. F. México.
- SSA. (2005 b^{4a}). Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, Cláusula Cuarta. D.O. F. México.
- SSA. (2005 b^{5a}). Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, Cláusula Quinta. D.O. F. México.
- SSA. (2005 b^{6a}). Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México Cláusula Sexta. D.O. F. México.
- SSA. (2005 b^{7a}). Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, Cláusula Séptima. D.O. F. México.
- SSA. (2005 b^{10a}). Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, Cláusula Décima. D.O. F. México
- SSA. (2005 b^{11a}). Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, Cláusula Décima primera. D.O. F. México
- SSA. (2005 b^{12a}). Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, Cláusula Décima segunda. D.O. F. México
- SSA. (2005 b^{16a}). Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, Cláusula Décima sexta. D.O. F. México
- SSA. (2005 b^{17a}). Secretaría de Salud. Acuerdo de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el Estado de México, Cláusula Décima séptima. D.O. F. México

- SSA.(2005)c. Secretaría de Salud. Adiciones a los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS. 24 octubre (2005). Diario Oficial.México.
- SSA. (2005)d. Secretaría de Salud. Notificación de casos de enfermedades que generan Gastos Catastróficos. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Ed. Diario Oficial de la Federación. México.
- SSA. (2006). Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se dan a conocer las disposiciones generales para el establecimiento del Programa de Simplificación de Surtimiento de Medicamentos a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. D.O.F. 16 noviembre de (2006). México.
- SSA.(2006). CONASA. Secretaría de Salud. XXI Reunión Ordinaria, IV Época, 9 y 10 de marzo de (2006), Quintana Roo.
- SSA.(2006). CONASA. Secretaría de Salud. XXII Reunión Ordinaria, IV Época, 8 y 9 de junio de (2006), Tamaulipas.
- SSA.(2006). CONASA. Secretaría de Salud. XXIII Reunión Ordinaria, IV Época, 7 y 8 de septiembre de (2006), Edo. de Mex.
- SSA.(2006). CONASA. Secretaría de Salud. XXIV Reunión Ordinaria, IV Época, 16 y 17 de noviembre de (2006), Distrito Federal.
- SSEM. (2002). Secretaría de Salud del Estado de México. Ley de Salud del Estado de México. Gaceta de Gobierno. Estado de México, Toluca.
- SSEM. (2002a). Secretaría de Salud del Estado de México. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado de México. Gaceta de Gobierno.Toluca.
- SSEM. (2005). Secretaría de Salud del Estado de México. Programa Estatal de Salud. (2005-2011). Gaceta de Gobierno. Toluca.
- SSEM. (2007). Secretaría de Salud del Estado de México. Manual de procedimientos del sistema de control de medicamentos y material de curación servicio subrogado. Enero. Gaceta de Gobierno. Toluca, Estado de México.
- TETELBOIN H., Carolina. (1992). Chile: Políticas neoliberales y salud. En Laurell, Asa Cristina. Compiladora. (1992). Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. Fundación Friedrich Ebert. México.
- TETELBOIN, C. (1995), "La otra cara de las políticas sociales", en Vilas (Coordinador), Políticas Sociales en América Latina, Ediciones Nueva Sociedad/UNAM, Caracas, Venezuela.
- TETELBOIN, C. (1997), Problemas en la conceptualización de la práctica médica, Memorias del VIII Coloquio Internacional de Antropología Física "Juan Cómas", UNAM/INAH.
- TETELBOIN Henrion, Carolina. (1999). "¿Alternativas en seguridad social? en Ramírez López, Berenice P. coordinadora "La seguridad social". Instituto de Investigaciones Económicas, Ed. UNAM. México D.F.
- TETELBOIN, C y Granados, JA. (2000), "Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México". Argumentos 35:45-58. UAM. Abril. México.
- TETELBOIN, Carolina (2003), La Transformación neoliberal del Sistema de Salud. Chile: 1973-1990. Reformas de Primera Generación, UAM-Xochimilco, México.

- TETELBOIN, C y Granados, JA. (2003), "Una lectura sobre el Programa Nacional de Salud 2001-2006 de México", Revista Argumentos, N° 45, UAM, agosto. México.
- TETELBOIN, C., (2005), "Medicina Social: pasado, presente y futuro", en Parada, M. Y Pamela Eguiguren, Primer Seminario de Medicina Social y Política Sanitaria, OPS-Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- TETELBOIN, C; Granados, JA; Tournier, N; Tavernier, P. (2005), "Alternancia y política de salud en México", Revista Estudios Sociológicos, COLMEX, N°67, pp. 75-93. México.
- TETELBOIN, C. (2006), "La ciudadanía restringida en el derecho a la salud". En Darío Salinas Coordinador Democratización y tensiones de gobernabilidad en América Latina, Fundación Ebert y Gernika Ediciones, México.
- TETELBOIN, C. (2007). "Balance del sistema privado de pensiones de Chile", en Viviane Brachet-Márquez. Coordinadora. Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil, Chile y México, El Colegio de México. México.
- TETELBOIN Henrion, Carolina. (2007a). Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina. En Temas y desafíos en Salud Colectiva Edgar C. Jarillo Soto y Enrique Guinsberg Editores. Editorial Lugar. Argentina.
- UNAM, (2003).
- UNICEF. (1990). Cumbre mundial de la infancia.
- URIBE Gómez, Mónica María. (2008). "La contienda política por las reformas del sistema de salud en Colombia (1975-2006)". Tesis para obtener el grado de doctora. Borrador. Colegio de México. México, D.F.
- VALENCIA Lomelí, Enrique. (2006) La política social de Vicente Fox: contexto histórico y balance. En México-transiciones múltiples y reformas pendientes. Asian Journal of Latin American Studies. Volume 19, number 1- Special.
- VALENCIA Lomelí, Enrique et al. (2000) Los dilemas de la política social ¿cómo combatir la pobreza? México. Universidad de Guadalajara-ITESO-UIA.
- VELLINGA Memo. (1998). "El cambio del papel del Estado en América Latina". Editorial Siglo XXI.
- VERA Bolaños, Martha, Pimienta Lastra, Rodrigo. (2001). "La acción sanitaria en el Estado de México, 1824-1937". Política y Cultura. UAM-X .
- TORRES, Ana Cristina y Knaul, Felicia Marie. (2003). "Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000". Caleidoscopio de la salud. FUNSALUD.México.
- ZURITA B, Hernández P. Ramírez T. Gamble A, Méndez O, Recio M, Cruz C. (1998) Cuentas Nacionales de Salud. 1995. En Iniciativas de reformas del sector salud en Latinoamérica y el Caribe. Cuadernos núm. 11, México, OPS. Oficina Regional de Desarrollo Sostenible. México D.F.

Citas periodísticas

Cimac 10 junio (2003).
Cimac 5 agosto (2003).
El Universal, 02 diciembre (2001).
El Universal, 12 de diciembre de (2006).
Imagen médica, 21 diciembre (2001).
Imagen médica 20 junio (2003).
Imagen médica, 3 de octubre de (2003).
La Jornada, 02 agosto (2002).
La Jornada, noviembre 2000 pag 2 cap 6
La Jornada, 2 diciembre (2000).
La Jornada, 12 diciembre (2001).
La Jornada, 21 mayo (2003).
La Jornada, sábado 25 de septiembre de (2004).
La Jornada, (2005) participación de los 32 estados siendo el ultimo el D F
La Jornada, 6 de octubre de (2006).
Notimex. (2006). Comentario hecho por Frenk publicado el viernes 17 de noviembre de (2006) por notimex.

Citas electrónicas:

<http://www.ciepac.org/bulletins/BOLETIN%202005/bolec459.htm>
citado el 20 enero de (2007).

Dirección General de Afiliación y Operación.
<http://www.elsiglodedurango.com.mx/hemeroteca/2005/08/13/13dgo06a.pdf>
Citado el 17 febrero de (2007).

[www/SeguroPopular%20PP.ppt#305,1,Folie 5.](http://www/SeguroPopular%20PP.ppt#305,1,Folie 5)
Citado el 27 diciembre de (2006)

Dirección General de Afiliación y Opreación.
[www/SeguroPopular%20PP.ppt#305,1,Folie 1.](http://www/SeguroPopular%20PP.ppt#305,1,Folie 1)
Citado el 27 de diciembre de (2006).

Gaceta Parlamentaria, número 1237, jueves 24 abril de (2003).
<http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/Votaciones/58/>
Citado el 18 de abril de (2006).

HCU. (2007). Honorable Congreso de la Unión. Sumario de reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en orden cronológico. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/sumario/CPEUMsumario_crono.pdf
Citado el 20 diciembre de (2007).

INSP, 2007.

Dedicatoria al doctor Jesús Kumate Rodríguez.

Salud pública Méx [online]. 2007, vol.49, suppl.3 [cited 2010-05-12], pp. s319-s320 .
Available from: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000900001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

SOBERÓN Acevedo, Guillermo. (Mayo, 2001). Hacia un México más saludable.

<http://www.funsalud.org.mx/quehacer/conferencias/reunioncd-ay8/soberon.htm>
Citado 24 septiembre de (2008).

FRENK Mora, Julio. La salud en México y Funsalud. (Mayo, 20001)

<http://www.funsalud.org.mx/quehacer/conferencias/reunioncd-may8/frenk.htm>
Citado 24 septiembre de (2008).

Dirección General de Afiliación y Operación.

[www.SeguroPopular%20PP.ppt#305,1,Folie 5](http://www.SeguroPopular%20PP.ppt#305,1,Folie%205).
Citado el 27 de diciembre de (2006).

Línea del tiempo de la atención a la salud en México, 1902-2002. OPS.

www.mex.ops-oms.org/contenido/linea.htm
Citado el 13 septiembre de (2005).

http://www.conapo.gob.mx/entrada/tmi_mun_2005.xls.

Citado 28 agosto de (2008).

Variables sociodemográficas del Estado de México.

<http://www.edomex.gob.mx/portal/page/portal/coespo/variablessociodemograficas>
Citado 28 agosto de (2008).

ÁLVAREZ Amézquita citado en Línea del tiempo de la atención a la salud en México, 1902-2002. OPS.

www.mex.ops-oms.org/contenido/linea.htm.
Citado el 15 de febrero de (2006).

GRANADOS Cosme, José Arturo, Tetelboin Henrion, Carolina y Torres Brambila, Alberto. Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios. <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a08.pdf>
Citado el 23 de marzo de (2009).

SSA. (1993). Secretaría de Salud.
NOM-007-SSA2-1993. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
www.ssa.gob.mx
Citado el 17 de mayo de (2006).

SSA. (1994). Secretaría de Salud.
NOM-015-SSA2-1994. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
www.ssa.gob.mx
Citado el 17 de mayo de (2006).

TETELBOIN Carolina. (2004).
La cohesión social como mecanismo de protección. Ponencia presentada el 7 de septiembre de (2004) en el XI Curso-taller OPS/OMS-CIESS. Legislación de salud: Marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud. Realizado en México, D.F., del 6 al 10 de septiembre de (2004).
<http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-xi-taller04-pres-tetelboin.pdf>
Citado el 13 de marzo de (2007).

HCU, (2007). Sumario de reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en orden cronológico (actualizadas al 12 de febrero de 2007). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. http://www.diputados.gob.mx / Leyes Biblio/sumario/CPEUMsumario_crono.pdf

(LGS, 2004)¹. Artículo 77 BIS-1 Ley General de Salud. Artículo 77 bis 9 LGS.

(SSA – SSEM, 2005) Cláusula Décima Sexta. Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de México, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Segunda Sección. 11 de agosto de (2005).

Secretaría de Salud del Estado de México. SSEM, (2007) (1). SSEM. Manual de procedimientos del Sistema de control de medicamentos y material de curación. Primera Edición, enero 2007. Código: 217B50000.

(FUNSALUD, 2003) FUNSALUD, Caleidoscopio de la salud, Cap. “Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000”. México. año. (2003).

(Acuerdo, 2006). Acuerdo por el que se dan a conocer las disposiciones generales para el establecimiento del Programa de Simplificación de Surtimiento de Medicamentos a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. D.O.F. 16 NOV (2006).

SSA, (2004) *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*. 1ª. Ed. (2004).

(SSA, PEF, 2004). SSA. Artículo 52 fracción II del Decreto del PEF (2004). (CNPSS, 2005)¹, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Oficio del 8 de diciembre de (2005).

(SSA, 2007) Dirección General de Afiliación y Operación. www/SeguroPopular%20PP.ppt#305,1,Folie 5.

Secretaría de Salud del Estado de México (PES 2005 – 2011)¹. SSEM. PES 2005-2011. Línea de acción 8.4. Optimización de la capacidad instalada.

Secretaría de Salud del Estado de México SSEM. 2005. (PES 2005 – 2011)¹. SSEM. PES 2005-2011. Línea 10. Línea de acción 10.6. Plan Maestro de infraestructura y equipamiento en salud.

(PES 2005 – 2011-2). Cláusula Décima Sexta. Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de México, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Segunda Sección. 11 de agosto de (2005).

Ramírez Slaibe, Pedro. “La protección social antecedentes históricos de la Seguridad Social”. Compilación de conceptualizaciones y criterios para el diplomado Superior de Actualización en Seguridad Social. Universidad Católica Santo Domingo. www.ucsd.edu.do/v3/pmgsalud/MED-910/DOCUMENTOS%20LECTURA/HISTORIA%20DE%20LA%20SEGURIDAD%20SOCIAL%20CONCEPTOS.doc.

ESTE DOCUMENTO FUE IMPRESO
Y EMPASTADO EN LOS
TALLERES DE



Centro de Impresión Digital

**"LA SOLUCION A TUS PROBLEMAS
DE CORRECCION E IMPRESION"**

www.mitesis.com.mx

Tel. Directo

 **56-19-43-78**

Te atendemos via telefónica las
24 horas del día de Lun. a Dom.

IUSACELL 1959-0411
04455

NEXTEL 1942-1162

E-MAIL

copilco@mitesis.com.mx
mitesis.martha@gmail.com

solo para Messengers
mitesiscopilco@yahoo.com
mitesis@msn.com