

La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano

A health system's neoliberal reform: evidence
from the Mexican case

Reforma neoliberal de um sistema de saúde:
evidencia do caso mexicano

Oliva López-Arellano ¹
Edgar C. Jarillo-Soto ¹

doi: 10.1590/0102-311X00087416

Resumen

Este trabajo aborda la conformación en los años recientes del sistema de salud en México. Se presenta un análisis desde la determinación social que condiciona su formulación actual, las consecuencias en las condiciones de vida y trabajo de la población, los ejes de la reforma técnico-legal que dieron pauta para su transformación. La permanencia de instituciones de seguridad social y la introducción de un modelo de aseguramiento individual, sus implicaciones y consecuencias observadas hoy día. Desde una perspectiva del derecho a la salud, se contrastan las acciones, recursos e intervenciones de ambos modelos de prestación de servicios, y se observa la relevancia del sistema de seguridad social sobre el Seguro Popular. Se concluye que las soluciones implantadas para reformar el sistema de salud no tienen los resultados postulados y, por el contrario, significan reducción de intervenciones, incremento de costos, disminución de capacidad instalada y de personal profesional para su operación, así, lejos de solucionar el problema, se incrementan las inequidades y no se resuelven las contradicciones estructurales. Existen nuevos desafíos para los sistemas de salud, donde es inevitable situar los análisis en un marco más amplio, y no sólo centrarse en la operación funcional, administrativa y financiera de los sistemas de salud en nuestros países.

Reforma de la Atención de Salud; Derecho a la Salud; Inequidad Social; Política de Salud

Correspondencia

O. López-Arellano
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
Calz. del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México DF
04960, México.
oli@correo.xoc.uam.mx

¹ Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México DF, México.



Introducción

Las colectividades humanas, con el desarrollo histórico de saberes y prácticas en torno a los procesos vitales humanos como la salud, enfermedad y muerte, han conformado un campo específico de conocimiento e intervención, progresivamente materializado en organizaciones especializadas para promover la salud y enfrentar la enfermedad. Este proceso ha permitido configurar distintas respuestas sociales al proceso salud/enfermedad, cuya diversidad y complejidad son más evidentes en los siglos XX y XXI.

Los sistemas de salud cristalizan dinámicas económicas y sociopolíticas generales, cuya institucionalización se define en arenas de lucha, donde dirimen aspectos simbólicos, como la noción de salud y los modelos de atención, y dimensiones concretas materializadas en infraestructuras, equipamientos y recursos para la atención ¹.

Las transformaciones del sistema de salud mexicano a partir de los años ochenta han sido modeladas por reformas neoliberales, en el campo social y sanitario se rigen por la lógica de privatización/mercantilización y neobeneficencia. En esta dinámica, reordenan las características de los sistemas de protección social y modifica la relación público-privada ^{2,3,4}.

La política neoliberal en salud modela el sistema sanitario a través de varios ejes: reconfiguración del financiamiento, privatización de lo público rentable, selectividad de intervenciones, focalización de poblaciones, impulso al aseguramiento individual y conformación de paquetes básicos de atención. Este proceso de reforma incorpora gradualmente la lógica mercantil a las instituciones públicas, fortalece los discursos tecnocráticos, descalificando la politicidad inherente al campo sanitario y privilegia propuestas que diluyen la responsabilidad del Estado, como sujeto obligado de garantizar los derechos humanos fundamentales -entre ellos el derecho a la salud-, trasladando a los individuos y las familias la tarea de gestionar/administrar sus riesgos para mejorar su salud ^{5,6}.

Este trabajo presenta un análisis del sistema de salud mexicano, modelado por la reforma neoliberal, a la luz de los resultados preliminares del quiebre que significó la introducción del sistema de seguro individual, frente a la seguridad social, y se muestran algunos datos para ilustrar sus deficiencias desde una perspectiva del derecho a la salud.

La determinación estructural

En México, el modelo neoliberal adoptado ha configurado en los últimos 35 años un país crecientemente subordinado a la economía de los Estados Unidos de América. La incorporación del país a los tratados de libre comercio en forma desventajosa provoca desindustrialización de la producción nacional, orientada a los mercados locales y deprecia aceleradamente el valor de la fuerza de trabajo ⁷.

La liberalización comercial cambia la producción nacional, se afecta la producción campesina para consumo interno ⁸, transformando el campo mexicano con tres fenómenos centrales: desplazamiento de la población rural, apropiación de territorios y sustitución productiva que alienta el cultivo de drogas o megaproyectos neo-extractivistas, comerciales y turísticos, característicos del capitalismo contemporáneo, apropiándose de recursos con el despojo ⁹ y produce devastaciones sociales y de los ecosistemas ^{10,11}.

La economía criminal, en particular el narcotráfico, se expande en el país y el gobierno mexicano lo enfrenta exclusivamente por la vía policiaco-militar, configurando un Estado policiaco, con expresiones dramáticas como militarización de la seguridad pública ¹² y la violencia creciente con graves efectos sobre la vida de las personas. El incremento de muertes por homicidios impacta la esperanza de vida, para el periodo 2005-2010, la esperanza de vida de los varones pierde siete años al ubicarse en 2010 en el mismo nivel de 2003, con un efecto negativo sobre la esperanza de vida general que pierde 0,67 años ¹³.

En la reconfiguración neoliberal se reconoce una captura del Estado por sectores dominantes ¹⁴, prevaleciendo sus intereses en el aparato estatal, con desregulación económica y liberalización comercial. La perspectiva de libre mercado se impone y la dinámica política desarrolla una reforma del Estado, sin modificar de fondo su carácter autoritario, corporativo y clientelar ¹⁵.

El Estado limita su condición de propietario al vender activos públicos estratégicos; compacta estructuras gubernamentales y desmantela selectivamente las instituciones públicas. Reduce su papel redistributivo y disminuye su capacidad para regular las relaciones de clase y conflicto social, evadiendo su responsabilidad como garante de derechos humanos fundamentales, reconocidos constitucionalmente ¹⁶.

La transformación del país en la lógica neoliberal profundiza el deterioro de la calidad de vida de las mayorías, aumentando la población en condiciones de pobreza y la desigualdad. Se incrementa el trabajo precario y cerca del 60% de las personas ocupadas se encuentran en la informalidad laboral y fuera de la seguridad social ¹⁷. El salario pierde capacidad adquisitiva y persisten carencias sociales que afectan con mayor gravedad a grupos y territorios vulnerados e impiden el acceso a satisfactores esenciales para la vida (Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación de la política social. http://www.CONEVAL.gob.mx/Evaluacion/Paginas/inventario_nacional_de_programas_y_acciones_sociales.aspx, accedido el 15/Jun/2015).

La pobreza y la indigencia disminuyen en la mayoría de los países latinoamericanos en el periodo 2010-2014. En México la pobreza se incrementa a 46,2% y la indigencia a 9,2% en 2014 (Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la pobreza: pobreza en México. http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx, accedido el 24/Jul/2016). El país ocupa el lugar 13 en pobreza de los 15 países de la región, con aumento de 2.9% de la población pobre (Comisión Económica para América Latina. Panorama social de América Latina, 2015. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600227_es.pdf?sequence=1, accedido el 30/Mar/2016), atribuida principalmente a la reducción de ingresos de los hogares, producto del retroceso salarial sostenido por más de 30 años ¹⁸.

Estas condiciones, reconocidas como determinantes sociales de la salud son el escenario para la compleja carga de enfermedad con patología evitable, discapacidades y muertes prematuras ¹⁹. En los perfiles patológicos coexisten problemas carenciales e infecciosos, patología crónico-degenerativa, lesiones accidentales e intencionales, se mantienen las brechas socio-sanitarias y persisten inequidades ²⁰.

Además, se expresan dos fenómenos importantes: la polarización epidemiológica y la regresión sanitaria ²¹. La primera, expresada en el incremento de diferenciales de morbi-mortalidad entre regiones, estados y grupos poblacionales, en donde los espacios-población con menor índice de desarrollo humano, mayor grado de rezago social y de marginación, concentran problemas de enfermedad y muerte ^{22,23,24}. En segundo término, la regresión sanitaria, como proceso donde enfermedades erradicadas o controladas resurgen y, nuevamente, se convierten en problemas colectivos de salud, como paludismo, cólera, sarampión en las décadas de 1980 y 1990 y dengue y tuberculosis pulmonar desde la década de 1990.

Para 2014, del total de defunciones en el país un 75% corresponden a muertes por patología crónica (enfermedad isquémica del corazón, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedad cerebrovascular, neoplasias y cirrosis); 13% son lesiones accidentales e intencionales con un papel preponderante de los homicidios y un 12% muertes por enfermedades infecciosas y carenciales ²⁵, concentradas en regiones y grupos con bajos índices de desarrollo humano y elevado rezago social (Tabla 1).

La reforma neoliberal en salud

El desarrollo histórico del sistema público de salud y seguridad social en México se ha configurado con tres segmentos claramente diferenciados ²⁶. Uno, la seguridad social para trabajadores con empleo formal, subdividido en distintas instituciones con atención a conjuntos específicos de trabajadores: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creado en 1943; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959; el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM) en 1976, y para trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Otro, para quienes carecen de seguridad social, con servicios de la Secretaría de Salud (1943), los Sistemas Estatales de Salud (1985), el programa IMSS-Prospera (IMSS-Coplamar desde 1979, posteriormente IMSS-Solidaridad e IMSS-Oportunidades) y el Seguro Popular (2004). El

Tabla 1

Indicadores sociosanitarios seleccionados. México, 2014.

Indicadores	
Población en condiciones de pobreza	46,2%
Población en pobreza extrema	9,2%
Proporción del ingreso que se apropia el decil más rico	64,4%
Salario mínimo por día (MXN)	73,04
Índice de Gini	0,47
Esperanza de vida	74,9
Mortalidad infantil *	12,0
Mortalidad materna **	38,2
Proporción de muertes por enfermedades crónicas	75,0%
Proporción de muertes por enfermedades infecciosas y carenciales	12,0%
Proporción de muertes por lesiones accidentales e intencionales	13,0%

* Defunciones de menores de 1 año de edad por cada 1.000 nacidos vivos;

** Defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Fuente: elaboración a partir de Hernández 14; Secretaría de Salud 25; Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Medición de la pobreza: pobreza en México. http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx, accedido el 24/Jul/2016); Consejo Nacional de Población (Proyecciones de la población en México 2010-2050. <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>, accedido el 20/Jul/2016).

Nota: tipo de cambio: USD 1 = MXN 18,26.

tercero son servicios de salud privados, desde la gran empresa médica-hospitalaria, hasta los consultorios de farmacia.

Desde su creación hasta principio de los años 1980 se observa una expansión (heterogénea) de los servicios públicos de salud y, tanto la seguridad social laboral (con el IMSS a la cabeza), como la Secretaría de Salud, amplían gradualmente sus coberturas de atención médico-sanitaria, la cual es frenada por la imposición de la lógica de mercado impuesta en los últimos 35 años.

En este reordenamiento neoliberal, se privatizan áreas rentables de las instituciones de protección social, se modifica la relación público-privada en el sistema de salud, y se descentralizan problemas de la federación a los estados, sin fortalecer las capacidades técnicas, financieras y organizacionales locales, profundizando la inequidad preexistente y acelerando la exclusión de amplios sectores de la población. Se configura una política de salud polarizada con una vertiente de neo-beneficencia y otra de mercantilización-privatización 27.

Las instituciones públicas de salud restringen su quehacer a la oferta de paquetes básicos de atención e intervienen en forma selectiva y focalizada frente a la complejidad sociosanitaria, introducen la lógica mercantil en su funcionamiento y privatizan lo público rentable 28. En la dimensión ideológica, la complejidad del campo sanitario se reduce a culpar a los enfermos por no adoptar estilos de vida saludables y la búsqueda de la salud se reduce al consumo de servicios y a la gestión del riesgo en forma individual 29. Se impulsan intervenciones costo-efectivas, desde una supuesta neutralidad científico-técnica, que justifica paquetes básicos de salud muy distantes de las múltiples necesidades de atención de los mexicanos.

La modernización neoliberal de las instituciones públicas de salud en México inicia en los años ochenta 30 y avanza con contenidos específicos en los distintos periodos de gobierno (sexenios). En un primer momento, se define como el cambio estructural del sector salud 31 que impulsa cambios legales, compactación de estructuras administrativas y descentralización de los servicios de salud para población sin seguridad social 32, posteriormente, los servicios y programas se reordenan en las lógicas de focalización de poblaciones y selectividad de intervenciones, con reducción sostenida del financiamiento sectorial. La cobertura se amplía a expensas de paquetes básicos de salud que, gradualmente, simplifican y reducen la prestación de servicios públicos e impactan negativamente sobre la integralidad de la atención 33.

Paralelamente, se disminuye el financiamiento del subsistema de seguridad social laboral en particular del IMSS y el ISSSTE y se privatizan las pensiones, pasando de sistemas de reparto a capitalización individual, creándose las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), vinculadas a la banca privada ³⁴.

Los cambios en la estructura del gasto reducen los recursos destinados a la seguridad social. En 1990 representan el 81,7% del total de gasto público en salud y para 2011 disminuyen a 55,7% ³⁵. La reducción tiene efectos negativos en la inversión pública de equipamiento e infraestructura sanitaria e impacta en los indicadores de disponibilidad de servicios, que hoy son menores que hace tres décadas.

Actualmente, el porcentaje de gasto público en salud como proporción del PIB es del orden de 2,9 por ciento, 50% por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con un gasto per cápita anual en salud de USD 977 para 2010. La desinversión pública en infraestructura y recursos humanos, además de acelerar la pérdida de legitimidad de los servicios públicos por su reducida capacidad de respuesta a la demanda de atención, facilita la subrogación de servicios y el impulso a proyectos público-privados de prestación de servicios ³⁶.

El reordenamiento financiero para introducir el aseguramiento individual e instaurar el subsidio a la demanda se impulsa abiertamente desde el año 2003, con una reforma a la *Ley General de Salud* ³⁷ que crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), como opción para extender la cobertura de servicios médicos, sin entrar en contradicción con la lógica neoliberal ³⁸. Este sistema promueve un seguro voluntario subsidiado, conocido como Seguro Popular, financiado con recursos públicos (cuota social del Estado, aportaciones de los gobiernos federal y estatal) y cuotas de los beneficiarios (diferenciadas por condición socioeconómica), “garantiza” un paquete básico de servicios, contenido en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) ³⁹, y un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) ⁴⁰. Este seguro entra en operación el 1º de enero de 2004, a partir de 2006 incorpora un seguro específico para menores, llamado Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), para 2008 ya cuenta con más de 27 millones de afiliados ⁴¹ y datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía señalan para el 2014 una afiliación acumulada de 51,1 millones de personas en el Seguro Popular (Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Derechohabencia y uso de servicios de salud: población protegida por los servicios de salud, 2000 a 2016. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=35118>, accedido el 24/Jul/2016). También es notable el aumento de las intervenciones ofrecidas por el Seguro Popular que pasan de 90 en 2004, a 285 en 2013; en tanto que las consideradas en el FCGC inician con 4 intervenciones y actualmente ascienden a 59.

Para 2012 la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (ENSANUT) identifica coberturas de 38% para el Seguro Popular, de 32% para el IMSS, de 6% para el ISSSTE, mientras 21,4% de la población carece de cobertura de servicios de salud ⁴². Sin embargo, estas coberturas difieren sustancialmente en las intervenciones ofrecidas: el IMSS atiende 14 mil 900 diagnósticos, el Seguro Popular diagnostica y trata aproximadamente 1.556 enfermedades ⁴³.

La afiliación de beneficiarios al Seguro Popular rebasa la expansión de infraestructura y recursos humanos para atenderlos. La cápita por persona se reduce 17% en un año (de MXN 1.010,51 en 2009 a MXN 836,18 en 2010) ⁴⁴ y la disponibilidad de infraestructura y equipo disminuye entre 2008 y 2010 (Tabla 2).

La accesibilidad física de los afiliados al Seguro Popular y las personas sin afiliación reportan mayor tiempo de traslado, en particular quienes proceden de localidades pequeñas tienen menor accesibilidad a los servicios ⁴⁵, y el acceso a tratamiento se ve limitado por problemas de abasto oportuno de medicamentos, sólo un 65% de las recetas se surten en su totalidad ⁴².

A pesar de los magros resultados del SPSS en términos de cobertura efectiva ⁴⁶ y reducción de gasto de bolsillo ⁴⁷, en el año 2012 el ejecutivo federal propone un seguro médico universal para ampliar la cobertura de salud ⁴⁸. Para financiarlo propone mancomunar los recursos de las instituciones de salud y seguridad social, conformando un fondo único de salud, para garantizar una cápita individual para toda la población, la cual permitiría adquirir un seguro médico con un paquete de intervenciones “garantizadas” en un mercado plural de servicios. También, la intermediación financiera con empresas articuladoras captadoras de recursos públicos del fondo único de salud y pagadoras a los proveedores de servicios ⁴⁹.

Tabla 2

Variación de disponibilidad de servicios de salud por cada mil afiliados del Seguro Popular. México, 2008 y 2010.

Indicador	2008	2010
Establecimientos		
Unidad de consulta externa	0,629	0,391
Unidades de hospitalización	0,032	0,020
Camas censables disponibles	1,720	1,082
Camas no censables disponibles	1,292	0,789
Equipo médico disponible		
Incubadoras	0,095	0,063
Quirófanos	0,076	0,050
Salas de expulsión	0,212	0,126
Bancos de sangre	0,006	0,004
Laboratorios de análisis clínico	0,044	0,028
Equipos de mamografía	0,008	0,005
Unidades de hemodiálisis	0,002	0,001
Equipo de untrasonido	0,031	0,025
Médicos en contacto con pacientes	3,849	2,500
Enfermeras en contacto con pacientes	4,744	3,127

Fuente: Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social ⁴⁴.

La universalidad en curso

En el marco de la cobertura universal impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁵⁰ se perfila un discurso con centralidad en tres ejes fundamentales: población ¿quién está cubierto?, servicios ¿qué está cubierto? y gasto a las personas por los servicios ¿cuánto cuesta?, y propone arreglos institucionales para armonizar la prestación de servicios en contextos de recursos escasos.

Una distinción conceptual importante es la diferencia de incorporar poblaciones a servicios definidos, con la pretensión de ampliar el acceso y hacer eficiente el gasto, frente a modelos universalistas en materia de derechos sociales ⁵¹ para una perspectiva de derechos humanos como normas de derecho público que protegen bienes jurídicos, considerados fundamentales, e involucran su respeto, promoción, protección y garantía; la universalidad está determinada por la dignidad humana, sin reducirse únicamente al otorgamiento de servicios ⁵².

En México, el discurso de universalidad remite a la propuesta de generalizar un seguro médico. El Programa Sectorial de Salud ⁵³ destaca el papel de la Secretaría de Salud en la conducción, coordinación, regulación, seguimiento y evaluación del Sistema Nacional de Salud Universal (SINASU). Centra su interés en la adecuación del marco legal de las instituciones de salud y seguridad social y en la homologación e intercambio de servicios.

Se plantea un sistema definido y orientado a la persona, con un Paquete Universal de Servicios de Salud que incluiría los beneficios del SPSS, la constitución de un Fondo Nacional de Salud Universal para costear las intervenciones del paquete y definir cápitas individuales. Propone además la conformación de articuladoras de atención médica con funciones de intermediación en la compra de servicios y en la relación con los afiliados ⁵⁴. En la propuesta, estas intermediarias ofrecen un paquete de beneficios en salud, organizan la prestación del servicio, diseñan la red de prestadores que pueden ser de múltiples instituciones, manejan la información del afiliado y administran el riesgo de salud. Se prevé la inclusión de la iniciativa privada dentro de la red, el intercambio de servicios, cuando se justifique por cuestiones de accesibilidad y precio y la libre elección del prestador, con incentivos que transfieran recursos financieros a las unidades prestadoras de acuerdo a los servicios otorgados.

Como es evidente, la lógica del SINASU es la del aseguramiento privado, donde las preocupaciones giran en torno a la compra de servicios, la estandarización y costeo de intervenciones, acuerdos

sobre tabuladores y mecanismos de garantía de pago e intercambio de servicios, sistemas de facturación y definición de precios. Así, el planteamiento de universalidad se reduce a un seguro médico para los que carecen de seguridad social laboral, financiado con fondos públicos, para garantizar una cápita individual que permita la compra de un paquete básico de servicios en redes plurales de proveedores ⁵⁵.

Esta propuesta equipara la salud con el consumo de médico y se inscribe en la lógica de alentar mercados de atención. Más que instrumentos para proteger la salud, se privilegian los mecanismos financieros para redireccionar los fondos públicos hacia la demanda y promover la competencia por los recursos en redes plurales de proveedores públicos y privados ⁵⁶.

La separación de funciones es crucial para este modelo, pues al separar financiamiento de la prestación e introducir a las articuladoras de atención médica, se allana el camino para la incorporación de prestadores privados y para la consolidación de mercados estabilizados con fondos públicos. En el mismo sentido, la homologación de servicios, la portabilidad y la convergencia son esenciales para el funcionamiento de las redes plurales. La reforma avanza en separar el financiamiento de la prestación e igualar (hacia abajo) la oferta de servicios de la seguridad social.

Los usuarios, lejos de constituirse en sujetos de derecho, se mantienen como beneficiarios o se transforman en clientes y consumidores de un seguro médico. Al homologar los paquetes de servicios a la baja, considerando como parámetro el CAUSES del Seguro Popular, la población derechohabiente de la seguridad social perdería beneficios al acceder a un paquete “garantizado” con menos intervenciones y de hecho más costoso que el que otorgan actualmente las instituciones de seguridad social, con una clara regresión de su derecho a la protección de la salud.

Si la cobertura universal gira alrededor de los tres ejes mencionados, la información disponible señala que, a pesar de la reducción del financiamiento a la seguridad social, la privatización de los fondos de pensiones y la disminución de la disponibilidad de servicios médicos, el IMSS continúa teniendo fortaleza institucional. El contraste entre el IMSS y el SPSS en la producción de servicios, diagnósticos totales cubiertos, diagnósticos médicos, diagnósticos quirúrgicos y gasto en salud por afiliado; muestra una gran distancia entre la producción del IMSS y la reducida oferta del Seguro Popular. Son evidencias para orientar la decisión política e institucional de optar por el IMSS como la institución/plataforma para el logro de cobertura universal en el país (Tabla 3).

Sin embargo, todo apunta a que la opción de universalizar los servicios será a través del paquete ofrecido por el Seguro Popular. El acuerdo nacional hacia la universalización de los servicios de salud, firmado el 7 de abril de 2016, permite avanzar sin cambios legales sobre todo en el intercambio de servicios, la portabilidad y la integración programática ⁵⁷. En el mismo sentido, la conformación de una Comisión Reguladora de Servicios y Establecimientos de Salud para regular y vigilar la práctica médica, la certificación del personal de salud y los establecimientos de atención médica, centra la vigilancia en el personal de salud, que no tienen condiciones ni recursos para trabajar con seguridad y prestar servicios de calidad, sin consideraciones, ni propuestas para enfrentar los problemas estructurales del sistema público ⁵⁸.

Esta etapa de reconfiguración neoliberal de la sanidad que propone la “universalidad de mercado” está en marcha y es posible que pueda imponerse a través de modificaciones legales en la legislatura 2015-2018, con consecuencias negativas sobre el derecho a la salud, pues mientras no se reconozcan y enfrenten los graves problemas de fragmentación, desfinanciamiento y precarización del sector salud, y se considere una reforma para garantizar el derecho a la salud en sentido amplio, tendremos una nueva fase de mayor fragmentación y debilitamiento del sistema público de salud y seguridad social.

En una dinámica de esta naturaleza, la salud es una mercancía, no hay sujetos de derecho, sino consumidores, y la atención se regula a través de los mecanismos habituales de los seguros privados (exclusiones, pre-existencias, prepago, cuotas reguladoras, etc.). Adicionalmente, en un mercado de servicios médicos es previsible el interés por la atención curativa e individual que resulta más rentable, en detrimento de las acciones colectivas de salud pública, provocando una mayor fragmentación de las instituciones públicas de salud y seguridad social, y el abandono de la actuación intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad.

Tabla 3

Servicios y costos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). México, 2015.

Producción de servicios	IMSS		SPSS		Total
	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) *		Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos **	Seguro Médico Siglo XXI ***	
Diagnósticos totales cubiertos #	14.900	1.004	138	214	1.356
Diagnósticos médicos cubiertos	10.561	667	138	210	1.015
Diagnósticos quirúrgicos cubiertos	4.339	337	0	4	341
Gasto en salud por afiliado (MXN)	3.519,00	-	-	-	3.000,00

* Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud ³⁹;** Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud ⁶⁵;*** Secretaría de Salud ⁶⁶;# Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ⁶⁷.Fuentes: cálculos propios a partir de - Instituto Mexicano del Seguro Social ⁶⁸; Vértigo ⁶⁹.

Nota: tipo de cambio: USD 1 = MXN 18,26.

Comentarios finales

La salud es condición necesaria para el desarrollo pleno de capacidades individuales y colectivas y el Estado es el sujeto obligado a respetar, proteger, promover y garantizar el derecho a la salud. El deterioro de las condiciones de vida y trabajo de grandes grupos poblacionales, las desigualdades sociales y sanitarias, el desmantelamiento de las instituciones públicas de salud y seguridad social, el complejo panorama de enfermedad y muerte en el país, constituyen los principales desafíos para garantizar este derecho.

La experiencia de reformas en salud y transformaciones institucionales en América Latina permite identificar y anticiparse a los problemas e incorporar estrategias exitosas. En ese sentido, y con el propósito de modificar la "universalidad" en curso, es posible señalar los costos de la desregulación, intermediación financiera y captura de recursos para salud por negocios de alta rentabilidad ⁵⁹; los alcances y límites de las reformas gradualistas ⁶⁰, la utilidad de instrumentos de contención de costos y regulación de intervenciones ⁶¹, la importancia de las resistencias gremiales ²⁶, la utilidad de las coaliciones, la necesidad de fortalecer la rectoría estatal ⁶² y la trascendencia de la movilización popular por el derecho a la salud ⁶³.

Dado que el derecho a la salud involucra los determinantes sociales (alimentación, agua, entorno salubre, vivienda, trabajo, educación, nivel de vida) y el derecho a la protección de la salud ⁶⁴, garantizarlo requiere políticas públicas saludables que tiendan a elevar la calidad de vida de las poblaciones; así como de políticas sectoriales e intersectoriales para frenar el deterioro de las instituciones públicas de salud y seguridad social, para revertir su fragmentación y desfinanciamiento, y posibilitar rutas para la construcción de un sistema público de salud y seguridad social universal, integral, equitativo, solidario e intercultural.

Este sistema debe constituirse desde una plataforma institucional que supere la falsa disyuntiva entre logro técnico y aspiraciones ético-políticas. Entre gestión y financiamiento eficiente de los servicios, y principios éticos y filosóficos de equidad, solidaridad y justicia sanitaria que orienten las políticas y modelen el sistema de atención. Avanzar en el logro de la protección a la salud de todos los mexicanos implica abandonar la lógica de mercado y superar la fragmentación institucional y programática de los servicios de salud, para garantizar la disponibilidad, el acceso, la aceptabilidad y la calidad de los servicios, con estrategias transversales de no discriminación, perspectiva de género, igualdad de trato y equidad.

Diversos actores, desde una perspectiva de salud colectiva, proponen frenar el desmantelamiento de las instituciones públicas de salud y dotarlas de recursos (por ejemplo: la Asociación Latinoamericana de Medicina Social-México – <http://www.alames.org/index.php/paises/mexico>; el Foro Salud México – <https://www.facebook.com/ForoSaludMX/?fref=ts>; el Fundar Centro de Análisis e Investigación – <http://fundar.org.mx/>; y el Centro de Reflexión y Acción Laboral – <http://www.fomento.org.mx/proyectos/cerealDF.php>). Para re-direccionar la reforma desde nuestra perspectiva se debe considerar la plataforma institucional de servicios de salud que ofrece el IMSS y optar por un modelo, basado en la atención primaria a la salud, con la articulación de sistemas locales y regionales de salud con acciones de base territorial e integración de redes de servicios de distintos niveles de complejidad. En forma urgente, se requiere mejorar la infraestructura y el equipamiento, dotar de medios e insumos a las unidades de salud y ampliar la contratación de personal, para que los equipos de salud puedan realizar sus actividades en condiciones dignas y seguras, y producir servicios resolutivos y de calidad.

Esta propuesta requiere modificaciones legales, armonización normativa y financiamiento fiscal progresivo que, sin desaparecer las cuotas obrero-patronales de la seguridad social, permita un incremento sustancial del gasto público en salud. También es central que en la defensa del sistema público de salud y seguridad social se movilicen y participen múltiples actores, se construyan agendas comunes por el derecho a la salud, en donde las personas sean reconocidas como sujetos de derecho y estén plenamente representadas.

Colaboradores

O. López-Arellano trabajó en la concepción y diseño del artículo, recopilación, análisis e interpretación de datos y redacción del artículo. E. C. Jarillo-Soto participó en el análisis e interpretación de datos. Los autores fueron responsables por la aprobación de la versión final para ser publicada y todos los aspectos del trabajo para garantizar la exactitud e integridad de cualquier parte de la obra.

Referencias

- Vieira CM, Wargas FBT, Dias LL. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
- Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa. México DF: Ediciones ERA; 1997. (Colección Problemas de México).
- Laurell AC, López O. Market commodities and poverty relief: the World Bank proposal for health. In: Navarro V, coordinador. The political economy of social inequalities: consequences for health and quality of life. New York: Baywood; 2002. p. 191-228.
- Laurell AC. Health system reform in Mexico: a critical review. *Int J Health Serv* 2007; 37:515-35.
- López O, Blanco J. Políticas de salud en México: la reestructuración neoliberal. In: Jarillo E, Ginsberg E, coordinadores. Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. p. 21-48.
- López O, Blanco J. Políticas de salud en México: más policía médica y menos salud colectiva. In: Peña F, Parra B, coordinadores. La medicina social en México II. Globalización neoliberal. México DF: Ediciones y Gráficos Eón; 2010. p. 55-64.
- Tello C, Ibarra J. La revolución de los ricos. 2ª Ed. México DF: Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
- Santos A. El patrón alimentario mexicano del libre comercio. México DF: Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México/Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2014.
- Gilly A. El tiempo del despojo: poder y territorio. *Observatorio Social de América Latina* 2014; (35):27-37.
- Paz MF. Deterioro y resistencias: conflictos socioambientales en México. In: Tetreault V, Ochoa H, Hernández E, coordinadores. Conflictos socioambientales y alternativas de la sociedad civil. Guadalajara: Universidad Jesuita de Guadalajara; 2012. p. 27-47. (Colección Alternativas al Desarrollo).
- Toledo V. Ecocidio en México: la batalla final es por la vida. México DF: Grijalbo; 2015.
- Méndez JE. Informe del relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. http://sintortura.mx/wp-content/uploads/2015/03/A_HRC_28_68_Add_3_SPA.pdf (accedido el 12/Feb/2016).
- Cárdenas R. Mortalidad: niveles, cambios y necesidades en materia de política pública. In: Romero CR, coordinador. Los mexicanos: un balance del cambio demográfico III. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2014. p.115-33.
- Hernández GE. Desigualdad extrema en México. Concentración del poder económico y político. http://cambialasreglas.org/pdf/desigualdadextrema_informe.pdf (accedido el 10/Nov/2015).
- López O, Blanco J, Rivera JA. Determinantes sociales y derecho a la salud en México. In: Tetelboin C, Granados JA, coordinadores. Debates y problemas actuales en medicina social: la salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2015. p. 41-66. (Serie Académicos, 119).
- López O, López S. Derecho a la salud en México. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2015.
- Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; Coordinación del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, INCIDE Social, A.C.; Observatorio de Política Social y Derechos Humanos; DECA Equipo Pueblo, A.C.; et al. Informe alternativo de sociedad civil (IASC) al primer informe de México al Protocolo de San Salvador. <http://observatoriopoliticasocial.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/Informe-Alternativo-PSS-México.pdf> (accedido el 30/Mar/2016).
- Delgado O. Datos y resultados en el registro de la pobreza. *La Jornada* 2016; 24 mar. <http://www.jornada.unam.mx/2016/03/24/opinion/026aleco> (accedido el 30/Mar/2016).
- Lozano R, Gómez-Dantés H, Pelcastre B, Ruelas MG, Montañez JC, Campuzano JC, et al. La carga de la enfermedad en México, 1990-2010: nuevos resultados y desafíos. México DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2014.
- López O, Rivera JA, Delgado I, Blanco J. Crisis, condiciones de vida y salud: nuevos retos para la política social. *Med Soc* 2010; 5:165-70.
- Blanco J, López O. De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis. In: Blanco J, López O, coordinadores. La política sanitaria mexicana en los ochenta. México DF: Fin de Siglo Editores y Colectivo CES; 1990. p. 35-60.
- Freyermuth G. Determinantes sociales en la muerte materna en México. *Rev CONAMED* 2016; 21:25-32.
- Linares N, López O. Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. *Salud Colect* 2009; 5:237-57.
- Duarte-Gómez MB, Núñez-Urquiza RM, Restrepo-Restrepo JA, Richardson-López-Collada VL. Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice desarrollo humano en México. *Bol Méd Hosp Infant Méx* 2015; 72:181-9.
- Secretaría de Salud. Programa sectorial de salud, 2013-2018. http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf (accedido el 20/Jul/2016).

26. Barba C. La reforma de los sistemas de salud en América Latina: los casos de las reformas de tempranas, intermedias y de tercera generación en México y Chile. In: Fidel C, Valencia E, coordinadores. (Des)encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2012. p. 61-96.
27. López-Arellano O, Blanco-Gil J. La polarización de la política de salud en México. *Cad Saúde Pública* 2001;17:43-54.
28. López O, Blanco J. Salud y “nuevas” políticas sociales en México. In: Peña F, Alonzo LA, coordinadores. Cambio social, antropología y salud. México DF: Instituto Nacional de Antropología e Historia; 2006. p. 15-26.
29. Castro JM. Promoción de la salud: de discurso preventivista a estrategia biopolítica del siglo XXI. Implicaciones para el ejercicio del derecho a la salud [Tesis de Doctorado]. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2016.
30. López O, Blanco J. La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 1993.
31. Soberón G, Kumate J, Laguna J. La salud en México: testimonios 1988. México DF: Secretaría de Salud; 1988.
32. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17:210-20.
33. López O, Blanco J, Rivera JA. Descentralización y paquetes básicos ¿Una nueva propuesta excluyente? In: Rojas F, Márquez M, coordinadores. Alames en la memoria. La Habana: Editorial Caminos; 2009. p. 429-45.
34. Mussot ML. Hacia una alternativa de reforma al seguro de enfermedad y maternidad del IMSS. In: Ramírez BP, coordinador. La seguridad social, reformas y retos. México DF: Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México; 1999. p. 101-23.
35. Ponce Meléndez CR. Gasto público en salud: el caso de México. http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2014/12/GPS.ARTICULO_mexico.pdf (accedido el 12/Jun/2015).
36. Herrera J, Laurell AC. Proyectos de prestación de servicios: una nueva forma de privatización. In: Peña F, Parra B, coordinadores. La medicina social en México II. Globalización neoliberal. México DF: Ediciones y Gráficos Eón; 2010. p. 163-75.
37. Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación 2014; 19 dic.
38. Barba C. La reforma de la Ley General de Salud en México y la creación del Seguro Popular. In: Valencia E, coordinador. Perspectivas del universalismo en México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Fundación Konrad Adenauer; 2010. p. 87-102.
39. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud – CAUSES, 2016. México DF: Secretaría de Salud; 2016.
40. Secretaría de Salud. Sistema de protección social en salud. Hacia un sistema universal de salud. México DF: Secretaría de Salud; 2003.
41. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud en México. *Salud Pública Méx* 2011; 53 Suppl 2:S220-32.
42. Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Oropeza C, Hernández Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: resultados nacionales 2012. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
43. López O, Tetelboin C, Jarillo E, Garduño MA, Granados JA, López S, et al. La universalización del acceso a la atención médica y a la salud desde la salud colectiva y los derechos. In: Organización Panamericana de la Salud, coordinador. Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México. México DF: Organización Panamericana de la Salud; 2013. p. 265-75.
44. Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México DF: Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social; 2015.
45. Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México 2014. México DF: Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social; 2015.
46. Laurell AC. Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2013.
47. Bonilla ME, Aguilera N. The Mexican social protection system in health. Washington DC: World Bank; 2013.
48. López O, Rivera JA. Sistema Nacional de Salud Universal: universalidad de mercado y restricción de derechos. México DF: Red Mexicana de Investigación en Política Social; 2015.
49. Grupo de Trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. Universalidad en los servicios de salud en México. *Salud Publica Méx* 2013; 55:EE1-64.
50. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud. El camino a la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
51. Valencia E, Foust D. ¿Es pertinente pensar hoy en el universalismo en México? In: Valencia E, coordinador. Perspectivas del universalismo en México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Fundación Konrad Adenauer; 2010. p. 7-21.

52. López S, López O. Origen y naturaleza de los derechos humanos. In: López O, López S, coordinadores. *Derecho a la salud en México*. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2015. p. 17-49.
53. Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Programa sectorial de salud, 2013-2018. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf (accedido el 07/Mar/2016).
54. Juan M. Sistema Nacional de Salud Universal: experiencia en México. Secretaría de Salud. In: Conferencia Internacional hacia la Cobertura Universal en Salud. <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/Sistema-Nacional-de-Salud-Universal-experiencia-en-Mexico.pdf> (accedido el 28/Nov/2015).
55. Juan M. Intervención de la Secretaría de Salud, durante la conmemoración del Día Mundial de la Salud 2013. Comunicación Social 2013; 02 abr. http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2013-04-02_6238.html (accedido el 03/Mar/2013).
56. González E, Moguel A, Váldez C, Arreola H. Propuesta de funsalud. In: Organización Panamericana de la Salud, coordinador. *Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México DF: Organización Panamericana de la Salud; 2013. p. 215-8.
57. Secretaría de Salud. Acuerdo nacional hacia la universalización de los servicios de salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/76997/ACUERDO_NACIONAL_FIRMADO_7_ABRIL_2016.pdf (accedido el 08/Mar/2016).
58. Leal G. La seguridad social "universal" de Peña Nieto. Fin de las prestaciones integrales e imposición de "pisos" mínimos de "protección" social como suscribe la OIT. In: Mayans F, coordinador. *Seguridad social en salud: pensiones y desempleo. Miradas desde México y América Latina*. México DF: Senado de la República LXIII Legislatura, Comisión de Seguridad Social; 2016. p. 509-19.
59. Martínez F. Lecciones internacionales aprendidas: Colombia. In: Organización Panamericana de la Salud, coordinador. *Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México DF: Organización Panamericana de la Salud; 2013. p. 114-32.
60. Artaza O. Lecciones internacionales aprendidas: Chile. In: Organización Panamericana de la Salud, coordinador. *Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México DF: Organización Panamericana de la Salud; 2013. p. 93-113.
61. Agustí F. Lecciones internacionales aprendidas: España. In: Organización Panamericana de la Salud, coordinador. *Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México DF: Organización Panamericana de la Salud; 2013. p. 133-8.
62. Bustamante M, Yglesias A. Lecciones internacionales aprendidas: Perú. In: Organización Panamericana de la Salud, coordinador. *Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México DF: Organización Panamericana de la Salud; 2013. p. 139-55.
63. Conh A. La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal. *Med Soc* 2008; 3:87-99.
64. Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 2000. (Observación General, 14).
65. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud. Anexo I. Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos – CAUSES, 2016. <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/gestion/INTERVENCIONES%20FPGC.pdf> (accedido el 08/Mar/2016).
66. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2015. *Diario Oficial de la Federación* 2014; 28 dic.
67. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10ª Rev. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
68. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015-2016. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016.
69. Depuración. *Revista Vértigo* 2016; 15 may. p. 49.

Abstract

This study addressed the shaping of Mexico's health system in recent years, with an analysis of the social determination conditioning the system's current formulation, the consequences for the population's living and working conditions, and the technical and legal reform measures that shaped the system's transformation. The article then analyzes the survival of social security institutions and the introduction of an individual insurance model and its current implications and consequences. From the perspective of the right to health, the article compares the measures, resources, and interventions in both health care models and highlights the relevance of the social security system for Popular Insurance. The article concludes that the measures implemented to reform the Mexican health system have failed to achieve the intended results; on the contrary, they have led to a reduction in interventions, rising costs, and a decrease in the installed capacity and professional personnel for the system's operation, thus falling far short of solving the problem, rather aggravating the inequities without solving the system's structural contradictions. Health systems face new challenges, inevitably requiring that the analyses be situated in a broader framework rather than merely focusing on the functional, administrative, and financial operation of the systems in the respective countries.

Health Care Reform; Right to Health; Social Inequity; Health Policy

Resumo

Este trabalho aborda a conformação, nos últimos anos, do sistema de saúde no México. Apresenta uma análise a partir da determinação social que condiciona a sua formulação atual, as consequências sobre as condições de vida e de trabalho da população, as diretrizes da reforma técnico-legal que embasaram a sua transformação. A permanência de instituições de seguridade social e a introdução de um modelo de plano de seguro individual, suas implicações e consequências observadas hoje. Desde a perspectiva do direito à saúde, comparam-se as ações, recursos e intervenções de ambos os modelos de prestação de serviços, e se examina a relevância do sistema de seguridade social com relação ao Seguro Popular. A conclusão é que as soluções implementadas para reformar o sistema de saúde não alcançaram os resultados pretendidos e, ao contrário, redundaram em redução de atos médicos, aumento dos custos, diminuição da capacidade instalada e do número de profissionais para a sua operação. Dessa forma, longe de solucionar o problema, aumentaram as desigualdades e não foram resolvidas as contradições estruturais. Existem novos desafios para os sistemas de saúde, para os quais é inevitável situar as análises em um marco mais amplo, e não apenas focando a operação funcional, administrativa e financeira dos sistemas de saúde em nossos países.

Reforma dos Serviços de Saúde; Direito à Saúde; Iniquidade Social; Política de Saúde

Recibido el 21/May/2016
 Versión final presentada el 03/Ago/2016
 Aprobado el 05/Ago/2016