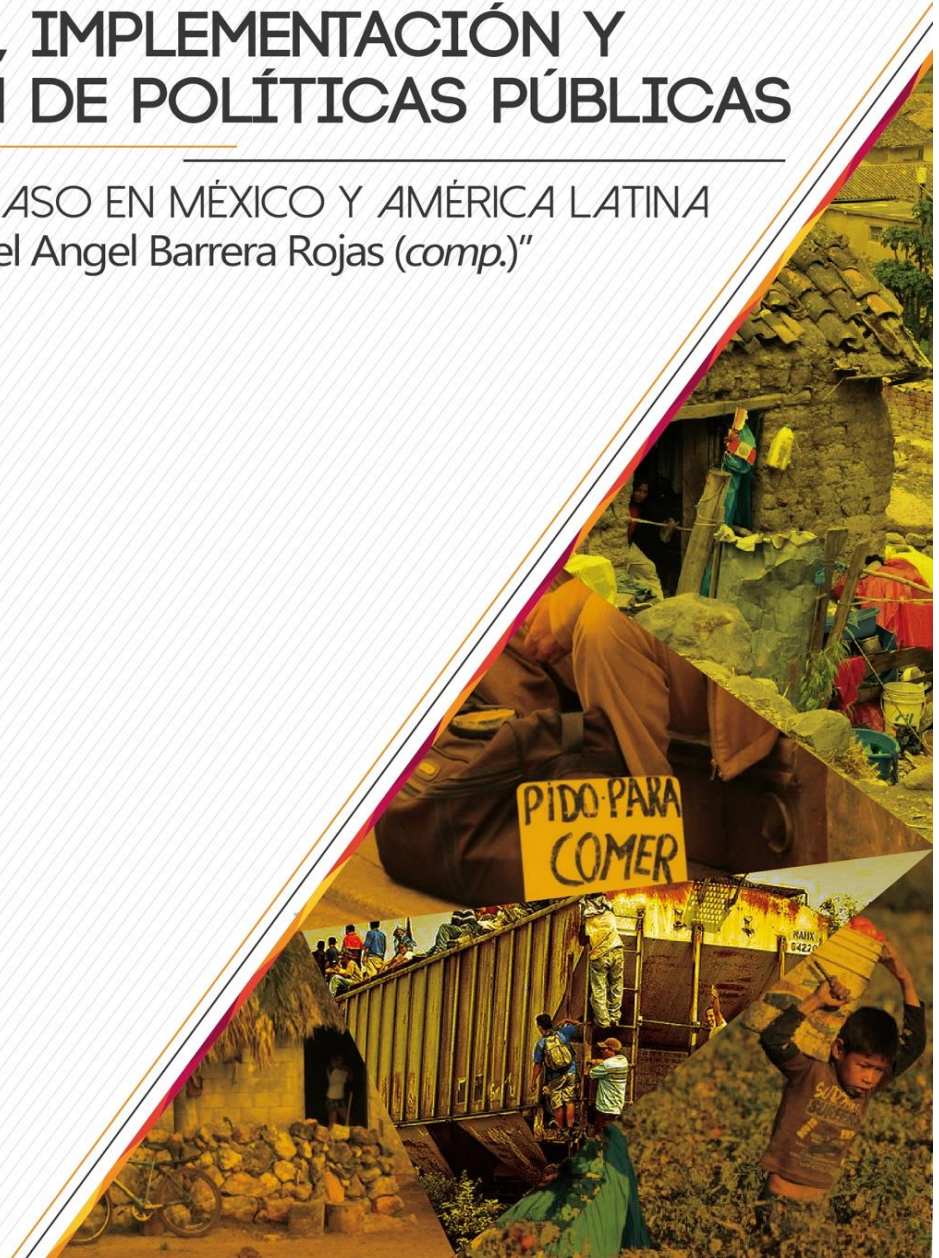




UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ESTUDIOS DE CASO EN MÉXICO Y AMÉRICA LATINA
"Miguel Angel Barrera Rojas (*comp.*)"



Primera edición: 2018

Diseño, implementación y evaluación de políticas públicas. Estudios de caso en México y
América Latina

Universidad de Quintana Roo
Boulevard Bahía esq. I. Comonfort
Col. Del Bosque
Chetumal, Quintana Roo

Compilador: Miguel Angel Barrera Rojas
Diseño de cubierta: Hugo Salazar
Diseño de interiores: Carol Ríos Díaz

Todos los derechos reservados. Bajo las sanciones establecidas en las leyes, queda rigurosamente prohibida, sin autorización de los titulares de los derechos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.

Todos los derechos registrados

ISBN 978-607-9448-55-4

Universidad de Quintana Roo

Dr. Ángel Ezequiel Rivero Palomo

Rector

Dra. Natalia Consuelo Fiorentini Cañedo

Secretaria General

Dr. Alfredo Marín Marín

Director de la División de Ciencias Políticas y Humanidades

Mtra. Citlalli Lucely Olvera Calderón

Jefa del Departamento de Estudios Políticos e Internacionales

Contenido

•POLÍTICA SOCIAL Y DE COMBATE A LA POBREZA	1
DEVELOPMENT PRACTICES IN THE GLOBAL SOUTH COUNTRIES. A COMPARISON OF KERALA-INDIA AND CUBA.....	1
POBREZA ENERGÉTICA Y CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS METROPOLITANAS.	15
ANÁLISIS DE LA POLÍTICA ECONÓMICA DEL SEXENIO 2012-2018 A TRAVÉS DE LA ESTRUCTURA DEL INGRESO EN ZONAS URBANAS, SEMI URBANAS Y RURALES DE LA PENÍNSULA DE YUCATÁN, MÉXICO.	25
•POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR	41
ACCIONES PARA PREVENIR LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO INFANTIL EN MÉXICO	41
UNIVERSALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO, UNA TAREA PENDIENTE.	55
EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DEL INSTITUTO DEL DEPORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA EL FOMENTO DEL DEPORTE SOCIAL (2012-2017).....	65
PRÁCTICAS MÉDICAS DE PREVENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO.....	85
•POLÍTICA EDUCATIVA	95
FINANCIAMIENTO PÚBLICO, ¿PRIVATIZACIÓN? Y EXCLUSIÓN EN LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS ESTATALES EN MÉXICO.....	95
LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA LABORAL EN LAS ESCUELAS NORMALES DE AGUASCALIENTES.....	109
•POLÍTICAS DE SEGURIDAD PÚBLICA.....	139
INSEGURIDAD EN DESTINOS TURÍSTICOS CONSOLIDADOS, EL CASO DE CANCÚN Y PLAYA DEL CARMEN.	139
LOS HOMICIDIOS EN LOS ESTADOS FRONTERIZOS DE MÉXICO. CAMBIOS Y TENDENCIAS.	159
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENCIÓN DE LA REINCIDENCIA DELICTIVA. MODELO DE PREVENCIÓN TERCIARIA.....	177
POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE SEGURIDAD, LA IMPORTANCIA DEL SENTIMIENTO CIUDADANO PARA SU EFECTIVIDAD: EL CASO OTHÓN P. BLANCO QUINTANA ROO.	189
PRECARIEDAD LABORAL Y CAPACIDAD DE CONTENCIÓN DE LA INSEGURIDAD EN MÉXICO.	209
•POLÍTICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA Y LA MEJORA EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.....	221
SOCIEDAD CIVIL, UN ENTE PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	221
INSTRUMENTOS PARA REALIZAR POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO: LA ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD E IMPACTO GUBERNAMENTAL.	233
TRANSFORMACIONES DE LA POLÍTICA MIGRATORIA DE HONDURAS: LOS RETOS ANTE EL NUEVO ESCENARIO REGIONAL EN EL LLAMADO CARIBE GEOPOLÍTICO	245
•POLÍTICA DE GÉNERO Y EMPODERAMIENTO DE GRUPOS VULNERABLES.....	261
GOBIERNO MUNICIPAL Y GÉNERO EN YUCATÁN	261
“EL MATRIMONIO IGUALITARIO EN QUINTANA ROO: DOS MATRIMONIOS, MISMA POLÍTICA”.....	279



CONTROL SOCIAL MAYA VS CONTROL SOCIAL OCCIDENTAL: ANÁLISIS PARA GENERAR ELEMENTOS INTEGRADORES EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE JUSTICIA PARA LOS MAYAS EN QUINTANA ROO.	297
POLÍTICAS DE VIVIENDA EN MÉXICO: HERRAMIENTAS DE VULNERACIÓN DE DERECHOS HUMANOS.	311
•POLÍTICAS PARA MITIGAR EL CAMBIO CLIMÁTICO Y DE SUSTENTABILIDAD	323
EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE FOMENTO AL RECICLAJE EN EL CARIBE MEXICANO.	323
LA IMPLEMENTACIÓN DE GESTIÓN DE COADYUVANCIA PARA LA PROTECCIÓN DEL PATRIMONIO ARQUEOLÓGICO	339
MEDIOS DE VIDA ADAPTATIVOS: UNA PROPUESTA PARA FORTALECER LA CAPACIDAD ADAPTATIVA.....	353
LA EXPERIENCIA DE COSTA RICA EN LA CONSERVACIÓN Y APROVECHAMIENTO DE LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS Y AMBIENTALES	365
•POLÍTICA AGROPECUARIA, ALIMENTARIA Y DE DESARROLLO RURAL.	379
PROGRAMAS GUBERNAMENTALES Y LA INSERCIÓN DEL PEQUEÑO PRODUCTOR AGRÍCOLA EN LA ECONOMÍA ABIERTA.	379
LA VENTA DE CARNE EN HUEHUETLA, PUEBLA. UN ESTUDIO DE CASO SOBRE EL COMERCIO E INSALUBRIDAD.	403
POLÍTICAS DE AGROINTENSIFICACIÓN SUSTENTABLE: UNA NECESIDAD SOCIAL.....	413
EL USO DE ALTERNATIVAS AGROECOLÓGICAS EN CULTIVOS DE MAÍZ Y CAFÉ	425
IMPLICACIONES EN LA DEMANDA DE ALIMENTOS PARA CONSUMO HUMANO ANTE LA PRESENCIA DE ALERTA SANITARIA EN ELLOS.	431
POLÍTICAS DE GOBIERNO, ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, DEMOCRACIA, Y FEDERALISMO.....	441
MODELO ECONÓMICO DE EVALUACIÓN SOCIAL DE PROYECTOS TURÍSTICOS.	441
PERCEPCIÓN SOCIAL E INTEGRACIÓN INDUSTRIAL EN AGUASCALIENTES.	453
CIUDAD PRODUCTIVA, INTELIGENTE Y DEL CONOCIMIENTO:.....	475
EL E-GOVERNMENT EN LA CIUDAD DE VILLA MERCEDES - SAN LUIS – ARGENTINA.	475
EL SÍNDROME DEL SOBREVIVIENTE ANTE LOS DOWNSIZING. UN TEMA PARA ENTENDER.....	499
EL CAPITAL SOCIAL Y LA COMPETITIVIDAD DESDE LA NUEVA ECONOMÍA INSTITUCIONAL.....	509
SOBRE LOS AUTORES.....	521



Universalización De Los Servicios De Salud En México, Una Tarea Pendiente.

María Delia Téllez Castilla¹
Janet García González²
María Eugenia Reyes Pedraza³

Resumen

México al igual que cualquier país en desarrollo está lleno de contrastes y no solo en el aspecto de la salud. Las reformas sanitarias del país están presentes desde 1943 en el diseño de las políticas públicas para buscar el acceso a la salud como primer paso a la universalización, esperando con ello disminuir las brechas de la desigualdad social presentes. Sin embargo la segregación entre asalariados y no asalariados a la hora de brindar salud, se presentan como una más de las barreras que se habrán de sortear para lograr la universalización de los servicios de salud.

México ha sido reconocido por el enorme esfuerzo realizado al inicio de este siglo para lograr la cobertura universal de salud. El presupuesto asignado a salud debe verse como una inversión y no como gasto, para poder aspirar a lograr la tan anhelada meta de Universalización de servicios de salud.

Palabras claves: políticas públicas, salud pública, universalización, sistemas de salud

Introducción

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre los enfoques de las políticas públicas de salud que se han llevado a cabo en México, atendiendo la necesidad de sus habitantes como estrategia para llevar bienestar social a la comunidad, y también es justo decirlo, atendiendo los llamados internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para brindar accesibilidad a toda su población y disminuir las brechas de la desigualdad social. La Declaración de Alma-Ata en 1978 fue un parte aguas en el ámbito de la salud mundial pues fue ante todo una declaración de principios políticos y donde se comprometió a los países a buscar el acceso universal, la equidad en salud, la participación ciudadana y el enfoque intersectorial para lograr mejores resultados. (OMS Consejo Ejecutivo, 2003)

El sistema de salud mexicano ha mejorado, si tomamos como ejemplo la esperanza de vida podemos observar que a inicios de siglo XX era de 30 años, para 1970 ya habíamos rebasado los 61 años y al iniciar este siglo llegamos a los 75 años (Téllez-Castilla, 2016). Este ha sido un camino largo desde la creación del primer sistema de protección en salud para los asalariados y sus familias, en el año 1943 denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, y más tarde la creación del ISSSTE para los empleados del gobierno, hasta llegar a la creación

¹ Universidad del Valle de México, campus Monterrey Norte. tellezdelia@yahoo.com.mx

² Universidad Autónoma de Nuevo León janet.garciag@uanl.mx

³ Universidad Autónoma de Nuevo León. kenna.reyes@gmail.com

del Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo el Seguro Popular en 2003 para atender a la población carente de seguridad social.

En México al igual que en muchos países, los sistemas de seguridad social tienen un financiamiento tripartita, donde las aportaciones las realiza el trabajador, el patrón y el gobierno. Sin embargo la forma de asegurar prestaciones universales y relativamente homogéneas es creando un sistema nacional que cubra a todos los individuos, independientemente de la situación laboral, la edad o el género. Incluyendo como meta mejorar la calidad de los servicios públicos, sin cobertura de seguridad social o privada, lo cual requiere un incremento del gasto público en salud (Beccaria & Maurizio, 2014). Mientras en el país no se cambie la perspectiva de la inversión en salud y se siga considerando como gasto y no como inversión, el sistema de salud difícilmente podrá mejorar.

56

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), definió cinco "principios rectores" de las reformas del sector de la salud que deberían guiar la marcha de las transformaciones de los gobiernos miembros de la Organización y servir de base para su seguimiento y evaluación. Dichos principios son: equidad, eficiencia, efectividad y calidad, sostenibilidad y participación social (López-Acuña, y otros, 2000). En lo que va de este nuevo siglo en México se han realizado reformas al sector de la salud muy trascendentes, pues han implicado cambios en la organización y el financiamiento del sistema de salud. Empero, la salud no puede concebirse sin tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud como por ejemplo la pobreza, que como sostiene la OMS es la causa número uno de enfermedad. Por ello se menciona que el derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo cuarto de la constitución mexicana, está dedicado a toda la población sin considerar el estatus laboral de cada individuo.

No obstante la OCDE en su informe 2016 señala que el sistema de salud mexicano es en realidad un conjunto de subsistemas con diferentes niveles de calidad en la atención y con un enorme grado de ineficiencia; y esto es muy fácil de comprobar al observar cualquier cifra, por ejemplo muertes por cardiopatía que en México disminuyó 1% mientras en otros países de la OCDE disminuyeron en 48%. Indicando con ello la urgencia con que deben tomarse decisiones tan pronto como sea posible y con visión de futuro (Ruelas-Barajas, 2018). El sistema de salud debe por tanto transformarse, no podemos trabajar con el mismo sistema y esperar mejores resultados.

1. Los inicios de la seguridad social

El sistema de seguridad social de México tiene su origen en la Constitución de 1917 en el artículo 123, pero la ley no se aprobó hasta 1942 y la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se realizó al año siguiente, como un derecho de todo trabajador (Téllez-Castilla, 2015). Dando inicio a la primera gran transformación del sistema sanitario del país.

La primera generación de reformas del Sistema de Salud en México incluyó la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a partir de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, así como al establecimiento del Instituto Mexicano del

Seguro Social. También incluyó, el inicio de los Institutos Nacionales de Salud mediante la creación del Hospital Infantil de México en ese año, y poco después los de Cardiología y de Nutrición (Soberon, 2001). Con esto se pretendió dar cobertura de salud a todos los trabajadores asalariados y sus familias, sin embargo dejaba fuera a más de la mitad de los mexicanos, ya que muchos de estos se encuentran en el autoempleo, el desempleo, la informalidad o fuera del mercado laboral como las dedicadas a las labores del propio hogar y todos ellos no quedaron protegidos.

En el ámbito del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1995-1997 se dio la implantación del esquema de Administradoras de fondos de retiro (AFORE)-Sociedades de inversión especializadas en fondo de retiro (SIEFORE), se produjo una nueva Ley del Seguro Social impulsada por un análisis crítico del funcionamiento institucional vertido en el estudio titulado “ Diagnóstico ”, se estableció un seguro para la familia, se diseñó un nuevo modelo institucional de atención integral a la salud (MIAIS), se crearon 139 áreas médicas de gestión desconcentrada (AMGD), se implantó el enfoque de grupos relacionados de diagnóstico (GRD) para la asignación de recursos financieros, se decidió la libre elección del usuario para el prestador de servicios, se llevó a cabo la capacitación gerencial de más de cuatro mil funcionarios sobre la reforma en curso y se inició la renovación integral del equipo (Soberon, 2001). Sin embargo las reformas del sector de la salud se han centrado principalmente en cambios financieros, estructurales e institucionales de los sistemas de salud y en reajustes de la organización y la administración de la atención a la salud de las personas. Mucha menos atención han recibido las mejoras del desempeño del sistema centrado en la reducción de las inequidades en las condiciones de salud y en el acceso a la atención de salud (López-Acuña, y otros, 2000).

2. Cubriendo al resto de la población sin seguridad social

La segunda etapa de reformas, ocurrida en el lapso entre 1983 y 1988, ha sido llamada “el cambio estructural de la salud” y comprendió una verdadera renovación legislativa y una reforma administrativa. La renovación legislativa arranca con la inclusión, en la Constitución, del derecho a la protección de la salud en 1983, sigue con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984; el cambio legislativo culminó en la definición de más de 300 normas técnicas. Las reformas fueron la descentralización de los servicios de salud que; la sectorización institucional; la modernización de la SSA; la coordinación intersectorial; y, la participación comunitaria. Además de la investigación en salud, el desarrollo de recursos humanos para la salud, la información en salud, el financiamiento y los insumos para el sistema nacional de salud (Soberon, La reforma de la salud en México, 2001).

Sabemos que la salud es una de las maneras más efectivas de promover el bienestar económico y combatir la pobreza. Sin embargo, la misma atención a la salud puede convertirse en un factor de empobrecimiento para muchos hogares cuando un país carece de los mecanismos sociales que garantizan un financiamiento justo de la atención a la salud (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007). Por ello en México se llevó a cabo otro paquete de reformas.

La tercera etapa de reformas arrancó en 1995 y comprendió tanto el ámbito de la SSA como del IMSS. En la primera cabe mencionar la culminación del proceso de descentralización a

todas las entidades federativas, la formulación de un paquete básico con 13 intervenciones costo efectivas destinado a la población rural dispersa, la certificación de hospitales y de escuelas de medicina (esta última, gestión de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina), la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la regulación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (en colaboración con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público) (Soberon, La reforma de la salud en México, 2001).

A pesar de los avances que se han dado en materia de salud en el último medio siglo, persisten tres grandes retos a superar: el de la equidad, el de la calidad y el de la protección financiera. Estos tres retos tienen un determinante común, es por así decirlo, el reto de los retos, que es la inversión insuficiente que, en forma histórica, se ha realizado en materia de salud en nuestro país, lo cual ha conducido una serie de rezagos crónicos (Frenk, 2001). Agravado por la segmentación y fragmentación del sistema que provoca duplicidad de gastos, así como duplicidad de usuarios.

Uno de los principales retos de los países de ingresos bajos y medios es garantizar la protección financiera universal en materia de salud, como lo está haciendo México mediante el Seguro Popular, el cual ha atraído la atención de muchas otras naciones interesadas en introducir innovaciones similares (Frenk & Gómez-Dantés, 2007).

México, país de contrastes y contradicciones, con áreas urbanas de grandes concentraciones humanas y área rural dispersa, se enfrenta a estructuras y prácticas políticas caducas y en este contexto complejo se lleva a cabo la reforma de la asistencia sanitaria mexicana (Lozano, Zurita, Franco, Ramirez, Hernández, & Torres, 2001)

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, que se subtitula “La democratización de la salud en México”, señaló la necesidad de universalizar el ejercicio real del derecho a la protección de la salud y en 2003 que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular (Frenk & Gómez-Dantés, 2007).

El Dr. Julio Frenk refiere que existen cinco estrategias sustantivas del Programa Nacional de Salud 2001-2006. El gran objetivo es fortalecer el sistema de salud.

1. Alcanzar la federalización efectiva en materia de salud.
2. Fortalecer el papel rector de la SSA.
3. Consolidar un sistema universal en salud. No es un sistema único en salud sino universal.
4. Ampliar la libertad de elección y la participación ciudadana.
5. Fortalecer la inversión en infraestructura física, recursos humanos y, de manera muy importante, el conocimiento (Frenk, 2001).

Todo esfuerzo importante para inducir cambios en el sistema de salud debería fortalecer las funciones esenciales de la salud pública que están a cargo de las autoridades de salud de cada país, como parte de los esfuerzos generales para redefinir y fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias, las infraestructuras y las prácticas sociales en salud pública (López-Acuña, y otros, 2000).

En el Informe sobre Desarrollo Humano 2013 (PNUD, 2013) se reconoce el esfuerzo de México en materia de acceso a la salud a través de su política pública conocida como Seguro Popular, esta es una distinción para enfatizar que las reformas van por buen camino, sin embargo es solo un avance hacia la universalización.

3. Los determinantes sociales de la salud

En esta sección abordaremos los temas que aunque no son directamente de salud, sí inciden en ella de manera preponderante, entre los que podemos enumerar a la pobreza, el desempleo, las regulaciones laborales, la distribución de los ingresos, entre otros.

La Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS demostró que la salud no es sólo consecuencia del nivel de desarrollo económico, sino uno de sus principales determinantes; en el país se cuenta con la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, siendo de uno de los países pioneros en seguir las recomendaciones (Frenk & Gómez-Dantés, 2007). Es así que determinantes como la pobreza o la inequidad se convierte en factores que inciden negativamente en la salud.

La equidad en salud no es un tema que corresponda única y exclusivamente al sector médico. Para lograr la tan anhelada equidad es necesario incluir los aspectos sociales, legislativos, políticos y económicos entre otros. No es tampoco un tema exclusivo de países pobres, pues en los países ricos también puede haber inequidad en salud (Téllez-Castilla, 2015).

La libertad de prensa permite llamar la atención de la opinión pública hacia las necesidades de la gente, mientras que las elecciones democráticas obligan a los partidos en el poder a justificar sus políticas o modificarlas para atender mejor las demandas de la población. Lo contrario sucede en las sociedades autoritarias (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007). En tanto que el objetivo de las políticas públicas de salud debe ser un objetivo social, ya que los determinantes sociales de salud juegan un papel preponderante en el bienestar de la comunidad.

No obstante los retos emergentes que afronta el sistema directamente, como la obesidad, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades mentales, el cáncer entre otras enfermedades; los retos indirectos, léase los determinantes sociales, también son igualmente importantes. Sin olvidar por supuesto que en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles el país tiene dos rubros aún pendientes: la mortalidad materna y la mortalidad infantil.

La globalización actual nos obliga a la interacción, que incluye aspectos negativos como la exposición de riesgos sanitarios, pero también a beneficios como los avances tecnológicos y biomédicos quedando de manifiesto el bien mayor para la salud pública

Otro punto a considerar es el rostro de la salud internacional, el cual se ha ido transformando para convertirse en lo que ahora llamamos salud global. Es importante analizar las tres tendencias que están influyendo de manera determinante en la salud global a principios del siglo XXI: a) la creciente transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud; b) el mayor pluralismo en la arena de la salud internacional, con una acelerada multiplicación del número de actores, y c) el papel cada vez más crítico de la salud dentro de la agenda del desarrollo económico, la seguridad global y la democracia (Frenk & Gómez-Dantés, 2007). La globalización en que ahora vivimos nos acoge y nos obliga a la interacción y además tiene varias dimensiones y una de ellas es precisamente la salud. Al hablar de salud global estamos hablando de que la exposición a riesgos y enfermedades pueden afectar a todos los habitantes del planeta (Téllez-Castilla, 2016).

La salud global es un campo de conocimiento y un ámbito para la acción. Como campo de conocimiento, la salud global supone el estudio interdisciplinario del proceso de salud-enfermedad en el nivel mundial y de las respuestas sociales que se generan para enfrentar dicho proceso; la salud global debe comprender el análisis de la arquitectura institucional para responder a la creciente complejidad creada por la transferencia internacional de riesgos. Como ámbito para la acción, la salud global comprende el esfuerzo sistemático para identificar las necesidades de salud de la comunidad global y la organización de respuestas entre los miembros de esta comunidad para enfrentar dichas necesidades, incluyendo la formulación de políticas, la movilización de recursos y la implantación de estrategias. La nueva salud global enfatiza la cooperación entre todos los actores en materia de educación, investigación y prestación de servicios de salud (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007)

4. Los inicios de la universalización

La solidaridad, bien entendida, significa que, en el cuidado de la salud, los sanos paguen por los enfermos, los jóvenes paguen por los de edad avanzada y los ricos paguen por los pobres. Todo esto se logra con la fusión del financiamiento entre las distintas instituciones y la separación del financiamiento de la prestación (Soberon, 2001).

La promoción de la democracia y los derechos humanos es un tema más de la agenda global donde la salud está adquiriendo relevancia creciente. Las sociedades democráticas tienden a contar con sistemas de salud que garantizan el acceso universal a servicios de salud (Frenk & Gómez-Dantés, 2007). México va en esa dirección, al diseñar un plan estratégico para la universalización de los servicios de salud.

La cobertura universal de salud comprende tres etapas: (1) la afiliación universal, término relacionado con el de cobertura legal, que garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público; (2) la cobertura universal, que implica el acceso regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos, y (3) cobertura efectiva universal, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo (Knaul & otros, 2013). Actualmente se puede afirmar que si bien las etapas se traslapan, la primera está cumplida; la segunda está avanzada y se reconoce que la meta no

es estática; de la tercera se puede afirmar que se encuentra en vías de implementación y además que es un reto permanente.

El sistema de salud en México debe romper seis fronteras que parecen habitualmente infranqueables:

- a) La frontera del Diseño, es decir la manera en que está organizado.
- b) La frontera del Desempeño en términos de calidad, eficiencia, equidad y acceso.
- c) La frontera del Talento, para fortalecer el sistema y liderar el nuevo.
- d) La frontera del Conocimiento que debe ser generado para lograr el nuevo sistema.
- e) La frontera de la Tecnología apropiada para hacer lo que debe ser hecho cada vez mejor.
- f) La frontera del Financiamiento que permita lograr lo deseado (Ruelas-Barajas, 2018).

Mientras el país no logre traspasar estas barreras, se torna difícil una transformación real y efectiva, es imperante por ello insistir en el cambio de paradigma.

En Abril de 2016 el gobierno de la República convocó a un acuerdo nacional hacia la universalización de los servicios de salud con la intención de empezar finalmente a trabajar contra la segmentación y fragmentación del sistema nacional de salud; el objetivo estratégico fue generar la suma de voluntades y capacidades de las partes firmantes, para buscar de manera gradual que la población tenga acceso a los servicios de salud, independientemente de su afiliación. Así que este acuerdo fue entre la Secretaría de Salud, las instituciones de seguridad social y los prestadores de servicios de salud de las entidades federativas. En este primer momento los suscritos fueron el Secretario de Salud como coordinador del sector y los directores del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; así como los gobernadores de tres estados de la República Mexicana: estado de México, de Baja California Sur y de Oaxaca. Dejando abierta la posibilidad de suscripción al resto de las entidades, prerrogativa que no ha sido utilizada aun.

Reflexiones finales

En este trabajo planteamos el panorama general de los avances que México ha logrado en 80 años de construcción. El avance hacia la universalización de los servicios de salud está en proceso, no obstante aún se requiere voluntad política para implementarse en todos los estados.

La mayoría de las decisiones políticas se realizan utilizando simplemente un análisis elemental porque las decisiones no pueden esperar hasta que se conozcan todos los datos. Un análisis serio exige no sólo horas, días o semanas sino meses o años (Lindblom, 1991). La aceleración de la diseminación de las enfermedades infecciosas se relaciona con cambios radicales en nuestro ambiente y estilos de vida. Porque no son solamente las personas y los microbios quienes viajan de un país a otro, también lo hacen las ideas y los estilos de vida complicando aún más las inequidades en salud (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007). Por ello la necesidad de actualizar los tradicionales manejos médicos y la forma de abordar los problemas de salud pública. Si la población cambia su estilo de vida, el sistema de salud también debe cambiar, pero con un rumbo definido y una visión global, sabiendo que es un reto permanente y en continua transformación.

La creación del seguro popular implicó una importante reforma legislativa centrada en la reestructuración financiera para corregir desequilibrios tales como el predominio del gasto privado de bolsillo, la asignación inequitativa de recursos públicos entre asegurados y no asegurados y entre estados, la desigual contribución estatal al financiamiento de la salud, y la inversión insuficiente en equipamiento e infraestructura (Knaul & otros, 2013) pero siempre con la idea central de lograr la cobertura universal de los 53 millones de excluidos.

A pesar de los avances en la cobertura legal que se dieron en las últimas décadas, sigue siendo un sistema segmentado, es decir, diseñado para atender con diferentes reglas y estructuras organizativas a tres grupos: la población asalariada, cubierta en principio por las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, fuerzas armadas y esquemas estatales); los trabajadores no asalariados, más la población que está desempleada o fuera de la fuerza de trabajo, protegidos por el Seguro Popular, y los miembros de los dos grupos anteriores que de alguna manera autofinancian parcial o totalmente sus necesidades de salud mediante la compra de servicios privados (Frenk J. , Gómez-Dantés, Knaul, & Arreola Ornelas, 2018).

Las reformas implementadas en México para promover el acceso universal a los servicios de salud están contribuyendo, aunque lentamente, a la equidad, definida esta como la reducción de las disparidades en la cobertura de algunos servicios y programas básicos (López-Acuña, y otros, 2000). Vivir en mayor equidad, entre hombres y mujeres y entre diferentes grupos, no solo es fundamental en sí mismo, sino que además es importante para promover el desarrollo humano (PNUD, 2013).

El Dr. Enrique Ruelas (Ruelas-Barajas, 2018) ofrece tres propuestas para construir un nuevo paradigma de salud pública

1. Revisar y afianzar jurídicamente la rectoría de la Secretaría de Salud
2. Incentivar el financiamiento que impulse la salud, y no solo prevenga y cure enfermedades. Mejorar y homologar la calidad de todo el sistema.
3. Establecer requisitos explícitos y racionales para ejercer la dirección a diferentes niveles en las áreas y niveles de atención.

La universalización está puesta en marcha, sin embargo la consecución del plan debe superar aún muchos obstáculos.

Bibliografía

- Beccaria, L., & Maurizio, R. (2014). Hacia la protección social universal en América Latina. Una contribución al debate actual. *Revista problemas del desarrollo*, 37-58.
- Frenk, J. (2001). Desempeño del Sistema Nacional de Salud. *Gac Méd Méx*, 137(5), 421-424.
- Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (marzo-abril de 2007). La globalización y la nueva salud pública. *Salud Pública de México*, 49(2), 156-164.
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., & Arreola Ornelas, H. (2018). Hacia la universalización de la salud. Nexos.

- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A., & Knaul, F. M. (2007). Reforma Integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud pública de México*, 49(1).
- Lindblom, C. (1991). *El proceso de elaboración de políticas públicas*. Madrid: INAP.
- López-Acuña, D., Brito, P., Crocco, P., Infante, A., Marín, J. M., Zeballos, J. L., y otros. (2000). Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. *Rev Panam Salud Publica*, 147150.
- Lozano, R., Zurita, B., Franco, F., Ramirez, T., Hernández, P., & Torres, J. L. (2001). México: marginalidadnecesidades y asignación de recursos en el ámbito municipal. En O. P. Salud, *Desafío a la falta de equidad en la salud, de la ética a la acción* (págs. 300-319). Washington: The Rockefeller Foundation.
- OMS Consejo Ejecutivo. (2003). Influencia de la pobreza en la salud. *OMS EB113/12*, 1-6.
- PNUD. (2013). Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso. New York: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Ruelas-Barajas, E. (2018). Salud, el nuevo paradigma. En H. Aguilar-Camín, *¿y ahora qué? México ante el 2018* (págs. 321-330). México: Penguin Random House.
- Soberon, G. (2001). La participación del sector privado. *Gac Med Méx*, 137(5), 437-443.
- Soberon, G. (2001). La reforma de la salud en México. *Gac Méd Méx*, 137(5), 419-420.
- Téllez-Castilla, M. D. (2015). *Políticas Públicas de Salud en México*. México: Esfera Pública.
- Téllez-Castilla, M. D. (2016). Políticas públicas y salud en México. En R. Aguilera-Portales, *Políticas públicas y estado social* (págs. 211-242). México: Esfera Pública.