

# RÉGIMEN POLÍTICO Y POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO

## ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS Y ANÁLISIS DE CASOS

Juan Manuel Mendoza Rodríguez  
(Coordinador)

Victoria Ixshel Delgado Campos  
Edgar Carlos Jarillo Soto  
Claudia Alicia López Ortiz  
Roselia Arminda Rosales Flores  
Gustavo Ruiz Rafael



# **RÉGIMEN POLÍTICO Y POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO**

**ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS  
Y ANÁLISIS DE CASOS**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DRA. TANIA HOGLA RODRÍGUEZ MORA  
RECTORA

MTRO. CÉSAR ENRIQUE FUENTES HERNÁNDEZ  
COORDINADOR ACADÉMICO

MUSEÓGRAFO FERNANDO FCO. FÉLIX Y VALENZUELA  
COORDINADOR DE DIFUSIÓN CULTURAL Y EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

EQUIPO DE LA BIBLIOTECA DEL ESTUDIANTE

ÁNGELES GODÍNEZ GUEVARA  
RESPONSABLE

ANA BEATRIZ ALONSO OSORIO  
FLORINA PIÑA CANCINO  
MIGUEL NAPOLÉON ESTRADA SERRANO  
SERGIO JAVIER CORTÉS BECERRIL  
VERÓNICA DURÁN CARMONA

# **RÉGIMEN POLÍTICO Y POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO**

**ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS  
Y ANÁLISIS DE CASOS**

**JUAN MANUEL MENDOZA RODRÍGUEZ  
(COORDINADOR)**

**VICTORIA IXSHEL DELGADO CAMPOS  
EDGAR CARLOS JARILLO SOTO  
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ  
ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES  
GUSTAVO RUIZ RAFAEL**

FICHA CATALOGRÁFICA E-S/N

---

Régimen político y políticas de salud en México : enfoques teórico-metodológicos y análisis de casos / Juan Manuel Mendoza Rodríguez, coordinador. – Primera edición. — México : Universidad Autónoma de la Ciudad de México 2022.

94 páginas ; 28 cm.

Con textos de: Victoria Ixshel Delgado Campos, Edgar Carlos Jarillo Soto, Claudia Alicia López Ortiz, Roselia Arminda Rosales Flores, Gustavo Ruiz Rafael.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN 978-607-8840-44-1

1. Salud pública — México. — 2. Administración de la salud pública — México. — 3. Atención médica — México. — 4. Promoción de la salud — México. — I. Mendoza Rodríguez, Juan Manuel, coordinador.

LC RA451

Dewey 361.6130972

---

*Régimen político y políticas de salud en México.  
Enfoques teórico-metodológicos y análisis de casos*

primera edición, 2022

D.R. © Juan Manuel Mendoza Rodríguez, Victoria Ixshel Delgado Campos, Edgar Carlos Jarillo Soto, Claudia Alicia López Ortiz, Roselia Arminda Rosales Flores, Gustavo Ruiz Rafael

D.R. © Universidad Autónoma de la Ciudad de México  
García Diego 168, col. Doctores, alc. Cuauhtémoc,  
06720, Ciudad de México

ISBN: 978-607-8840-44-1

[https://www.uacm.edu.mx/Organizacion/CoordinacionAcademica/Biblioteca\\_Estudiante](https://www.uacm.edu.mx/Organizacion/CoordinacionAcademica/Biblioteca_Estudiante)

Material educativo universitario de distribución gratuita para estudiantes de la UACM.  
Prohibida su venta

Hecho e impreso en México

# INTRODUCCIÓN

Juan Manuel Mendoza Rodríguez

La presente obra nace de la idea de exponer una propuesta teórico-metodológica para el análisis de la política social en salud y el régimen político. Forma parte de una serie de materiales bibliográficos de apoyo para estudiantes de promoción de la salud, aunque su abordaje ofrece una aproximación al análisis de las políticas de salud para aquellos que tengan interés sobre el tema, particularmente los profesionales del área de la salud.

Para los fines de esta obra y dadas las características del contexto en el que se inserta el Sistema Nacional de Salud, se aborda la política social en salud del régimen neoliberal en México. El análisis de la política social permite conocer la orientación que un Estado tiene respecto a la resolución de los problemas de desigualdad social y la generación de bienestar. En el modo de producción capitalista existen distintos esquemas o modelos de política social, que se desprenden de la forma de entender las desigualdades, las maneras de abordarlas y de darles solución. El concepto de régimen político se utiliza para caracterizar la diversidad de estos modelos de política social. En México, el régimen político que predominó hasta finales de la década de los setenta fue el social demócrata o de bienestar social, en el que el Estado tiene una participación preponderante en la prestación de servicios básicos (educación, salud, comunicación y transporte, energéticos, entre otros), pero a partir de la década de los ochenta se comenzó a implementar un régimen que incorpora una mayor participación del mercado en la esfera de producción y prestación de servicios básicos, al que se conoce como régimen político neoliberal. En este modelo, el Estado se retira como agente de producción, prestación y financiamiento de servicios de salud, adoptando primordialmente una función de rectoría y regulación.

En promoción de la salud, el análisis de la política social radica en la necesidad de crear políticas saludables, es decir, políticas que estén orientadas a la generación de condiciones en las que se mantiene o mejora la salud de las personas. Cuando la salud se concibe como bien de cambio, la política pública está orientada a generar el máximo grado de eficiencia y eficacia; se busca, además, que el intercambio de los bienes y servicios para la salud generen plusvalor, sin importar a qué grupo de población estén dirigidos y si estos cuentan con el poder de compra para poder acceder a aquellos.

La política pública que concibe la salud como derecho, busca la equidad, la igualdad y la universalidad en el acceso, como la realización de la justicia distributiva; si bien no se enfoca en los procesos de eficiencia y eficacia como garantía del derecho, tampoco deja de considerarlos, ya que forman parte importante en el proceso de calidad de los servicios, que es un elemento esencial del derecho a la salud de acuerdo con la Observación General número 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966).

El ingreso, la vivienda, el trabajo son determinantes sociales de la salud-enfermedad, y cada uno de estos aspectos de la vida, sobre los que todos tenemos derecho

de satisfacer plenamente en igualdad de condiciones, deben ser garantizados por el Estado, a través del diseño, planeación e implementación de políticas que favorezcan el desarrollo humano y las condiciones en las que pueda exigirse, ejercerse y gozarse el derecho a la salud más allá de sólo el cuidado, sino también la garantía de bienes y servicios seguros y saludables, en concordancia con el planteamiento de la Carta de Ottawa (WHO, 1986).

Por procesos de determinación de la salud-enfermedad se entiende no sólo a las prácticas de participación, sino las estructuras de poder que determinan que la participación de la comunidad adquiera en los órganos de representación cierta forma y que tenga un impacto en las condiciones de salud. En este sentido es que las políticas públicas, y en particular las políticas de salud, son determinantes de la salud-enfermedad.

La salud como completo estado de bienestar social y mental no es aprehensible en términos prácticos; de hecho, la observación general 14 PIDESC, que trata el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud en función de las condiciones de desarrollo de cada sociedad, no considera la definición de la OMS (International Health Conference, 2002) para establecer una base conceptual sobre la cual se pueda garantizar este derecho. Esta definición ha sido criticada en diversos aspectos (Terris, 1975; Sartorius, 2006; Alcántara, 2008; Hubert, et al., 2011; Herrero, 2016); no obstante, representó una contribución importante en su momento para la comprensión más amplia de la salud. Para poder avanzar en este sentido, es necesario detenernos a analizar las implicaciones de este planteamiento, y partir de una comprensión de la salud como determinación social e histórica, puesto que adquiere especificidad en función del momento y el grado de desarrollo de una sociedad.

Así, tenemos que las diferencias que existen en el modo de diseñar y planear las políticas tienen que ver con la manera de concebir la salud, y ello tiene consecuencias a nivel operativo, táctico y estratégico.

La creación de políticas saludables es una de las estrategias de promoción de la salud, ya que, como se menciona en la Carta de Ottawa, la promoción de la salud consiste en «proporcionar a los pueblos los medios necesarios para tener control sobre su propia salud». Entonces, las políticas sociales, a través de las cuales se promueve la salud deben tener la característica de posibilitar condiciones adecuadas para la producción y reproducción de medios sociales que permitan a las personas tener el control sobre su salud.

La presente obra se construye a partir de una estructura que permite indagar el desarrollo histórico del Estado capitalista y los regímenes de política pública de salud durante el periodo en que se implementa e impulsa el modelo neoliberal.

Los dos primeros capítulos abordan la noción del Estado como categoría teórica para el análisis de la respuesta social organizada, que se sintetiza en la prestación de servicios públicos de salud. Asimismo, se exponen otras categorías a través de las cuales se comprende la determinación social del proceso salud-enfermedad, tales como hegemonía, régimen político y actores sociales.

Los tres capítulos subsecuentes abordan problemáticas particulares que emergen a partir de la implementación de la política social del modelo neoliberal en salud, como es el caso el mejoramiento de la calidad de vida a través de la implementación de la estrategia de mejoramiento de la calidad en la atención, la inclusión de un modelo de promoción de la salud como línea de acción para reducir algunas inequidades en el

perfil epidemiológico, y el caso de la discapacidad como parte de las acciones orientadas a la inclusión social.

El análisis del diseño e implementación de la política social a través de programas específicos, a lo largo de varios sexenios, permite visualizar los avances y retrocesos que se han tenido tanto en la garantía del derecho a la salud como al mejoramiento de la misma. También sirve como base de conocimiento para mejorar las propuestas en materia de política pública de salud.

Esperamos que este texto sirva tanto para aportar al conocimiento y discusión del papel del Estado como actor y agente social en la satisfacción de necesidades en salud, así como generador de condiciones para la reproducción de las respuestas sociales ante situaciones de salud-enfermedad.

## REFERENCIAS

- ALCÁNTARA, G. (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), 93-107.
- HERRERO, S. (2016). *Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud*. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&tlng=es).
- HUBERT, M; Knottnerus, J; Green, L; van der Horst, H; Jadad, A; Kromhout, D; Leonard, B; Lorig, K; Loureiro, MI; van der Meer JWM; Schnabel, P; Smith, R; van Well, C; Smid, H. (2011). How Should We Define Health? *BMJ* 343, d4163.
- INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS (1966). Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27. <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>
- INTERNATIONAL HEALTH CONFERENCE. (2002). Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (12), 983 - 984. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268688>.
- SARTORIOUS, N. (2006). The meaning of health and its promotion. *Croat. Med. J.* 4, 662- 64.
- TERRIS, M. (1975). Approaches to an Epidemiology of Health. *Am. J. Public Health* 65(10), 1037-1045.
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion. First international conference of health promotion*, Ottawa, 21 november 1986. <http://www.health.qld.gov.au/chipp/documents/32351.pdf>



# I. ALGUNAS CATEGORÍAS TEÓRICAS PARA EL ANÁLISIS CRÍTICO DE POLÍTICA DE SALUD

Roselia Arminda Rosales Flores

## ■ INTRODUCCIÓN

El propósito de este capítulo es configurar un marco teórico-conceptual para el estudio de las políticas de salud, a partir de establecer una jerarquía entre las categorías con las que se analiza un Sistema de Salud (SS) como respuesta social organizada. Para ello, se construyen categorías intermedias que permiten relacionar los procesos abstractos (categorías teóricas) con procesos observables que pueden ser mensurables o caracterizados cualitativamente (categorías analíticas).

Para construir estas categorías se parte de la perspectiva sociohistórica, que representa un visión crítica de la salud (Tetelboin, 1992, 1997, 2007; López y Blanco, 1993, 2007; Laurell, 1997, 1999; Donangelo, 1976). Su capacidad explicativa contrasta con la perspectiva estructural funcionalista y las vertientes en voga de la economía de la salud (Molina, Aguilar y Amozurrutia, 2018; Frenk y Gómez, 2008; Knaul, Arreola y Escandón, 2007; Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006), que se acercan a problemas semejantes, pero no se ocupan de la dimensión social e histórica de los procesos sociales, sino que se limitan al análisis de los elementos que intervienen y las funciones que desempeñan en un momento específico, es decir, tienen un carácter ahistórico.

La perspectiva sociohistórica parte de que el proceso de salud-enfermedad (PSE) es un fenómeno biológico, pero tiene también en sí mismo un carácter social e histórico. Las respuestas de la sociedad frente a los problemas de salud-enfermedad también tienen ese doble carácter. En este sentido, los conceptos que se utilizarán para el abordaje de los Sistemas de Salud deben ser conceptos que permitan analizar este doble carácter, tanto en un nivel general como en situaciones concretas.

## ■ CATEGORÍAS TEÓRICAS PARA EL ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS EN SALUD

Los primeros conceptos que se requiere analizar son: *prácticas en salud*, *régimen político*, *políticas sociales*, *actores sociales*. En un segundo momento también se analizará contexto económico, político e ideológico en el que se conforman los SS. Las *prácticas en salud* son aquellas respuestas de la sociedad que están orientadas a la solución de problemas de enfermedad o el mejoramiento de la salud. El *régimen político* expresa las relaciones de fuerza entre los grupos a proyectos políticos distintos y la relación que se establece entre Estado y mercado. Las políticas sociales son una toma de posición del Estado frente a los diversos problemas sociales en función de intereses (Cancino, 2000). Estas políticas, como posicionamiento, presentan a su vez una dimensión ideológica

(Tetelboin, 1997). Asimismo, las políticas públicas pueden adquirir el carácter de políticas sociales cuando están orientadas a generar bienestar (ONU, 2004).

Una categoría teórica indispensable para pensar las instituciones en el campo de la salud, es aquella que engloba el conjunto de respuestas sociales: las *prácticas en salud* (véase Esquema 1). Estas se expresan en un espacio social heterogéneo, en el cual se establecen relaciones de hegemonía/subordinación entre las prácticas y los modelos que las constituyen y los sujetos en ellas involucrados (Tetelboin, 1997).

Las *prácticas en salud* pueden entenderse como un bien producido, un servicio reconocido en su conjunto para satisfacer necesidades de salud. No todas las prácticas en salud han tenido el mismo peso históricamente, desde la emergencia del capitalismo y con la racionalidad científica y el desarrollo de la tecnología, las formas de interpretar los procesos de salud-enfermedad-atención han obedecido a lo que Menéndez (2020) llama *Modelo Médico Hegemónico* (MMH). El MMH es la práctica médica en la sociedad de clases (Donangelo, 1976; Tetelboin, 1997; Foucault, 2012).

Para el estudio de las *prácticas de salud* (como categoría teórica) se requieren categorías mediadoras que permitan su análisis. Una de ellas es la categoría *políticas sociales*. Las políticas sociales (véase Esquema 1) se constituyen desde la esfera pública y se proponen como soluciones a la satisfacción de necesidades sociales (Laurell, 1999; Farfán, 2000; Lechner, 1992), es decir, están definidas por las acciones que se realizan para enfrentar las problemáticas y el papel que el Estado tiene en esta materia. Son un espacio del ejercicio público del poder, en el que concurren y se confrontan concepciones frecuentemente opuestas, intereses contradictorios y recursos desiguales. La definición de la política social en la que concuerdan muchos enfoques teóricos es aquella que vincula las políticas sociales con el bienestar de una población (Boulding, en Díaz y Maignón, 1999). Se refiere a las políticas sociales como todas las políticas públicas dirigidas a realizar algún cambio en la estructura de una sociedad (Boulding, en Díaz y Maignón, 1999); también es definida como la política pública que tiene acción e impacto directo sobre el bienestar de los ciudadanos proveyéndolos de servicios o de ingresos (Marshall, en Díaz y Maignón, 1999).

Las políticas sociales también pueden ser entendidas como «el conjunto de instituciones y acciones que tienen por objeto el bienestar y los servicios sociales» (Laurell, 1992: 127). Las políticas sociales son un conjunto de concepciones e ideas que expresan intereses que dirigen los aspectos técnicos para resolver problemas públicos y que reflejan quién tiene el poder para ejercerlo (Tetelboin, 1997; Oszlak, 1982; Walt, 1994). «De ahí que el concepto de Política de Salud, se articula con una categoría más concreta: Actores Sociales» (Díaz y Maignón, 1999: 221).

El término *Actores Sociales* (AS) ha sido utilizado por la perspectiva funcionalista para referirse a conglomerados de individuos que se manifiestan buscando espacios de participación, denunciando, demandando o interfiriendo en las acciones públicas, particularmente las gubernamentales. Como mencionan Granados, Nassaiya y Torres (2007: 536):

El funcionalismo argumentó que la acción social se explica por las creencias que provocan conductas colectivas producto de tensiones que afectan al sistema social. Esta perspectiva supone que el fin último es restablecer los equilibrios y explica el

conflicto como una tendencia a conservar el orden en el que los actores son sujetos pasivos, sus conductas, naturaleza social y relaciones con los otros están determinadas por ese orden.

No obstante, partimos de que las prácticas en salud no tienen la función de mantener un cierto equilibrio, sino que son la expresión de conflictos sociales, y por ello la importancia de estudiar las relaciones entre diversos AS en el campo de la salud. El conflicto que resulta de las prácticas en salud que llevan a cabo los AS se pueden abordar a través de lo que se denominan conductas colectivas. Desde esta aproximación se pueden clasificar en tres tipos:

a. *Demanda*: cuando los AS de manera organizada piden, solicitan a las instituciones respuestas a sus demandas.

b. *Incidencia*: cuando los AS actúan en la toma de decisiones de las políticas públicas, ya sea en el diseño o la implementación de las mismas.

c. *Conductas reformistas*: con las cuales se expresa una oposición más radical. Ya no sólo expresan sus demandas sino además buscan la transformación del orden social (Granados et al., 2007; Tetelboin, 1992).

Estas tres formas de conducta también representan una secuencia gradual en la madurez de la acción política y consistencia de grupo, de conciencia social, cohesión y coherencia.

Para estudiar la categoría de AS desde el espacio de la salud es necesario analizar de una manera más general la noción de política. Ya se ha hablado de las políticas públicas y las políticas sociales. Pero, ¿qué es la política? En términos generales este término se refiere a la acción orientada a que una persona o sujeto actúe en coincidencia con sus intereses. En el caso del ámbito de las políticas sociales hace referencia al uso del poder público para la resolución de problemáticas que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades básicas (salud, vivienda, educación, trabajo, entre otras). En este sentido, se puede concebir al Estado como una arena donde se confrontan valores e intereses de los AS desde distintas posiciones sociales. A su vez, estas visiones que mantienen los AS son determinadas por la capacidad de interlocución que tienen con los actores que sustentan, en mayor o menor grado, un poder económico y un poder político; es decir, con otros actores sociedad civil y con el Estado.

En este sentido, podemos ahora seguir hablando de un cierto tipo específico de políticas. Así, las políticas de salud son un conjunto de concepciones e ideas que expresan intereses que dirigen los aspectos técnicos, que incluyen el factor poder y además son una proposición sobre la distribución del poder (Tetelboin, 1997; Oszlak, 1982; Walt, 1994).

De acuerdo con Max Weber, existen distintas formas de ejercicio del poder, entre ellas el poder económico y el poder político. El análisis de los tipos de poder permite comprender la estructura de la acción social, en este caso la acción política. A través del poder económico se puede ejercer una acción para lograr un objetivo, pero ello también puede lograrse a través del poder político. Asimismo, el poder económico puede ser el resultado de la existencia de un poder ya existente, como el político (Weber, 2002; Guzzini, 2015), por lo que uno y otro pueden ser intercambiables; pero además, estos tipos de poder generalmente coinciden, es decir, son sustentados por un mismo actor social, aunque no siempre se ejercen de igual manera, ni tienen el mismo efecto. Una

forma de analizar el poder político es a través del grado de representación de los AS en el actuar público; es decir, mediante la definición de cómo es representado el interés público en los diferentes niveles del poder público (Granados et al., 2007; Tetelboin, 1992). Por ejemplo, si se da en el Congreso de la Unión o en las Cámaras legislativas, o a través de instancias legalmente constituidas para el actuar público (Secretaría de Salud a nivel federal o estatal), ya que en cada una de ellas el ejercicio del poder tiene alcances distintos.

En el caso de los valores que orientan o determinan la forma en que el poder público (el Estado) interviene en los problemas de salud, no se parte de una definición única, ya que la salud puede ser considerada un valor social, o bien, un atributo individual. En ese sentido, si la salud se considera un valor social se implementarían políticas orientadas a satisfacer las necesidades en salud de la población a través de la prestación de servicios de salud, y las acciones derivadas de éstas le serían atribuidas al Estado. Pero si la salud se valora como un bien individual, las políticas estarían orientadas a regular (a través de normas jurídicas) las formas en que se satisfacen las necesidades en salud, porque no es considerada una necesidad básica, sino una mercancía o un bien meritorio susceptible de ofrecerse y adquirirlo en el mercado, la atención médica estaría mercantilizada y sería asequible a través de los servicios privados. En este caso las acciones que mantienen o mejoran la salud le serían atribuidas al individuo, lo que conlleva a culpabilizar a las personas respecto a las decisiones que toman sobre su salud. De esta manera se puede caracterizar el grado de mercantilización que un Estado adopta respecto a la salud, según se asuma una mayor o menor participación en la prestación y financiamiento de los servicios de atención a la salud y la enfermedad, y de la oferta de servicios privados a los que puede acceder la población.

## ■ ANÁLISIS DEL DISEÑO, FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

La utilidad de la noción de AS permite no sólo identificar a los agentes involucrados en el diseño, formulación e implementación en las políticas de salud, su utilidad concede también reconstruir, precisamente, el proceso en el que se constituyen las políticas de salud en sus diferentes fases. Las que nos interesan para este trabajo son: diseño, formulación e implementación (Ozlack y O Donnell, 1981).

Las fases de diseño y formulación nos facultan para identificar cuáles fueron los valores e intereses que predominaron en la definición de necesidades en salud, así como los objetivos, estrategias y acciones que se plantean para atenderlas, y que se encuentran explícitos. Pero también en esta misma fase podríamos identificar, en función de los poderes económicos y políticos de los distintos actores o redes, la definición de prioridades y objetivos implícitos, es decir, la denominada agenda oculta, por ejemplo: las modalidades y prioridades de financiamiento para la salud en relación a otros ámbitos de la política pública, como lo serían el rescate bancario, recorte presupuestal y asignación de recursos a programas específicos (Ozlack y O Donnell, 1981).

La fase de implementación nos permite identificar, primordialmente, cuáles son los conflictos de poder que podrían obstaculizar o facilitar la puesta en marcha de los intereses que prevalecieron en la pugna de valores que tuvo lugar en la fase de diseño y formulación. Además de las posibles barreras que impone la estructura misma de las instituciones de salud, que se enfrentan a nuevas modalidades de ejecución de los programas como lo serían: las estructuras organizativas previas que se oponen a las anteriores, a la escasez o distribución de recursos al interior de las mismas y a las nuevas cargas y exigencias que se impone tanto a los funcionarios como a los trabajadores de la salud, en la prestación directa de los servicios (Ozlack y O Donnell, 1981).

La noción de AS nos permite identificar las fuerzas que interactúan al interior del Estado para mantener su interés y demandas. Mientras que los conceptos de política social y régimen político permiten reconstruir los procesos históricos que dieron lugar al Sistema de Salud e identificar las instituciones que lo componen. Por lo que en nuestro estudio será necesario, también, definir el régimen de política social que predomina, y por tanto, los problemas de salud prioritarios, los objetivos, estrategias, acciones que un Estado llevará a cabo para poder mejorar las condiciones de salud-enfermedad de la población.

#### **CARACTERIZACIÓN DEL RÉGIMEN DE POLÍTICA SOCIAL: RÉGIMEN BENEFACTOR Y RÉGIMEN NEOLIBERAL**

En las sociedades modernas la solución a los problemas de salud-enfermedad se da desde el ejercicio del poder público. Las instancias estatales, a través de las que se ejerce el poder público para la satisfacción de las necesidades de salud, son las instituciones que componen al sistema de salud como una respuesta social organizada. La manera en que se definen los problemas prioritarios que atienden y el financiamiento destinado para sustentar su funcionamiento son parte de la política pública en materia de salud, y dado que éstas tienen lugar en el ámbito del Estado, es necesario analizar esta noción para comprender su dinámica. Asimismo, a través de la caracterización de las políticas de salud, es posible abordar la respuesta social organizada en salud como proceso macrosocial. Dado que la política de salud se considera una política social, al estar orientada a la generación de bienestar, esta caracterización permitirá definir el régimen de política social dentro del Estado capitalista.

El concepto de Estado que recoge mayores criterios analíticos para el abordaje la política social es aquel que lo define como un espacio de pugna, donde se genera ideología y lucha de poder entre las distintas clases sociales (Hernández-Llamas, 1982; Sonntag y Valecillos, 1987; Hall y Ikenberry, 1989; Tetelboin, 1992; Hirsch, 1996; Mesa-Lago, 2000). Con base en estos criterios, el Estado lleva a cabo dos funciones contradictorias: acumulación y legitimación (Sonntag y Valecillos, 1987). Cumple así, con el quehacer público y el ejercicio de poder, que constituyen dos formas de resolver el conflicto social, y estas funciones se expresan en las políticas públicas.

De acuerdo con el tipo de gestión y política social que privilegia, las características de los proyectos hegemónicos/contrahegemónicos en formulación/desarrollo que impulsa y en los efectos sociales que éstos tienen, el Estado capitalista moderno puede caracterizarse en dos modelos: el benefactor y el neoliberal. Para estudiar la articulación entre el

Estado y sus políticas sociales utilizaremos el concepto de régimen de política social. Un régimen de política social se caracteriza por el conjunto de objetivos y estrategias que propone una política social para disminuir las desigualdades identificadas (Antía, 2018).

La caracterización del régimen de política social dará cuenta de cómo se identifican, priorizan y atienden los problemas y necesidades en materia de salud. Una forma de llevar a cabo esta caracterización es a través de tres criterios: el grado de desmercantilización de los servicios y beneficios sociales, el grado de compromiso estatal con el pleno empleo y el tipo de estratificación social generada (Esping-Andersen, 1991; Laurell, 1999). Con estos criterios se puede distinguir, dentro del modo de producción capitalista, entre un régimen liberal de política social que representa el antecedente a la gestión estatal de corte neoliberal y un régimen benefactor.

La desmercantilización ocurre cuando la prestación de un servicio es vista como un derecho social y una persona puede tener acceso a él, independientemente de su relación con el mercado. En el capitalismo las relaciones laborales implican mercantilización de las personas ya que la supervivencia de éstas depende de la venta de su fuerza de trabajo; con el advenimiento de los derechos sociales modernos, a través de las reivindicaciones de las luchas de los trabajadores, se logró «sacar» de estas relaciones mercantiles varios elementos del bienestar; en el Estado liberal el acceso a ellos está determinado por el lugar que ocupan los individuos en la producción, es decir, por la pertenencia o no de un empleo formal lo que posibilita capacidad de compra. La noción de derechos sociales es prácticamente suprimida y es sustituida por el «principio de equivalencia» en el que los individuos tienen acceso a los servicios que pueden pagar (Laurell, 1999; Mesa-Lago, 2000). El Estado promueve al mercado tanto de forma pasiva (al garantizar niveles mínimos de servicios) como de forma activa (al subsidiar esquemas privados de atención). Respecto del compromiso con el empleo, éste y el salario son determinantes en el acceso a los bienes en las sociedades capitalistas; en el régimen liberal se deja al mercado la generación de empleos (Laurell, 1999). Y en relación con el sistema de estratificación social generada, el de bienestar, que es una característica propia de la política social, es en sí mismo un sistema de estratificación social, porque define a quienes se deben proporcionar los beneficios en función de cómo es que quiere generar bienestar.

El régimen de política social del Estado Benefactor tiene las siguientes características: a) una fuerte participación del Estado en la regulación de la fuerza de trabajo, b) una mayor desmercantilización de bienes y servicios, consecuentemente, una disminución en el grado de estratificación social, como se mencionó anteriormente, y c) un aumento gradual de los derechos económicos y sociales reconocidos por el Estado; ampliación en el sentido de un mayor número de servicios sociales y universal en que más población es beneficiada (Laurell, 1999). El objetivo principal del Estado de Bienestar moderno es garantizar legalmente la seguridad social mediante el financiamiento, prestación de servicios, infraestructura física, y políticas reguladoras en las áreas de salud, educación, vivienda, seguro social, asistencia social, protección laboral y asistencia a las familias (Offe, 1995; Farfán, 2000).

El régimen neoliberal se caracteriza por una disminución de la regulación estatal de la fuerza de trabajo que se puede observar con procesos de flexibilización de los contratos laborales y la disminución de bienes y servicios, lo cual tiene como consecuencia

disminución del número de los servicios que están desmercantizando, así como el aumento de la focalización al polarizar las poblaciones en beneficiarios y no beneficiarios (Laurell, 1999). Las políticas sociales (en el caso del régimen neoliberal) se basan en tres conceptos que determinan el resto de las medidas: a) se privilegian aquellas acciones que tienen un gran impacto en la población, es decir con grandes externalidades; b) reducción de aquellos bienes por los cuales la gente no compite y que la apropiación de éstos por unas personas no implica que la población no se beneficie de ellos (bienes públicos), y c) se privilegian los servicios de bajo costo: servicios esenciales que no requieren personal altamente especializado ni tecnología.

## ■ RÉGIMEN POLÍTICO Y TRANSFORMACIÓN DEL ESTADO

En las dos últimas décadas en América Latina se han distinguido fuerzas sociales que buscan la transformación del Estado. Tales transformaciones han tendido hacia una reestructuración del Estado que lo acerca a un modelo de corte neoliberal. Para justificar su ideología, estas posturas argumentan que el régimen de bienestar social es ineficaz, y que el Estado debe ser reducido para permitir el funcionamiento del mercado. En esa perspectiva, hay una redefinición en lo que se considera el papel que el Estado debe desempeñar en materia de bienestar social; esta nueva asignación está caracterizada por una reducción en las acciones gubernamentales y una mayor participación de las privadas. Estas transformaciones fueron impulsadas por instituciones financieras multilaterales y la acción concertada de los países centrales utilizando distintos dispositivos como la deuda externa, el ajuste estructural, el control del déficit público y de la inflación (De Sousa, 1998).

En el plano ideológico, la transformación del Estado tienen sustento en el pensamiento del Public Choice, cuya premisa fundamental sostiene que el mercado es el mejor mecanismo para asignar los recursos económicos y la satisfacción de las necesidades de los individuos, de ahí que sea necesario eliminar cualquier obstáculo que interfiera con el libre intercambio para hacer efectivas las libertades económica, moral y política. Según esta concepción es necesario reconstituir el mercado, la competencia y el individualismo mediante la reducción de la intervención del Estado en el financiamiento y prestación de servicios de salud (Laurell, 1992).

Actualmente, el capitalismo global ha desestructurado los espacios nacionales, ha disminuido la capacidad financiera y reguladora del Estado hasta el adelgazamiento de la gestión estatal. El «nuevo» Estado es débil en dos estrategias: generación de confianza de la sociedad y el mantenimiento de la hegemonía; ello limita su papel redistributivo y disminuye el gasto público en la satisfacción de las necesidades de la población. Por otra parte, en lo relativo a la estrategia de acumulación, el Estado se hace más fuerte, asume la gestión y legitimación. La prioridad en la estrategia de acumulación se puede observar en la venta de propiedades y activos públicos, en la mercantilización de las instituciones estatales, en la privatización de lo público; esto último permite la acumulación en beneficio de los grandes capitales financieros y las agencias internacionales.

Esta rearticulación de las estrategias del Estado implica un vínculo más estrecho entre Estado y mercado, pues ahora la fuerza del Estado se manifiesta en el desarrollo

de mecanismos en el marco de la lógica mercantil: desregular la economía, liberalizar el comercio y construir mercados estables, es decir, se politiza el mercado. El Estado sólo interviene frente a las llamadas imperfecciones del mercado y desarrolla acciones selectivas y focalizadas para resolverlas. Tal forma de intervencionismo estatal ha requerido grandes modificaciones en el funcionamiento de las instituciones públicas, la principal es la descentralización del poder, que consiste en dejar a los estados la definición de prioridades, financiamiento y acciones (López y Blanco, 2007, Esping-Andersen G., 2000; Laurell A. C., 1999).

Las reformas a los sistemas de salud en América Latina se han orientado principalmente para modificar las formas de financiamiento y prestación de los servicios. Mediante el supuesto de una mejor asignación de recursos y de responder a los problemas de eficiencia y efectividad de los sistemas de salud, las reformas se orientan prioritariamente a reestructurar la organización de ese servicio, redefiniendo la función pública para resolver los problemas de salud-enfermedad en una cuestión privada, y por otro lado, redefiniendo la intervención en la producción de los agentes que prestan servicios y en la demanda de los que solicitan estos servicios (Tetelboin, 1997).

#### **LOS ACTORES SOCIALES EN LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Sobre el papel de los AS en la formulación e implementación de las políticas sociales interesa diferenciar los momentos del proceso sociopolítico. Para diferenciarlos partimos del hecho que el debate, los actores sociales y la correlación de fuerzas determinan la definición e implementación de la política y permiten distinguir distintos momentos de un proceso complejo. La definición de políticas es un proceso abstracto en el que se define el sentido de la acción, por lo que contiene elementos normativos que son producto de una visión sobre el futuro deseable. Entre la formulación y la implementación se encuentra el espacio entre lo abstracto y lo concreto (Oszlak, 1982).

Reconocer esta diferencia entre formulación e implementación implica primero identificar las estrategias a través de las cuales las políticas toman cuerpo, asimismo, que su implementación no es un proceso lineal, sino que está determinado por las condiciones sociales e históricas en las que se quieren llevar a cabo. Si partimos al considerar que las políticas sociales son determinadas socialmente, debemos reconocer que la concreción de las políticas no es un fenómeno homogéneo, sino que adquiere particularidades en distintos espacios.

Por lo anterior, al analizar las políticas de salud, el primer aspecto que debemos tomar en cuenta respecto a su implementación es el contexto en el que se aplican: las características de la sociedad —en términos de desarrollo social y económico, los antecedentes históricos de las instituciones sociales y de salud, y las condiciones políticas— son, entre otros, los elementos que imprimirán ciertas particularidades a la implementación de las políticas sociales y de salud. De manera particular, en nuestro país bajo la actual reforma, el nivel de desarrollo económico en una región geográfica es pieza clave, en tanto que es una condición para asegurar la existencia de un mercado potencial para el sector privado.

El nivel de conflicto político y la capacidad de negociación determinará en qué medida la política se implementa íntegramente, o bien, cuándo se tendrán que mediar

distintos intereses no sólo los que fueron determinantes en su definición y diseño. El conflicto político puede tener su origen en las relaciones entre autoridades locales y autoridades del centro; el trastocamiento de los cotos de poder establecidos por la burocracia local y las demandas de los trabajadores de la salud derivadas de los procesos de reforma. Oszlak (1982) considera que en el proceso de concreción de una política intervienen una serie de actores cuyo comportamiento la va desagregando. En este mismo sentido, Diniz distingue entre «una fase propiamente decisoria» de las políticas, de otra «fase de implementación», y en el espacio entre ambas es «donde se hacen sentir los pesos de diversos intereses y fuerzas sociales que se hallan en juego» (Gershman, 1999: 167). Por ello es que políticas ya aprobadas, pero que aún no han sido implementadas, pueden ser bloqueadas mediante el poder de veto de un grupo afectado, o incluso cuando ya han sido implementadas pueden ser anuladas de *facto* por la burocracia encargada de llevarlas a cabo, como una expresión de resistencia al cambio al representar una amenaza a los cotos de poder o a la estabilidad en los lugares de trabajo, pero también por la propia sociedad civil a través de formas de manifestación pública o de exigibilidad jurídica.

## ■ REFORMA EN SALUD Y DESARROLLO DEL ESTADO NEOLIBERAL

Sobre el rol del Estado neoliberal, Laurell (1992) indica que la limitación de su participación en la procuración del bienestar se da a través de cuatro estrategias: reducción del gasto público, focalización, privatización y descentralización. Dado que la reforma al sistema de salud tiene como objetivo abrir un espacio de acumulación de capital, la privatización articula y da forma al resto de las estrategias. Vale apuntar que las maniobras están relacionadas y toman sentido al observarlas en conjunto, mediante el estudio de las formas de organización de los servicios, y de la redefinición de las funciones de regulación, financiamiento, y prestación de servicios.

La regulación y rectoría de los servicios de salud, desde la salud pública tradicional, ha sido descrita como una de las funciones del sistema de salud que «incluye la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, la generación y coordinación normativa de la información, la evaluación del desempeño y la representación internacional» (Frenk y Gómez-Dantés, 2008), pero ha sido escasamente descrita vinculándola al proceso político. En el régimen político neoliberal, la regulación y rectoría se define como la única función que debería tener el Estado en relación con los servicios de salud. Desde el enfoque sociohistórico, la regulación no se ve como la única función que debe realizar el Estado, sino que está integrada a las otras funciones de los sistemas de salud: financiamiento y prestación de servicios. El abordaje sobre la regulación de los sistemas de salud interesa como procesos de diseño, formulación e implementación de la toma de decisiones de los actores sociales, de los elementos que obstaculizan o favorecen en la legislación y operación de las leyes. La regulación puede observarse en el proceso de planeación y de formulación de políticas de salud, leyes, reglamentos y normas, sobre todo aquellas directamente implicadas con las estrategias de la reforma de salud: modificaciones en las modalidades del financiamiento de los servicios de

salud, selectividad y focalización de los servicios de salud, privatización de los servicios de salud y la descentralización, entre otros.

La privatización, (Esquema 1) a la vez que estrategia, es objetivo de la reforma pues permite abrir los servicios médicos y asistenciales como espacios de acumulación de capital. Pero esta privatización es selectiva en tanto que se dirige sólo a aquellos servicios y beneficios que son económicamente rentables. Para hacer viable la privatización se requiere generar las condiciones políticas e ideológicas a las que contribuyan las otras estrategias. Las políticas estatales neoliberales se orientan hacia la creación de un mercado de servicios de salud para el sector privado, para lo cual se requiere generar una percepción negativa de los servicios públicos, a través de la disminución de su capacidad de atención y el deterioro en la calidad, y con ello incrementar la demanda de los servicios privados; además, es necesario contar con formas de financiamiento para el sector privado y asegurar que este sector tenga la capacidad de absorber la demanda derivada de la disminución en la participación del Estado. Esta tendencia a la privatización de los servicios produce un reacomodo en las relaciones de poder político dentro del campo de la salud, pues los agentes privados se van posicionando como actores decisivos en la definición de las políticas (Laurell, 1992).

El recorte del gasto público y social provoca desfinanciamiento en las instituciones de salud, lo que resulta, a su vez, en un creciente deterioro y desprestigio. Con esta estrategia se hace posible evidenciar que la gestión estatal es improductiva, además de que los servicios públicos son de mala calidad; se crea un ambiente político e ideológico que favorece la reducción de la intervención estatal en este espacio (Laurell, 1992; 1997).

Aunque propiamente no se trata de privatización, la introducción de sistemas de pago en los servicios públicos contribuye a la mercantilización de la salud pues a ésta se le asigna un precio (Laurell, 1992; 1997). «Con esta medida se alcanzarían tres de los objetivos neoliberales: remercantilizar los bienes sociales; reducir el gasto social público y suprimir la noción de derechos sociales» (Laurell, 1992: 140). Dado que la privatización es selectiva, el Estado neoliberal necesita implementar otras estrategias para avanzar en la transformación de los servicios de salud: la focalización.

La focalización está íntimamente ligada como estrategia de las políticas neoliberales a la privatización de los servicios de salud, legitimando la selectividad en la mercantilización de algunos servicios. La focalización puede tener dos sentidos: en uno se hace referencia a la población a la que está dirigida la atención, y el otro al tipo y cantidad de bienes y servicios que se proporcionan (a esto se le ha llamado paquetes mínimos de servicios). En el discurso oficial, con la focalización se alcanza mayor equidad al garantizar un mínimo de servicios para toda la población, en especial a aquellos en situación de pobreza que antes no tenían acceso a este mínimo. De esta forma, la focalización se torna en una estrategia discursiva que legitima la reducción de los beneficios públicos (Laurell, 1992; 1997). Pero también debe pensarse que con ella se excluyen un gran número de servicios y bienes del sector público, por lo que necesariamente tendrán que ser adquiridos en el mercado o bien no tener acceso a ellos.

La focalización —o selectividad en términos de población— ha sido implementada a través de programas a los que sólo tienen acceso los individuos que logran comprobar su condición de pobres. Estos son, por lo regular, utilizados de manera

discrecional por las autoridades con lo cual se asegura una clientela política y se reducen tensiones sociales y políticas derivadas de la implementación del modelo (Laurell, 1992; Vilas, 1997). Entre las críticas que se han hecho a la focalización es que tiende a acentuar las desigualdades entre regiones, pero también la desigualdad de género que requieren el trabajo de las mujeres, trabajo que no es remunerado, ni reconocido socialmente (Vilas, 1997).

Dentro de la reforma del sector salud, la descentralización es otra estrategia para la transformación del Estado, que implica la delegación de funciones desde el nivel central (federal) al nivel local (estatal). Ha sido utilizada primordialmente para reducir la participación estatal en el ámbito del bienestar para generar las condiciones del crecimiento del sector privado y el confinamiento de los conflictos al nivel local (Laurell, 1992; López y Blanco, 1993; De Sousa, 1998). La descentralización (Esquema 1) tiene como fin, en el discurso, democratizar la acción pública, incrementar la autonomía de las autoridades locales y reducir la «brecha» en la toma de decisiones, los problemas que se pretenden resolver y la instancia que implementa las decisiones. Sin embargo, en los hechos, la descentralización representa la posibilidad de introducir sistemas de gerencia y autofinanciamiento a los servicios, es decir, que la regulación y financiamiento de los servicios ocurre a nivel estatal y no a nivel federal (Laurell, 1992). Para Collins y Green (1994) la descentralización es un proceso político que implica no solamente la distribución del poder político, sino también el acceso de los grupos sociales y políticos a los procesos en los que se definen las políticas y la distribución de los recursos.

La descentralización permite un mejor manejo de los conflictos, al ceder a los estados la responsabilidad de enfrentarlos se logra responsabilizar a las autoridades y funcionarios locales del fracaso de las políticas definidas en el gobierno federal (Laurell, 1997; Tetelboin, 1997; Collins y Green, 1994). El carácter eminentemente vertical de esta estrategia ha sido evidenciado por el hecho de que sólo son descentralizadas las tareas de ejecución, mientras que la definición de políticas y el manejo de recursos financieros y humanos permanecen a cargo del gobierno federal (López y Blanco, 1993; Tetelboin, 1997). Además, la forma en que se instrumenta la descentralización, dentro del esquema neoliberal, conlleva a la polarización entre regiones geográficas, ya que se reducen los instrumentos para la redistribución de la riqueza de las regiones con mayor desarrollo económico a las más pobres (López, 1994). Es decir, con este esquema de descentralización cada localidad se encarga de generar sus propios recursos para la salud, los cuales varían en función de los mecanismos de financiamiento, características socioeconómicas y diferentes necesidades de atención en salud (Collins y Green, 1994).

Para diferenciar los diferentes tipos o niveles de transferencia de autoridad, funciones y recursos se puede adoptar una tipología en la que se distinguen cuatro formas de descentralización (Ugalde y Homedes, 2008). Aunque estas tipologías no son excluyentes, una de ellas puede ser predominante.

La primera es la desconcentración, que consiste en la transferencia de funciones administrativas desde el nivel central al nivel estatal, pero no de autoridad política, que puede resultar en incremento de eficacia y eficiencia. Se trata de un traspaso de carga de trabajo del gobierno central a las oficinas locales, por lo que en sentido estricto, no es una descentralización. La segunda forma de descentralización es la devolución, que implica autonomía e independencia de autoridades locales en relación con las cen-

trales, y funciones públicas dentro de un territorio delimitado reconocido legalmente; los gobiernos locales cuentan con recursos propios, la población percibe a las autoridades locales como responsables de los servicios públicos y finalmente, deben existir mecanismos para vinculación y coordinación entre los distintos niveles de gobierno. La tercera forma es la delegación, en la cual se transfieren ciertas funciones definidas a organizaciones que se encuentran fuera de la estructura del gobierno central y son controladas indirectamente por el gobierno central. La cuarta forma de descentralización consiste en el traspaso de funciones y responsabilidades administrativas o de planeación desde las instituciones públicas a instituciones no gubernamentales, éstas pueden incluir organizaciones voluntarias sin fines de lucro o empresas privadas. Con esta tipología se puede distinguir el nivel de espacio de decisión que se permite al nivel local (desconcentración *versus* devolución) y la dirección de la descentralización (fortalecimiento del sector público *versus* incremento en la participación del sector privado).

## ■ CONCLUSIONES

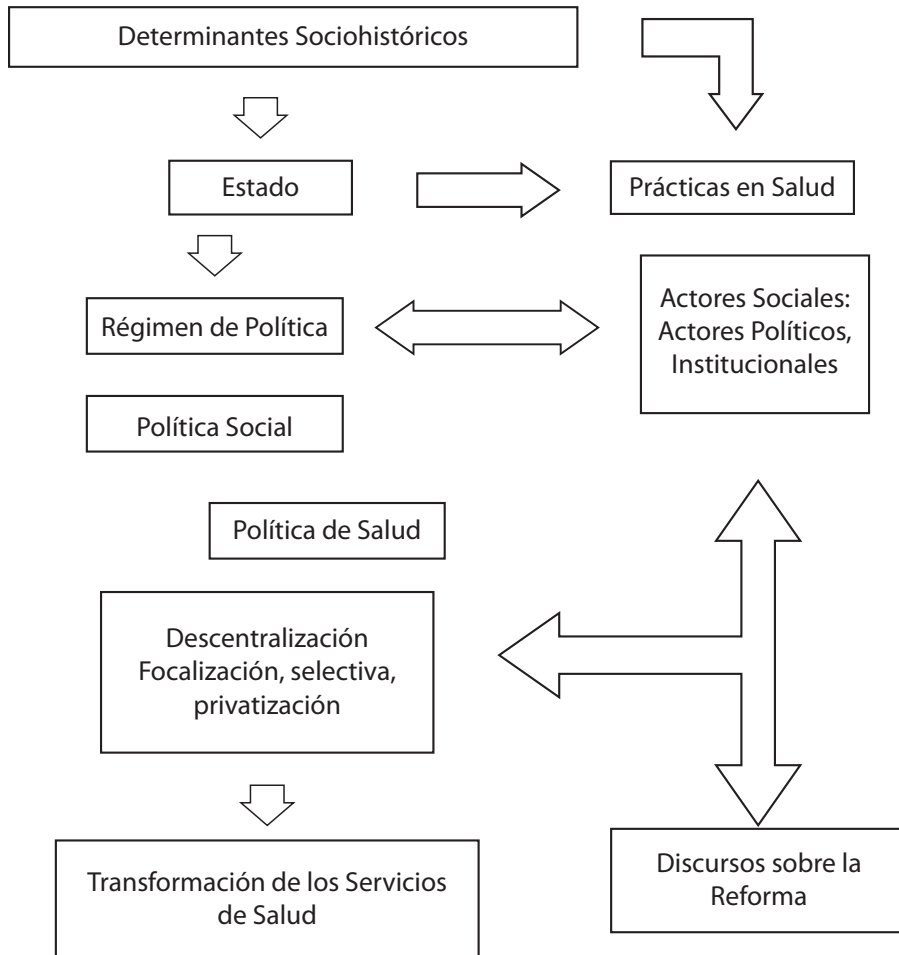
Dado que la reforma se basa en una concepción restringida de política social que se concreta en una reducción progresiva de los bienes y servicios públicos, es necesario elaborar a la par un discurso que justifique tales transformaciones. El discurso (Esquema 1) es un recurso para la reproducción y transformación cultural; es una práctica en la que se recrean los significados que constituyen la cultura (Granados *et al.*, 2007) en la que se transmiten y reproducen las normas sociales. En el discurso se establecen relaciones de poder que imponen significados culturales y conforman una ideología dominante. El lenguaje es, además, productor de acciones, de prácticas sociales que retroalimentan y transforman las representaciones sociales. El lenguaje y las acciones producidas por éste se inscriben en límites espacio-temporales definidos por los interactuantes y por las formas de organización social. La delimitación más importante es la institución, en ella el discurso es instrumento de comunicación, pero también de poder ya que mediante éste se norma la conducta de los individuos.

En el análisis del discurso sobre la salud y la enfermedad debemos ubicar a los distintos actores y agentes sociales que lo producen y lo reproducen. Discursos que difieren por la posición desde donde es mirado el objeto problemático y que mantienen cierta autonomía, cada uno en relación con los otros, pero que se articulan por un discurso dominante (Tetelboin, 2003). El discurso que ha acompañado las reformas del sistema de salud modifica la noción de salud como derecho (como un bien en sí mismo) y lo transforma en un valor de cambio, es decir en una mercancía, en un bien que se puede adquirir en función del valor que cada persona pueda pagar al adquirirlo en el sector privado.

Lo que interesa en relación con la transformación de la política social y de salud, es conocer cómo se redefine el papel del Estado y cuáles son las funciones que deja de cumplir y en cuáles se fortalece. A partir de estas acciones, la política de salud se guía a través mecanismos contradictorios para la privatización y mercantilización de servicios y la neobeneficiencia que redefinen las características de los sistemas de salud. Estas particularidades de las políticas de salud modifican la relación público-privado, se pri-

vilegian las formas de atención asistencialistas, focalizadas y selectivas de bajo costo y grandes externalidades (López, O. y Blanco, J., 2007).

ESQUEMA1. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS PARA EL ESTUDIO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD



## REFERENCIAS

- ANTÍA, F. (2018). Regímenes de política social en América Latina: una revisión crítica de la literatura. *Desafíos*, 30 (2), 193-235.
- CANCINO, C. (2000). Estado, en L. Baca, J. Bokser-Liwerant, F. Castañeda, I. Cisneros y G. Pérez (Coords.), *Léxico de la política* ( 222-227).
- COLLINS, C., y Green, A. (1994). Decentralization and primary health care: some negative implication in developing countries. *Int. J. Health. Serv.*, 4 (3), 459-475.
- Comisión Mexicana Sobre Macroeconomía y Salud [CMMS]. (2006). *Macroeconomía y Salud. Invertir en salud para el desarrollo socioeconómico*. Fondo de Cultura Económica.
- CONTI, L. (1971). Estructura Social y medicina, en M. Alosoi y G. Berlinger, *et al.*, (Coords), *Medicina y Sociedad*. Fontanella.
- DE SOUZA, B. (1998). *Reinventar la democracia, reinventar el Estado*. Sequitur, pp. 59-87.
- DÍAZ, P. J., y Maingon, T. (1999). ¿A dónde nos llevan las políticas de salud? La reforma del sector salud, ¿un cambio positivo? en Bronfman, M. y Castro, R. (Coords.), *Salud, cambio social y político. Perspectivas desde América Latina* (pp. 217-238). Edamex.
- DONANGELLO, M. (1976). *La medicina en la Sociedad de clases*. Librería Dos Ciudades.
- ESPING-Andersen, G. (2000). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford University Press.
- ESPING-Andersen, G. (1991). *As tres economías políticas do welfare economies*. Oxford University Press
- FARFÁN, G. (2000). Política de bienestar, en L. Baca, J. Bokser-Liwerant, F. Castañeda, I. Cisneros y G. Pérez (Coords.), *Léxico de Política* (pp. 563-568). FCE/FLACSO/CONACYT.
- FOUCAULT, M. (2012). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- FRENK, J., y Gómez-Dantés, O. (2008). *Para entender: El sistema de salud en México*. Nostra Ediciones.
- GERSCHAMAN, S. (1999). Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance al final de milenio. *Cad. Saúde Pública*, 15 (2), 293-302.
- GRANADOS, A., Nassaiya, K., y Torres, A. (2007). Actores sociales en la prevención del VIH/SIDA: oposiciones e intereses en la política educativa. *Cad Saúde Pública*, 23 (3), 535-544.
- GUZZINI, S. (2015). El poder en Max Weber. *Rel. Int.*, 30 (2), 97-115.
- HALL, J., y Ikenberry, G. (1989). *El Estado*. Nueva Imagen.
- HERNÁNDEZ-Lamas, H. (1982). Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México. En F. Ortiz (Ed.), *Vida y muerte del mexicano*, tomo II: 49-96. Folios Ediciones.
- HIRSCH, J. (1996). *Globalización, Capital y Estado*. UAM-Xochimilco.
- KNAUL, F.M., Arreola, H., y Escandón, P. (2007). La competitividad, la salud y el sector salud: una nueva vertiente del paradigma de economía y salud. *Gac. Méd. Méx.*, 143 (2), 93-100.
- LAURELL, A. C. (1992). Avanzar al pasado: La política social del neoliberalismo. En A.C. Laurell (Coord.), *Estado y políticas sociales del neoliberalismo* (pp. 125-146). Fiederich Ebert Stingfung.
- LAURELL, A. C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social*. Fundación Friedrich-ERA, 85-122
- LAURELL, A. C. (1999). La reforma del Estado y la política social en México. *Nueva Sociedad*, 164, 146-158.
- LECHNER, N. (1992). El debate sobre el Estado y Mercado. *Nueva Sociedad* 121, 80-89.

- LÓPEZ, O. y Blanco, J. (1993). *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. UAM-X.
- LÓPEZ, O., y Blanco, J. (2007). Políticas de salud en México: la reestructuración neoliberal, en J. S. Edgar, y E. Guinsberg (Coords.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 21-48). Lugar.
- MENÉNDEZ, E. (2020). Modelo Médico Hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colect.* 16, doi: 10.18294/sc.2020.2615
- MESA-Lago, C. (2000). *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social al umbral del siglo XXI*. Serie Políticas Sociales, 36. Naciones Unidas.
- MOLINA, R.E., Aguilar, F., y Amozurrutia, J.A. (2018). Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional. *Horizonte Sanitario*, 17 (3), 197-207.
- OFFE, C. (1995). Un diseño no productivista para las políticas sociales. En Berbeiro, A. y R. Lo Vuolo (Dirs.), *Contra la exclusión. La propuesta del ingreso ciudadano* (83-107). Niño y Dávila Editores.
- ONU (2004). *Investigación para el Desarrollo Social*. UNRISD.
- OSZLAK, O. (1982). *La formación del Estado Argentino*. Editorial de Belgrano.
- OZLACK, O., y O'Donnell, G. (1981). *Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una Estrategia de Investigación*. Doc. CEDES/G: E. CLACSO No. 4.
- SONNTAG, H., y Valecillos, H. (1987). *El Estado en el capitalismo contemporáneo*. Siglo XXI.
- TETELBOIN, C. (1992). Actores sociales: ¿una herramienta para el análisis de las políticas públicas en América Latina? En C. Eibenschutz (Coord.), *Estado y políticas sociales en América Latina* (pp. 233-253). Fundación Oswaldo Cruz/Universidad Autónoma Metropolitana.
- TETELBOIN, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. En C. Tetelboin, *Est. Antrop. Biol.*, 7, 483-510.
- TETELBOIN, C. (2003). *La Transformación Neoliberal del Sistema de Salud. Chile 1973-1990*. UAM-X.
- TETELBOIN, C. (2007). Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina, en J. S. Edgar, y E. Guinsberg (Coords.), *Temas y desafíos de la salud colectiva*. Lugar.
- UGALDE, A y Homedes, N. (2008). La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud Colectiva*, 4 (1), 31-56.
- VILAS, C. M. (1997). De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo. Las políticas sociales de México en los años noventa. *Desarrollo Econ.*, 36 (144), 931-952.
- WALT, G. (1994). *Health Policy-An introduction to process and power*. Zed Books.
- WEBER, M. (2002). *Economía y Sociedad*. Fondo de Cultura Económica.



## II. EL ESTADO Y LOS SISTEMAS DE SALUD

Juan Manuel Mendoza Rodríguez  
Edgar Carlos Jarillo Soto

### ■ INTRODUCCIÓN

La práctica médica que llega hasta nuestros días ha tenido diversas transformaciones tanto en la forma en que la concebimos, como en la forma y los espacios en los que tiene lugar. El paso de la medicina a su forma positiva es uno de los cambios más profundos en el campo de la salud, y generó en este campo de conocimiento cambios en la forma de sistematizar la apropiación y el ejercicio del saber. Pero este cambio no ha ocurrido sin el desarrollo de fuerzas contrapuestas y en conflicto dentro y a través de los distintos campos sociales. Analizar las formas por medio de las cuales el poder y la dominación tienen lugar, así como los actores que intervienen en el proceso de dominación, adquiere importancia por la posibilidad que ello brinda para dar cuenta de las determinaciones presentes en la práctica médica en su situación actual.

La creación del hospital, como estructura clave de la mirada clínica, permitió a la medicina constituirse como un campo autorregulado; pero a mediados del siglo pasado su naturaleza privada dejó de ser útil y funcional a los intereses del patrón de acumulación capitalista, y surge la necesidad de un aparato distinto para asegurar dentro de ciertos límites la reproducción, conservación y bienestar de la fuerza de trabajo, así como de crear instituciones con la función de mantener al cuerpo de los trabajadores y la estructura social en un nivel de productividad óptimo para asegurar la reproducción del patrón de acumulación.

En el Estado de Bienestar la incorporación de la profesión médica al sistema de instituciones públicas modificó varios procesos de la existencia liberal de la profesión. Uno de estos procesos es la relación médico-paciente, que se vio afectada al disminuir la autonomía médica y producir una segmentación en la profesión (Nogueira, 1988; Llovet, 1999; López y Blanco, 2010). En el periodo de bienestar surge una lógica institucional que produce transformaciones complejas en el proceso de atención a la enfermedad, sin desaparecer los fundamentos ideológicos liberales, pero se reorganiza y rearticula en el sistema público con un nuevo matiz, como resultado de la mayor mercantilización de lo público (Esping-Andersen, 1991; Fair, 2008); la racionalidad de la medicina institucional y de la salud pública se subordinan a la misma racionalidad del modelo económico capitalista reconfigurado (Laurell, 1992; Chiesa y Gaspino, 2016). Como expresión de ese proceso el Estado incorpora la evaluación de programas de salud con base en criterios econométricos para alcanzar un alto impacto sanitario a bajo costo financiero. A través de esta estrategia justificó la retirada de las instituciones públicas y la transferencia al sector privado de las acciones de atención médica y en menor grado las sanitarias con recursos públicos. En México, el marco general llevó a adoptar mecanismos de reestructuración del débito público, condicionado a propuestas de organismos internacionales como el Fondo Monetario

Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM); también se estimuló la participación de organizaciones de la sociedad civil en el uso de recursos presupuestarios, así como el aseguramiento de una mayor intervención de organismos privados con participación en el mercado con fines lucrativos (Laurell, 1995; Krafchik, 2001; IMF, 2002; Krueger, 2002). Se entra así a una nueva fase iniciada con la reestructuración de las funciones administrativas del aparato Estatal en preparación del camino para su retirada del campo económico, y la liberación del mercado como mecanismo regulador de los procesos sociales (Strange, 2003; López y Jarillo, 2017). De esa manera se perfila un modelo emergente de los sistemas de salud y de los sistemas de seguridad social a partir de la reconfiguración del Estado.

En el debate sobre la reforma del Estado la opción de modificar las instituciones de bienestar para mantener el crecimiento económico a largo plazo, fue menos aceptada que la de modernizar el aparato productivo o los sectores de alto valor económico para integrarlos a la economía internacional; para lograrlo se plantea la necesidad de generar una reforma en tres ámbitos: el constitucional, el administrativo y el político (Valencia, 2008); ello requirió el diseño de estrategias tales como la regulación de la competencia, protección al consumidor, generación de mercados de capital, austeridad en el gasto público, control de la inflación y mejoramiento de mecanismos para el pago de la deuda pública, así como ciertas condiciones laborales para abaratar costos y otorgar seguridad a los patrones en detrimento de los trabajadores, entre otras (Vellinga, 1992; Revueltas, 1993).

Para abordar esos procesos en la transformación del Estado y sus implicaciones en el sector salud, en la primera sección de este capítulo se presentan elementos ubicados en el espacio en donde se lleva a cabo la práctica de la medicina e influyen directamente en la relación entre el médico y el usuario de servicios de atención a la enfermedad; se discute el tema de la autonomía como el primer eslabón hacia fuera del complejo de relaciones determinantes del ejercicio del poder sobre el enfermo, de ella se deriva la forma como la profesión es regulada a su interior por medio de los otros miembros del cuerpo médico. En la segunda sección se abordan con más detalle otros aspectos en un nivel de mayor jerarquía, como los sistemas de salud y las políticas públicas.

### **ESTATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA MÉDICA, LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y EL SABER PROFESIONAL**

En México, la influencia de las ideas provenientes de Europa, particularmente de Francia, fue decisiva en muchos procesos de desarrollo de la educación y la práctica de la medicina. La adopción de la enseñanza de la profesión por parte del Estado fue una de ellas, por ello comenzaremos con un breve recorrido de sus orígenes y desarrollo en durante la Ilustración Europea.

La estatización de la medicina en la Europa ilustrada ocurrió a finales del siglo XVIII, y culminó con el surgimiento de la clínica y la creación de los hospitales constituyéndose en espacios cerrados donde el ojo del médico dictaría su autoridad sobre el cuerpo enfermo (Rabier, 2004; Foucault, 2012). Esos espacios sirvieron para probar, sistematizar y desarrollar conocimientos de la nueva ciencia, como consecuencia de

las intervenciones sustentadas en la caridad, atributo de su existencia para la gran masa de la población en condiciones de miseria, con el fin de mejorar los servicios médicos a los que accedían las clases más beneficiadas. El hospital constituyó así un espacio cerrado donde la mirada médica sufrió su más grande reducción al perder de vista el horizonte social.

La transformación de la mirada médica modificó los medios y las estructuras de apropiación, reproducción y ejercicio del saber, modificando también la relación entre el médico y el enfermo. La inevitable especialización del conocimiento inauguró una nueva forma de medicina «más eficiente» produciendo también la anulación del sujeto. De esta manera, desde la segunda mitad del siglo pasado con presencia hasta la actualidad, la estructura hospitalaria y la práctica médica especializada constituyen dos características presentes en el sistema de salud, con una posición primordial en el proceso de atención a la enfermedad.

Hasta finales del siglo XVIII, el aprendizaje de la medicina estuvo restringido a la relación entre maestro y aprendiz, ningún otro elemento había de intervenir en el proceso, la fuente de la sabiduría era el médico mismo en tanto maestro (Foucault, 2012). Pero la clínica fue llamada a romper con este esquema, el saber habría de aparecer ante los ojos del médico, oculto en el cuerpo del enfermo; sólo se debía observar las formas y los espacios bajo las cuales el proceso mórbido se manifestaba. Con la medicina de las especies, la relación entre el médico y el paciente se modificó. Ya no fue el enfermo el objeto pasivo de poder; ahora la posibilidad de ejercer la autoridad estaba en el objeto mismo sobre el que recae, tanto porque existe como contrario como porque es fuente de saber. Así la apropiación del saber se extendió de la relación maestro-aprendiz a la relación médico-paciente. El gran logro de la medicina de ese momento fue el análisis racional de los fenómenos, pero al mismo tiempo estableció límites en la comprensión de la complejidad de la enfermedad al cosificar al sujeto.

La clínica significó para la medicina la posibilidad de que el *ars diagnostica* dejara de ser un *ars coniectandi* (una conjetura), la búsqueda de un conocimiento sistematizado y la necesidad de una demostración objetiva de la enfermedad la llevarían a una profunda transformación. Bichat ya anunciaba en 1801: «La medicina ha sido rechazada durante mucho tiempo del seno de las ciencias exactas» (Entralgo, 1998: 514), lo que llevó a los médicos a una búsqueda apresurada del estatus de cientificidad. Medio siglo después Berthelot señalaba que los misterios del mundo habían desaparecido ante la demostración de las leyes físicas que hubo brindado el conocimiento científico (Berthelot, 2001). Una queja y un ingenuo deseo no cumplido al cual no escapaba la mirada médica. La medicina sólo llegó a constituirse como disciplina sustentada en un conocimiento objetivo cuando el proceso mórbido fue identificado en las lesiones orgánicas descubiertas en los cadáveres por los cirujanos de finales del siglo XIX; sin embargo, eso no la llevó a entender, explicar y curar la enfermedad con exactitud. La mirada reducida del método anatomo-clínico se enfrentó a las enfermedades con auge durante la modernidad, que tenían escasa relación con las lesiones orgánicas en las que este método se fundamentaba y que estaba limitado. Por ejemplo, Charcot (1981) en su afán de aprobarlo como el único camino correcto hacia la explicación de la enfermedad, debió admitir no podía

explicar todas las enfermedades ante la imposibilidad de establecer una relación entre el cuadro de histeria y alguna lesión orgánica.

Las ideas liberales en Francia, hacia finales del siglo XVIII situaron a la práctica de la medicina en un campo libre. Se creía que la individualización en la acción médica produciría sistemáticamente una expansión y un proceso de búsqueda acelerado de la verdad, y en consecuencia la ciencia médica sería llevada a todos los rincones de la sociedad. La enseñanza también se individualizó, se propuso incluso que cada médico de hospital formara una escuela, determinando el plan y los tiempos para cada alumno y el pago por los estudios según la reputación de la que gozara (Foucault, 2012). Las Universidades fueron cerradas en 1791, colocando al médico en depositario absoluto de una autoridad que sólo podía delimitar él mismo. No obstante, al poco tiempo del cierre de las universidades y la desaparición de los comités médicos, muchas personas sustentaban el título de médicos sin haber realizado estudios o haber obtenido un título universitario respectivo. Ello hizo necesaria la instauración de un organismo encargado de regular el ejercicio de la medicina, y que fuese constituido por los propios médicos. Comienzan así los planes de reforma y la propuesta para constituir una policía médica, dándose los lineamientos generales para una teoría de la profesión médica. Pronto la enseñanza en las universidades se reactiva y sufre un cambio importante en su estructura: aumenta el número de años, se somete a los estudiantes a evaluaciones periódicas antes de obtener el título para disponer de la autoridad para ejercer la profesión (Foucault, 2012; Rabier, 2013; Vidoni, 2015). La nueva ciencia se encontraba ahora en un espacio cerrado y autorregulado mediante la vigilancia impuesta a través de los exámenes para asegurar la reproducción del conocimiento, y principalmente para establecer el control de su ejercicio, evitando el ejercer de la medicina sin título universitario. De esta manera saber y autonomía se constituyen como dos elementos determinantes de las formas bajo las cuales el poder sobre el cuerpo es dado y ejercido por el médico.

En México, en la segunda mitad del siglo XVI, los reyes católicos fundan el Protomedicato. Durante un poco más de dos siglos, este organismo fue encargado de establecer las bases para la regulación y la vigilancia de la práctica de la medicina (Esquivel y Sánchez, 1981), hasta que en 1831 la aplicación de exámenes y el otorgamiento de títulos a especialistas de la salud estuvo a cargo de la Facultad Médica del Distrito Federal (Martínez, 2013). A partir de 1841, la vigilancia de la profesión médica estuvo a cargo del Consejo Superior de Salubridad.<sup>1</sup> Dentro de las funciones del consejo también se encontraban la vigilancia de la venta de fármacos, la vacunación contra la viruela que era la única disponible hasta entonces (Kershenovich, 2012).

El periodo de 1833 a 1867 estuvo influenciado por una mezcla ideológica debido a la introducción de diferentes corrientes del pensamiento que tomaban fuerza en Europa, particularmente el pensamiento francés, baste mencionar que todas las obras para la enseñanza de la medicina fueron escritas por autores de ese país (Ocaranza, 1995). Aunque en 1863 se fundó el Instituto Homeopático, en 1893 el Hospital Homeopático y

<sup>1</sup> Este órgano cambió su nombre al de Consejo de Salubridad General (CSG), a partir de 1917 y hasta la fecha, teniendo como función principal la emisión de disposiciones y normas de observancia general y obligatoria en materia de salud en nuestro país.

dos años más tarde la Escuela de Medicina Homeopática, la aceptación de este tipo de medicina, así como el funcionamiento de las instituciones en donde se enseñaba y se practicaba estuvo limitado por los adversarios de la homeopatía (López, Pérez y Artilés, 2016). El idealismo de la Ilustración hacía fuerte contraste con el pensamiento romántico en decadencia y la naciente mentalidad pragmática del positivismo. La medicina no escapó al cambio estructural de esa situación, resultado inevitable de las transformaciones de la mirada de quienes sustentaron el poder. En 1833 la Universidad Real y Pontificia, especialmente el Establecimiento de Ciencias Médicas y el Protomedicato, vieron cuestionados sus privilegios e inmunidades, la índole de su construcción y la orientación de su ideología, porque eran incompatibles con la idea de nacionalidad (Barquin, 1998); estas dos instituciones fueron cerradas (la universidad se refunda en 1838, pero ahora es administrada por Estado) bajo la idea de una adecuada distribución de los beneficios de la medicina, favorecer la difusión, el progreso y la secularización de la ciencia. Es así que la estatización de la enseñanza médica, es decir, el paso de la formación en medicina a cargo del Estado es uno de las grandes transformaciones que ocurren en el campo de la salud en México a mediados del siglo XIX. No obstante, los principios orientadores de esa solución, la estatización de la enseñanza médica no constituyó posteriormente el camino para la socialización de sus beneficios, sino más bien un instrumento de control ideológico por parte del Estado.

Al final de este periodo, Gabino Barreda logra consolidar el Establecimiento de Ciencias Médicas con la creación de la Escuela Preparatoria y la reforma del sistema educativo. La educación médica tomaría una orientación positivista desde entonces (Barquin, 1998), reaparece en el seno de la nueva ciencia, como resultado del desarrollo teórico y técnico construido bajo la mirada objetiva, la división del trabajo en medicina; las especialidades incipientes vendrían a ocupar un lugar importante en la producción del conocimiento y la práctica hospitalaria. La medicina general comenzaba a transformar su ejercicio y su mirada, lo que necesariamente también implicaba una manera distinta de acercarse al sujeto, convertido progresivamente en un reservorio de la enfermedad como aquel donde la medicina de las especies buscaba arrancar el proceso mórbido alojado en su cuerpo.

Al principio del siglo XX surge nuevamente interés por la competencia del médico para ejercer su profesión, aunque ya Billroth en 1880, fue uno de los primeros en señalar la necesidad de establecer patrones de calidad en la educación médica. En 1903, bajo la influencia alemana, se inicia la primera inspección de las escuelas médicas en Estados Unidos, siete años más tarde el informe Flexner (1910) —«Elementos esenciales de una escuela de medicina de nivel aceptable»— sentaría las bases para una educación médica más disciplinada (Ferreira, 1986). Ese Informe es amplio, los puntos básicos se refieren a la especialización y la calidad de la educación, el número de universidades y la utilización de los hospitales como espacios de enseñanza; el hospital se conforma como estructura base para la atención y la enseñanza especializada «subyace una distribución, clasificación, jerarquización y delimitación, circunscritas a determinado ordenamiento de los regímenes anatómicos y su fisiología. Es una expresión de la medicina clasificatoria que se consolidó en los siglos XVIII y XIX» (Arroyave e Isaza, 1989: 187).

El informe Flexner tuvo gran influencia sobre el modelo educativo y el ejercicio de la medicina, así como el informe Welch-Rose (Welch y Rose, 1915) lo tuvo para la salud pública en nuestro país. La Escuela de Salubridad de México fue una de las primeras en formar oficiales salubristas para enfrentar las enfermedades contagiosas que tenían altas tasas de mortalidad (influenza, neumonías, paludismo, tosferina, viruela, tuberculosis, entre otras tantas). Fundada en 1922, se circunscribió en el «proyecto nacionalista» (Gudiño, Magaña y Hernández, 2013), por lo que su orientación tuvo una mejor aceptación que las instituciones de educación en medicina que fueron cuestionadas posteriormente.

En la década de los cuarenta la práctica médica hospitalaria fue la forma predominante de prestación de servicios y los institutos de especialidades surgieron como los más grandes centros de atención a la enfermedad. En 1940 se inician las residencias médicas para la formación de profesionales médicos especialistas, siguiendo el esquema trazado por ese informe (Freyermuth, 1986).

Para la década de los sesenta el crecimiento de la infraestructura de base hospitalaria hace del nivel secundario la forma predominante en la atención. Este crecimiento institucional «[...] demandó la creación de un nuevo tipo de profesional, cuya práctica fuera predominantemente hospitalaria y que aceptara su nueva posición de asalariado» (Freyermuth, 1986: 15). Se buscaba en este nuevo profesional una mayor eficiencia y eficacia en la resolución de los problemas de salud de la población. Para ello «un grupo de materias especiales se suman a la formación en el pensamiento biológico» (Jaspers, 1988: 12). Esta reforma en la enseñanza no fue un fenómeno aislado; es decir, no tuvo su determinación al interior del cuerpo médico, ni tampoco fue el único elemento de cambio en el ejercicio de la medicina.

La especialización, el adiestramiento en la mera instrucción, las tendencias de la época en el movimiento de las masas, la desorientación científica frente a lo psíquico, todos esos momentos han contribuido a condicionar la práctica de la medicina actual y tuvieron como resultado una insatisfacción que cundió en los médicos y los enfermos (Freyermuth, 1986: 17).

He aquí una segunda transformación de la relación médico-paciente. Después de ser reducido a un simple ser biológico, el sujeto es fragmentado, el objeto de la medicina especializada ya no es el cuerpo en su integridad, poco a poco la identidad del enfermo fue reemplazada por una etiqueta alusiva a la localización y tipo de padecimiento en estudio. Pero si la complejidad del conocimiento científico y técnico de la medicina exigía la parcialización del trabajo médico, esto no justificaba la pérdida de la integridad del paciente como sujeto. Atrás del interés científico se encontraba subyacente una posibilidad de dominación, porque para el poder es necesaria la fragmentación, la negación de la complejidad del sujeto, el conocimiento especializado que le permite ejercer el poder de forma específica y eficiente.

Es así como la medicina liberal, aquella donde el sujeto de saber tiene una autoridad absoluta, transita hacia un estadio de control interno en respuesta más a las necesidades de evitar las catástrofes de la charlatanería y de representar el poder en un órgano regulador, delegar la autoridad, reafirmar y limitar los privilegios, en suma, construir

un mecanismo de vigilancia continua para asegurar la reproducción bajo ciertas condiciones de legitimidad.

### **LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: DEL SALUBRISMO A LA NEOBENEFICENCIA**

Antes del surgimiento de las instituciones de seguridad social, la práctica médica en México estaba organizada predominantemente sobre la base del consultorio privado, consistía principalmente en la práctica liberal una forma histórica de la práctica médica surgida en el periodo de consolidación del capitalismo en algunos países de América Latina durante las primeras décadas del siglo xx (Nogueira, 1988).

La necesidad de cambios en el patrón de acumulación exigió una serie de reformas en la estructura y función del Estado, porque sólo a través de él se podía disponer y movilizar los medios para iniciar la industrialización del país y la política de sustitución de importaciones, bajo la cual se organizaron las políticas de seguridad y bienestar social que modificaron la forma como se llevaba a cabo el ejercicio de la medicina; su carácter selectivo tenía por objetivo principal estimular la productividad de los trabajadores. La institución médica tuvo una participación clave en la concreción de estas reformas.

Durante la segunda mitad de los treinta y la primera de los cuarenta la economía mexicana se caracteriza por priorizar una planta industrial ligera; en este periodo el proceso de valorización se realiza a través del régimen intensivo del proceso de producción y deterioro del salario (Hernández, 1982). La instauración de un régimen de acumulación intensivo tendería a disminuir el precio final de los productos y aumentar la tasa de explotación, con lo que el plus-valor aumentaría al generar posibilidades para la inversión y el crecimiento del mercado. Es decir, que mientras el salario del trabajador permanece igual, la ganancia del capitalista aumenta debido a una mayor venta de productos generada por la disminución en su precio. Para llevar a cabo este régimen de acumulación, sería necesaria una modificación de las relaciones sociales que estableciera ciertas condiciones de existencia para la clase trabajadora a través de los servicios públicos de salud, entre otros, y que dieran paso a la estatización del cuerpo social (Aglietta, 1988). Esta etapa, en México, marcaría el surgimiento de un esquema político y económico reproducido a partir de la influencia de la política internacional de ese momento caracterizada por una orientación al desarrollo y el bienestar social.

La Secretaría de Asistencia Pública surge en 1937, con lo cual se formalizó el paso de la beneficencia a la asistencia, y enfatizó la necesidad de intervención del Estado en la atención y el mantenimiento del proletariado, urbano principalmente, que representaba capacidad de trabajo disponible. Las restricciones económicas y financieras permitieron el inicio de este proceso de transición hasta 1942 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (Hernández, 1986).

En 1943 se fusionan el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), con ello se da un gran impulso al sistema hospitalario de atención a la enfermedad, destinándose grandes recursos para ello. Durante la crisis de 1947 a 1950 el ideal de «justicia y modernidad» del pre-

sidente en turno, Miguel Alemán, llevó al país a un crecimiento de la planta industrial y hospitalaria concentradas sobre todo en la capital; el carácter selectivo de la política económica y social estaba presente en este proceso de modernización nacional: la Ley del Seguro Social de 1943 no incluía a los trabajadores del campo (Hernández, 1986). La expansión selectiva de los servicios de atención a la enfermedad promovidos por el Estado mexicano tenía por objetivo legitimar su función rectora en el esquema de desarrollo industrial y de reforzar y establecer formas de control social. Las disciplinas médicas organizadas en la estructura hospitalaria ayudarían a la conservación y recuperación de la fuerza de trabajo de forma más eficiente, pero sólo de aquellos sujetos susceptibles de aprovechar su carácter productivo, esto es quienes contribuyen a la acumulación de capital. El saber médico y, sobre todo, la práctica médica hospitalaria, constituyen así un mecanismo de reproducción ideológica y control social. La contribución del Estado a la reproducción del saber médico era necesario para lograr estos objetivos, en coincidencia con los intereses que llevaron en el siglo XIX a la estatización de la enseñanza de la medicina. De esta forma, al saber parcializado y especializado de órganos y sistemas se suma la fragmentación de la acción médica sobre el cuerpo, según la función a semejanza del funcionamiento del orden social establecido. La acción específica y suficiente de la práctica médica transforma el cuerpo enfermo en fuerza de trabajo disponible y subordinada en ese nuevo modelo de producción instaurado.

Las movilizaciones obreras de los cincuenta acentuaron las prácticas represivas del Estado, para reestablecer el control social y buscar posteriormente el consenso a través de programas de obras públicas. La ayuda financiera a través de la Alianza para el Progreso (ALPRO), promovida por Estados Unidos después del triunfo de la revolución cubana en 1959, posibilitó la instauración del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) al año siguiente, ampliando así el número de derechohabientes y los servicios de salud que anteriormente estaban a cargo de la Dirección de Pensiones Civiles (Hernández, 1982; Báez, 1989). En 1973 bajo circunstancias semejantes se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) para impulsar la producción de recursos forestales, entre otros, por grupos indígenas con organización política incipiente (Hernández, 1982). Las políticas focalizadas caracterizan al modelo de desarrollo industrial y responden por un lado a las demandas sociales y, por otro, a la necesidad de legitimar el papel rector del Estado, así como de impulsar la acumulación de capital de un sistema en franco deterioro.

En este contexto el hospital llegó a ser la estructura constituida bajo la forma institucionalizada del saber y de la práctica de la medicina, una delimitación espacial que sirve de base a las representaciones y las prácticas sobre la salud y la enfermedad. En este espacio se reproducen las relaciones de poder que sustenta el saber médico es, por tanto, un espacio de legitimación y control social. Es dentro de estos límites donde el poder actúa, donde adquiere su concreción.

A finales de los setenta ocurre una nueva recesión mundial. La crisis de esos años es la crisis de la acumulación intensiva de capital (Hernández, 1993). La estrategia generada para soportarla consiste en lo que Palloix (1976) denominó como neofordismo, un patrón acumulativo a través de la producción de bienes durables —automóvil, vivienda—, porque el esquema fordista de la máxima eficiencia de los tiempos y movimientos del

proceso productivo se había agotado, los movimientos obreros y estudiantiles de los años 50 y 60 habían cuestionado las formas monótonas del trabajo fabril (Tenórico, 2011). El fordismo consistió en la implementación de la producción en masa, a través de la especialización de funciones de cada trabajador (mecanización del proceso de trabajo), lo que se conoció como producción en cadena. Por otra parte, el neofordismo incorporó la tecnología al proceso de producción en cadena, así como el control de calidad en cada puesto de trabajo y la expansión de la industria al ámbito internacional, por ello es que se reconoce en esta forma del proceso de producción, el medio a través del cual es posible la internacionalización del modo de producción capitalista (Taus, 2012; Baca, 2004).

Con el neofordismo las tareas automatizadas disminuyeron aún más los tiempos muertos de la producción, pero esta evolución en la organización de las fuerzas productivas no fue el único cambio en el patrón acumulativo, la modificación en la norma de consumo de los medios sociales (educación, salud, recreación) también constituyeron alternativas para expandir el mercado (Manigat, 2020; Irigoyen, 2001). El proyecto del Estado capitalista había mostrado su fracaso en la apropiación de los bienes colectivos para alcanzar niveles óptimos de desarrollo y bienestar social. Los servicios médicos entrarían paulatinamente en la lógica de mercado basada en la oferta y la demanda, se subrogan a la empresa privada aquellos más rentables. Así comenzó un proceso de reorganización y refundación de las grandes instituciones de bienestar social, al mismo tiempo se generó un modelo de aseguramiento público para población no derechohabiente de la seguridad social. Todo ello representa el antecedente del proceso de retirada del Estado de la economía, y la privatización de las instituciones públicas.

En general, se han esgrimido tres tipos de argumentos para justificar la privatización de organismos y empresas públicas: el gigantismo estatal, la competencia desleal y la ineficiencia de las empresas paraestatales (Casar y Peres, 1988). Son varias las referencias documentales que tienen las directrices para la avanzar hacia la privatización de la salud. Las que fueron emitidas de manera más temprana son el informe del Banco Mundial (1983) contiene en tres premisas un discurso que justificó la inversión en salud con recomendaciones para preparar la retirada del Estado del campo económico, y el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 (Poder Ejecutivo Federal, 1983), que tiene entre sus objetivos poner en marcha una política de cambio estructural, alineada con las recomendaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). En términos concretos, la propuesta del BM significaba la liberación del mercado y con ello una nueva forma de articulación del Estado en la sociedad. En esa lógica, en 1983 los institutos nacionales de salud se transformaron en organismos descentralizados; en diciembre de 1990 se modificó la ley del IMSS para el uso del fondo del ramo del seguro de invalidez, vejez y cesantía por edad avanzada y muerte (IVCM); el cobro de cuotas de recuperación en los hospitales de la SSA y de los sistemas estatales de salud y el aumento en la subrogación de la atención médica (Soria, 1993).

Según Víctor Soria (1993) a finales de 1987, cuando se profundiza la privatización de las empresas públicas, el financiamiento público deficitario y la apertura del gobierno a reprivatizar la banca, se establecieron las bases para una concertación real entre el Estado y el capital favorecida por la debilidad de la clase trabajadora. Esta fase de re-

corte del gasto público y debilitamiento de las instituciones públicas concluye en 1997, cuando da inicio el desarrollo de programas asistenciales, focalizados, discrecionales y descentralizados (Laurell, 2001), como el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), destinado a combatir la pobreza extrema en zonas indígenas, en zonas áridas habitadas por campesinos y en colonias populares de las grandes ciudades. Asimismo, se profundiza el proceso de mercantilización y privatización selectiva bajo tres distintas modalidades: a) introducción de cuotas de recuperación en los servicios de atención a población abierta; b) constitución del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) en 1992, lo que significó la primera ruptura con la noción constitucional de la seguridad social al individualizar los fondos y privatizar su administración; c) la subrogación de funciones y el crecimiento de los seguros y hospitales privados (Soria, 1993).

La tercera modalidad de mercantilización y privatización selectiva se consolida durante el sexenio de Ernesto Zedillo. En ella se instaura una política de mercantilización-asistencia social mínima, que es más visible en el sistema de pensiones con la creación del esquema AFORE-SIEFORE<sup>2</sup> y la Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro (CON SAR) como órgano regulador (Diario Oficial de la Federación [DOF], 1996b), para ello se transformaron las instituciones de seguridad social, lo cual comenzó con la nueva ley del Seguro Social (DOF, 1995). Esta política representó un paso más en la retirada del Estado de la economía, al dejar la administración de los ahorros de los trabajadores en manos de instituciones privadas, tales como las sociedades de inversión, compañías de seguros o bancos. Posteriormente este proceso se consolida y amplía con el Programa de Reforma del Sector Salud (DOF, 1996a), el cual plantea la reestructuración del Sistema Nacional de Salud en tres subsistemas: el de seguridad social pública, el de servicios privados y el de la población no asegurable.

En el sexenio de Vicente Fox, la política de mercantilización y privatización se profundiza. En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se propone «la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo» (Secretaría de Salud [SSA], 2001, 75). Una estrategia planteada para conseguirlo es dotar de protección financiera en materia de salud a toda la población a través de la continuación de programas focalizados como el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), el Programa de Ampliación de Cobertura, el programa IMSS-Solidaridad, y el Seguro Popular (SP). Este último se torna la punta de lanza para implantar el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); asimismo se legisló sobre la ordenación y regulación del prepago privado a través de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) (DOF, 2004). Sin embargo, todos estos programas consisten en medidas puntuales que funcionan como mecanismos para subsidiar la demanda de cierto tipo de servicios de salud con la mercantilización inherente a su diseño, sin contribuir a proporcionar la atención médica en concordancia el perfil de salud enfermedad de las poblaciones a los que están dirigidos y con las condiciones que lo determinan.

<sup>2</sup> Las AFORES son Administradoras de Fondos para el Retiro, mientras que las SIEFORE son Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro. Una AFORE se conforma de cinco SIEFORES para clasificar y controlar el riesgo de acuerdo a grupos de edad (Santillán, Martínez y López, 2016).

En el sexenio de Felipe Calderón la política de salud planteó estrategias basadas, al igual que en el sexenio anterior, en las cuatro funciones de un sistema de salud que establece la OMS: rectoría, generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios. En el discurso oficial, el financiamiento y la prestación se conciben la rectoría y la generación de recursos. En este sentido, esta visión no implicaba una separación de funciones en materia de salud por parte del Estado (SSA, 2003; SSA, 2007). No obstante, la política de austeridad y de modernización administrativa de ese gobierno tuvo un débil efecto en la economía (Pardo, 2015). Se continúa el SP y se crea el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). Puede observarse un aumento en la cobertura de atención a población no asegurada, según la ENSANUT 2012 (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012) 38% de la población refirió contar con SP y cuatro años más tarde, por su continuación en el sexenio posterior, 50.4% de la población refirió contar con este tipo de aseguramiento (INSP, 2016). Si bien la ampliación de cobertura parece evidente, los servicios se condicionan a sus servicios prestados también se vio limitada (Flamand y Moreno, 2015). El resultado fue un proceso de ampliación de cobertura a través de la creación de unidades de salud en todo el territorio nacional, pero al mismo tiempo una disminución de la cantidad de registros en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) restringido a cerca de 290 intervenciones, y la calidad de los servicios prestados.

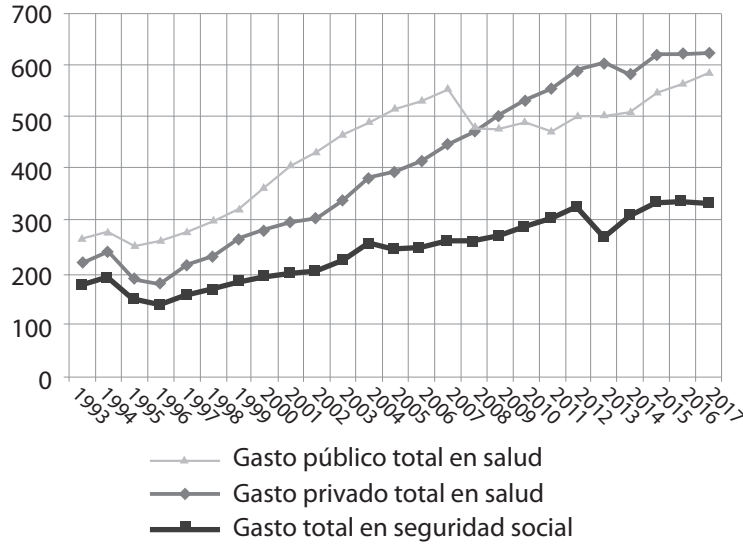
La política de salud de Enrique Peña Nieto se basó esencialmente en asegurar el acceso a los servicios de salud (Gobierno de la República, 2013; SSA, 2013). En el objetivo 6 del Plan Sectorial de Salud 2013-2018 se establece la universalidad a través de la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (2013). Contrariamente a la dirección descentralizadora iniciada a finales de los años 80, el gobierno federal modifica la Ley General de Salud para centralizar los recursos destinados al SPSS que básicamente seguía operando a través del SP (DOF; 2014; Leal, Sánchez y León, 2016). También comenzó una reforma administrativa que consistió en la maximización de los recursos a través del intercambio de servicios entre las diferentes instituciones públicas de salud (Leal, Sánchez y León, 2016).

### **EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN MÉXICO**

De 1997 a 2011 el gasto público total en salud (GPTS) mantuvo un incremento más o menos sostenido, pero a partir de 2012 decreció considerablemente, a tal punto que no comenzó a recuperarse sino hasta 2018. Particularmente el gasto total en seguridad social (GTSS) en 2012 fue de \$326,429,466 millones de pesos, mientras en 2013 descendió a \$267,996,323 millones, una reducción a pesos corrientes de 17.9%. En los años posteriores el gasto mostró crecimiento a partir de la base de 2013, de tal manera que solo hasta cinco años después, en 2017, logra ubicarse en \$333,228,074 millones de pesos (Gráfico 1). Ello representa 2.1% más que en 2013, puede considerarse casi nulo crecimiento en el financiamiento público del sector salud durante ese sexenio. En complemento, puede observarse (Gráfico 2) un estancamiento en el porcentaje del PIB destinado a la salud, en esos 25 años el gasto total en salud como porcentaje del PIB se mantuvo en un promedio de 5.7%, con un mínimo de 4.1% y un máximo de 6.3%. Por su parte el GPTS como porcentaje del PIB mantuvo un promedio de 2.7%, con mínimo

de 1.7% y máximo de 3.2%. En términos generales, hay un estancamiento real en la magnitud del financiamiento a la salud por parte del Estado en los últimos 25 años.

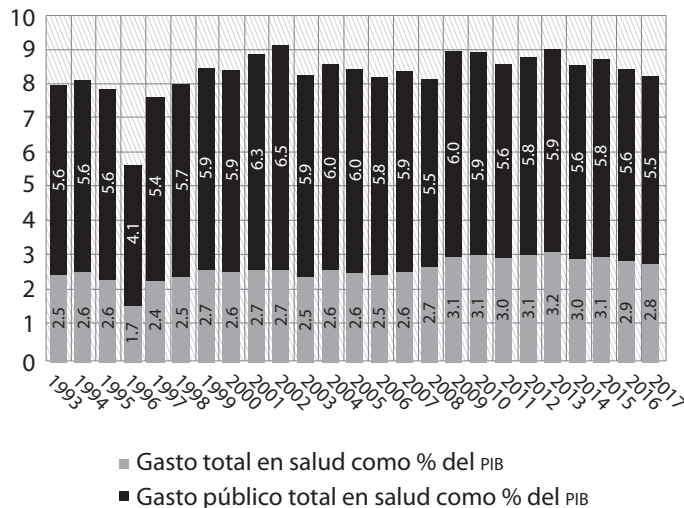
**Gráfico 1. Evolución del gasto en salud. México 1993-2017\***



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, 2019.  
 \* Miles de millones de pesos constantes, 2017=100).

De 1980 a 1992 el nivel más bajo del GPTS como porcentaje del PIB fue de 2.7%, con un máximo de 3.6%. A partir de 1993 este porcentaje disminuyó a 2.5%, llegando a un mínimo de 1.7% en 1996. En la actualidad la proporción del PIB destinada al GPTS sigue estando por debajo de 3.6% nivel máximo alcanzado durante las décadas de los 80 y 90 (Gráfico 2).

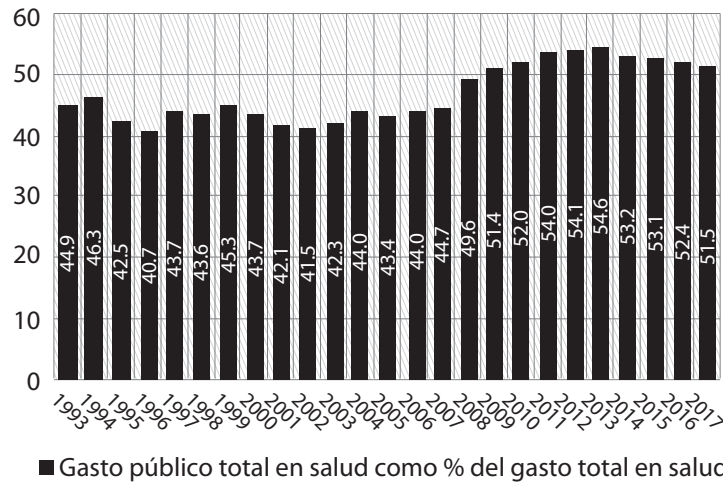
**Gráfico 2. Evolución del gasto en salud en como porcentaje del PIB México 1993-2017**



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, 2019.

Hasta 2008 el GPTS siempre mantuvo un porcentaje mayor respecto al gasto privado total en salud, mostrando un comportamiento a la baja en los últimos cuatro años del periodo estudiado (Gráfico 3). En términos del PIB para 2018 (INEGI, 2019), la recuperación del GPTS a una proporción del 3.6%, es decir un aumento del 0.8% del PIB, implicaría un incremento neto de alrededor de 150 mil millones de pesos.

**Gráfico 3. Evolución del gasto público total en México 1993-2017**



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, 2019.

## ■ CONCLUSIONES

La retracción del Estado en el campo económico no ha significado su desmantelamiento en términos políticos (López, 1992), más bien refleja un acortamiento estructural y un crecimiento funcional en términos de la acumulación de capital. La disminución de la participación del Estado en materia de protección social es el signo más grave de la reforma estatal, que coloca a la población en una especie de neo beneficencia (López y Blanco, 2001) donde se incorporan nuevos actores, específicamente privados, para financiar o gestionar los recursos y servicios de salud con fines de lucro.

Para ser compatible con la perspectiva de bienestar pretendida en el Estado fordista de producción, la práctica médica tuvo cambios en su estructura y organización, inicialmente debidos a la transformación en la mirada al interior del cuerpo médico, y posteriormente por las influencias de una racionalidad exterior que la llevó a su conformación actual. La asistencia social agrupó al campo médico en un complejo bastante homogenizado bajo la conducción del Estado, para ello creó una noción alternativa a la naturaleza liberal de la práctica médica. La medicina debía estar en consonancia con el modelo de desarrollo del país, asegurando la reproducción y el bienestar de la fuerza de trabajo.

En el sistema fordista el concepto de productividad asume centralidad con efectos en la idea de eficiencia corporal, tiempos de producción, reparación de la fuerza de trabajo y el mejoramiento de las condiciones del espacio urbano. La preocupación por

los tiempos lleva, además de las medidas curativas, a adoptar acciones preventivas tales como el saneamiento ambiental, alcantarillado, recolección de basura, por ejemplo (Altvater, 1992), con consecuencias favorables en las condiciones de vida. La atención médica dirigida a la individualidad se refuerza y se complementa con acciones colectivas de prevención, un reforzamiento frágil que, basado en los intereses de acumulación capitalista, fractura al individuo y lo transforma en una gran masa de fuerza de trabajo en proceso de descomposición.

Dos elementos convergen tanto en el surgimiento del salubrismo como de la neo-beneficencia. El primero, es la intervención del Estado para movilizar los recursos y realizar las reformas estructurales necesarias para posibilitarlo. El segundo, el salubrismo y la neo-beneficencia responden a las exigencias de cambio en el patrón acumulativo y en ambos se tiende a una lógica racionalizadora de los recursos.

La idea racionalizadora permanece en la lógica neoliberal con un nuevo sentido, o al menos un nuevo argumento: ya no es posible alcanzar el desarrollo bajo la égida del Estado porque el aumento en su complejidad lo ha vuelto ineficiente y poco eficaz, por lo tanto, debe gestarse un escenario donde las acciones libres establecen relaciones mercantiles capaces de impulsar el desarrollo económico de una sociedad en su conjunto. No obstante, las imperfecciones del mercado dan lugar a relaciones donde los participantes se encuentran en desigualdad de condiciones; por ello la intención de democratizar el secreto médico (López, 1993) queda opacada por la mercantilización de la salud, lejos de reducir la brecha de saberes, ésta les confiere un sentido oportunista a las relaciones humanas.

## REFERENCIAS

- AGLIETTA, M. (1988). *Regulación y Crisis del Capitalismo*. Siglo XXI.
- ALTVATER, E. (1992). Sobre las bases ecológicas del modelo fordista. *Economía Teoría y Práctica*, 3, 25-46.
- ARROYAVE, M. e Isaza, P. (1989). Una Perspectiva Histórica del Hospital. *Educación Médica y Salud*, 23 (2), 182-191.
- BACA, G. (2004). Legends of Fordism. Between Myth, History, and Foregone Conclusions. *Social Analysis*, 48 (3), 169-178.
- BÁEZ, R. (1989). *Teorías sobre el Subdesarrollo*. Diógenes.
- BANCO MUNDIAL (1983). *Informe sobre el Desarrollo Mundial*. Grupo del Banco Mundial.
- BARQUIN, M. (1998). *Historia de la Medicina*. Méndez Editores.
- CASAR, MA., y Peres, W. (1988). *El Estado Empresario en México: ¿Agotamiento o Renovación? Siglo XXI*.
- CHARCOT, J. M. (1981). Descripción del gran ataque histérico. *Revista Asociación Española de Neuropsicología*. 2 (1), 121-126.
- CHIESA, T., y Gaspino, C. (2016). Lógica del capital y salud pública. *Revista Salud Pública*, xx (20), 25-37.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (1995). Ley del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación, 21 de diciembre de 1995. Gobierno Federal.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (1996a). Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Diario Oficial de la Federación, 11 de marzo de 1996. Gobierno Federal.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (1996b). Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. Diario Oficial de la Federación, 23 de mayo de 1996. Gobierno Federal.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (2004). Reglas para la constitución e incremento de las reservas técnicas especiales de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros. Diario Oficial de la Federación, 27 de mayo de 2013. Gobierno Federal.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (2014). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de los Títulos Tercero Bis y Décimo Octavo de la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 4 de junio de 2014. Gobierno Federal.
- ENTRALGO, A. (1998). *Historia de la medicina*. Masson-Salvat.
- ESPING-Andersen, G. (1991). As Três Economias Políticas do Welfare State. *Lua Nova*, 24, 85-115.
- ESQUIVEL, M. T. y Sánchez, M. (1981). *Índice de los Ramos Hospitales y Protomedicato*. AGN.
- FAIR, H. (2008). El sistema global neoliberal. *Polis*, 21, 1-27.
- FERREIRA, J. (1986). Análisis Prospectivo de la educación Médica. *Educación Médica y Salud*, 20 (1), 26-40.
- FLAMAND, L., y Moreno, C. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rasgos del diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012). *Foro Internacional*, 40 (1), 217-261.
- FLEXNER, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Bulletin No.4. Carnegie Foundation.
- FOUCAULT, M. I (2012). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- FREYERMUTH, G. (1986). *Stress y fatiga en médicos residentes de posgrado del Hospital General (SSA) de Ciudad Nezahualcóyotl*. Reportes de Investigación, UAM-CBS.
- GOBIERNO DE LA REPÚBLICA (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República.

- GUDIÑO, M.R., Magaña, L., y Hernández, M. (2013). La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945. *Salud Pública México*, 55 (1), 81-91.
- HERNÁNDEZ, H. (1982). Historia de la Participación del Estado en Instituciones de Atención Médica en México. 1935-1980. En: F, Ortiz Quesada (Editor). *Vida y Muerte del Mexicano*. Tomo 2. Folios Ediciones.
- HERNÁNDEZ, H. (1986). *¿Qué es el Sistema Nacional de Salud?* Serie Materiales de Apoyo, 5, UAM-X.
- HERNÁNDEZ, G. (1993). Crisis y Regulación: Elementos Teóricos Fundamentales. En *Mercados y Regulación*. Guillermo Martínez (Ed.). UAM-I.
- INEGI [Instituto Nacional de Geografía e Informática] (2019). Sistema de Cuentas Nacionales de México. Producto Interno Bruto Trimestral. Año Base 2013. Serie del primer trimestre de 1980 al segundo trimestre de 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (2012). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. México: INSP/SSA. <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (2016). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Medio Camino. INSP/SSA. [http://transparencia.insp.mx/2017/auditorias-insp/12701\\_Resultados\\_Encuesta\\_ENSANUT\\_MC2016.pdf](http://transparencia.insp.mx/2017/auditorias-insp/12701_Resultados_Encuesta_ENSANUT_MC2016.pdf).
- IMF [International Monetary Found] (2002). Mexico: Selected issues. International Monetary Found.
- IRIGROYEN, J. (2001). La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*, 48 (2), 277-293.
- JASPERS, K. (1988). *La práctica médica en la Era Tecnológica*. Gedisa.
- KESHENOBICH, D. (2012). El Consejo de Salubridad General. *Gaceta Médica México*, 148, 598-600.
- KRAFCHIK, W. (2002). ¿Puede la sociedad civil ser un valor agregado en las decisiones presupuestarias? The International Budget Project. <http://www.worldbank.org/participation>.
- KRUEGER, A. (2002). An International Financial Architecture for 2002: A New Approach to Sovereign Debt Restructuring. <http://www.imf.org/external/np/speeches/2001>.
- LAURELL, AC. (1992). La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades socio-políticas. *Cuadernos Médico Sociales*, 60, 1-11.
- LAURELL, AC. (1995) Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. UAM-X/Fundación Friedrich Ebert.
- LAURELL, AC. (2001). Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social. Cómo Garantizar y Ampliar tus Conquistas Históricas. *Temas de Hoy*.
- LEAL, G., Sánchez, H.J., y León, J.L. (2016). Sobre la propuesta de «universalidad» en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto. *Estudios Políticos*, 38, 117-141.
- LÓPEZ, D. (1993). *La Salud Desigual en México*. Siglo XXI.
- LÓPEZ, I., Pérez, M., y Artilés, L. (2016). La homeopatía como modalidad terapéutica en América: un recuento histórico necesario. *Edumecentro*, 8 (supl. 1), 74-86.
- LÓPEZ, O., y Blanco, J. (2010). Políticas de salud en México: más policía médica y menos salud colectiva. En Peña F. y Parra B. (Coord.) *La medicina social en México II. Globalización neoliberal*. ALAMESMX/ Eón/ ENAH.
- LÓPEZ, O. (1992). La Política de Salud en México: ¿Un ejemplo de liberalismo social? En Laurell, Asa Cristina (Coord.) *Estado y Políticas de Salud en el Neoliberalismo*. Fundación Friedrich Ebert.
- LÓPEZ, O., y Jarillo, E. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (2), 1-13.
- LÓPEZ, O., y Blanco, J. (2001). La Polarización de la Política de Salud en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (1), 43-54.

- LLOVET, J.J. (1999). Transformaciones en la Profesión Médica: un cuadro de situación al final del siglo. En: Bronfman MR (Coord.). *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. EDAMEX.
- MANIGAT, M.P. (2020). El crédito al consumo: sus determinantes estructurales y su lugar en la gestión estatal de la fuerza de trabajo. *El Trimestre Económico*, 87 (3), 703-730.
- MARTÍNEZ, M.X. (2013). El archivo histórico de la Facultad de Medicina: su pasado y su presente. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56 (6), 46-53.
- NOGUEIRA, R. (1988). La Medicina Liberal y el Mercado de Trabajo en Salud. ¿Qué es la Medicina Liberal? *Educación Médica Salud*, 22 (2), 141-152.
- OCARANZA, F. (1995). *Historia de la medicina en México*. CIEN.
- PALLOIX, C (1976). Les Procès de Travail: du fordisme au neofordisme. La Pensée, 185. En Michel Aglietta. *Regulación y Crisis del Capitalismo*. Siglo XXI.
- PARDO, M.C. (2015). La modernización administrativa del gobierno de Felipe Calderón: entre la austeridad y la reforma. *Foro Internacional*, 55 (1), 83-115.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL (1983). Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Poder Ejecutivo Federal.
- RABIER, C. (2004). Vulgarisation et diffusion de la médecine pendant la Révolution: l'exemple de la chirurgie. *Annales historiques de la Révolution française*, 338, 75-94.
- RABIER, C. (2013). Histoire de la médicalisation européenne, XVe-XIXe siècles. *ConsuMed working paper series*, Department of Economic History, London School of Economics and Political Science. <http://eprints.lse.ac.uk/50907/>.
- REVUELTAS, A. (1993). Las reformas del Estado en México: del Estado benefactor al Estado neoliberal. *Política Cultural*, 3, 215-229.
- SANTILLÁN, R.J., Martínez, M., y López, F. (2016). Análisis econométrico del riesgo y rendimiento de las SIEFORES. *Revista Mexicana de Economía y Finanzas*, 11 (1), 29-54.
- SECRETARÍA DE SALUD (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud de México.
- SECRETARÍA DE SALUD (2003). Salud: México 2002. Secretaría de Salud de México.
- SECRETARÍA DE SALUD (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud de México.
- SECRETARÍA DE SALUD (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Secretaría de Salud de México.
- SORIA, V. (1993). Las Políticas de Gasto Social y Privatización en México. Un Proyecto de Legitimación Estatal. En Guillermo Martínez (Ed.). *Mercados y Regulación*. UAM-I.
- STRANGE, S. (2003). *La retirada del Estado. La difusión del poder en la economía mundial*. Ícara/Entermón Oxfam.
- TAUS, A. (2012). Contextualización de la crisis actual: Post-fordismo, reestructuración neoliberal y financiarización. *Colombia Internacional*, 76, 51-79.
- TENÓRICO, F. (2011). A unidade dos contrários: fordismo e pós-fordismo. *Revista de Administração Pública*, 45 (4), 1141-1172.
- VALENCIA, L. (2008). Reforma del Estado para la gobernabilidad democrática en México. *Política Cultural*, 29, 10-39.
- VELLINGA, M. (1992). *El Cambio del Papel del Estado en América Latina*. Siglo XXI.
- VIDONI, N. (2015). Protéger la santé des Parisiens au XVIII<sup>e</sup> siècle : savoirs urbains et action policière. *Histoire, Médecine et Santé*, 6, 97-110.
- WELCH, W.H., and Rose, W. (1915). Institute of Hygiene: a report to the General Education Board of Rockefeller Foundation. The Rockefeller Foundation.



### III. EL CONCEPTO DE CALIDAD EN LA POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO. DEL ESTADO-BENEFACTOR AL ESTADO-MERCADO. ANÁLISIS DEL PERIODO 1990-2016.

Victoria Ixshel Delgado Campos  
Roselia Arminda Rosales Flores

#### ■ INTRODUCCIÓN

La política de salud ha formado parte de la política de Estado en cada momento histórico de la sociedad en México. En ese sentido, los esfuerzos por incluir la atención a la salud y sus componentes en las agendas de desarrollo han acompañado los planes de trabajo de cada gobierno en turno. Desde el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la calidad como un componente sustancial de los Sistemas de Salud. En el documento *Salud para Todos* se señala: «la calidad es una cualidad esencial de la atención médica y es fundamental para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y garantizar el futuro sostenible de los sistemas de atención a la salud». Lo anterior parte de la premisa de ubicar a la calidad como una de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) descritas en 1997. Desde entonces, el Estado mexicano consideró la calidad como prioridad en la agenda política y de salud en el país. En este sentido, es posible suponer que la formulación y el diseño de políticas públicas en materia de calidad en salud tendría como fin amplio, mejorar la salud de la población, garantizar el funcionamiento de los sistemas de salud y, en un nivel más general, contribuir a la mejora de la calidad de vida de la sociedad mexicana.

Uno de los elementos principales que contribuye a cumplir tal propósito es que la política pública debe ser suficientemente clara para «definir» (conceptual y técnicamente) cuál es el problema público que busca resolver. Si el problema público no es claro o no está suficientemente definido, difícilmente dicha política pública podrá cumplir sus objetivos, metas y fines. Definir el problema público no es tarea sencilla, implica colocar en el centro del debate cuáles son las prioridades sociales a atender, cuáles son los valores implícitos y explícitos en esas prioridades y con cuáles recursos se cuenta para ello. Lo anterior, supone un posicionamiento ético-político sobre qué bien público o servicio debe garantizarse, a quiénes deberían dirigirse las intervenciones y quién debe pagar por los servicios. En conjunto implica también un posicionamiento ideológico sobre el tipo de sociedad que se quiere y sobre cómo deberían garantizarse los bienes y servicios a la población. En este sentido, es deseable repensar cuál es el «problema público» en materia de calidad en las políticas de salud, tomando como referente el marco analítico de las políticas públicas, por un lado, y por el otro, considerando a la calidad como componente fundamental del Derecho a la Salud.

## ■ ANÁLISIS TEÓRICO

### ENFOQUE DE POLÍTICA PÚBLICA PARA ANALIZAR LA POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD EN MÉXICO.

La forma en la que el gobierno brinda atención a las condiciones de vida de los grupos sociales (salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, entre otras), ha sido a través de las políticas públicas, las cuales, de acuerdo con Vivaldo y López (2009), se corresponden con modelos específicos de política de Estado. El enfoque de políticas públicas tiene una amplia historia en los campos de la administración pública, la ciencia política y la sociología. Se plantea que, en los sistemas democráticos, las condiciones de vida como la alimentación, la salud y el trabajo, entre otras, adquieren una dimensión política específica cuando el Estado las asume como objeto para la intervención, es decir, cuando las transforma en una política pública (Merino, 2013).

La forma en que una sociedad se organiza para satisfacer necesidades sociales, permite identificar cómo se definen los problemas, qué mecanismos de resolución se ponen en marcha, cuáles actores están involucrados, cómo ocurre la correlación de fuerzas o qué valores entran en disputa a la hora de diseñar acciones colectivas. Un Estado que se asuma democrático, responde a estas situaciones a través del diseño de políticas públicas, donde por principio metodológico no se asume a la población involucrada como objeto de atención, sino como sujeto de inclusión. De acuerdo con Luis Aguilar, «las acciones de gobierno, que tienen como propósito realizar objetivos de interés público y que los realizan con eficacia y aún eficiencia, es lo que en términos genéricos puede llamarse política pública» (Aguilar, 2010). En la literatura especializada, pueden ubicarse al menos dos tradiciones teóricas, que no son exhaustivas ni excluyentes; por un lado, el enfoque de la administración pública que coloca en el centro el concepto de política pública; por otro lado, los diversos enfoques de las ciencias sociales y políticas que enfatizan el concepto de política social. En este trabajo se retoma el término de política pública en la medida en que se considera una acción deliberada del gobierno para resolver un determinado problema y para modificar el *statu quo* en un sentido determinado (Merino, 2013). Sin embargo, se considera que el término de política social tiene un amplio potencial explicativo en la medida en que muestra las interacciones cotidianas de la sociedad para responder a las demandas originadas en el proceso de reproducción social; adicionalmente, forman parte de las políticas públicas y contribuyen en la distribución de bienes públicos ya que tienen un componente importante en la disminución de desigualdades sociales (Valdés y Espina, 2011).

La *definición del problema público* puede ubicarse dentro del llamado ciclo de las políticas públicas.<sup>1</sup> De acuerdo con Bardach (2000), el planteamiento de un problema público demanda un conocimiento lo más completo y exhaustivo posible del contexto en el cual se expresa dicho problema; debe ser lo suficientemente preciso para identificar los límites del problema de tal manera que incluya las mejores soluciones,

<sup>1</sup> En general, el ciclo considera: 1) la formación de la agenda, 2) la definición del problema público, 3) la hechura de la política o el diseño, 4) la implementación de la política y 5) la evaluación de la política.

y que éstas sean factibles técnica y políticamente (Bardach, 2000). Por otro lado, Giandomenico Majone enfatiza la importancia de la argumentación en la definición del problema público. Majone ha planteado que las políticas públicas, de manera similar a los proyectos de investigación, tienen un *núcleo duro*. En él, se encuentra la definición (teórica y técnica) del problema, los valores y los criterios que guían la intervención del Estado y, de manera enfática, la posible solución del problema. Así, la política pública debe ser capaz de describir el problema que se quiere resolver, cuáles son los elementos que lo generan y cuál es la mejor solución viable en lo político y factible en lo técnico. La metáfora del autor, también señala que las políticas tienen un *cinturón de protección* compuesto por los programas, proyectos, recursos, funciones, actividades, oficinas e instituciones que, en conjunto, hacen posible la implementación de las políticas. El supuesto es que mientras el núcleo duro debe permanecer sin cambios, o con cambios menores y marginales, el cinturón de protección puede, y debe, ajustarse en el camino (Majone, 1997, citado en Merino, 2009).

A partir de la propuesta metodológica para el análisis de las políticas públicas, se analiza a continuación la política de calidad en salud. Lo anterior supone fases previas a la implementación y la evaluación, como la definición del problema que la política busca resolver (Majone, 1997). Justamente, lo que se discute en estas líneas es la forma en que históricamente se ha definido el problema público en materia de calidad en salud. No se trata de una evaluación sobre un programa concreto, pues la materia para el análisis se encuentra en fases previas a la evaluación de intervenciones. Parafraseando a Giandomenico Majone: la definición del problema —parte fundamental del núcleo duro de la política, es el «corazón» de toda política pública— (Majone, 1997), y es en lo que nos centraremos respecto a la política de calidad en salud.

#### **LA CALIDAD EN SALUD: COMPONENTE DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL DERECHO A LA SALUD.**

En este trabajo sostenemos que, tal como señala la OMS, «la calidad es una cualidad esencial de la atención médica y es fundamental para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y garantizar el futuro sostenible de los sistemas de atención a la salud». No obstante, la calidad no solo forma parte de la atención médica o de los sistemas nacionales de salud, sino que, es una dimensión fundamental del derecho a la salud. De acuerdo con Ortega-Soriano, «la calidad de la atención es un proceso complejo que no puede reducirse exclusivamente a normas o procedimientos de la organización administrativa en la prestación de servicios de salud, sino que, su comprensión y mejoramiento rebasan las lógicas sanitarias» (Ortega-Soriano, 2014: 113). En este sentido, aspectos como la disponibilidad, el acceso, *la calidad* y el costo de la atención, forman parte de determinados sistemas de relaciones sociales, es decir, de relaciones de poder concretas en organizaciones sociales específicas. Esta visión de la calidad implica considerar el aporte de diversas disciplinas y campos de estudio al análisis de la calidad de la atención, de manera que pueda lograrse una articulación entre la dimensión técnica de las políticas públicas (eficacia y eficiencia) y la dimensión política (contexto político, social y económico). Es decir, entre los aspectos estructurales del contexto en el cual se desarrollan las políticas y

los elementos prácticos para resolver situaciones sociales previamente problematizadas que requieren la intervención estatal a través del aparato institucional.

Los autores señalan que, bajo esta perspectiva, es posible considerar a la calidad de la atención como parte del derecho a la salud, y que la mayoría de los problemas derivados de la mala calidad de la atención son actualmente evitables, lo que supone que su combate debe ser objetivo prioritario de los sistemas de salud (Ortega-Soriano, 2014). Durante el siglo xx, el derecho a la salud se reconoció en las declaraciones internacionales y universales de derechos humanos y también como parte de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), por lo que es considerado un derecho social. Como tal, el derecho a la salud es un derecho inclusivo, progresivo, reconocido como componente de otros derechos y que depende de la confluencia de otros aspectos que, en conjunto, determinan las condiciones de salud en una sociedad. El enfoque de derechos implica entonces, el señalamiento explícito de quienes son los sujetos obligados para lograr su garantía; y coloca al Estado como principal sujeto obligado en materia de derechos humanos.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, partimos de las siguientes premisas:

1. En tanto que las políticas públicas comprenden procesos que requieren de la acción del Estado, es deseable analizar la política de calidad en salud en el contexto de transformación del Estado mexicano, es decir, en el proceso de configuración de un Estado-Benefactor previo a la década de los noventa, y la posterior instauración y sostenimiento de un Estado-Mercado desde de los noventa y hasta la fecha.

2. La calidad de la atención a la salud es un proceso complejo que no puede reducirse solamente a la dimensión técnica de la prestación de servicios de salud, sino que implica considerar otras dimensiones del contexto político, económico y social que determinan las condiciones de salud de la población, lo que coloca a la calidad como componente del derecho a la salud.

## ■ METODOLOGÍA Y ANÁLISIS

Se trata un análisis documental y crítico sobre la calidad en las políticas de salud en México, tomando como referencia el marco analítico de las políticas públicas y el enfoque de la Salud Colectiva para analizar las características del concepto «calidad» plasmado en los documentos oficiales de política en salud en México, en el contexto de transformación de un Estado-Benefactor hacia la instauración y sostenimiento de un Estado-Mercado.

Se recuperaron los Planes Nacionales de Desarrollo (PND) y los Programas Sectoriales de Salud de 1990 al 2016; así como los documentos institucionales y científicos (evaluaciones internas y externas) que analizan las políticas de salud en general, y de calidad específicamente. Se realizó una lectura analítica de los principales documentos.

El análisis se realizó en tres momentos clave: el primer momento consistió en una revisión de la trayectoria de la política de salud en el país, identificando los siguientes elementos: a) procesos que implicaron una transformación en materia de calidad en salud, b) periodo presidencial en que ocurrieron, c) el contexto socioeconómico y polí-

tico y d) las características de la política de salud en ese momento. La caracterización en el tiempo de estos procesos se describe en los Cuadros 1a y 1b como hitos en materia de calidad en salud en México. De esta primera lectura analítica se identificaron cuatro momentos importantes en el desarrollo de la política de salud en México y su relación con las acciones de calidad que se llevaron a cabo.

Un segundo momento analítico consistió en identificar en cada periodo presidencial los programas de gobierno en materia de calidad en salud. Finalmente, en cada periodo presidencial se identificó la definición de «calidad» que se privilegió para caracterizar el problema público y el enfoque de la política de salud.

## ■ RESULTADOS

El periodo que comprende de 1950 a 1990 permite identificar dos momentos históricos importantes en la definición de la política de salud en relación con el concepto de calidad. El primero se refiere a 1950 a 1980 caracterizado por una política económica de desarrollo centrada en la sustitución de importaciones, el desarrollo tecnológico y los cambios en el perfil patológico tendiente a las llamadas enfermedades crónico-degenerativas. En este sentido la atención está centrada en la curación y la calidad se verifica en el momento de la consulta a través de las auditorías médicas, los círculos de calidad y el expediente clínico (Cuadro 1a).

El segundo momento histórico (1984 a 1996) se expresa en la política de corte neoliberal y los ajustes estructurales y las crisis económicas que afectaron a nivel nacional e internacional. Este momento está caracterizado por perfiles epidemiológicos polarizados y reformas que aumentan las desigualdades sociales, así como las desigualdades en salud. Se realizaron reformas al sistema de salud mexicano con procesos como la descentralización con efectos heterogéneos y desiguales en la prestación de los servicios. Se iniciaron las evaluaciones en términos de calidad técnica, eficiencia y eficacia de acuerdo con la tendencia internacional de una visión gerencial y tecnócrata (Cuadro 1a).

Se identificaron cuatro periodos presidenciales (Ernesto Zedillo, 1994-2000; Vicente Fox, 2000-2006, Felipe Calderón, 2006-2012 y Enrique Peña, 2012-2018) en los que se crearon cuatro programas públicos clave en materia de calidad: el Programa de mejora continua de la calidad, la Cruzada Nacional por la Calidad, el Sistema Integral de Calidad y la Estrategia Nacional para la consolidación de la calidad, respectivamente, (véase el Cuadro 2).

El periodo de 1996 a 2018 en materia de calidad revela tres momentos importantes (Cuadro 1b). En el primer momento que se ubica de 1996 a 1999 continúa el discurso gerencial y tecnocrático, pero, se incluyen dos conceptos relacionados con la subjetividad. El componente de calidad percibida o la satisfacción del usuario. Hay desarrollo del campo disciplinar sobre la economía de la salud y la competencia gerenciada para disminuir los problemas que produce la asimetría del mercado en la salud (Frenk, 1994).

Del 2001 a 2006 se desarrolla el primer programa centrado en la calidad. Estos programas se fortalecieron hasta 2018 y están relacionados con la implementación de las políticas en materia de salud.

Al retomar los periodos en los que se desarrollan los programas de calidad de 2000 al 2018 se ubican en cuatro periodos de gobierno. En el Cuadro 2 se observan los elementos principales que se identificaron en los programas de política pública y en particular el enfoque de calidad. Contrastándolo con el desarrollo histórico de los conceptos de calidad y la política salud (Cuadros 3 y 4) encontramos una relación directa entre estos elementos.

Durante la administración de Ernesto Zedillo (1995-2000), los principales problemas del sector que se identifican en torno a la calidad son: (1) insuficientes servicios de salud; (2) la duplicidad de los servicios de salud al estar conformado el sistema de salud mexicano por subsistemas; (3) el centralismo en la asignación del presupuesto y en la decisión de cómo asignarlo; y (4) la cobertura limitada. Las principales acciones contemplaron crear incentivos de calidad y eficiencia para que los prestadores de servicios de las instituciones públicas y de seguridad social otorguen una mejor atención al público. No obstante, no siempre la eficiencia en la prestación de servicios significa calidad, ya que muchas veces en la lógica de «minimización de los costos» se sacrifica la calidad de los servicios (Cuadros 2 y 4).

La descentralización como proceso, se extiende a todo el país pensando en que eso permitiría que cada estado tomara decisiones sobre prioridades, los recursos que se destinarían a cada problema identificado, a quién dirigen las intervenciones. Sin embargo, la literatura especializada reporta que aumentó la desigualdad en salud entre las entidades federativas y la inequidad en el financiamiento (Cuadros 3 y 4).

En el año 2000 gana las elecciones presidenciales el Partido Acción Nacional, —partido diferente al hegemónico Partido Revolucionario Institucional— de tendencia conservadora y de orientación de derecha, con lo que comenzó la llamada alternancia política. Durante la administración de Vicente Fox (2000-2006), se incluye como parte de sus políticas de salud la creación de una Política de Calidad. El programa se llamó *Cruzada nacional por la calidad de los servicios*, a pesar de ser una de las políticas más mencionadas, no hay claridad de la noción de calidad y la propuesta va encaminada a disminuir la desigualdad en la atención que existe en las entidades y entre las instituciones, garantizar el trato digno a través de la regulación de la práctica médica (Cuadros 2 y 3).

Con Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012) se señala en el Programa Nacional de Salud «prestará servicios de salud con calidad y seguridad» (Cuadro 2). Una de las estrategias fue, para fortalecer las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud, «situar la calidad en la agenda permanente». Se indica que la prestación de servicios personales debe realizarse con calidad técnica, calidez y de manera eficiente (PND 2007-2012: 61).

El programa de SICALIDAD, en general, indica las estrategias, programas, objetivos y/o metas en materia de calidad y los indicadores para evaluarla. En este sentido, es una política que no describe, define o sistematiza la definición del problema público, no hay una definición (teórica y técnica) de «Calidad», pero, es referida como un componente fundamental del Sistema Nacional de Salud.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, desarrollado durante la administración de Enrique Peña Nieto, planteó como principal problema público que el Sistema Nacional de Salud está organizado en múltiples subsistemas, en los cuales diversos grupos de la población cuentan con derechos y beneficios distintos, por lo que no se cumple el

principio de equidad en la satisfacción de necesidades en salud. Los objetivos de las acciones van encaminados hacia asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. En el PND se plantea la necesidad de una planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos sociales. Plantea que para avanzar en la calidad de los servicios de salud se requiere de un fortalecimiento de los modelos de atención de entidades federativas y municipios, así como una regulación adecuada en diversos ámbitos y del uso de las normas (NOM) al realizar las intervenciones médicas y sanitarias, continuar con el proceso de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, continuar con los estándares de calidad técnica y seguridad de los pacientes, es decir, sigue sin definirse la noción de calidad y se limita a establecer acciones e instrumentos para lograrla (Cuadros 2 y 4).

En el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) se pueden identificar las siguientes inconsistencias:

1. Al centrarse en el acceso efectivo se limita el abordaje de la calidad en salud, ya que solo se considera una de las seis dimensiones propuestas por la definición del PROSESA.

2. La definición de acceso efectivo es dispersa, heterogénea y no corresponde con los mismos parámetros, por un lado, se define como «cobertura universal», por otro lado como «política del Estado para controlar la enfermedad» ambas sin alcanzar el acceso efectivo cuando «hay acceso físico a servicios y calidad en los procesos de atención». Todos estos elementos no concuerdan entre sí.

3. Las definiciones de calidad propuestas en el PROSESA y en el Programa de Acción Específico (PAE) también tienen matices diversos; el primero la define como la atención que otorga el sistema de salud y el segundo la define como resultado de un proceso más amplio. El primero se refiere a calidad de la atención en salud y el segundo a calidad de la atención médica.

Otro elemento que se debe destacar es que la «calidad» ha tenido al menos cinco entradas generales a la agenda gubernamental,<sup>2</sup> todas ellas referidas a diversas formas de definir el problema público: 1) como parte de la estrategia de política de salud en el mejoramiento de la calidad, eficiencia, centrada en los resultados y resolución de los problemas del sector; 2) como parte de una agenda internacional que coloca a la «calidad de los servicios de salud» como un instrumento importante en la institucionalización del sector salud en el proceso de producción de la prestación de servicios de salud; 3) como una visión que busca homogenizar en términos de «calidad» los servicios personales de salud de todo el sector con el fin de promover la libre elección de los usuarios; 4) como parte de una política de salud del país, que buscó reorganizar los servicios de salud bajo la lógica del pluralismo estructurado, que requiere instrumentos de evaluación, acreditación y regulación robustos con el fin de monitorear y vigilar a

<sup>2</sup> La formación de la agenda gubernamental incluye la definición del problema público, pero no se agota en ello, implica acciones concretas del aparato burocrático. También se diferencia de los conceptos de agenda pública y agenda política. Se entiende por agenda gubernamental a las prioridades que un gobierno plantea a manera de proyecto que busca materializar. Para una revisión detallada véase: Casar, MA., Maldonado, C. (2008).

los prestadores de servicios; 5) como parte de las políticas de salud para cumplir con el derecho a la salud.

## ■ CONCLUSIONES

Los aspectos anteriores muestran que la noción de calidad se construye al inicio como instrumento que busca mejorar la prestación de servicios, como un indicador para evaluar los sistemas de salud, pero que, vinculadas al contexto sociohistórico en las que operacionalizan las políticas de salud, supone una definición técnica que busca integrarla a las políticas de corte neoliberal dentro del modelo del sistema de salud llamado competencia gerenciada.

La definición de calidad no sólo es diferente en cada periodo presidencial —por lo que el análisis de coherencia y seguimiento de una política pública resulta limitado—, sino que, son en general definiciones desarticuladas, ambiguas y en algunos casos contradictorias, incluso entre diversos documentos oficiales en la misma administración o periodo presidencial (Cuadros 3 y 4).

En síntesis, las definiciones de calidad no sólo son imprecisas y heterogéneas, sino que se centran en los resultados, dejando fuera la estructura y los procesos (Donabedian, 1980). Asimismo, la definición de calidad no corresponde con el problema público identificado, primero porque parecen señalarse «dos problemas» (la heterogeneidad y la falta de posicionamiento del tema en las agendas); segundo, porque la calidad definida como «resultado de intervenciones en salud» no da cuenta de los problemas públicos; como señalaron Vértiz-Ramírez la calidad es una cuestión de grado, es decir, existen un rango posible de calidad que oscila de pésima a excelente (2014: 61). Elemento que no es considerado en ninguna de las definiciones de calidad.

En los últimos treinta años en el país, ningún programa de política pública en materia de calidad en salud ha planteado como problema público las desigualdades en salud que generan inequidades, ni tampoco han considerado, definir la calidad como componente sustancial del derecho a la salud (en su componente ampliado, no sólo de la protección en salud). Asimismo, los principales instrumentos de política pública se han orientado hacia problemáticas que responden más a intereses de agenda política y problemas organizacionales (administrativo-burocráticos), que a la mejoría en el bienestar y la calidad de vida de la población a la que dirigen sus intervenciones. ¿No debería ser este último, el fin de toda política pública en salud?

CUADRO 1A. HITOS EN MATERIA DE CALIDAD EN SALUD EN MÉXICO, PERIODO 1950-1990.

	1966	1976	1984	1985	1987	1990
<b>Evento/ proceso</b>	Modelo de Donabedian	Creación del programa IMSS-COPLAMAR	Reforma a la Ley General de Salud que derivó en la creación del Sistema Nacional de Salud	Círculos de Calidad INPER	Evaluación de la calidad Médica	Nueva Gestión Pública en Salud
<b>Periodo presidencial</b>	Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970)	José López Portillo (1976-1982)	Miguel de la Madrid (1982-1988)			Carlos Salinas (1988-1994)
<b>Contexto socioeconómico y político</b>	«Época de oro del capitalismo» (1940-1970, aprox)	Crisis financiera debido al agotamiento del modelo de sustitución de importaciones	Disminución de los precios del petróleo. Aumento de las tasas de interés. Renegociaciones de la deuda externa		Recesión económica por el desplome de la bolsa mexicana de valores	Privatizaciones de paraestatales (TELMEX) Consolidación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN).
<b>Características de la política de salud</b>	1950-1960	1976	1984	1985	1987	1990
			La descentralización de los servicios de salud Sectorización, moderación de la SSA. Se prioriza la coordinación intersectorial y la participación comunitaria	Promulgación de la Ley General de Salud. Inicio de la segunda etapa de descentralización de los servicios de salud de la SSA	Creación del Instituto Nacional de Salud Pública.	Creación del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL)
<b>Observaciones</b>	Sin acciones nacionales, la preocupación general por la calidad centrada en auditorías, círculos de calidad y expediente clínico					
	Calidad centrada en criterios de «calidad técnica» eficiencia y eficacia, visión gerencial y tecnocrática. En 1982 la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió de nombre a Secretaría de Salud.					

CUADRO 1B. HITOS EN MATERIA DE CALIDAD EN SALUD EN MÉXICO, PERIODO 1996-2018.

	<b>1996</b>	<b>1997-2000</b>	<b>1999</b>	<b>2001-2006</b>	<b>2007-2012</b>	<b>2013-2018</b>
<b>Evento/ proceso</b>	Presentación del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.  Qualimed (primera consultora sobre la satisfacción de la población)	Programa Integradado de Calidad  Programa de mejora continua de la calidad en la atención Médica SSA	Comisión para la Certificación de Establecimientos de atención Médica	Creación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud DGCEs  Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCS)	Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD)	Estrategia Nacional de Consolidación de la calidad de los establecimientos y servicios de atención médica. Reformas al art. 79 sobre la regulación de profesionales de la salud. Sobre la cédula profesional y títulos. Reforma al art. 198 sobre los establecimientos que prestan servicios de hemodiálisis para que cuenten con autorización sanitaria para su funcionamiento, control y de esta forma vigilar que se cumplan estándares de calidad para brindar una buena atención a los pacientes.
<b>Periodo presidencial</b>	Ernesto Zedillo (1994-2000)			Vicente Fox (2001-2006)	Felipe Calderón (2007-2012)	Enrique Peña (2013-2018)
<b>Contexto socioeconómico y político</b>	Levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN)		Transición política		Guerra contra el narcotráfico	Intensificación de la violencia en todas las áreas de la vida.

CUADRO 1B. HITOS EN MATERIA DE CALIDAD EN SALUD EN MÉXICO, PERIODO 1996-2018 (CONTINUACIÓN)

	1996	1997-2000	1999	2001-2006	2007-2012	2013-2018
<b>Características de la política de salud</b>	Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 Fundación Mexicana para la Salud (cuyo director es Julio Frenk junto con otros economistas, inicio de post-gradados sobre economía de la salud).	Programa de Ali- mentación, Sa- lud y Educación (PASE)  Programa de Educación, Ali- mentación y Sa- lud (PROGRESA) Programa de Desarrollo Urba- no «Oportunida- des».	Se establecen como re- tos: Equidad, Calidad, Protección financiera	El Plan Nacional de Salud (2001-2006), conocido como «La democratiza- ción de la salud» propone la crea- ción del Sistema de Protección So- cial en Salud (SPSS) La SSA propone el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) Ley General de Sa- lud (LGS)	SICALIDAD se plantea como continuación de la CNCSS.	Inicia el debate sobre la crea- ción de un sistema único de salud con múltiples prestado- res de servicios El programa Oportunidades cambia a Prospera. Contratación de servicios con proveedores privados.
<b>Observaciones</b>	Continúa la visión anterior, pero se incluye en el discurso la centralidad en el paciente, componente de «calidad percibida» o satisfacción del usuario. Políticas de corte neoliberal que privilegian la «libre elección», centra- da en individuo y «quién paga qué», visión gerencial de competencia y mercados internos			Función de recto- ría (Secretaría de Salud) Primer programa centrado en la ca- lidad 2003. Creación del Siste- ma de Protección Social en Salud. Catálogo Univer- sal de Servicios (CAUSES)	Se fortalece la idea de la «libre elección» como dispositivo para mejorar la calidad de los servi- cios de salud y por lo tanto de la competencia gerenciada.	

CUADRO 2. PRINCIPALES PROGRAMAS DE POLÍTICA PÚBLICA EN MATERIA DE CALIDAD EN SALUD EN MÉXICO, PERIODOS DE GOBIERNO Y ENFOQUES DE LA CALIDAD, 1994-2018.

Periodo	Presidente de México	Programa de política pública	Enfoque de la calidad
1994-2000	Ernesto Zedillo	Programa de mejora continua de la calidad en la atención médica de la SS Plan Integral de Calidad (PIC) del IMSS	Experiencias diferenciadas por instituciones, avances aislados sin llegar a ser estrategias nacionales. De los modelos gerenciales y administrativos de la década anterior, comenzó a reconocerse la calidad «deficiente» de los servicios y la importancia en la centralidad del paciente. El PIC implicó un cambio de la producción estandarizada de servicios a un enfoque de satisfacción del usuario.
2001-2006	Vicente Fox Quesada	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS)	La CNCSS se propuso generar una cultura nacional a favor de la calidad de los servicios, planteaba elevar la calidad y generar niveles «aceptables» en el país. Se centró en dos dimensiones: el trato digno y la atención médica, efectiva, eficiente, ética y segura.
2007-2012	Felipe Calderón Hinojosa	Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD)	Ante un diagnóstico de «calidad deficiente» de los servicios, SICALIDAD se propuso elevar la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida y la gestión de servicios de salud. En paralelo se asume como una estrategia nacional para colocar la calidad en la agenda del SNS.
2013-2018	Enrique Peña Nieto	Programa de Acción Específico (PAE). Estrategia Nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica.	La calidad se concibe como un elemento de regulación, control, normalización y vigilancia tanto de establecimientos de salud, como de la práctica médica. Coloca en el centro la modernización de infraestructura, el desarrollo de nuevas tecnologías en el campo científico y el acceso a la información (transparencia y rendición de cuentas). Asimismo, se plantea como componente esencial: el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

CUADRO 3. DEFINICIONES DEL CONCEPTO «CALIDAD» EN LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA EN MATERIA DE SALUD EN MÉXICO POR PERIODOS DE GOBIERNO, 1994-2018.

Periodo de gobierno	Definición de «calidad»	Fuente/instrumento
Ernesto Zedillo Ponce de León 1994-2000	La calidad de los servicios se refiere a la certificación de establecimientos de atención médica. La Secretaría de Innovación y Calidad es la encargada de acreditar a los establecimientos, posteriormente el Consejo de Salubridad General. La «evaluación» se entiende como mejoramiento de los servicios de salud. Se establece la «Garantía de calidad» para describir los círculos de calidad.	Programa de mejoramiento continuo de calidad de la Atención.
Vicente Fox Quesada 2001-2006	Las características de la atención médica <sup>1</sup> . Por calidad deben entenderse dos elementos: trato digno y atención médica con efectos positivos. El primero tiene las características de: respeto a los derechos humanos, información completa, veraz y oportuna, interés manifestado en la persona, amabilidad. La segunda tiene las características de ser: efectiva, eficiente, ética y segura. Por efectos positivos se entiende: resultados medibles, indicadores demostrables. Medición sistemática, construcción de indicadores: monitoreo y evaluación. La calidad también se define como valor en la cultura organizacional del Sistema de Salud. Se debe promover la educación, información, estandarización, participación ciudadana, «aseguramiento».	Programa de Acción. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2001-2006.
Felipe Calderón Hinojosa 2007-2012	La calidad significa también, disponer de servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo.	Programa Nacional de Salud 2007-2012
	Es el resultado de las intervenciones en salud en materia de atención médica efectiva y percepción de la atención por los usuarios del sistema de salud. Tiene tres componentes: calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión de los servicios de salud.	Reglas de Operación SICALIDAD 2010.

CUADRO 3. DEFINICIONES DEL CONCEPTO «CALIDAD» EN LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA EN MATERIA DE SALUD EN MÉXICO POR PERIODOS DE GOBIERNO, 1994-2018. (CONTINUACIÓN)

<b>Periodo de gobierno</b>	<b>Definición de «calidad»</b>	<b>Fuente/instrumento</b>
<p>Enrique Peña Nieto</p> <p>2013-2018</p>	<p>Es el resultado de la interacción de los atributos de la ciencia y la tecnología y su aplicación en la práctica médica, y en donde convergen dos dimensiones: la interpersonal y la técnica. La primera comprende la interacción de pacientes y profesionales con una participación libre, igualitaria e informada, mientras que la segunda está relacionada con el ejercicio de la profesión en un marco de seguridad. Sus atributos principales son seguridad del paciente, oportunidad en la atención, efectividad, eficiencia, equidad y atención centrada en el paciente.<sup>2</sup> En las líneas de acción se indica que para que se alcance el acceso efectivo a servicios de calidad preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud; consolidar la regulación en la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas; instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud; mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos; garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.</p>	<p>Programa de Acción Específico (PAE),<sup>1</sup> Estrategia Nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica. PAE, 2013-2018. Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCS).</p> <p>Enfoque transversal (México en Paz), Estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.</p>
	<p>Atención que el sistema de salud otorga y que cumple con seis dimensiones: efectiva, eficiente, accesible, aceptable/centrada en el paciente, equitativa y segura.<sup>3</sup></p>	<p>Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018.</p>

<sup>1</sup> Único documento en el que se señala que la atención médica no se circunscribe al ejercicio profesional de la medicina.

<sup>2</sup> Se refiere a calidad de la atención médica.

<sup>3</sup> Se refiere a calidad de la atención en salud.

CUADRO 4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO EN MATERIA DE CALIDAD EN SALUD EN MÉXICO, POR PERIODO DE GOBIERNO Y ENFOQUES DE LA POLÍTICA DE SALUD, 1994-2018.

Periodo de gobierno	Problema público identificado	Enfoque de la política de salud
Ernesto Zedillo 1994-2000	Los principales problemas que se identifican en el sector salud son la Insuficiente calidad, eficiencia y el centralismo El programa se centra en la ampliación de la cobertura, entendida como la satisfacción de las necesidades de salud de los individuos y la mejora continua de los servicios a través de evaluación de los mismos; ampliar la cobertura de la seguridad social para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención. Incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta.	Políticas de salud focalizadas, de oportunidad, y comprobación de medios.
Vicente Fox 2001-2006	La falta de institucionalización de la calidad en el sector salud. Se plantea necesario establecer una estrategia nacional que dé coherencia e impulso a los esfuerzos previos y coloque la calidad como un valor en la cultura organizacional del Sistema de Salud. Se identifica como «reto» mejorar la calidad de los servicios de salud en las dimensiones de calidad técnica e interpersonal, la equidad y protección financiera y el acceso a redes de apoyo social. Buscar el apoyo para el mejoramiento de las instalaciones equipamiento y material de los hospitales, clínicas y las instituciones de salud en general. La democratización en salud supone aplicar normas y procedimientos de la ciudadanía a instituciones, de tal forma que la participación ciudadana tiene derechos y obligaciones.	Competencia gerenciada, libre elección, aseguramiento. Focalizadas en poblaciones y en los servicios. Transferencia de responsabilidad a los individuos y familia. Control de la práctica médica.

CUADRO 4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO EN MATERIA DE CALIDAD EN SALUD EN MÉXICO, POR PERIODO DE GOBIERNO Y ENFOQUES DE LA POLÍTICA DE SALUD, 1994-2018. (CONTINUACIÓN)

Periodo de gobierno	Problema público identificado	Enfoque de la política de salud
Felipe Calderón 2007-2012	El principal problema del SNS en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe a este respecto entre los principales prestadores de servicios (calidad técnica). Sin embargo, también se identifica la falta de posicionamiento de los temas de calidad en las agendas públicas.	Se consolida el modelo de pluralismo estructurado para la organización de los sistemas de salud. Continúan las características de políticas focalizadas, de oportunidad y comprobación. Se privilegia la noción de la salud como un bien individual
Enrique Peña Nieto 2013-2018	Se identifica que el sistema de salud está fragmentado y es heterogéneo en los servicios que otorga. Problemas en el acceso a los servicios de salud. Eficiencia en el uso de los recursos materiales y humanos.	Se busca consolidar la idea de aseguramiento. «Portabilidad» del fondo individual para la «compra» de seguros a diferentes proveedores.

## REFERENCIAS

- AGUILAR L. (2010). *Política pública*. Siglo XXI.
- BARDACH, E. (2000) *A practical guide for policy analysis*. Part III: Smart (Best) Practices Research: Understanding and Making Use of What Look Like Good Ideas from Somewhere Else. Chatham House.
- CASAR, MA., Maldonado, C. (2008). *Formación de agenda y procesos de toma de decisiones: una aproximación desde la ciencia política*. Documentos de trabajo del CIDE, 207.
- DONABEDIAN A. (1980) *The definition of quality and approaches to its assessment*. Vol. I. Health Administrations Press.
- FAJARDO D, G., Hernández, F. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*. Secretaría de Salud/Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- FRENK J. (1994). *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. FCE.
- GOBIERNO DE LA REPÚBLICA (2012). Dirección General de Calidad y Educación en Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Gobierno de la República.
- GÓMEZ Dantés, MC., Sesma S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., Frenk J. (2001). Sistema de salud de México. *Salud Publica Méx.*, 53 (S2), 220-232.
- LÓPEZ, S., Vértiz, J., Jarillo, E., Garrido, F., Villa, B. (2014). *El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica*. Universidad Autónoma Metropolitana, Instituto Nacional de Salud Pública, Academia Nacional de Medicina.
- MAJONE G. (1997). *Evidencia argumentativa y persuasión en la formulación de política*. Administración pública, FCE.
- MERINO, M. (2009). La Reforma Electoral en el Nuevo Régimen Político de México. En O. Rodríguez (Coord.) *México ¿Un nuevo régimen político? Siglo XXI*.
- MERINO M. (2013). *Políticas Públicas. Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos*. CIDE.
- ORTEGA-Soriano, R., López-Moreno, S., Álvarez-Díaz, JA., Montealegre-Serrano, M (2014). El Sistema Integral de Calidad y el derecho a la salud en México. En: López, S., Vértiz, J., Jarillo, E., Garrido, F., Villa, B. (coord.) *El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica*. UAM/ INSP/Academia Nacional de Medicina.
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (PND) periodos: 1989-1994, 1995-2000, 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018.
- PLAN NACIONAL DE SALUD (PNS) periodos: 1983-1988, 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018.
- PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD (PROSESA) periodos: 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018.
- PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO (PAE) periodos: 2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018.
- VALDÉS, J. y Espina, M. (2011). Prólogo. Política social y políticas públicas. En J. Valdés y M. Espina (Coords.), *América Latina y el Caribe: la política social en el nuevo contexto; enfoques y experiencias*. UNESCO.
- VÉRTIZ-Ramírez, J., Jarillo-Soto, E., Castro-Borbonio, V., Galván-García, AF., Silberman, M. (2014). La gestión estratégica de SICALIDAD: evaluación integral. En López, S., Vértiz, J., Jarillo, E., Garrido, F., Villa, B. (coord.), *El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica*. UAM/ INSP/Academia Nacional de Medicina.

VIVALDO, M. y López, S. (2009). Treinta años de políticas públicas para el envejecimiento en México. En Olivo, M. y Piña, M (Comp.), *Envejecimiento y Cultura en América Latina y el Caribe*. Universidad Central de Chile.

## IV. POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y RÉGIMEN POLÍTICO EN MÉXICO

Roselia Arminda Rosales Flores  
Juan Manuel Mendoza Rodríguez  
Claudia Alicia López Ortiz

### ■ INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas las transformaciones en la concepción de la Promoción de la Salud, así como su impacto en el campo de conocimiento y práctica profesional, se han articulado a los cambios del contexto internacional global caracterizado por diferentes procesos políticos, económicos y culturales, por transiciones políticas y arribo de gobiernos de centro izquierda en distintos niveles de gobierno y la coexistencia de regímenes de derecha en otros niveles. Ello impone la necesidad de evaluar, de manera comparativa, sus políticas públicas, particularmente las que se destinan para la salud de la población.

Por tanto, el análisis de los regímenes políticos y el tipo de Estado en el que se desarrollan son importantes, en tanto que permite explicar los objetivos de la gestión pública que se asocian a dos modelos de régimen de política social que coexisten en México: el neoliberal y el benefactor. A partir de estos modelos se pueden delinear las características de los proyectos hegemónicos/contrahegemónicos, los esquemas de formulación/desarrollo de las políticas sociales, y sus efectos en la estructura y la dinámica social.

En nuestro país se ha transitado por diferentes regímenes de política social, lo cual necesariamente ha implicado cambios en las formas de atender las necesidades de salud. Un caso particular lo representa el periodo comprendido de 1997 a 2018, ese decir los últimos cuatro sexenios, en el que se ha venido desarrollando la consolidación de un gobierno federal identificado con la derecha, que coexistía con un gobierno local identificado con el modelo de bienestar social en la Ciudad de México, cada uno con procedencias partidistas radicalmente distintas. Cada uno proponiendo soluciones diferentes a los problemas de salud de la población. De ahí la necesidad de comparar la efectividad de cada uno de estos regímenes para resolver los problemas de la sociedad que se consideran más importantes.

Tanto el régimen de política social como su base ideológica-conceptual, se pueden ver expresados en las formas y el grado en que son satisfechas las necesidades básicas, entre las que destacamos la salud, y de manera específica la promoción de la salud.

El abordaje sociohistórico de la PS, implica necesariamente reconocer la transformación de las ideas y las formas de resolver los problemas de salud/enfermedad. Desde el siglo xx, la promoción de la salud se había pensado como una función más de la salud pública, concepción que se establece con mayor claridad en la definición de

las Funciones Esenciales de la Salud Pública [FESP] (Muñoz, *et al.*, 2000). No obstante, en la actualidad, y dado que la promoción de la salud se ha profesionalizado y ha comenzado a desarrollar sus propios marcos teórico-conceptuales para el abordaje de los problemas de salud-enfermedad, se entiende como un campo de conocimiento y práctica profesional que reconoce (Rosales, Granados y Mendoza, 2017; Raingruber, 2014; Potvin y Jones, 2011).

La forma de hacer promoción de la salud se ha manifestado de diferentes maneras, a veces como el fomento de los hábitos y conductas saludables, otras como la realización de prácticas de prevención e higiene, y otras para resolver problemas de salud-enfermedad específicos de grupos cuya solución se encuentra en la transformación de las condiciones de vida o de prácticas colectivas. Es por ello que la salud y la promoción de la salud se han interpretado desde diferentes niveles tanto epistemológicos y teóricos como metodológicos, para dar respuestas integrales a los problemas que en un momento histórico concreto han preocupado a los Estados. En este sentido, los desafíos a lo largo del tiempo para dar respuesta a los problemas que enfretan los colectivos o las poblaciones, hacen que sea necesario revisar qué se ha hecho y qué falta por hacer.

Las nuevas formas de dar respuestas a las problemáticas derivadas de las transformaciones en la estructura de la población y las formas de organización social, la polarización de los perfiles epidemiológicos, las brechas en las desigualdades sociales, imponen retos en el planteamiento de propuestas para su resolución. De ahí que es necesario revisar cómo se han formulado las problemáticas de salud, cuál ha sido el diagnóstico de necesidades que se ha identificado y cuáles han sido las propuestas de solución, de tal forma que se evalúen, en particular las que se refieren al campo de la promoción de la salud.

No siempre se mira hacia el diseño y formulación de las políticas y su vinculación con lo que sucede internacionalmente, pues se privilegia más la evaluación del impacto de las políticas que permite dar la respuesta a las problemáticas concretas. El análisis del diseño y la formulación de las políticas públicas permite develar el sentido y lógica que se privilegia en cada momento en torno a la resolución de los problemas de salud-enfermedad.

La formulación de las políticas sociales y su concreción en los programas y planes nacionales de salud, expresa un primer resultado: el de los actores sociales que han impuesto intereses globales para la solución de los problemas identificados.

En el estudio de esa concreción, es decir, de la expresión de la política social en el diseño e implementación de los planes y programas de salud, se puede develar la coherencia entre el problema planteado, las acciones propuestas, así como los intereses de la agenda política tanto nacional como la internacional con la que se vincula y que guían dichas propuestas. Por ello, para llevar a cabo un estudio de esta naturaleza es necesario acercarnos al análisis de los documentos que dan cuenta de la formulación de las políticas sociales, en particular las de salud, con su especificidad en las propuestas y estrategias sobre la promoción de la salud.

El análisis de los programas y planes de desarrollo puede develar los intereses de los actores que formularon y diseñaron dichas políticas y acercarnos a las formas en que se ha construido la promoción de la salud en un momento sociohistórico, conocer el grado en que esas propuestas se acercan a las que indican la comunidad científica

especializada en promoción de la salud, ya que los planes y programas se vinculan necesariamente a las propuestas en los documentos internacionales que expresan lo que era importante y urgente sobre promoción de la salud para la comunidad científica en su momento. Lo anterior exige un abordaje sobre las problemáticas y los retos, y obliga a realizar un análisis sociohistórico de los sucesos (Rosales, Granados y Mendoza, 2017). De ahí, que sea fundamental el análisis de los cambios que ha habido a lo largo de los diferentes gobiernos sobre las propuestas de promoción de la salud, su relación con la perspectiva internacional y con el régimen de política social.

El vínculo entre el Estado y las políticas sociales (Esping-Andersen, 2000; Mesa-Lago, 2000) es una dimensión analítica que expresa la orientación de la acción pública del Estado y sus tendencias. Los contenidos de una política pública muestran la forma en que la sociedad privilegia la resolución de las problemáticas identificadas como relevantes (Tetelboin, 1988), de tal forma que el estudio de las políticas públicas, particularmente las sociales, puede constituir una importante vía de acceso al análisis de las relaciones Estado-sociedad.

Las políticas sociales están definidas por las acciones que se realizan para enfrentar las problemáticas y el papel que el Estado tiene en esta materia. Son un ámbito del ejercicio público del poder en el que concurren y se confrontan concepciones frecuentemente opuestas, intereses contradictorios y recursos desiguales. De ahí que sea importante analizar la fase de diseño y formulación (Oszlak, 1982), en cuyo caso se identificará y analizará el concepto de promoción de la salud a través de las siguientes fuentes secundarias y oficiales, los contenidos sobre PS en los programas nacionales de desarrollo y los programas nacionales de salud.

A principios de la década de los ochenta ya se habían consolidado en México los procesos de industrialización. Ello trajo consigo el desarrollo de las fuerzas productivas a través de implementación de tecnologías para disminuir los tiempos de producción, el mantenimiento de salarios bajos, la transferencia de recursos del campo a la industria, la inversión extranjera y políticas estatales a favor del mercado (López y Blanco, 2001).

A partir de los noventa, se implementa en México una política social que convierte al mercado en el principal organizador y beneficiario de los servicios sociales que antes eran regulados por el Estado, dichas políticas fueron impulsadas bajo el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), asumiendo las tesis neoliberales de la centralidad del mercado como organizador de la vida social y económica, en un contexto de profunda crisis política, y con un régimen de política social de asistencialismo que no interfiriera con la modernización económica, pero respondiendo a las demandas populares; sin embargo, los beneficios son materializados como dádivas y no como derechos. Se legitima el discurso de «combate a la pobreza», y en salud se refuerza la atención masificada y barata dirigida a los grupos marginados rurales y urbanos, que no garantiza más allá del primer nivel de atención (López y Blanco, 2001).

Para caracterizar la política social y las propuestas de promoción de la salud en ellas durante los ochenta y noventa, hemos definido cuatro momentos históricos decisivos en la transformación del sector salud, y por lo tanto en el acceso, la disponibilidad, la aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. El primero, bajo la administración de Miguel de la Madrid (1982-1988) caracterizado como transicional; el segundo a cargo de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), en donde surge la estrategia de mercantili-

zación y asistencialismo; el tercero con el presidente Ernesto Zedillo (1994-2000), en donde las estrategias gubernamentales se orientan a fortalecer los mercados de la salud. Esta reestructuración del sector salud se ha ido conformando en forma explícita desde 1982, y forma parte del conjunto de reformas derivadas del ajuste estructural y a los mega-proyectos económicos y sociales impuestos por los organismos financieros internacionales, como fueron los proyectos de la industria minera y los del sector turístico (la construcción de Centros Integralmente Planeados en diversos estados del país) (López y Jarillo, 2017; Talledos, 2016; Azamar y Ponce, 2014; López y Blanco, 2001). Posteriormente, se identifica un cuarto momento, referido a la consolidación de las reformas hechas en las décadas anteriores, y que lo ubicamos de 2000 a 2018.

## ■ MOMENTO TRANSICIONAL

### SEXENIO DE MIGUEL DE LA MADRID (1982-1988)

El término promoción de la salud tradicionalmente hacía referencia a una de las cuatro funciones de la medicina y de la salud pública (Sigerist, 1981). Con el Informe de Marc Lalonde (1974), sobre la condición de salud en Canadá, se ubica una concepción revolucionaria de la salud, ya que en él se reconocía que esta no sólo dependía del acceso a los servicios del sector salud, sino también del medio ambiente, los estilos de vida, y las características biológicas y genéticas de la población. Durante esta época, la promoción de la salud fue entendida como una estrategia educativa vinculada a la salud. Es decir, era vista como una herramienta para su fomento. Este fue el primer documento oficial en donde se menciona por primera vez el término, marcando un hito en la historia ya que reconoció otros factores que tenían relación con la enfermedad y la salud, y estableció nuevos conceptos en este tema (Rosales, Granados y Mendoza, 2017).

En 1978, la promoción de la salud se situó como una de las estrategias más importantes de la atención primaria en salud (APS) las cuales iban orientadas para mejorar las condiciones de salud de los pueblos. La promoción de la salud como estrategia se relacionaba con la prevención de enfermedades infecto-contagiosas, así como la vacunación, planificación familiar, educación en salud, proporcionar agua potable, medicamentos.

En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) de 1983-1988, en México, no hay una referencia explícita sobre PS, no obstante, el concepto de salud se centra en la idea de bienestar social. Los problemas identificados que están relacionados con la promoción de la salud son: la poca la participación comunitaria en la solución de problemas de salud e insuficiente infraestructura, el control sanitario, al saneamiento del medio (Tabla 1).

En el Plan Nacional de Salud (PNS) de este sexenio se identifican acciones que están vinculados con la Promoción de la Salud y las relaciona con la educación, nutrición, salud ocupacional y los programas contra las adicciones. El Programa de Educación para la Salud se centra en realizar acciones al fomento de hábitos saludables del individuo. Hace hincapié en la participación individual, familiar y social. Aparece el promotor de salud como técnico al cual se le asigna un área geográfica específica de operación y

buscan promover la participación social, optimizar el uso de los recursos promocionales existentes del sector salud.

Sobre el tema de la investigación científica, el PNS refiere que debe orientarse a la identificación de los hábitos y costumbres de la población, así como a las técnicas, procedimientos y materiales didácticos más adecuados. Se proponen acciones para fomentar la participación social a través de la capacitación y de grupos organizados de la comunidad para la realización de acciones educativas. Estas últimas son sobre nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención de invalidez y detección oportuna de enfermedades; se establece la necesidad de proporcionar orientación y capacitación en aspectos de salud a los campesinos, fundamentalmente a las mujeres. Se propone una mayor utilización de los medios de comunicación social como elementos informativos de apoyo (PNS, 1984-1988).

En 1986 se celebra la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá, con el lema «Iniciativa para de una nueva acción de salud pública». Esta Conferencia es reconocida nacional e internacionalmente como un parteaguas en el desarrollo de la promoción de la salud. Como parte de los resultados de la conferencia se realiza una declaración sobre la salud de los pueblos que es conocida como la Carta de Ottawa. Ésta es una declaración política sobre cómo debería mejorarse la salud en las personas, y sobre el papel que tiene el Estado sobre para lograrlo. Este documento propone el refuerzo de la acción colectiva, es decir, que exista un empoderamiento comunitario sobre salud, para que puedan establecer prioridades, y a partir de ahí, tomar las decisiones más favorables para la salud, y el desarrollo de habilidades personales.

En la Carta de Ottawa, la promoción se concibe como: «el proceso de capacitación de la colectividad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso» (OMS, 1986). Es decir, se plantea que los colectivos se apropien de la información que requieran para que puedan actuar sobre los factores que intervienen en la salud. En esta propuesta la educación para la salud se refiere a la creación de los ambientes favorables, al acceso a la información, habilidades para vivir mejor y oportunidades para elegir acciones más saludables en nuestra vida. En el documento resalta la consideración de que las condiciones y prerrequisitos para la salud son: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad.

La Carta de Ottawa, además, propone cinco campos de acción, que son importantes para comprender el campo de conocimiento de la promoción de la salud y las prácticas sociales de salud desde esta perspectiva. El primer campo de acción se refiere a la elaboración e implementación de políticas públicas saludables, involucran a actores políticos, institucionales y socio-profesionales de todos los sectores para trabajar a favor de la salud y que tengan la responsabilidad por el impacto de las políticas en salud en las condiciones de salud. El segundo campo de acción es la creación de ambientes favorables para la salud, se refiere al desarrollo de un medio ambiente saludable conservando los recursos naturales, que haya espacios para el ocio, que se cuente con trabajo, educación y vivienda. El tercero se refiere al refuerzo de la acción colectiva, es decir promover el desarrollo del empoderamiento comunitario sobre salud, para que

puedan establecer prioridades y a partir de ahí tomar las decisiones más favorables para la salud. El cuarto está referido al desarrollo de habilidades personales, se traduce en la educación para la salud, es decir involucra la capacitación necesaria en el hogar, escuela, trabajo, comunidades, etcétera, para mantener mejor salud. El quinto y último, se refiere a la reorientación del sistema de salud; se hace énfasis en la interrelación entre los sectores políticos, sociales, económicos y ambientales en materia de salud, además de que los profesionales de la salud se mantengan informados de los cambios que se van dando a través del tiempo.

## ■ MERCANTILIZACIÓN Y ASISTENCIALISMO

### SEXENIO DE CARLOS SALINAS (1988 – 1994)

La comunidad internacional durante este periodo propuso como temas importantes las políticas públicas favorables a la salud (OMS, 1988), ambientes favorables para la salud (OMS, 1991), promover la participación de la sociedad civil; la integración total de las mujeres y facilitar un diálogo entre diferentes tradiciones y conocimientos sobre salud (OPS, 1992), planificación y ejecución de acciones de promoción de la salud que aborden el principio absoluto de la equidad en cuestiones de salud (OPS, 1993), movilización de recursos y apoyo a la promoción de la salud y la creación de condiciones para políticas, estructuras y roles que la favorezcan, incorporando el tema político, es decir, estructural.<sup>1</sup>

En México, la política social asistencialista y centralizada caracteriza al sexenio (López y Blanco, 2001). Dicha centralización se ejerció vinculada estrechamente con el programa de combate a la pobreza. En materia de salud el PND define las líneas de acción centradas en la atención médica: mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud, y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud. No se hace alguna mención sobre la promoción de la salud; sin embargo, establecen la relación entre la salud y otros elementos: acceso a una buena y adecuada atención a la salud; vivienda digna; reestructuración de la red de servicios básicos; protección del medio ambiente; mejoramiento de la vida urbana y el fortalecimiento de la seguridad pública para los ciudadanos (DOF, 1989). Hay en este sexenio un aumento en el presupuesto para acciones de educación para la salud.

Sobre las acciones de prevención y protección a la salud, se hace énfasis a la prevención de enfermedades, principalmente vacunación, enfermedades infecciosas y parasitarias, lesiones por accidentes y enfermedades crónico/degenerativas, acciones para la protección del medio ambiente y el saneamiento básico; campañas contra las adicciones y la farmacodependencia.

En el PNS hay un apartado que describe los lineamientos programáticos en las áreas de fomento de la cultura de la salud, prevención y control de enfermedades y accidentes, protección del medio ambiente, saneamiento básico. Se menciona la importancia de incluir acciones de PS a través de la educación y la participación social (DOF 1991).

<sup>1</sup> Actas del Primer Seminario Internacional sobre ocho. políticas, estrategias, estructuras en Promoción de la Salud, Instituto Nacional de Salud. París, Francia, del 21 al 23 noviembre, 1994.

## ■ FORTALECIMIENTO DE LOS MERCADOS DE SALUD

### SEXENIO DE ERNESTO ZEDILLO (1994-2000)

En diciembre de 1994 comenzó una nueva crisis financiera que volvió a impactar negativamente la inversión del sector salud en México. Tomando en cuenta el contexto económico, político y cultural que atravesaba nuestro país, las agencias financieras internacionales, principalmente el Banco Mundial, plantearon reorientar los recursos en el sector salud hacia las intervenciones de bajo costo, grandes externalidades y con alto impacto sobre algunas causas de mortalidad. De tal forma que los gobiernos financiaron un conjunto limitado de medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales dirigidos fundamentalmente a la población pobre, sin incrementos importantes del gasto público en salud (López y Blanco, 2001; Tetelboin, 1998).

El tema más importante en este periodo es sobre la descentralización de los servicios de salud y los procesos de reforma que reconfigurarán la organización, sobre todo en materia de financiamientos. La formación de recursos humanos, sobre todo de médicos y enfermeras, también cobra relevancia.

Se plantea el programa Municipio Saludable: instalación de agua potable, construcción de letrinas, alcantarillado, recolección de basura, control de la fauna nociva y manejo adecuado de desechos residuales.

En el PNS se plantea participación organizada de grupos de personas, organismos no gubernamentales e instituciones de diversa índole; lo identifican como un elemento fundamental en el mantenimiento de la salud colectiva para la definición de prioridades, elaboración de programas de salud local, y la realización y evaluación de las actividades programadas.

Por primera vez se incluye el Programa de Promoción y Programa de Fomento para la Salud, se identifican cambios en los perfiles epidemiológicos y demográficos. Se reconoce la sobrecarga a los servicios de salud por lo que se proyecta la necesidad de diseñar estrategias enfocadas a modificar aquellos factores asociados con el posterior desarrollo de patologías crónico-degenerativas.

Con la reforma constitucional de 1996 se implementó el primer Gobierno del Distrito Federal (GDF), que encabezó Cuauhtémoc Cárdenas. En su gestión impulsó el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 1998–2000, mismo que definió como «la incorporación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones, y el diálogo y la negociación para resolver los conflictos entre los diversos grupos de la población». (Vite, 2005: 534), ligada a la participación social en la promoción de la salud. Así, Cuauhtémoc Cárdenas, articula un marco institucional que establece la política social de los posteriores gobiernos de izquierda que gobernarían la actual Ciudad de México.

Se establece la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social (SEDESOL), para gestionar el funcionamiento de los servicios sociales. Resalta que en sus programas vincula el trabajo del Estado y la sociedad civil, fortaleciendo participación social; también definiendo acciones específicas para los grupos que consideraba como vulnerables; se realizan propuestas de descentralización de las políticas y programas sociales (Vite, 2005).

En materia de salud, en 1998 se concreta el Consejo para el Desarrollo Social del Distrito Federal, conformado por la sociedad civil, la iniciativa privada y la academia, para

formar grupos temáticos que reflexionaran sobre la política social, buscando construir el Sistema de Servicios Comunitarios Integrados (SECOI), que abarcaba la educación, la salud, la recreación, la cultura, el deporte, los medios de comunicación y el desarrollo social (Pérez, 2010).

Por su parte el SECOI intentaría atender mediante unidades móviles problemas a los que se enfrentaban las zonas marginadas, «como los de salud y capacitación para el trabajo, a las mujeres víctimas de la violencia familiar, así como a las personas que sufrían abandono o enfermedad mental, estableciendo albergues para menores y personas que vivían en la indigencia» (Pérez, 2010: 99). Además de la creación de programas de salud reproductiva que posteriormente permitiría reconocer otras perspectivas y temas emergentes como el de género (Ziccardi, 2009).

En este periodo se impulsan importantes negociaciones para reordenar el comercio en la vía pública y solucionar las demandas de los trabajadores de la Ruta 100, logrando incorporar a casi 50 mil personas al programa de reordenamiento. Una de las obras más destacadas fue la propuesta de permitir el aborto en el Distrito Federal, lo que sería conocido como la Ley Robles. Además, organizó —junto con la UNESCO— un Encuentro de Experiencias Latinoamericanas sobre Gobernabilidad Democrática y Participación Ciudadana, el cual contó con la asistencia de alcaldes y representantes de los gobiernos de 31 ciudades de Latinoamérica.

A nivel internacional, la promoción de la salud se centra en la acción comunitaria.<sup>2</sup> Se reitera el compromiso internacional con las estrategias de la Carta de Ottawa y se hace énfasis en la participación social en el ámbito comunitario y las capacidades de las personas para la promoción de la salud (Rosales, Granados y Mendoza, 2017).

En 1998, aparece la Resolución sobre Promoción de la Salud adoptada durante la Asamblea Mundial de la Salud, que insta a todos sus miembros a promover la responsabilidad social para la salud; incrementar la inversión para el desarrollo de la salud; consolidar y expandir la «corresponsabilidad en salud»; incrementar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo en materia de salud; fortalecer las consideraciones de los requerimientos en salud y promoción en todas las políticas, y adoptar un enfoque basado en evidencia para las políticas de promoción de la salud y sus prácticas, utilizando metodologías cuantitativas y cualitativas. Se propone una red global en apoyo a la promoción de salud, e insta al desarrollo de espacios saludables y a la implementación de estrategias de promoción durante todo el ciclo vital, priorizando a los grupos vulnerables.<sup>3</sup>

En la declaración de México en el año 2000, cuyo tema principal fue la equidad, se menciona que en todas las políticas públicas y programas de salud debe estar presente la equidad para que existan mejores condiciones de salud para todos, además de que se deben identificar las prioridades de salud, que haya investigación que promueva la

<sup>2</sup> En ese momento se acababa de realizar la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Yakarta, República de Indonesia, del 21-25 de julio de 1997, lo que derivó en la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI. El lema de la conferencia fue: Nueva era, nuevos actores: Adaptar la Promoción de la Salud al siglo XXI.

<sup>3</sup> 51° Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. WHA51.12 Punto 20 del orden del día 16 de mayo de 1998 Promoción de la Salud. Washington, 1998.

salud y la movilización de recursos económicos para que se evalúen y se lleven a cabo los planes de acción nacional en salud (OMS, 2000).

## ■ CONSOLIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

### SEXENIO DE VICENTE FOX (2000-2006)

Durante el sexenio del presidente Vicente Fox (2000-2006) se destaca la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo es el Seguro Popular (SP). A partir del año 2000 se realizaron intentos para reorganizar el Sistema Nacional de Salud (SNS), mediante la reforma a la Ley General de Salud (LGS) la cual creó el SPSS. Esta modificación planteó alcanzar la cobertura universal por medio de intervenciones. También se propuso disminuir el gasto de bolsillo en salud con la creación de un sistema de incentivos que permitiría subsidiar la demanda en vez de la oferta como lo había hecho hasta entonces la SSA (López y Blanco, 2007; Secretaría de Salud [SSA], 2001; Diario Oficial de la Federación [DOF], 2000).

Por su parte, en 2001 el gobierno capitalino, a través de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ponía en acción el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos [PSMMG] (SEDESA, 2019) dirigido a la población abierta. En este se definía un cuadro de medicamentos e insumos que cada una de las unidades prestatarias necesitaba, buscando garantizar el derecho a la protección de la salud, a través del acceso gratuito a todos los servicios que ofrecía el gobierno del Distrito Federal (Laurell, 2005).

Estos programas, el Seguro Popular y el PSMMG, representaban dos alternativas diferentes de políticas sociales y de salud, en el sistema de salud mexicano. El SP buscaba la incorporación parámetros de costo-eficiencia y de competencia de mercado en el manejo de los recursos y prestación de servicios, mientras el gobierno del D.F. proponía la gratuidad de los servicios y el fortalecimiento del liderazgo del Estado en el manejo del sector (Laurell, 2013; Uribe y Abrantes, 2013).

En el entonces Distrito Federal, bajo la administración de Andrés Manuel López Obrador (2000-2005), se dio prioridad a los problemas de atención obstétrica, las enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades como el VIH-SIDA a través del fortalecimiento de los servicios de salud, la atención médica y medicamentos gratuitos. Las políticas de salud del gobierno local estuvieron enfocadas a revertir el empobrecimiento de la población a través de los programas sociales dirigidos a los niños, jóvenes, mujeres y trabajadores. La política específica de atención de la salud es, de esta manera, un componente de una política social integral que buscaba mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los capitalinos (Gaceta Oficial del Distrito Federal [GODF], 2001).

El programa central de esta política fue el diseño del PSMMG para la población no asegurada residente en la ciudad. Durante esta administración, este programa se implementó en los servicios de primer y segundo nivel. También se conformó el comité plural de bioética quienes tomarían decisiones sobre los criterios y prioridades para la inclusión de beneficiarios. En esta administración se parte de la idea de que para que los programas contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud es importante fortalecer y ampliar las actividades y recursos de la Secretaría de Salud y darles una

orientación de promoción y prevención de la salud en la que la atención médica es el último recurso, pero accesible para todos. Se incluye conceptos de desigualdad y que la institución pública es el eje central en el mejoramiento de la salud colectiva.

En el ámbito sanitario, se propone la coordinación con las instituciones de seguridad social, la participación activa de los ciudadanos. En estas tareas a través de los comités de salud, los comités vecinales y de las ONG se dirigen a bajar la tasa de mortalidad infantil y materna; a disminuir las brechas de mortalidad entre las delegaciones y a abatir las principales causas de enfermedad y muerte.

En el programa se privilegia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios médicos a las necesidades de la población y ampliación del acceso, eliminando obstáculos económicos, geográficos y sociales, se incluyen los conceptos de desarrollo de una política social redistributiva y solidaria.

En cuanto al contexto económico, político y cultural/ideológico tanto el gobierno de Fox como el de Calderón, se desarrollaron dentro de una crisis internacional económica. En 2008, se presentaron condiciones adversas, como los elevados precios del petróleo y a escasez de alimentos (CEPAL, 2009), así como el aumento de los productos básicos que impactaron directamente a la economía de las familias (ONU, 2008).

La principal estrategia durante este sexenio fue la reforma al sector salud. En el PND no se presenta ninguna estrategia o línea de acción que esté enfocada de manera puntual a promoción de la salud; sin embargo, hay temas que tienen similitud con el debate internacional: la salud como objetivo social e igualdad de oportunidades, la salud y la educación, como capital humano para fortalecer la capacidad de las personas y de la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.

Otro aspecto importante es que se mencionan la complementación de las políticas de salud con políticas saludables. Los problemas que se identifican en el PNS se enfocan en la atención médica y el financiamiento, en concordancia, se realiza la reforma al sector.

En el 2005, se celebró la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Bangkok, con el lema «Mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial». Se introduce el tema de los determinantes de la salud y los conceptos de equidad y condiciones socio-económicas, género, situación laboral, vivienda, relacionados con la salud (Rosales, Granados y Mendoza, 2017).

### **SEXENIO DE FELIPE CALDERÓN (2006-2012)**

En el PND las estrategias de la promoción de la salud se centran en la participación activa de la sociedad organizada, la participación social y la acción comunitaria. Identifican como un problema la formación de promotores de la salud. Se propone fortalecer la participación municipal, orientar a la participación comunitaria, estimular la participación social y elaborar lineamientos, manuales y guías metodológicas para la capacitación en materia de promoción de la salud.

Otra entrada importante es que la protección contra riesgos sanitarios y la promoción de la salud son definidos como bienes públicos nacionales y, por lo tanto, los mecanismos para su provisión eficiente quedan en manos del Gobierno Federal. La

propuesta en el PND es en materia de regulación para establecer claramente las responsabilidades ejecutivas y administrativas y los mecanismos de asignación de recursos federales y estatales.

En la Ciudad de México se continúa con el programa de acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes del D.F. que carecen de seguridad social y laboral.

### **SEXENIO DE ENRIQUE PEÑA NIETO (2012-2018)**

Durante el gobierno de Enrique Peña Nieto se continuó con la propuesta de reorganizar el sistema de salud público, ya que siguió siendo un tema primordial en su agenda pública, continuando con disputas acerca de esta reorganización desde dos perspectivas: quienes defienden el modelo de mercado, o competencia gerenciada y quienes proponen la necesidad de una reforma estructural que resuelva la fragmentación del sistema de salud y garantice el acceso para todos los ciudadanos a partir de criterios de equidad, de acceso efectivo y de la garantía del derecho a la salud, donde en principal satisfactor de necesidades sea el Estado (Knaul, González, Gómez, y García, 2013; Laurell C. , 2013; Leal, 2015).

Las estrategias para salud se encuentran dentro del enfoque transversal (México en Paz), cuyo principal componente es el acceso a los servicios de salud. Los problemas identificados y para los cuales se plantean acciones para la prevención son: vacunación, desnutrición, sobrepeso, obesidad y diabetes; alcohol, tabaco y drogas ilícitas; enfermedades de transmisión sexual, y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable; reducción de riesgos sanitarios, ambiente laboral; programa para los migrantes; fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes y desastres. De los programas de detección oportuna: cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino y de cáncer de próstata.

En el Plan Nacional de Salud los problemas de salud identificados son los accidentes, se enfatizan las acciones de protección de riesgos, prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Se habla sobre los determinantes sociales, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la protección contra los riesgos a la salud en cualquier actividad de la vida, sobre la integridad física y mental. También hay referencias al fortalecimiento de acciones de promoción y prevención, primaria y secundaria. Las acciones que se proponen son sobre protección, promoción y prevención para el mejoramiento de la salud, se habla sobre la perspectiva de género, criterios éticos y a la multiculturalidad. Se priorizan intervenciones que promuevan hábitos y conducta respecto a: comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental a nivel personal, familiar y comunitario; reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas, alcohol y evitar su uso nocivo.

Como se observa, estas actividades y acciones planteadas sugieren que se trata de un programa amplio de promoción de la salud, pero en realidad se centra en desglosar las estrategias en múltiples actividades que enfatizan el enfoque preventivo

de enfermedades infecto-contagiosas, adictivas, sexuales, de salud reproductiva y embarazo en sus diferentes etapas, accidentes y homicidios, sobre nutrición, salud mental en adolescentes y el fomento de hábitos y conductas que tradicionalmente se consideran saludables.

Asimismo, se identifican como estrategias de promoción de la salud: promover modelos de justicia alternativa para personas con adicciones en conflicto con la ley; promover el desarrollo de capacidades entre la población adolescente para la construcción de relaciones libres de violencia; promover la colaboración interinstitucional e intersectoriales para ofrecer actividades recreativas, productivas y culturales; promover la detección oportuna del hostigamiento escolar (bullying) entre adolescentes para su atención; promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores; implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales; cerrar brechas de género en comunidades que garanticen envejecimiento saludable; fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos, osteoporosis y caídas; incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores; instrumentar mecanismos para asegurar que los adultos mayores que reciban la Pensión Universal cumplan con la corresponsabilidad en salud; fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores; difundir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; el derecho al consentimiento previo e informado, incluyendo a población indígena.

Con el lema de un *México sano: construyendo alianzas para una mejor salud* se propone la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud; garantizar que los bienes y servicios estén libres de riegos sanitarios; suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos; brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población, y, por último, fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva en sus lugares de origen.

En la Ciudad de México se llevan a cabo programas o acciones que están enfocados principalmente en prevención y educación para la salud en ellos, no se dice que sea una actividad propia de la promoción de la salud, pero sí se toman herramientas que se aproximan a dicho campo: la campaña *Muévete*, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Gobierno de la Ciudad de México, 2016); *SaludArte*, programa que se implementa en 120 escuelas públicas de jornada ampliada ubicadas en zonas de medio, bajo y muy bajo índice de desarrollo social de la Ciudad de México. El programa comprende la ingesta de una comida balanceada, lavado de manos, cepillado de dientes y talleres de nutrición, talleres de artes (como danza, teatro, música, canto o arte plásticas) y activación física, y otras actividades extraescolares; programas preventivos contra las adicciones, obesidad, padecimientos cardiovasculares y otros encaminados a la protección de la salud de la población.

## ■ CONCLUSIONES

En la actualidad existen temas de salud pública emergentes que son relevantes en tanto surgen como problemáticas de salud determinadas socialmente, más que como problemas de enfermedad. Por lo tanto, no pueden ser abordados a través de las estrategias y acciones de la medicina y la salud pública tradicional, sino que requieren de un abordaje comprensivo. Se ha avanzado mucho, desde las primeras propuestas de la OMS sobre promoción de la salud, como la Carta de Ottawa y los determinantes sociales (con la creación de la Comisión de Determinantes Sociales en 2005) hasta la actualidad; pero no suficientemente en la construcción de este abordaje que amplía el paradigma de la salud-enfermedad. Sobre todo, hace falta avanzar en las formas de implementar eficazmente las políticas de promoción de la salud. Pero para ello es esencial poder tener claridad conceptual entre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, ya que se observa un tratamiento indistinto de ambos en el discurso de política pública, plasmado en los programas de gobierno. Ello conlleva una instrumentación de las propuestas que no es distinta de aquella que se propone desde un abordaje de la enfermedad y el paradigma de la causalidad o del riesgo.

En el ámbito internacional se publica la Declaración de Shanghai como resultado de la reunión de especialistas de promoción de la salud realizadas en 2016. En ella se reconoce que la salud y el bienestar son fundamentales para el cumplimiento de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) establecen el deber de invertir en la salud, de garantizar la cobertura sanitaria universal y de reducir las desigualdades sanitarias entre las personas de todas las edades. Se hace nuevamente hincapié en lo propuesto en la Carta de Ottawa, que pone en el debate las decisiones políticas, en particular las económicas y laborales, y el tema de gobernanza con el objetivo de empoderar las personas mediante la promoción de conocimientos sanitarios. Las propuestas giran en torno a formar marcos legislativos que permitan el desarrollo de mecanismos para la reglamentación y fiscalidad de los sistemas de salud tanto en rubros de regulación sanitaria como de la salud pública.

Lo que se desprende de las propuestas internacionales es que el Estado tiene responsabilidad sobre la salud de las poblaciones. Esta responsabilidad debe estar garantizada a través de la creación de políticas y acciones de salud con un componente importante de promoción de la salud, que ha sido un eje fundamental en el mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones en las últimas décadas. No obstante, aún es necesario implementar de manera más eficaz estas políticas, para poder generar un mayor impacto en las acciones individuales y colectivas que apoyen a la promoción de la salud.

TABLA 1. POLÍTICAS SOCIALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. MÉXICO 1970 – 2016.  
ETAPA TRANSICIONAL

Contexto económico-social	Políticas de Salud	Política de Promoción de la Salud	Políticas de Promoción de la Salud Internacional
<p>Crisis financiera debido al agotamiento del modelo de sustitución de importaciones.</p> <p>Crisis económica. Precios del petróleo comenzaron a disminuir, las tasas de interés sufrieron un alza a nivel internacional, casi la mitad de la deuda externa del país vencía en 1982. Constantes renegociaciones de la deuda externa.</p>	<p>La descentralización de los servicios de salud junto con la sectorización, la modernización de la SSA, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria. Se emite el Decreto para la Descentralización de los servicios de salud de la SSA y se incorpora a la Constitución el Derecho a la Protección de la Salud. Promulgación de la Ley General de Salud. Se emite otro decreto para la descentralización de los servicios de salud de la SSA y del entonces IMSS-COPLAMAR. Inicio de la segunda etapa de la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada. Se creó el Consejo Nacional de Salud integrado por el secretario de salud federal, los gobernadores de los estados y los responsables de los Servicios Estatales de Salud (SES). Se suspende indefinidamente el proceso descentralizador.</p>	<p>La protección de la salud es un derecho social. <b>PND:</b> No hay referencia al concepto de Promoción de la Salud en el PND. <b>PNS:</b> Capítulo 11 que lleva por Título Programas de Acción Vinculados con la Promoción de la Salud se establece que: La Promoción de la Salud comprende materias de educación para la salud, nutrición, salud ocupacional y los programas contra las adicciones.</p>	<p>Conferencia de Alma Ata. La PS es vista como una acción de la salud pública y de la APS.</p> <p>Conferencias de Ottawa y Adelaide. La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La PS requiere un enfoque integrado al desarrollo social y económico que restablezca los vínculos entre la salud y la reforma social.</p>

Fuente: Programas Nacionales de Salud y los Programas de Desarrollo de 1976 a 2017 en los apartados sobre Promoción de la Salud. Asimismo, se revisaron las cartas emitidas de las conferencias internacionales de 1978 a 2016.

TABLA 2. POLÍTICAS SOCIALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. MÉXICO 1970 – 2016.  
ETAPA DE MERCANTILIZACIÓN Y ASISTENCIALISMO

Contexto económico-social	Políticas de Salud	Política de Promoción de la Salud	Políticas de Promoción de la Salud Interna-cional
<p>Se decidió la desregulación administrativa, el control de la inflación, las privatizaciones (alrededor de mil empresas entre las más importantes TELMEX y los bancos) y la flexibilidad en el tipo de cambio. Consolidación del Tratado de libre Comercio de América del Norte (TL-CAN) con este se esperaba un flujo de inversión extranjera que resolviera los problemas económicos, políticos y sociales del país.</p>	<p>Creación del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL). El Programa IMSS-Solidaridad se recupera parcialmente. Creación del Programa de Vacunación Universal.</p>	<p><b>PND:</b> propone elevar la calidad de la atención primaria y la prevención. No se utiliza el concepto de Promoción sino prevención y protección a la salud; se dará especial énfasis a la prevención de enfermedades, consolidando los avances obtenidos en 10 programas existentes –principalmente de: vacunación–, el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como de las crónicas degenerativas son de la Salud no. <b>PNS:</b> las acciones, estrategias y objetivos que estén relacionados con el campo de Promoción de la Salud, Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas y el Programa de salud mental. Acciones desde promoción de la salud a través de acciones educativas y considerando importante la participación organizada.</p>	<p>Conferencias de Sundsvall, Santa Fe y Caribe. Las prácticas de promoción de la salud, están enfocadas en la creación de ambientes favorables que comprendan la dimensión física de los individuos, social, espiritual, económica y política. La PS busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo. La PS fortalecerá la capacidad de los individuos y las comunidades para controlar, mejorar y mantener su bienestar, físico, mental, social y espiritual.</p>

Fuente: Programas Nacionales de Salud y los Programas de Desarrollo de 1976 a 2017 en los apartados sobre Promoción de la Salud. Asimismo, se revisaron las cartas emitidas de las conferencias internacionales de 1978 a 2016.

TABLA 3. POLÍTICAS SOCIALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. MÉXICO 1970 – 2016.  
ETAPA DE FORTALECIMIENTO DE LOS MERCADOS DE SALUD

Contexto económico-social	Políticas de Salud	Política de Promoción de la Salud	Políticas de Promoción de la Salud Internacional
<p>Nueva crisis financiera vuelve a impactar negativamente el financiamiento del sector salud Levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN).</p>	<p>Se firma el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. Comenzó a operar el denominado Programa Piloto dirigido a familias pobres que sería el antecedente de los siguientes dos programas. Comenzó a operar el Programa de Educación, Alimentación y Salud (PROGRESA) posteriormente programa de Desarrollo Urbano «Oportunidades» y ahora «Prospera».</p>	<p><b>PND:</b> Descentralización de los servicios de salud como una expresión concreta del federalismo. <b>PS:</b> Programa de Promoción y fomento de la salud. Concebir estrategias enfocadas a modificar factores asociados con patologías no transmisibles.</p>	<p>Conferencia de Yakarta; México. Se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. La promoción de la salud es un proceso orientado a que las personas tomen medidas.</p>
	<p>El Plan Nacional de Salud (2001-2006) contenía la propuesta de creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo componente operativo sería el Seguro Popular (SP). La SSA propone el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS). El gobierno de Andrés Manuel López Obrador se negó a implementar el SP en el DF. Se instauró el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos Se modificó en abril de este año la Ley General de Salud (LGS) a la que se le adiciona un capítulo sobre el SPSS.</p>	<p>No se presenta ninguna estrategia o línea de acción que este enfocada o que hable de manera puntual de Promoción de la salud</p>	<p>Conferencia de Bangkok. La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental, y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual.</p>

TABLA 3. POLÍTICAS SOCIALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. MÉXICO 1970 – 2016.  
 ÉTAPA DE FORTALECIMIENTO DE LOS MERCADOS DE SALUD (CONTINUACIÓN)

Contexto económico-social	Políticas de Salud	Política de Promoción de la Salud	Políticas de Promoción de la Salud Internacional
	<p>Para 2007, en algunos estados se contrataron servicios con proveedores privados. Se lanzó una estrategia denominada VIVIR MEJOR, para garantizar la salud y otros derechos</p> <p>CAUSES se amplió a 284 intervenciones de primero y segundo nivel.</p>	<p><b>PND</b> se retoma la promoción de la salud reconociendo la necesidad de promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud.</p> <p>Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.</p>	<p>Conferencia de Nairobi</p> <p>Se buscan recuperar los principios, estrategias y líneas de acción construidas en la Carta de Ottawa.</p>
		<p><b>PND:</b> Estrategia 2.3.2.</p> <p>Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</p> <p><b>PNS:</b> Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</p>	<p>Conferencia de Helsinki, Finlandia</p> <p>Responsabilidad de los gobiernos sobre la salud de la población y la justicia social.</p> <p>Salud en Todas las Políticas.</p>
			<p>Declaración de Shanghai sobre la PS en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.</p> <p>Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecen el deber de invertir en la salud, de garantizar la cobertura sanitaria universal y de reducir las desigualdades sanitarias.</p>

Fuente: Programas Nacionales de Salud y los Programas de Desarrollo de 1976 a 2017 en los apartados sobre Promoción de la Salud. Asimismo, se revisaron las cartas emitidas de las conferencias internacionales de 1978 a 2016.

## REFERENCIAS

- AZAMAR, A., y Ponce, J.I. (2014). Extractivismo y desarrollo: los recursos minerales en México. *Prob. Des.*, 45 (179), 137-158.
- CEPAL. (2009). *La crisis de los precios del petróleo y su impacto en los países centroamericanos*. México: ONU/CEPAL-Región México.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN [DOF]. (1989). Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. DOF, 31 de mayo de 1989.
- DOF. (1991). Programa Nacional de Salud 1990-1994. DOF, 11 de enero de 1991, [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991)
- DOF. (2000). Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=766335&fecha=30/05/2001](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=766335&fecha=30/05/2001)
- DOF. (2017). Plan Nacional de Desarrollo. <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/89909/PlanNacionaldeDesarrollo2000-2006.pdf>.
- ESPING-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Ariel.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal [GODF]. (2001). Programa General de Desarrollo del Distrito Federal. 4 de diciembre de 2001, Gobierno del Distrito Federal. [http://www.paot.org.mx/centro/gaceta/2001/2001\\_diciembre\\_04\\_141.pdf?b=po](http://www.paot.org.mx/centro/gaceta/2001/2001_diciembre_04_141.pdf?b=po)
- Gobierno de la Ciudad de México. (2016). Activa programa «Muévete» a más de tres millones de personas para combatir sobrepeso y obesidad en CDMX, 30 diciembre de 2016. <http://www.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/activa-programa-muevete-mas-de-tres-millones-de-personas-combatir-sobrepeso-y-obesidad-en-la-cdmx>
- Iniciativa para el fortalecimiento de la Institucionalidad de Programas Sociales (2019). Programa de servicios Saludarte. <http://www.educacion.cdmx.gob.mx/programas/programa/saludarte>
- KNAUL, F. González, E. Gómez, O, y Garcia, D. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública Méx.*, 55 (2), 207-235.
- LALONDE, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Canada: Ministry of National Health and Welfare.
- LAURELL, C. (2005). Entrevista de Salud Pública de México a Dra. Asa Cristina Laurell, Secretaria de Salud del Distrito Federal. El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos está más apegado a la esencia del derecho a la salud que el Seguro Popular. *Salud Pública Méx.*, 47 (1), 82-86, <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2005.v47n1/82-86/es>
- LAURELL, A.C. (2013a). El impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. CLACSO. <http://asacristinalaurell.com.mx/bibliografia-ydocumentos/9-bibliografia-y-documentos/2-libros>.
- LAURELL, A.C. (2013b). Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. <http://www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf>
- LEAL, G. (2015). Manufacturando un «consenso» mediático. La seguridad social “universal” de Peña Nieto-Levy. *Estud. Polít.* (México), 34, 65-92.
- LÓPEZ, O. y Blanco, J (2001) La polarización de la política de salud en México. *Cad. Saúde Pública*, 17 (1), 43-54.
- LÓPEZ, Oliva y Blanco, José (2007) Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal, en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coord.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Lugar Editorial, 21- 48.

- LÓPEZ, O. y Jarillo, E.C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cad. Saúde Pública*, 33 (Sup. 2), pp. 1-13.
- MESA-Lago, M. (2009). La reforma de pensiones en América Latina. Modelos y características, mitos y desempeños, y lecciones. En K. Hugo, C. Mesa-Lago y M. Nitsch (Eds.), *¿Públicos o privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas* (21-56). Nueva Sociedad.
- MUÑOZ, F; López, D; Halverson, P; Guerra, C; Hanna, W; Larrieu, M; Ubilla, S y Zeballos, JL. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Rev. Panam. Salud Pública*, 8 (1-2), 126-134.
- OMS. (2016). *Declaración de Shanghai*. La promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Novena Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 21-24 de noviembre. Shanghai, China. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>
- OMS. (2000). *Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud*. De las ideas a la acción. Quinta conferencia de Internacional de Promoción de la Salud, 5-9 de julio, México, D.F., México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/declaracion.htm>.
- OMS. (1991). Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 9-15 de junio. Sundsvall, Suecia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59967>
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 17-21 de noviembre de 1986. Ottawa, Canadá.
- ONU. (2008). *Estudio económico y social mundial 2008: superación de la inseguridad económica*. ONU.
- OPS. (1993). *Carta del Caribe para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, 1-4 de junio. Puerto España, Trinidad y Tobago. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/45802/caribbeanchartersp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OPS. (1992). *Declaración de Santafé de Bogotá. Descentralización de la educación en los países iberoamericanos*. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina, 9-12 de noviembre. Bogotá, Colombia.
- PÉREZ, M.A. (2020). El desarrollo social de la Ciudad de México: una visión exploratoria. *El Cotidiano*, 160, 97-110.
- POTVIN, L., and Jones, CM. (2011). Twenty-five years after the Ottawa Charter: The critical role of Health Promotion for Public Health. *Can. J. Public Health*, 102 (4), 244-248.
- RAINGRUBER, B. (2014). Health Education, Health Promotion, and Health: What do these definitions have to do with Nursing? En Raingruber, B. *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice* (1-24). Jones & Bartlett Learning.
- ROSALES, R.A., Granados, J.A y Mendoza, J.M. (2016). Análisis crítico de las nociones de Promoción de la Salud en las conferencias internacionales de Promoción de la Salud. *Salud Problema*, Segunda Época, 10 (20), 71-84.
- SECRETARÍA DE SALUD [SSA] (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns\\_2001-2006/pns2001-006.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf).
- SEDESA (2019). Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/grat>
- SIGERIST, H (1989). *Hitos En la historia de la Salud Publica*. Siglo XXI.

- TALLEDOS, E. (2016). Megaproyectos turísticos en México. El caso de los Centros Integralmente Planeados. En Ibarra, M.V. y Talledos, E. (Coords.). *Megaproyectos en México. Una lectura crítica*. (90-129). UNAM/Itaca.
- TETELBOIN, C. (1998) Estado, políticas sociales y ciudadanía. *Sociología y Política*, nueva época, 10.
- URIBE, M y Abrantes, R (2013) Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perfiles Latinoamericanos*, 42, 135-162.
- UNAM. (1983). Plan Nacional de Desarrollo (PND) de 1983-1988. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, México. <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion-publica/article/view/19314/17397>
- VITE, M. A. (2010). El desarrollo social de la ciudad de México: una visión exploratoria. *El Cotidiano*, 160, 97-110.
- ZICCARDI, A. (2009). Políticas de inclusión social de la Ciudad de México. CLACSO. 1-22. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991)

## V. POLÍTICAS PÚBLICAS: EL CASO DE LA DISCAPACIDAD

Gustavo Ruíz Rafael  
Claudia Alicia López Ortiz

### ■ INTRODUCCIÓN

Una sociedad democrática e incluyente debiera privilegiar de las políticas sobre los problemas públicos que interesan a los colectivos, en especial, aquellas que se refieren a los que viven en condiciones de discapacidad por la magnitud, la frecuencia y el impacto que tiene el problema en la vida de las personas, no sólo las que viven con discapacidad, sino que, además, de todos los miembros de dicha sociedad.

Es así que el Estado, al suscribir pactos y tratados internacionales, se compromete a llevarlos a cabo; y la tarea corresponde a los gobiernos para legislar e implementar políticas sociales de inclusión que generen mecanismos que eviten la exclusión de las personas con discapacidad (PCD) en la sociedad en la que nos desarrollamos, y cuyas prácticas sociales deben ser acordes al modelo social que se propone.

La definición del problema público es importante. Una de las definiciones más utilizadas para definir la discapacidad es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

[...] la discapacidad es un término general que abarca la presencia en ciertos sujetos de deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación ciudadana de las decisiones que implican en sus vidas. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales, en algunos casos para el desarrollo de su vida diaria, como bañarse, cambiarse, transportarse de un lugar a otro (desplazamiento), entre otros. (OMS, s/f)

Es decir, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, s/f).

El número de personas sufriendo algún tipo de discapacidad física se ha estimado según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Rehabilitación Internacional (ORI) y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), entre el 7 y el 10% de la población mundial total; específicamente en México, la OMS en 2008 ha calculado una población con discapacidad del 14%, es decir, aproximadamente 16.5 millones de mexicanos tienen alguna discapacidad física o mental (OMS, 2008).

En México, el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del año 2000, indicaba una población con discapacidad de 2.3 millones de habitantes. En el Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2010: XI), en la República Mexi-

cana existen poco más de 56 mil personas que presentan algún tipo de discapacidad permanente o de largo plazo, lo que representa casi el 2% de la población total estatal, destacando el 48% con discapacidad neuromotora, el 19.1 discapacidad visual, y las auditivas e intelectuales con poco más del 14 por ciento cada una.

En la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2014 se muestran los siguientes datos para la CDMX:

Por cada mil habitantes hay 47 PCD. Distribuidas en grupos etarios de la siguiente manera: niños de 0-14 años 5.6%; jóvenes de 15-29 años de edad 6.3%; adultos de 30-59 años de edad 30.8% y adultos Mayores de 60 años y más 57.3%. El número de personas con alguna discapacidad obliga a tomar en cuenta dos elementos: 1) investigar sobre las causas que han provocado dicho aumento y, 2) lo que este aumento implica en gasto en salud por los requerimientos de consultas, cirugías, terapias, ayudas técnicas, etc., para atender los casos de discapacidad (EDM, s/f). Pero, además, el interés social de resignificar a las PCD y sus derechos ciudadanos, han dado pie a una serie de normas y acuerdos internacionales en busca de garantizar su plena participación social.

En este sentido, los movimientos sociales de los colectivos que luchan por políticas sociales incluyentes para las PCD, desde 1981 han hecho propuestas y análisis de formas más adecuadas de nombrarlas y clasificarlas. Lo que ha permitido reconceptualizar el problema, y, por lo tanto, diseñar y formular políticas sociales incluyentes.

Para este trabajo se retoma la concepción enunciada en el Plan Estatal de Desarrollo 2004-2010 del gobierno de Chihuahua, ya que es el único que tiene considerado a las personas con discapacidad «a todo ser humano que presente temporal o permanentemente una limitación, pérdida o disminución de sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, para realizar sus actividades connaturales. Se reconoce que las PCD, sufren marginación y discriminación, no sólo por parte de la sociedad, sino también a veces de su familia, lo que las orilla a tener además de un problema físico, una baja autoestima».

En este marco, si una democracia bien entendida (sistema político que impera en México) tiene como objetivo fundamental igualar condiciones para que todos puedan participar en la vida común, es indiscutible que el poder público debe formular y aplicar programas, recursos, políticas y acciones orientados a contrarrestar las desigualdades derivadas de un orden social que no contemplaba la participación de las PCD, de tal manera que éstas puedan ejercer sus derechos ciudadanos. Las diferentes etapas en el diseño y formulación de políticas públicas están relacionadas con estos elementos. Es necesario definir las para verificar que se debe integrar en cada una de ellas y qué se debe evaluar. Las políticas públicas se pueden entender como:

[...] el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios. Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detecta la existencia de

un problema que, por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema. (Tamayo, 1997: 281)

Sobre los programas, Ander-Egg (en Ordaz y Saldaña, 2005:15) dice que «en sentido amplio se hace referencia al concepto de programa como un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre sí y que son de similar naturaleza».

Un plan está constituido por un conjunto de programas; un programa estipula las acciones orientadas a alcanzar las metas y objetivos propuestos dentro de un periodo determinado.

Los programas constituyen el puente que facilitará la realización del plan en la región. Pueden ser de corto, mediano o largo plazo, de tipo económico, político, social, cultural, ambiental, de infraestructura, etcétera. Y como los programas que se derivan de un plan general pueden ser de diversos tipos, cabe señalar que de acuerdo con el interés del estudio existen planes sectoriales, especiales y/o programas de desarrollo regional que han sido conceptualizados de diversas formas (Ordaz y Saldaña, 2015).

La Convención es un tratado de derechos humanos elaborado por representantes de la comunidad internacional (entre ellos las mismas PCD, funcionarios gubernamentales, representantes de organizaciones no gubernamentales y otros) para cambiar la forma como son vistas y tratadas en sus sociedades las PCD.

A lo largo de la historia en México, a las PCD se les niegan a menudo oportunidades de trabajo, escolarización y plena participación en la sociedad, lo cual constituye un obstáculo a su prosperidad y bienestar. La Convención sobre los Derechos de las PCD es importante porque es un instrumento para garantizar que tengan acceso a los mismos derechos y oportunidades que los demás.

En vez de considerar la discapacidad como un problema médico, caritativo o de dependencia, la Convención pretende que sea entendida, en todo el mundo, como un problema de derechos humanos. La Convención abarca muchos aspectos en los que pueden surgir obstáculos, tales como el acceso físico a los edificios, calles y transportes o el acceso a la información a través de los medios impresos y electrónicos. Asimismo, trata de reducir la estigmatización y discriminación, que se encuentran a menudo entre los motivos por los que las PCD se ven excluidas de la educación, el empleo, la salud y otros servicios.

Existe un instrumento internacional jurídicamente vinculante que garantiza que los Estados que lo han ratificado fomentarán y protegerán los derechos de las personas con discapacidad (OMS, 2013).

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fue aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma al 30 de marzo de 2007. Se obtuvieron 82 firmas de la Convención y 44 del Protocolo Facultativo, así como una ratificación de la Convención, todo suscrito por México. Nunca una convención de las Naciones Unidas había reunido un número tan elevado de signatarios en el día de su apertura a la firma. Se

trata del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración. Señala un «cambio paradigmático» de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad (OMS, 2013).

No obstante, no es suficiente con que el Estado suscriba tratados o pactos internacionales en materia de discapacidad, lo importante es que de ello deriven acciones encargadas de construir programas y planes acordes a las condiciones sociales de los países y regiones específicamente para esta población, con la finalidad de que puedan tener una mejora en sus condiciones de vida, pudiendo desarrollar sus capacidades y desenvolverse en alguna actividad que les pueda remunerar económicamente para no sólo vivir del apoyo de los programas asistenciales e ir avanzando en la inclusión plena a la sociedad que implica la participación ciudadana.

## ■ LOS DIFERENTES MODELOS ALREDEDOR DE LA DISCAPACIDAD

La discapacidad es más que un término cuyo significado se modifica a través de los procesos históricos y políticos de la sociedad. Por ello, para definir este concepto en nuestra sociedad, «debemos de mirarlo y analizarlo desde una perspectiva cultural, la cual nos indica a través de elementos significativos, de detonación y práctica social, la forma en que la discapacidad es entendida en los diferentes momentos históricos, y es en la cultura en la que los sujetos toman conciencia de sus actos como de su propia vivencia para reproducirlos social y culturalmente en su andar día con día o bien buscan transformarlos» (Cisneros, 2008: 21).

A lo largo de la historia se ha pasado por varios momentos sociohistóricos en los cuales se han visto inmersos diferentes modelos para mirar el fenómeno de la discapacidad, clasificándolos desde un modelo mágico-religioso hasta el más actual que sería el modelo social de la discapacidad. Así se ha transitado, desde la no integración social (aislamiento) de las PCD a su integración médico-rehabilitadora continuando hoy en día con una modelo social que insta a que las PCD tengan derechos de igualdad en esta sociedad.

Como señala Palacios (2008) sobre los diferentes modelos de mirar la discapacidad sitúa el primer modelo, que se podría denominar de exclusión, en el que se supone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las PCD se consideran innecesarias por diferentes razones: se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o que por ser «desgraciados», sus vidas no merecen la pena ser vividas. Como consecuencia de estas premisas, la sociedad decide prescindir de ellas, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas «Buen Origen», o ya sea situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que asimismo son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia.

El segundo modelo es el que se puede denominar rehabilitador. Desde su filosofía se considera que la explicación, de las causas que originan la discapacidad, son científicas, es decir, derivadas en limitaciones individuales de las personas. Las PCD ya no son consideradas inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas. El fin primordial que se persigue desde este modelo es «normalizar» a los sujetos con dichas connotaciones patológicas, aunque ello implique forjar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa. El problema principal pasa a ser, entonces, la persona, con sus diversidades y dificultades, a quien es imprescindible rehabilitar: psíquica, física, mental o sensorialmente (Palacios, 2008).

[Así] el modelo médico considera la discapacidad como un problema «personal» directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. (Cáceres, 2008: 10)

Un tercer modelo, denominado social, es aquel que considera que las causas que explican y originan la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta filosofía se insiste en que las PCD pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de los sujetos «normales», pero siempre con respeto de la diferencia y valorando al sujeto. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con valores propios a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las PCD. Asimismo, apunta a la autonomía para decidir respecto de su propia vida, centrándose en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades (Palacios, 2008).

Una de las corrientes del enfoque social considera a la discapacidad como una forma de opresión social que se manifiesta en los entornos arquitectónicos, la idealización de la inteligencia y de la competencia social, como en la carencia de lecturas en braille y en la incapacidad del público en general para usar el lenguaje de señas (Oliver, 1990, en Barton, 1995). Así, «el enfoque social exige la responsabilidad colectiva para hacer las modificaciones ambientales necesarias que faciliten y permitan alcanzar la participación plena de las PCD en todas las áreas de la vida social» (INEGI, 2004: 13).

Este movimiento multidimensional nace dentro de la disciplina de las ciencias sociales, el análisis de las políticas sociales y la lucha por los derechos civiles; específicamente aquellos relacionados con los derechos de las PCD. En sus diferentes estructuras y contenidos, esta nueva propuesta encaminada tanto hacia la investigación social, la actualización de las políticas públicas, como a la consolidación de los derechos humanos de los sujetos (Victoria, 2013).

Este modelo social, ha sido la consecuencia de una larga lucha, planteada por las propias PCD, que tuvo sus frutos en diversos ámbitos. Uno de dichos ámbitos es el del derecho internacional de los derechos humanos, con sus constantes implicaciones en los Derechos de las legislaciones internas de los Estados Parte. El último paso en dicho sentido ha sido la reciente aprobación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este instrumento es el resultado de una evolución que viene dándose en el plano del Derecho, a partir de la década de los años ochenta del siglo xx. Ahora bien, durante todo el proceso de elaboración de dicha Convención (en la que participaron muy activamente las organizaciones de PCD) se sostuvo que la misma adoptaría el modelo social a la hora de comprender el fenómeno de la discapacidad (Palacios, 2008: 27).

## ■ ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DISCAPACIDAD POR SEXENIO

A continuación, colocaremos lo referente a las políticas públicas relacionadas con la discapacidad, abordando desde el sexenio del expresidente Ernesto Zedillo hasta el periodo presidencial de Enrique Peña Nieto. Se seleccionaron estos periodos presidenciales dado que el régimen de gobierno en los anteriores a éstos no estaba en boga el tema de inclusión referido a las PCD y recordando que hay un cambio cultural/ ideológico en 2008 cuando se formula y suscribe la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Protocolo Facultativo, con el cual se inicia el cambio hacia el modelo social y con ello la conceptualización de la inclusión. Para la recopilación de la información que a continuación se expone se revisaron los Planes Nacionales de Desarrollo sexenales y en su caso las reformas a la Constitución.

### **MODELO MÉDICO-REHABILITADOR PARA LAS PCD SEXENIO 1994-2000**

Uno de los avances más importantes para el desarrollo de las PCD en la historia de nuestro país, fue la incorporación de una política de Estado en el Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000, de acuerdo con estándares internacionales, lo que motivó la elaboración y puesta en marcha del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE). Este programa fue presentado el 12 de mayo de 1995 y estuvo orientado a generar políticas transversales e interinstitucionales en diversos campos, para transformar el modelo asistencial que había prevalecido hasta entonces en un modelo de desarrollo social, con la activa participación de organizaciones de y para PCD.

Este programa fue coordinado por la Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, y estuvo conformado por ocho subprogramas que promovieron la reproducción de acciones similares a nivel estatal, con base en los lineamientos de las Normas Uniformes de las Naciones Unidas.

Durante ese periodo de gobierno se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Artículo 39, fracción XXIII) y se definió a la Secretaría de Salud como la instancia responsable de establecer y ejecutar con la participación de otras dependencias asistenciales públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento de las personas con discapacidad. Asimismo, se crearon las Comisiones de Atención y Apoyo a las Personas con Discapacidad en la LVI Legislatura de la H. Cámara de Diputados y la Comisión de Asistencia Social en la H. Cámara de Senadores, así como la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables, en el seno de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal, esta última presidida por una persona con discapacidad visual.

### **SEXENIO 2000-2006**

Durante la Administración 2000-2006, hubo un replanteamiento de la Política de Estado establecida en el sexenio anterior y se buscó integrar en el desarrollo de las políticas públicas las Normas Uniformes sobre la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, de las Naciones Unidas, como el documento rector.

Las Normas Uniformes de las Naciones Unidas se publicaron tras la aprobación en 1982 del Programa de Acción Mundial para los Impedidos, una estrategia mundial encaminada a promover la prevención de la discapacidad y la rehabilitación y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. En dicho Programa se resaltaba la necesidad de abordar la discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos (OMS, 1982).

El 4 de diciembre de 2000 se creó la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (ORPIS). En el seno de esta oficina, el 12 de febrero de 2001 se integró el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad (CODIS), con el propósito de impulsar, orientar y vigilar que los programas sectoriales e institucionales a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, encauzaran sus esfuerzos y actividades hacia la atención y resolución de los problemas y necesidades de las personas con discapacidad, en el marco de sus respectivas atribuciones (Barandas, 2014).

### **MODELO SOCIAL PARA LAS PCD SEXENIO 2006-2012**

En 2006, la Constitución fue nuevamente reformada, eliminando el término de capacidades diferentes por el de discapacidades. La última reforma constitucional relevante para el tema fue la de 2011 que modifica el título del capítulo primero e integra al artículo primero la equivalencia entre los tratados firmados por el Estado en materia de derechos humanos, garantizando a toda persona la protección más amplia, reforzando la proposición de respeto a los derechos humanos especiales de las personas con necesidades especiales (Sales, 2014).

En 2011 la Ley General de las Personas con Discapacidad fue eliminada y se promulgó la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 30 de mayo de 2011. La razón expuesta por el legislador fue que era necesario actualizar la legislación a la luz de las Convenciones firmadas por el Estado mexicano en materia de derechos humanos específicos para las personas con discapacidad.

### **SEXENIO 2012-2018**

Se crea dentro del Plan Nacional de Desarrollo del gobierno de la República 2012-2018, se adhiere el programa nacional de trabajo y empleo para las personas con discapacidad. En el programa sectorial de desarrollo social 2013-2018 con la siguiente característica:

Una característica esencial del desarrollo incluyente es que debe eliminar cualquier tipo de barrera o limitante para el disfrute de los derechos por igual para todas las personas y garantizar la igualdad de trato. En este sentido, es de suma importancia incrementar el conocimiento y la cultura de respeto y no discriminación a las personas con discapacidad. Pero más allá de eso, es de suma importancia que se impulsen e implementen acciones que aseguren la accesibilidad universal de las personas con discapacidad que les permita ejercer a plenitud todos sus derechos: movilidad en calles y edificios, utilización del transporte y tecnologías de la educación, permanencia y avance académico, trabajo digno, adquisición de vivienda, salud y seguridad social, entre otros. Para lograr lo anterior, es necesario que se genere una visión transversal y universal que permee en todas las acciones de gobierno y que promueva y garantice acciones específicas y esquemas de atención integrales que les permitan a las personas con discapacidad ser parte fundamental y activa del desarrollo social. (PND; 2013-2018)

#### **ACCIONES A IMPLEMENTAR:**

1. Implementar esquemas de atención en los programas sociales que busquen contribuir al cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad.
2. Difundir entre los beneficiarios de los programas sociales una cultura de respeto y no discriminación hacia las personas con discapacidad.
3. Desarrollar conocimiento referente a la relación entre personas con discapacidad y la condición de pobreza.
4. Impulsar la participación de las personas con discapacidad en los procesos de participación social, para asegurar su contribución al desarrollo comunitario.
5. Fomentar que a través de los mecanismos de levantamiento y recopilación de información socioeconómica con que cuenta la SEDESOL, se puedan identificar particularidades y necesidades de las personas con discapacidad» (PND 2013-2014: 69).

Al realizar un análisis comparativo entre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo facultativo, emitido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y aprobado el 13 de diciembre de 2006, firmado por México el 30 de marzo de 2007 y ratificándolo el 17 de enero de 2008, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad, emitido por la ONU en 2013, que obligan a tomar acciones en México y los documentos nacionales correspondientes dentro de su marco jurídico, a saber dentro de las cuales nos encontramos: la Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad, emitida por la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, con la reforma realizada en 2015 y el Programa Nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad 2014-2018, emitido por el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión las Personas con Discapacidad (CONADIS), 2014, se puede apreciar lo siguiente:

Según los resultados encontrados, el contenido dentro de la normatividad y formulación de la política pública para las PCD que atienden a los derechos y obligaciones asentados en los pactos y tratados internacionales, están planteados en los dos documentos de importancia para esta legislación ya mencionados. Se puede apreciar que la normativa nacional en materia de las políticas y programas para las PCD hace énfasis en lo patológico (normal/anormal) y a partir de ello se enuncia implícitamente desde la lógica de Persona Sin Discapacidad/ Persona con Discapacidad, lo cual, si bien es excluyente, podemos inferir que se hace con la intención de marcarlo para poco a poco hacer un cambio sociocultural.

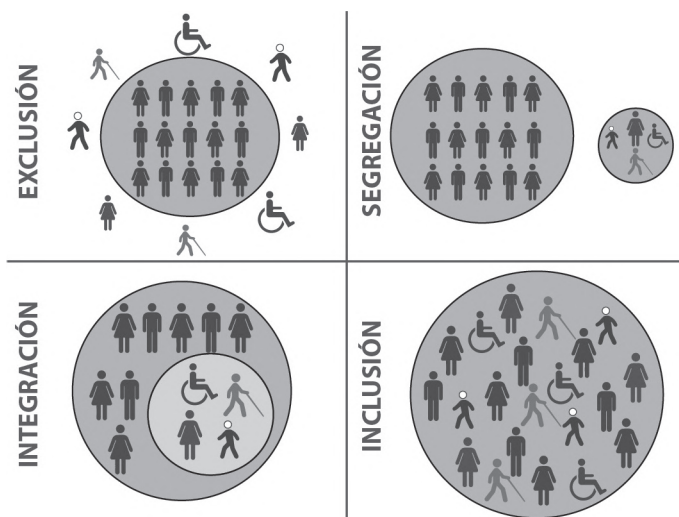
Es decir, se considera necesario inicialmente marcar la diferencia para ir avanzando a la inclusión cultural, de tal manera que en el momento que se logre la igualdad social entre todos los seres humanos y su diversidad de condiciones, no será necesario señalarla. En este sentido, debemos entender que la inclusión es un proceso social, que debe transitar desde una cultura dominante incorporada que realiza una dicotomía, en este caso personas con y sin discapacidad, y sobre la que se establece prejuicios, estereotipos y que han dado forma a las prácticas hasta lograr una transformación de dichas prácticas hacia el entendimiento y comprensión de la diversidad existente entre los sujetos de la sociedad con igualdad jurídica.

También, en referencia con las discapacidades psicosociales, se ve la confusión o asociación con la discapacidad mental porque en algunas ocasiones viene adherida o junto con una de este tipo. En la normatividad mexicana no es clara en este punto, se tendría que reconocer en ella, que existen personas con discapacidad psicosocial no evidente, por lo que les coloca condiciones de estigmatización social asociada a problemas conductuales o de educación sin atender las verdaderas necesidades que su condición implica y que difiere de discapacidad mental.

En este mismo sentido, el Estado mexicano reconoce lo normado, pero en la categoría de inclusión falta la operación en los programas, ya que alcanzar la igualdad implica considerar las necesidades de los diferentes tipos de discapacidades, que permita adecuar y contar con los distintos recursos humanos y materiales como primer requisito para participación de las PCD en las distintas esferas sociales (educación, trabajo, movilidad, esparcimiento, etcetera) en función de la discapacidad que se tenga.

Para ello es necesario tomar en cuenta que la inclusión e integración son términos que en muchas ocasiones se utilizan como conceptos iguales que comparten un mismo significado, sin embargo, inclusión e integración no son palabras sinónimas. Inclusión e integración representan filosofías totalmente diferentes, integrar a alguien es abrirle un espacio dentro de un grupo, pero ello no garantiza su participación e interacción plena con los otros y con el resto del contexto, en tanto que incluirlo sí, ahora bien, pasar de la exclusión a la inclusión supone un proceso largo que necesariamente requiere de un cambio cultural/ideológico de todos los sujetos que conforman a la sociedad. En medio de esta transformación podemos situar la integración como requisito previo. Ahora bien, debemos ir más allá, paso a paso sin olvidar que el último fin siempre es la inclusión.

FIGURA 1. EXCLUSIÓN, SEGREGACIÓN, INCLUSIÓN E INTEGRACIÓN.



Fuente: Tomado de <http://www.dobleequivalencia.com/inclusión-e-integración-10-diferencias>.

Un aspecto que prevalece a pesar de los tratados internacionales que ha firmado y ratificado nuestro país, es que el Estado ha formulado, diseñado e implementado muy pocas políticas en materia de discapacidad, que de sexenio a sexenio siguen la misma inercia, sin llegar a una adecuada formulación, diseño e implementación; como del seguimiento que se pueda dar en cada cambio de gobierno. Habrá que estar atentos al posicionamiento y seguimiento que se haga en torno a la inclusión de las PCD en el presente sexenio, dado el cambio ideológico del gobierno federal actual, los recortes presupuestales y las políticas de solidaridad emprendidas.

## ■ CONCLUSIONES

Hasta lo aquí analizado, México desarrolla política pública con base en los pactos y tratados internacionales en materia para las PCD, a nivel documental se observa que cumple con ellas parcialmente, pero en el momento de la evaluación sobre su formu-

lación e implementación por mecanismos internacionales como la ONU, no atiende las recomendaciones que ésta le hace para que sean más eficientes y que se avance hacia la meta, por lo que se reconoce un traslape entre el modelo médico-rehabilitador y el modelo social.

Hay que reconocer que vivimos en un país que no cuenta con las mismas condiciones y recursos que los otros países firmantes, en donde el régimen de política social no es de igual manera redistributiva lo cual debe considerarse en el momento de suscribir tratados internacionales los que comprometen a establecer tiempos, los cuales se deben de tomar en cuenta a partir del diagnóstico de las condiciones locales para el diseño de los mecanismos y las acciones que se ejecutarán para cumplir con lo pactado.

Cabe enfatizar, que el compromiso radica fundamentalmente en transitar de una concepción de la discapacidad como una patología que debía de atenderse en el sentido médico rehabilitador, a un cambio en sentido cultural mediante la solicitud de DDHH con la Convención, hacia un modelo social de la inclusión y la participación ciudadana. Cambiando el paradigma cultural, que a partir de como la Convención deja atrás el modelo médico-rehabilitador asistencialista imperante para atender a las PCD desde el enfoque de enfermedad, y en el que se evaluaba a la discapacidad por leve, moderada y grave, por el modelo social en el que la discapacidad se conceptualiza como una condición que se valora a partir de las dificultades de interacción con el entorno, es decir, las PCD son personas dentro de la diversidad biológica que tienen entornos poco favorables para su desarrollo.

Para esto, las políticas sobre la discapacidad tienen que asegurar el acceso en su totalidad a los servicios que se le prestan a la comunidad en la que están inmersos, sin excluir a ningún sujeto. A su vez como las PCD tienen derechos también tendrán obligaciones. La imagen de las PCD depende de las actitudes sociales basándose en los múltiples factores, que permitan construir una mayor participación social de forma equitativa.

México tiene condiciones para llevar la toma de conciencia en torno a la inclusión de las PCD, pero debe considerar los retos que representa entre las variaciones de una localidad a otra (de estado a estado), en este sentido debe de considerar las diferencias culturales como las condiciones para establecer los programas, estrategias y líneas de acción. Un aspecto fundamental para que vaya cambiando y permeando en la cultura es empezar la concientización desde el núcleo familiar para que haya una reproducción cultural. Esto es, si las instituciones sociales no avanzan en el cómo atender a las PCD no habría un cambio cultural ya que es más difícil vencer la barrera actitudinal que una arquitectónica (accesibilidad). Será necesario centrarse sobre las capacidades de las PCD y no en las limitaciones que estos tengan. Así con la participación de la familia en la comunidad que permee la esencia de la experiencia humana en la sociedad para lograr un cambio. La meta a largo plazo es crear una sociedad proyectada y construida de acuerdo con las auténticas necesidades de todos los grupos sociales, es decir, concretar el modelo social.

## REFERENCIAS

- ANIMAL POLÍTICO. (2013). *Presentan las 5 metas del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. <https://www.animalpolitico.com/2013/05/publican-plan-nacional-de-desarrollo-2013-2018/>.
- ANIMAL POLÍTICO. (2013). Resultados de la consulta Ciudadana para el PND 2013-2018. <https://www.animalpolitico.com/2013/05/resultados-de-la-consulta-ciudadana-para-el-pnd/#axzz2TiTgXwyx>
- BARANDAS, M E. (2014). *Educación superior inclusiva en México, una verdad a medias*. Palibrio.
- BARTON, L. (coord.) (1995). Sociología y Discapacidad: algunos temas nuevos. *Discapacidad y sociedad* (19-33). Morata.
- CÁSARES, C. (2008). *Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la oms*. Dpto. de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de La Laguna.
- CISNEROS, J. (2008). Pensar la discapacidad; una reflexión en torno al conflicto de integración. En B. Onofre, R. García y R. González (Eds.), *Pensar la discapacidad* (21-22). Ediciones Temas Estratégicos/ELALEPH.
- Estadísticas de Discapacidad en México (EDM), (s/f). Cifras de causas de discapacidad en México. Cifras Anuales y Estadísticas de Discapacidad en México.] <https://www.centrodecirugia.org/estadisticas-de-discapacidad-en-mexico/>
- INEGI. (2016). La discapacidad en México datos al 2014, INEGI. [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825090203.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf)
- INEGI. (2014). La discapacidad en México datos al 2014. [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825090203.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf)
- INEGI. (2004). Las personas con discapacidad en México: Una visión censal. <http://www.libreacceso.org/wp-content/uploads/2014/05/inegidiscapacidad2004.pdf>
- Naciones Unidas. (s/f). Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad y Protocolo Facultativo. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- OMS. (2008). Informe Mundial sobre Discapacidad. Malta: Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial.
- OMS. (1982). Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.
- OMS. (2013) ¿Por qué es importante la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad? <http://www.who.int/features/qa/67/es/>
- OMS. (s/f). Programas y proyectos, Discapacidades y rehabilitación. Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. [http://www.who.int/disabilities/policies/standard\\_rules/es/](http://www.who.int/disabilities/policies/standard_rules/es/)
- ORDAZ, V. y Saldaña, G. (2005). Análisis y crítica de la metodología para la realización de planes regionales en el Estado de Guanajuato, Universidad de Guanajuato. <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006b/voz/1b.htm>
- PALACIOS, A. (2008). El Modelo Social de la Discapacidad: Orígenes, Caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ediciones Cinca. <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
- SALES, F. (2014). Discapacidad en México. LXII Legislatura Cámara de Diputados, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Carpeta de indicadores y tendencias sociales, número 27.
- TAMAYO, M. (1997). El análisis de las políticas públicas, en Bañón, R. y Carrillo, E. (comps.). *La nueva Administración Pública* (281-312). Alianza Universidad.
- VICTORIA M. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n138/v46n138a8.pdf>.

## SUMARIO

INTRODUCCIÓN	5
I. ALGUNAS CATEGORÍAS TEÓRICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE SALUD	9
Introducción	9
Categorías teóricas para el análisis de las políticas en salud	9
Análisis del diseño, formulación e implementación de políticas de salud	12
Caracterización del régimen de política social: Régimen Benefactor y Régimen Neoliberal	13
Régimen político y transformación del Estado	15
Los actores sociales en la formulación e implementación de políticas públicas	16
Reforma en salud y desarrollo del Estado Neoliberal	17
Conclusiones	20
II. EL ESTADO Y LOS SISTEMAS DE SALUD	21
Introducción	21
Estatización de la práctica médica, la relación médico-paciente y el saber profesional	24
La intervención del Estado en la prestación de servicios de salud: del salubrismo a la neobeneficencia	29
Evolución del financiamiento de gasto en salud	33
Conclusiones	36
III. EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN LA POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO. DEL ESTADO BENEFADOR AL ESTADO-MERCADO. ANÁLISIS DEL PERIODO 1990-2016	41
Introducción	41
Análisis teórico	42
Enfoque de política pública para analizar la política de calidad en salud en México	42
La calidad en salud: Componente de los Sistemas de Salud y elemento fundamental del Derecho a la Salud.	43
Metodología y Análisis	44
Resultados	45
Conclusiones	48
IV. POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y RÉGIMEN POLÍTICO EN MÉXICO	59
Introducción	59
Momento Transicional	62

Sexenio Miguel de la Madrid 1982-1988	62
Mercantilización y asistencialismo	64
Sexenio de Carlos Salinas (1988 – 1994)	64
Fortalecimiento de los mercados de salud	65
Sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000)	65
Consolidación de los procesos de reforma del sector salud	67
Sexenio de Vicente Fox (2000-2006)	67
Sexenio de Felipe Calderón (2006-2012)	68
Sexenio de Enrique Peña Nieto (2012-2018)	70
Conclusiones	71
V. POLÍTICAS PÚBLICAS EL CASO DE LA DISCAPACIDAD	79
Introducción	79
Los diferentes modelos alrededor de la discapacidad.	82
Antecedentes de las políticas públicas sobre discapacidad por sexenio.	84
Modelo Médico-rehabilitador para las PCD	84
Modelo Social para las PCD.	85
Conclusiones	88

**Delgado Campos, Victoria Ixshel**

Es licenciada en Nutrición y maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Candidata a doctora en Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Estudios Institucionales. Universidad Autónoma Metropolitana-Cuajimalpa. Actualmente, es titular de la Secretaría Particular de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México. Líneas de investigación: estudio de la determinación social de la salud. En específico, sobre aspectos relacionados con la responsabilidad política de los Estados en la garantía del derecho a la alimentación y la salud, a las formas diversas y complejas de participación social en las políticas públicas y locales y al análisis de los sistemas de salud y de las políticas públicas sanitarias.

**Jarillo Soto, Edgar Carlos**

Doctor en Sociología, Universidad de Barcelona. Maestro en medicina social, médico cirujano, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Actualmente se desempeña como profesor-investigador titular C del Departamento de Atención a la Salud, en la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-X. Se ha especializado en temas sobre educación médica, diseño curricular, y sociología de las profesiones de la salud.

**López Ortiz, Claudia Alicia**

Maestra en Educación por la Universidad Autónoma de Fresnillo, licenciada en Pedagogía por la Universidad Femenina de México. Profesora-investigadora de tiempo completo del Colegio de Ciencias y Humanidades, en la licenciatura de Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Se ha especializado en temas sobre formación de recursos humanos, desigualdades sociales y salud, así como en el abordaje de problemas de enseñanza aprendizaje en personas con discapacidad visual.

**Rosales Flores, Roselia Arminda**

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Maestra en Medicina Social, Médica Cirujana, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Profesora-investigadora de tiempo completo del Colegio de Ciencias y Humanidades, en la licenciatura de Promoción de la Salud, y responsable del Laboratorio de Fisiología Clínica en Investigación Sociomédica en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Se ha especializado en temas sobre determinación social del proceso salud enfermedad, así como condiciones laborales y de salud, así como régimen de política social y prácticas en salud.

**Gustavo Ruiz Rafael**

Licenciado en Promoción de la Salud (Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM)). Realizó su servicio social en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Ismael Cosío Villegas" en el Departamento de Investigación en Epidemiología y Ciencias Sociales en Salud, en el programa denominado "Proyectos epidemiológicos y sociales relacionados con enfermedades respiratorias". Para su titulación de licenciatura, su eje y tema de interés en el campo de investigación de las personas con discapacidad (PCD) y su relación con la política pública y social, en la cual la Promoción de la Salud desde su carácter multidisciplinario y transdisciplinario. Sus líneas de investigación dentro de la PS, son la impulsión de políticas públicas saludables, como la creación de entornos de desarrollo favorables para todos los sujetos, la reorientación de los servicios de salud, desarrollando aptitudes personales por medio de la capacitación y abogacía.

*Régimen político y políticas de salud en México.*  
*Enfoques teórico-metodológicos y análisis de casos*  
se terminó de imprimir en agosto de 2022,  
en los talleres de Editorial Color S.A. de C.V., Naranja No. 96 Bis,  
Col. Santa María la Ribera, Alcaldía Cuauhtémoc, 06400,  
El tiraje fue de 500 ejemplares.  
Cuidado de la edición: Ángeles Godínez Guevara  
Diseño editorial: Sergio Cortés Becerril

En este libro, el lector encontrará un análisis del diseño e implementación de la política social a través de programas específicos a lo largo de varios sexenios, lo que permite visualizar los avances y retrocesos que se han tenido tanto en la garantía del derecho a la salud como al mejoramiento de la misma. Esperamos que este texto sirva tanto para aportar al conocimiento y discusión del papel del Estado en como actor y agente social en la satisfacción de necesidades en salud, así como generador de condiciones para la reproducción de las respuestas sociales ante situaciones de salud-enfermedad.

JUAN MANUEL MENDOZA RODRÍGUEZ

Doctor en ciencias en salud colectiva, maestro en medicina social, médico cirujano, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Profesor-investigador de tiempo completo del Colegio de Ciencias y Humanidades, en la licenciatura de Promoción de la Salud, y responsable del Laboratorio de Fisiología Clínica en Investigación Sociomédica en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Se ha especializado en temas sobre determinantes sociales de enfermedades crónico degenerativas, fenomenología y hermenéutica del proceso salud-enfermedad, así como filosofía e historia de la Medicina.

**UACM**

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

*Nada humano me es ajeno*

Biblioteca  
**BE**  
del  
Estudiante

978-607-8840-44-1



9 786078 840441