

EVOLUCIÓN Y ACTUALIDAD DEL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO. UNA COMPARACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO CUBANO

GONZALO DANIEL TOVAR PÉREZ *

Resumen

Este trabajo describe la evolución histórica del sistema de salud de México. Para su estudio, se dividió en los tres momentos históricos de reformas: 1943, con la formación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; 1983, con la incorporación del derecho a la protección de la salud; y, en 2003, con la creación de Sistema Nacional de Protección Social en Salud. Conjuntamente, se revisan, de manera breve, las distintas etapas de la evolución del sistema de salud de Cuba, prerrevolucionario y socialista, y se enfoca principalmente, en sus fortalezas, con el fin de retroalimentar a nuestro sistema de salud. De esta manera, se busca identificar las barreras para la universalidad de la atención en salud y establecer los elementos necesarios para poder iniciar una cuarta generación de reformas que nos acerque más a la universalidad de un sistema único de salud.

Palabras clave: *política de la salud; México; Cuba; seguridad social.*

Abstract

This paper describes the historical evolution of Mexico's health system. For its study it was divided into the three historical moments of reforms: 1943 with the formation of the Secretary of Health and Assistance, 1983 with the incorporation of the right to health

* *Egresado de la Maestría
en Política y Gestión
Pública de la UIA León*

protection and in 2003 with the creation of the National System of Social Protection in Health. Furthermore, it briefly reviews the different stages of the evolution of Cuba's pre-revolutionary and socialist health system, focusing mainly on its strengths, in order to provide feedback to our health system. In this way, it seeks to identify the barriers to the universality of health care and to establish the necessary elements to be able to initiate a fourth generation of reforms that will bring us closer to the universality of a single health system.

Key words: *health policy; México; Cuba; social security*

Introducción

Uno de los temas centrales en la agenda de la Organización Mundial de la Salud es la cobertura universal de salud, la que es definida como el acceso universal a servicios de salud, integrales, a un costo razonable y sin riesgos financieros, mediante la protección contra gastos catastróficos en salud (WHO, 2010).

La cobertura universal de salud comprende tres etapas: la afiliación universal, término relacionado con el de cobertura legal, que garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público; la cobertura universal, que implica el acceso regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos, y la cobertura efectiva universal, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud, a partir de un paquete de servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo (Murray y Frenk, 2000).

Todos los sistemas de salud en el mundo son susceptibles a un mejoramiento constante. La transición demográfica experimentada por la región de las Américas, en los últimos 25 años, con una disminución de la fecundidad, una reducción de la proporción de la población joven y una esperanza de vida más larga, ha planteado un reto cada vez mayor para la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de una población que está envejeciendo (OPS, 2019). El objetivo de este trabajo es realizar un análisis del sistema nacional de salud de México con el fin de encontrar fuentes de retroalimentación, áreas de oportunidad y líneas de acción. Para esto, se realiza un diagnóstico situacional, primero se revisan los orígenes e historia del sistema, a través de las etapas del desarrollo y reformas en materias de salud,

para posteriormente revisar la situación actual y motivaciones hacia la búsqueda de la universalidad en salud.

De manera breve, se da un recorrido por la historia y actualidad del sistema de salud de Cuba, el cual también ha presentado reformas a lo largo de su historia, aunque bajo un esquema muy distinto al de nuestro país. Es muy importante destacar fortalezas del sistema cubano con el fin de retroalimentar nuestro sistema de salud.

Historia y evolución del sistema nacional de salud de México

El sistema de salud pública moderna de nuestro país nació con el siglo XX, como producto de la renovación y de los avances de la medicina clínica. Se manifestó con la construcción del Hospital General de México (HGM), en 1905. La edificación del HGM expresa, de manera anticipada, la labor asistencial del Estado y moderniza la medicina clínica mexicana aprovechando la capacitación de un notable grupo de médicos mexicanos en los mejores centros clínicos europeos (Mercer, 1984).

Los logros sanitarios de principios del siglo XX fueron la conclusión de la primera gran obra de drenaje del Valle de México, el control de la epidemia de peste bubónica que surgió en Mazatlán, en 1902, y el control de la fiebre amarilla, una enfermedad endémica en ciertas regiones del país en esa época (Córdoba, 2004).

Estos logros sentaron las bases para que después de la Revolución Mexicana se reconociera a la salud como un área estratégica para la seguridad y el bienestar del país y, por lo tanto, como objeto de una amplia intervención estatal.

Con la Constitución de 1917, se crearon dos organismos encargados exclusivamente de asuntos de salud: el Consejo de Salubridad General (CSG) y el Departamento de Salubridad Pública (DSP). El CSG se creó como una instancia federal, que cuenta con la facultad de dictar disposiciones sanitarias obligatorias en todo el país, con el propósito de reaccionar de manera rápida y efectiva ante emergencias de salud pública del país (Díaz, Ramírez, Garza y de Oca, 2013).

Por su parte, El DSP se instauró como una dependencia administrativa del Poder Ejecutivo Federal y adquirió algunas de las atribuciones que tenía el CSG y las que en materia de salud tenía, hasta ese entonces, la Secretaría de Gobernación. Sus atribuciones más relevantes son el diseño de la legislación sanitaria de la República; la policía sanitaria de puertos, costas y fronteras; la implantación de medidas contra enfermedades contagiosas y enfermedades

epidémicas; la preparación y administración de vacunas y sueros; la inspección de alimentos, bebidas y drogas, y la organización de congresos sanitarios (Rodríguez y Rodríguez, 1998).

También, es muy importante destacar tres fracciones del artículo 123 de la Constitución de 1917 relacionados con la salud. En las fracciones XIV y XV se obliga a los empleadores a establecer medidas para garantizar la seguridad e higiene laborales en los sitios de trabajo y pagar por la atención a la salud en caso de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales, convirtiendo así a la atención a la salud en un derecho ocupacional. En la fracción XXIX, se declara de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines familiares (Gómez y Frenk, 2019).

Para dar los resultados esperados, los esfuerzos sanitarios antes mencionados requerían también de personal capacitado en salud pública. Por esta razón se creó en 1922, la Escuela de Salubridad (ES), la primera escuela de salud pública de América Latina, que abrió sus puertas ofreciendo el título de Oficial Médico de Salubridad y el diploma de Estudios Superiores en Higiene y Salubridad Pública (Frenk et al., 2013).

Más adelante, en 1925, en el gobierno del general Plutarco Elías Calles se destaca la disposición de extender el ámbito de influencia de los servicios sanitarios del país de los territorios, puertos y fronteras a todas las entidades federativas, que da lugar a la creación, en 1926, de las delegaciones federales de Salubridad, responsables de las estadísticas vitales, la organización de campañas de control de enfermedades infecciosas y la observancia de las leyes sanitarias (Fajardo, 2002).

Mientras tanto, a nivel internacional surgía la tendencia de crear unidades de salud locales encargadas de ampliar el alcance de la salud pública, por lo que en 1928 se crearon, con el apoyo de la Fundación Rockefeller, las Unidades Sanitarias Cooperativas, primero en el estado de Veracruz y después, en todo el país (Fajardo, 2002).

Estas unidades eran responsables de las estadísticas vitales y de salud, el control de enfermedades infecciosas, la capacitación de parteras y el desarrollo de actividades de saneamiento, potabilización del agua, control sanitario de la leche y de la higiene escolar, materna e infantil. En 1931, las unidades dieron lugar al Servicio de Higiene Rural del DSP (Bustamante, 1988).

En 1934, mediante la expedición de la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios entre el DSP y los gobiernos de los estados, se crearon los Servicios Sanitarios Coordinados, cuya función era superar de una vez y para siempre la continua falta de coordinación en materia de salubridad entre los tres órdenes de gobierno (Lara y de la Cruz, 2016).

En el Primer Congreso de Higiene Rural, celebrado en Morelia, Michoacán, en 1935, se determina que los estudiantes de medicina, enfermería, partería, química y odontología pasaran seis meses trabajando en comunidades rurales al final de su carrera y antes de graduarse (Huacuja, 2014).

La idea del servicio médico social la adoptaron de inmediato la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Michoacana y, para 1940, ya la habían acogido prácticamente todas las escuelas de medicina del país. En 1946, se extendió a las escuelas de enfermería y, en 1962, se amplió de seis meses a un año. Esta mano de obra (3,157 pasantes de medicina entre 1936 y 1946) permitió extender la cobertura de servicios de salud a las comunidades rurales de menos de 5 mil habitantes y profundizar en el conocimiento que el DSP tenía sobre las condiciones de salud de los campesinos y los grupos indígenas (Ruiz y Salvo, 1995).

En 1936, se crearon también como parte del DSP y en colaboración con el Banco Ejidal, los Servicios Médicos Ejidales Cooperativos, que operaron en las regiones geográficas de mayor productividad agrícola, como Yucatán y la Comarca Lagunera. A los pocos años, se convirtieron en los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, que se financiaron con recursos federales y estatales y con contribuciones de los propios campesinos. Esos servicios llegaron a contar con 11 hospitales rurales, 92 centros de salud y 225 centros auxiliares (Moreno *et al* 1982).

En 1937, en el gobierno de Lázaro Cárdenas, se creó el Departamento de Asistencia Social Infantil. Este departamento fue la primera estructura independiente de gobierno que participó directamente en labores de atención médica y su importancia quedó de manifiesto, ese mismo año, cuando se fusionó con la Junta de Beneficencia Pública para crear la Secretaría de Asistencia Pública (SAP), que ofrecería servicios de salud no sólo a los niños sino a toda la población vulnerable (Moreno *et al*. 1982).

Primera generación de reformas. Secretaría de Salubridad y Asistencia

La concepción de integrar la asistencia y la salubridad públicas se hizo evidente a principios de los años cuarenta, cuando en 1943, en el Primer Congreso Nacional de Asistencia, en la Ciudad de México, varias ponencias tocaron el tema. El doctor Bernardo Gastélum, exjefe del DSP, señaló que la salubridad pública en sus aplicaciones humanas es siempre asistencia médica y ésta se convierte en salubridad pública cuando es ella la que denuncia el foco infeccioso y lo trata (Bustamante, Viesca, Villaseñor, Vargas y Castañón, 1982).

Del mismo modo, el doctor Alfonso Pruneda, exrector de la Universidad Nacional de México, afirmó que las actividades sanitarias y de asistencia pública forman los dos aspectos fundamentales de la medicina social y no pueden separarse ni en su estudio ni en su aplicación (Ortiz, 2003).

Como respuesta a las recomendaciones y resoluciones, en octubre de 1943, el presidente Ávila Camacho firmó el decreto que ordenaba la fusión de la SAP con el DSP dando origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). En un comienzo, la SSA dio énfasis a la actividad asistencial, trayendo así la construcción de los hospitales civiles, pero la salubridad no fue desatendida. En los años cuarenta, se organizaron campañas contra las enfermedades venéreas y el bocio y se intensificó la lucha contra la viruela (Bustamante et al., 1982).

También, en 1943, se estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México, el primero de los institutos nacionales de salud. En 1944, se creó el Instituto Nacional de Cardiología y dos años más tarde, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (Ortiz, 2003).

En el IMSS se concretó lo que se había perseguido por casi todos los presidentes mexicanos después de la Revolución, un sistema de seguridad social. La Ley del Seguro Social estableció el carácter obligatorio del seguro social y fijó los riesgos que habría de cubrir: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedades no profesionales y maternidad; invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada (Ortiz, 2003).

El establecimiento de la SSA, el IMSS y los tres primeros institutos nacionales de salud representó la primera generación de reformas de salud que implantó los cimientos de nuestro sistema. El IMSS apuntaló el desarrollo industrial a través de la atención prioritaria de los trabajadores del sector formal privado de la economía. La SSA se responsabilizó de la

salud de los grupos campesinos protagonistas de la Revolución Mexicana, productores de alimentos y generadores de materias primas esenciales.

El IMSS empezó a prestar servicios de salud en 1944, primero en la capital del país y en los siguientes cuatro años en Puebla, Monterrey, Guadalajara y Orizaba. Ante la carencia de instalaciones propias, contrató consultorios, clínicas y hospitales privados para este fin. En 1946, el IMSS cubría a 2% de la población nacional (631 mil personas) y seis años después, su cobertura se había extendido a sólo siete estados y aumentado apenas a 4% de la población (Hernández, 1982). Entre 1959 y 1964, tras tensiones derivadas de diversos movimientos sindicales, el IMSS construyó 269 unidades médicas (180 unidades de consulta externa, 61 clínicas con servicios de hospitalización y 28 hospitales) y triplicó su personal, y en 1964, ya cubría a 6.3 millones de personas que representaban 17 % de la población nacional (Moreno et al., 1982).

En 1960, el presidente Adolfo López Mateos promovió la reforma al artículo 123 de la Constitución, que otorgó rango constitucional a los derechos sociales y laborales de los trabajadores del Estado. De esta forma, en ese mismo año, se publicó una ley que transformó la Dirección General de Pensiones Civiles, encargada de los programas de pensiones de los empleados de gobierno, en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que además de seguro de vejez, cesantía y muerte, ofreció un seguro de accidentes y enfermedades profesionales y no profesionales, además de otras prestaciones. El ISSSTE tuvo un crecimiento inicial asombroso: en 1966 contaba ya con 111 clínicas, 301 puestos periféricos, 27 hospitales propios y 23 subrogados, y cubría a más de un millón de personas (Carrillo, 1987).

Entre 1959 y 1964, la SSA construyó casi 1,400 unidades de salud, incluyendo 493 hospitales, la mayor parte de ellos en el medio rural. De este modo, las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada también desarrollaron considerablemente su capacidad para producir servicios de salud (Moreno et al., 1982).

Segunda generación de reformas. Incorporación del derecho a la protección de la salud

El perfil de salud de la población mexicana presentó un gran cambio en 1950 y 1970. Las enfermedades no transmisibles empezaron a adquirir una importancia creciente y muy pronto se convertirían en las principales causas de morbilidad y mortalidad a la salud en el país.

A finales de los años sesenta, el costo de los servicios aumentó de manera importante como resultado del incremento de la demanda y la complejidad tecnológica de la atención. Los servicios de salud no estaban llegando a buena parte de la población de las áreas rurales y para subsanar sus necesidades más básicas, se veían obligados a recurrir a los servicios médicos privados, que no estaban regulados y que con frecuencia ofrecían una atención de mala calidad.

En 1982, se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República. Esta coordinación tenía como propósito hacer una evaluación del estado en que se encontraban los servicios públicos de salud para la población abierta, con el fin de integrarlos a un sistema nacional de salud que diera cobertura a todos los mexicanos. La propuesta que generó esta coordinación fue aprobada por el presidente Miguel de la Madrid, quien nombró Secretario de Salubridad y Asistencia al doctor Soberón (Ruiz JF, 2014).

En 1983, se hicieron cambios a la Constitución que establecieron en el artículo 4º, el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. Este derecho, que se había establecido como un derecho ocupacional en la Constitución de 1917 y como un derecho laboral en la Ley del Seguro Social de 1943, se convirtió así en un derecho ciudadano (Ruiz JF, 2014).

La implementación de esa propuesta, entre 1982 y 1988, dio origen a la segunda generación de reformas de salud, que incluyó también la promulgación de una nueva Ley General de Salud -que sustituyó a un código sanitario decimonónico-, el cambio de nombre de la SSA por el de Secretaría de Salud (SSa), y la primera fase de la descentralización a los estados de los servicios de salud para la población no asegurada, que dio origen a los Servicios Estatales de Salud (SESA) (Velásquez, 1991).

Poco antes, el problema de la falta de cobertura de los servicios de salud se había empezado a enfrentar mediante la creación, en 1977, de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), el programa más ambicioso de extensión de cobertura de servicios de salud a la población rural. Coplamar construyó, con recursos provenientes del petróleo, 3,025 unidades médicas y 60 clínicas-hospitales, todas ellas en comunidades rurales. En 1983, desaparece el Coplamar y se asigna al IMSS, lo que dio origen al Programa IMSS-Coplamar, que se rebautizó como IMSS-Solidaridad en 1989, IMSS-Oportunidades en 2002, e IMSS-Prospera en 2014 (Gómez y Frenk, 2019).

A principios de los años noventa, el sistema mexicano de salud estaba constituido por tres componentes básicos. El primero incluía aquellas instituciones públicas encargadas de proporcionar servicios a la población no asegurada: la SSa federal, los SESA y el Programa IMSS-Solidaridad. Estas instituciones, que atendían a poco más de 50% de la población nacional, se financiaban en lo fundamental con impuestos generales.

El segundo componente comprendía a las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE, y las agencias de seguridad social de las Fuerzas Armadas y los trabajadores petroleros) que proporcionaban servicios a los trabajadores asalariados y sus familias, quienes representaban poco más de 40% de la población nacional. El IMSS contaba con un financiamiento tripartito, con contribuciones de los empleadores, los trabajadores y el Gobierno Federal. Las otras instituciones de seguridad social se financiaban con contribuciones de los trabajadores y del gobierno en su calidad de empleador. El tercer componente era el sector privado.

Tercera generación de reformas. Sistema de protección social en salud

En los años noventa, en respuesta al incremento del gasto en salud y la búsqueda de una mayor atención a las expectativas de los usuarios de los servicios de salud, surgió un movimiento internacional que marcó el inicio de la tercera generación de reformas de salud de México.

El objetivo de estas reformas es mejorar la eficiencia con la que operaban los sistemas de salud; evaluar las intervenciones de salud para garantizar que se ofrecieran servicios realmente efectivos a un costo razonable; implantar programas para el mejoramiento continuo de la calidad, y promover la participación de los usuarios de los servicios de salud en su atención.

En 1991, se creó el Programa de Vacunación Universal, que ha alcanzado coberturas muy amplias en menores de cinco años y que permitió erradicar la poliomielitis, eliminar la difteria y el tétanos neonatal, y controlar la tosferina, la parotiditis, la rubéola y el sarampión (Santos, 2002).

En 1997, en el gobierno de Ernesto Zedillo, se echó a andar un programa de bienestar basado en incentivos que resultó muy exitoso: el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá). Este programa ofrecía subsidios monetarios a los hogares pobres a cambio de la adhesión a diversas intervenciones educativas, de salud y nutricionales (Gómez y Frenk, 2019).

En 1997, se modificó la Ley del IMSS para crear el Seguro de Salud para la Familia, que le ofreció a la población no asalariada, por primera vez, la posibilidad de afiliarse voluntariamente a una institución de seguridad social, lo que amplió sus opciones de atención a la salud y sus niveles de protección financiera (Gómez y Frenk, 2019).

En 2001, en el Diario Oficial de la Federación (DOF) se decretó la creación de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris). Esta agencia está encargada de vigilar la seguridad y eficacia de los nuevos medicamentos y dispositivos médicos, la regulación de la seguridad alimentaria, la aplicación de las normas medio ambientales y de salud ocupacional, y el control de la comercialización de sustancias peligrosas como el alcohol y el tabaco (Knaul et al., 2013).

Como resultado del estudio coordinado por el Dr. Julio Frenk, *Economía y Salud*, (Frenk, 1994) y siguiendo las recomendaciones del Informe sobre la salud del mundo (OMS, 2000), en 2003, a través de la reforma a la Ley General de Salud, se dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Con esta implementación, los mexicanos que carecían de seguridad social se fueron incorporando paulatinamente a la instancia operativa del SPSS, el Seguro Popular de Salud, garantizando así el acceso a 287 intervenciones esenciales y 65 intervenciones especializadas de alto costo (Knaul et al., 2013).

Según cifras de la Encuesta Intercensal en 2015, se contaban con 98 millones de mexicanos con protección social en salud: 56 millones afiliados al Seguro Popular y 42 millones afiliados a las instituciones de seguridad social (Gómez y Frenk, 2019).

El rumbo hacia la cuarta generación de reformas

Con la tercera generación de reformas y su brazo operativo, el Seguro Popular (SP), se busca evitar los gastos de la salud catastróficos y empobrecedores de la población mexicana, así como establecer la universalidad de los servicios de salud.

En 2018, con el presidente Andrés Manuel López Obrador (AMLO), se inicia una reestructuración de distintos ámbitos del país. El propósito principal de su administración es romper la inercia de bajo crecimiento económico, del incremento de la desigualdad social y económica y la

pérdida de bienestar para las familias mexicanas -tendencias que han marcado a México en los últimos 35 años-, así como emprender un cambio de rumbo (Gobernación, 2018).

Al final de la primera década del presente siglo, se implementa el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), un organismo descentralizado, que incluirá la atención a cualquier persona que se encuentre en territorio mexicano, donde se garantizará la atención médica gratuita. Se apuesta por garantizar servicio médico gratuito en primer y segundo nivel de atención, con la necesidad de pagar cuotas de recuperación para la atención de alta especialidad, situación que según se estableció, se dará de manera temporal (Gobernación, 2018).

El INSABI, junto con la Secretaría de Salud, tendrán por objeto promover y garantizar el acceso universal de salud.

Sistema nacional de salud cubano. Desarrollo histórico, evolución y actualidad.

Periodo republicano burgués (prerrevolucionario)

En 1902, se instaura la República burguesa en Cuba, y se nombra Secretario de Gobernación al doctor Diego Tamayo Figueredo, una de las más importantes figuras de la medicina cubana. Tamayo nombra al doctor Finlay y al doctor Manuel Delfín Zamora como los responsables de los servicios de sanidad y beneficencia, respectivamente (Delgado, 1998).

En 1909, al ponerse en vigor la nueva Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, entra en funciones la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, primer ministerio de salud pública del mundo, cuya creación respondía exclusivamente al desarrollo histórico de la salud pública en el país y a las ideas avanzadas en materia salubrista de la Escuela de Higienistas Cubanos de principios de siglo (Delgado, 1998).

Desde la primera mitad del siglo XIX, comienzan a fundarse casas de salud privadas en las que los facultativos podían brindarle, a los miembros de las clases sociales más adineradas, los recursos del desarrollo de las ciencias médicas que era imposible ofrecerles en sus hogares. Estas casas de salud constituían, en su conjunto, un sistema nacional de salud privado, aunque no respondieran a una correcta definición de sistema, que en el período republicano burgués va a alcanzar mayor importancia (Delgado, 1998).

En la segunda mitad del propio siglo XIX, las asociaciones regionales españolas de ayuda

mutua fundan también casas de salud, que, en su conjunto, constituyen un sistema nacional de salud mutualista. Estos dos sistemas de salud denominados privado y mutualista, tienen a su cargo, junto con el sistema nacional de salud estatal, la atención médica primaria y secundaria de la población -dividida en clases sociales, durante todo el período republicano burgués-, pero solo el estatal se encargaría de las acciones de higiene y epidemiología (Delgado, 1998).

Entre 1926 y 1944, se presentó una serie de lucha de intereses por parte del gremio médico, con el objetivo de mejorar las condiciones laborales y profesionales. Como resultado, se incrementó el número de unidades de atención, reforzando al sistema mutualista en su camino hacia una cobertura más amplia para la burguesía media cubana (Delgado, 1998).

De esta forma, al final del período republicano burgués, las clases que integraban la oligarquía gobernante contaban con un sistema de salud privado, que les brindaba una excelente medicina asistencial; la burguesía media y los grupos de mayores ingresos de la clase obrera contaban con un sistema mutualista cuya calidad era variable y centralizada, ya que disponía de 242 unidades, de las cuales 96 estaban en la capital de la República (Delgado, 1998).

La mayoría del proletariado y el campesinado era atendido por el sistema estatal, el cual contaba con 97 unidades hospitalarias en toda la nación, mal equipadas, con un presupuesto insuficiente para gastos asistenciales y preventivos. Mientras tanto, el campesinado de las zonas más apartadas del país se atendía con la medicina tradicional (Delgado, 1998).

Periodo Revolucionario Socialista. Primera etapa. Integración del Sistema Nacional de Salud Único

En 1959, existían los tres sistemas de salud (privado, mutualista y estatal). El único que persistió al movimiento revolucionario fue el estatal. Ese mismo año cambia de nombre a Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria, y en enero de 1960, pasa a convertirse en el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), que es el que se mantiene vigente (Delgado, 1990). Ante la necesidad de extender la atención primaria y secundaria hasta los lugares más apartados del país, en 1960, el MINSAP crea el organismo más importante de esta primera etapa, el Servicio Médico Social Rural (Delgado, 1990).

En 1961, se avanza en la integración del Sistema Nacional de Salud Único al promulgarse la Ley No. 959, la cual señala al MINSAP como rector de todas las actividades de salud del país,

incluyendo las de las unidades privadas y mutualistas. Por Decreto Ministerial de diciembre de 1962, quedan integradas las unidades privadas y mutualistas en la Empresa Mutualista, organización dependiente del MINSAP, pero que conservaba su condición de autonomía (Delgado, 1990).

El propio desarrollo que va tomando el carácter estatal de la salud pública cubana hace que, en forma paulatina, las unidades de la Empresa Mutualista se vayan convirtiendo en hospitales u otros tipos de instituciones estatales, según sus condiciones o las necesidades del momento, para pasar de 226 unidades existentes en 1961, poco antes de constituirse la empresa, a 27 en 1968, las que ya en la segunda mitad de 1969 se incorporaron, casi en su totalidad, al MINSAP, que concluye con el histórico Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba, en septiembre de 1970 (Delgado, 1990).

Segunda etapa. Consolidación del Sistema nacional de salud único

La implantación del Sistema Nacional de Salud Único permitió el primer intento de planificación a largo plazo en la esfera de la salud, lo que se produjo a finales de 1969, con la elaboración del Plan de Salud 1970 a 1980, que abarcaba 10 años (Delgado 1990).

Los principios de la salud pública socialista de este plan imprimen el carácter integral de las acciones de salud, con especial acento preventivo, lo que permite erradicar enfermedades seculares en Cuba como el paludismo, la poliomielitis y la difteria. Así mismo, se promueven la participación de la comunidad organizada, con su colaboración en la higiene ambiental, las campañas de vacunación y la educación para la salud (Delgado 1990).

Tercera Etapa. Modelo de atención primaria del médico y la enfermera de la familia

En la década de los ochenta, se impulsa el modelo de atención primaria con el Plan del Médico y la Enfermera de la Familia (MEF), el cual mantiene hasta la fecha, un papel protagónico en la estrategia de salud de Cuba. Con el MEF se inicia una manera de trabajar en el campo de la salud pública fundada en una nueva comprensión de las relaciones que pueden existir entre el conocimiento altamente especializado, la actividad académico-científica y las acciones de salud centradas en la prevención y la promoción de la salud de la población (De los Santos, Garrido y Chávez, 2004).

La implementación de este modelo constituye la medida más importante para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud Único del período revolucionario, con el que se tiende a incrementar las acciones preventivas, curativas y de promoción de salud a la totalidad de la población del país.

Cuarta Etapa. Crisis y proyecto de transformaciones

La década de los noventa está marcada por la crisis que sufrió el sistema de salud cubano. Presentó un evidente deterioro físico de las unidades de salud, se agravó la carencia de suministros y, en alguna medida, se resintió la calidad de la gestión de salud en los servicios (Chang, Alemán, Cañizares e Ibarra, 1999).

La grave crisis económica fue consecuencia de la pérdida de los mercados tradicionales por los cambios políticos ocurridos en los países de Europa Oriental, así como por el recrudecimiento del bloqueo económico, comercial y financiero impuesto por los Estados Unidos de América contra Cuba (AAWH, 1997) (Chang et al., 1999).

En una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, en ese período, se evidenció la insatisfacción de la población con los servicios de salud (Chang et al., 1999).

Dicha situación presentaba un gran desafío para la nación, ante los efectos de la crisis económica, para mantener los logros y los niveles de calidad de los servicios en un país con cobertura y acceso universales y gratuitos, con una población acostumbrada a hacer un uso extensivo de ellos, desde la atención primaria de salud hasta los servicios especializados dotados con las tecnologías más avanzadas (Suárez, 1997).

Ante la necesidad de reorganizar los servicios de salud, en armonía con los nuevos retos de la situación económica, en 2011, el MINSAP diseñó un proyecto de investigación-acción. Este proyecto estuvo a cargo de un grupo de especialistas académicos e investigadores de área de la dirección de los sistemas y servicios de salud (Estrada, 2011).

El proyecto tuvo dos componentes, uno de diagnóstico y evaluación, y otro de ejecución, implementación y evaluación simultánea de los resultados. El papel principal del grupo de especialistas a lo largo de todo el proceso consistió en el análisis de la información, su discusión colectiva y el asesoramiento técnico a las instancias de dirección del MINSAP

(Estrada, 2011). De esta manera, se inicia el proyecto de transformaciones, el cual consta de tres etapas.

En la primera etapa (2011-2012), se comienza a redefinir la plantilla de recursos humanos estrictamente necesaria, aligerar las estructuras de dirección y a establecer los consultorios necesarios del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia (Ojeda et al., 2018).

En la segunda etapa (2013-2014), las acciones principales fueron encaminadas a promover el desarrollo de competencias laborales, éticas y sociales de los trabajadores con el uso de lo más avanzado de la ciencia y la tecnología médicas; además, se fortaleció la organización y la integración entre los diferentes servicios y niveles de atención, y se consolidó el modelo de la medicina familiar (Ojeda et al., 2018).

En la tercera etapa (2015-2016), el objetivo es satisfacer en el primer nivel de atención, entre 70% y 80% de las necesidades de salud de la población; disminuyendo así el costo y saturación de los servicios especializados. También se reorganizan los servicios de higiene, epidemiología y microbiología, en correspondencia con la situación nacional e internacional (Ojeda et al., 2018).

Otra de las prioridades en esta etapa, es mantener el principio de la educación en el trabajo durante los procesos docentes, asistenciales e investigativos en las universidades médicas cubanas, para elevar el número de las investigaciones operacionales y así, optimizar la toma de decisiones e incrementar la exportación de los servicios médicos; además, para diversificar las fuentes de ingresos (Ojeda et al., 2018).

Análisis comparativo del desempeño del Sistema de Salud Mexicano y Cubano.

Caso Mexicano

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR); así como los Servicios de la Secretaría de Salud (SSa) que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad (Gómez et al., 2011).

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador y contribuciones de los empleados. La Secretaría de Salud se financia con recursos del Gobierno Federal y de los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación) (Gómez et al., 2011).

México ha hecho avances significativos en materia de cobertura universal, tras la reforma Constitucional de 1983 y la reforma en salud de 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La reforma de 2003 estableció un sistema que incorpora las tres dimensiones contenidas en el concepto de protección social en salud: riesgo, paciente y finanzas.

El objetivo general de la reforma de 2003 era lograr la cobertura universal mediante la inclusión de más de 50 millones de mexicanos que habían sido excluidos de la seguridad social pública. El objetivo de la cobertura universal implicaba el compromiso de aumentar el gasto en salud en un punto porcentual del producto interno bruto (PIB), principalmente a través de la movilización de recursos públicos (Knaul et al., 2013).

Algunos de los impactos que tuvo la tercera generación de reformas fue la mejoría en los desequilibrios financieros. El gasto total en salud creció de 4.4% del PIB, en 1990, a 5.1% en 2000, y 6.3% en 2010. El gasto público como porcentaje del gasto total en salud aumentó de 46.6% en 2000, a 48.9% en 2010. Entre 2000 y 2010, el presupuesto de la Secretaría de Salud aumentó 142% en términos reales, mientras que los presupuestos del IMSS y el ISSSTE crecieron 42 y 103%, respectivamente (Knaul et al., 2013).

La asignación de los recursos federales entre los estados también ha mejorado. En 2000, la diferencia entre el estado que recibía la mayor asignación de recursos federales per cápita y el estado menos favorecido fue de 6.1 a 1; en 2010 era de 3 a 1 (Knaul et al., 2013).

La mortalidad en niños menores de cinco años se redujo de 47.1 por 1,000 nacidos vivos en 1990, a 16.7 en 2010. La mortalidad materna se redujo sustancialmente de 90.4 por cada 100,000 nacidos vivos en 1990, a 51.5 en 2010 (Knaul et al., 2013).

La reducción de los gastos en salud catastróficos (GSC) (mayores a 30% del ingreso disponible) y los gastos en salud empobrecedores (GSE) (que empujan a los hogares por debajo del umbral de pobreza o que los sumen aún más en ella). En 2000, 3.1% de los hogares mostró

GSC y 3.3% GSE. En 2010, estos valores se habían reducido a 2% para los GSC y 0.8% para los GSE (Knaul, Arreola, Méndez y Wong, 2011).

Como respuesta a los obstáculos que impiden la universalidad de acceso a los servicios de salud, y en respuesta a que todos los sistemas de salud son sujetos a mejoramiento continuo, a inicios de 2020, se implementa un cambio en el modelo de salud pública, acorde con el Proyecto de Nación 2018-2024, se abandona el Seguro Popular y se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

El INSABI se coordinará con la Secretaría de Salud para la integración de las instituciones públicas del sistema nacional de salud y tendrá por objeto promover y garantizar la presentación gratuita de servicios de salud, medicamentos e insumos. (Gobernación, 2018).

Aún es prematuro hacer una evaluación y describir los términos exactos de esta nueva estructura. El impacto del inicio de esta generación de reformas aún no ha dado los insumos necesarios para establecer sus logros y áreas de oportunidad.

Caso Cubano

En Cuba, el acceso y la cobertura universales de salud descansan sobre tres principios clave: la salud como derecho humano, la equidad y la solidaridad, por lo que todos los cubanos tienen derecho a servicios integrales de salud.

Estos servicios se financian casi exclusivamente con recursos del gobierno. El Ministerio de Salud Pública es el organismo rector del sistema nacional de salud, concentra los recursos dedicados a la salud y opera los servicios en todos sus niveles (Domínguez y Zacca, 2011).

El nivel primario, que es de subordinación municipal, debe dar solución aproximadamente a 80 % de los problemas de salud de la población, y sus servicios se prestan fundamentalmente en los policlínicos y los consultorios del médico y la enfermera de la familia (Domínguez y Zacca, 2011).

En el nivel secundario, se cubre cerca de 15% de los problemas de salud. Su función fundamental es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata. Su unidad básica es el hospital de subordinación provincial. En el nivel terciario, se atienden alrededor de 5% de los problemas de salud, relacionados

con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades. La atención se brinda fundamentalmente en hospitales especializados o institutos de subordinación nacional (Domínguez y Zacca, 2011).

Aunque muchos de los indicadores de salud cubanos están entre los mejores de la región de las Américas, en 2011 se decidió reorganizar los servicios de salud, acorde con el proceso de actualización del modelo económico y social cubano. Se diseñó un proyecto que abarcó el diagnóstico de la situación, la implementación de los cambios y la evaluación de los resultados (Ojeda et al., 2018).

Como resultado, se racionalizaron los recursos humanos con una reducción de más de 150,000 plazas no vinculadas directamente a la atención del paciente, se aligeraron las estructuras de dirección en 57 municipios, se compactaron 46 policlínicos, se optimizó el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia con la proyección comunitaria de 20 especialidades, se reorganizó la docencia y se reordenaron los programas de cooperación médica internacional (Ojeda et al., 2018).

Estos cambios contribuyeron a mejorar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y su desempeño: aumento en el número de consultas en el nivel primario (19.3%) y estomatológicas (56.6%), reducción del número de consultas en cuerpo de guardia (16.1%), aumento del número de pacientes intervenidos quirúrgicamente (12.1%), incremento del número de proyectos de investigación (300%) y crecimiento en el número de estudiantes de Medicina (55.7%), entre otros (Ojeda et al., 2018).

Comparación de indicadores básicos de salud

Para hacer una comparativa de ambos sistemas de salud, se toma en cuenta los indicadores básicos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Los indicadores se dividen en demográficos y socioeconómicos; del estado de salud; de factores de riesgo; y de los sistemas de salud.

- La esperanza de vida constituye un indicador demográfico. Este rubro, en México (2019), fue de 75.1 años por 78.8, en Cuba (OPS, 2019).

En cuanto a indicadores del estado de salud se tomaron los siguientes:

- La tasa de mortalidad general por 1,000 habitantes en México (2016), fue 5.6, por 4.8, en Cuba (2016).
- La mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos en México (2017), fue 34.4, por 43.8, en Cuba (2018).
- La mortalidad infantil por 1,000 nacidos vivos en México (2017), fue 12.1, por 4.0, en Cuba (2018).
- La mortalidad en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos en México (2017), fue 14.5, por 5.3, en Cuba (2018) (OPS, 2019).

En cuanto a factores de riesgo, se tomó el porcentaje de la población adulta con sobrepeso u obesidad, el cual fue, en México (2016), 63.6 % en hombres y 66.0 % en mujeres, por 54.5 % y 62.5 % en Cuba (2016), respectivamente (OPS, 2019).

En indicadores de los sistemas de salud (2016), se tomó el gasto en salud como porcentaje del PIB, que en México fue 5.5 % y 12.2 % en Cuba; mientras que el gasto de bolsillo en salud, en México, fue 40.4 % y 10.3 %, en Cuba (OPS, 2019).

Conclusiones

En la historia del sistema de salud mexicano, destacaría dos momentos claves; por un lado, cuando en 1983, el doctor Soberón plantea y realiza la segunda gran reforma, con la incorporación del derecho a la protección de la salud, plasmada en el artículo 4° constitucional y, de esta forma, comienza el proceso de descentralización del sistema de salud.

El segundo momento es en 2003, cuando el doctor Frenk lleva a cabo la tercera reforma en salud con la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, y su brazo operativo, el Seguro Popular. Es importante hacer mención, que el incentivo primordial para iniciar con las reformas en salud fue la seguridad social laboral, es decir, la motivación primaria no fue de origen la búsqueda de la universalidad del acceso a la salud; de hecho, la prioridad fue dar protección a las personas haciendo diferencias en su estado laboral. Dicha situación es acorde a los primeros modelos europeos de bienestar del tipo conservador.

Se supuso que a corto plazo, la gran mayoría de la población estaría incorporada a la seguridad social, situación que no se dio, por lo que con las reformas de 1983 y 2003 se buscó que la protección social ya no estuviera condicionada por el estado laboral.

Uno de los objetivos de la reforma 2003 era reducir las diferencias en el financiamiento público entre los no asegurados y aquéllos que tenían acceso a la seguridad social, objetivo que fue ampliamente alcanzado.

Ahora bien, la implementación del Seguro Popular significó un avance importante en la cobertura universal de salud, sin embargo, exacerbó la segmentación del sistema de salud, y de algún modo, no trató integralmente el origen del problema.

Según Barba (2010), pese a la reforma de 2003 a la Ley General de Salud, no se ha conseguido la universalidad de los servicios de salud; inclusive, nunca se establecieron objetivos claros y eficaces para conseguir esta universalidad, sino más bien, se recurrió a parte de los elementos para sostener las viejas prácticas del otorgamiento de los servicios de manera estratificada y dualista.

Valencia (2019) establece que una barrera importante que ha impedido la universalidad de los servicios de salud es la segmentación, es decir, existen múltiples proveedores de un servicio con distintos mecanismos de financiamiento y esto genera duplicidad de funciones, servicios e ineficiencia, desde el punto de vista económico.

Se han reducido las diferencias e inequidades en el financiamiento público entre instituciones y, por ende, entre poblaciones. Sin embargo, la dependencia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento de la atención a la salud no ha disminuido sustancialmente. El gasto de bolsillo persiste porque las familias siguen teniendo problemas de acceso y calidad. Estos obstáculos se deben a la pobre oferta de ciertos insumos importantes, sobre todo, de recursos humanos y organizacionales.

De hecho, cuando comparamos los indicadores básicos de salud con Cuba, podemos denotar que el Sistema cubano nos aventaja en la mayoría de los rubros, pero, sin duda, los más preocupantes son el gasto de bolsillo y el gasto en salud como porcentaje del PIB.

El gasto de bolsillo en salud, que es entendido como el pago directo por bienes y servicios, y el que en mayor medida es el responsable de gasto castrófico y empobrecedor, aún en 2016, en México, era de 40.4%, alto comparado con la media de América Latina, 31.1% (OPS, 2019). Ahora, en 1997, el gasto en salud como porcentaje del PIB fue de 5.6%, mientras que en 2016 bajó a 5.4%, muy por debajo del promedio en América Latina, 7% (OPS, 2019).

Mientras el acceso universal no incluya un nivel de calidad aceptable y garantizado, el ejercicio igualitario del derecho a la protección de la salud seguirá siendo una meta elusiva y seguirá aumentando el gasto de bolsillo.

Otro problema es la movilización y distribución de los recursos. Hay un flujo de recursos lento desde el ámbito federal hacia los estados, y de éstos hacia los órdenes locales. Hay, además, problemas de transparencia y rendición de cuentas, y un desempeño administrativo deficiente en la transferencia y en el uso de recursos en los estados.

De hecho, se identifica ineficiencia desde el punto de vista económico y de inequidad social, en el modelo de compra de medicamentos para el Seguro Popular. En un estudio donde se analizaron las compras realizadas por las entidades federativas en México, con recursos del Seguro Popular, para cubrir el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) en 2009, se concluye que más de 50% de las claves de medicamentos se adquiere a precios que superan 20% el precio de referencia establecido por las autoridades. Asimismo, que el gasto en medicamentos es bajo, a pesar de que existe disponibilidad presupuestal, y que el gasto es muy desigual por entidades federativas (Murayama, 2011).

Cuando se hace una revisión del sistema cubano, nos damos cuenta de que su éxito ha derivado del control estatal completo de la rectoría, financiamiento y prestación. Un factor muy importante es el sentimiento social de la medicina, donde se involucran, de manera activa, gobierno, personal de salud y población en general. El sistema cubano se trata de un sistema vertical no segmentado, donde las acciones hacia la salud están muy bien definidas, por tanto, las evaluaciones y modificaciones a este sistema son más fáciles de ejecutar, pues el diagnóstico y áreas críticas son más fáciles de identificar por la sencillez de su organigrama.

Una lección en el caso mexicano es el énfasis en el monitoreo y la evaluación. Las evidencias han jugado un papel esencial en el proceso de reforma, incluso en la modificación de los criterios de afiliación y en la definición de las intervenciones que se han añadido poco a poco. Las evaluaciones también han desempeñado un papel importante en la implantación de mecanismos de responsabilidad que ahora son requeridos por ley. Por otro lado, la historia de sistema de salud mexicano ilustra también la importancia de la continuidad. Los programas y políticas efectivos deben conservarse, enriquecerse e incluso ampliarse cuando las evaluaciones rigurosas demuestran su efectividad.

Referencias

- Barba, C. (2010). La reforma de la Ley General de Salud en México y la creación del Seguro Popular: ¿Hacia la cobertura universal? *Perspectivas del universalismo en México*, 87- 102.
- Bustamante, M. E. (1988). La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México. *Salud Pública de México*, 30(5), 739-759.
- Bustamante, M. E., Viesca, C., Villaseñor, F., Vargas, A., Castañón, R., y Martínez, X. (1982). La salud pública en México 1959-1982. En *La salud pública en México 1959-1982* (pp. 850-850).
- Carrillo, A. (1987). El ISSSTE: La salud y la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado. *Revista de Administración Pública*, 69-70.
- Chang de la Rosa, M., Alemán, M.D.C., Cañizares, M., e Ibarra, A.M. (1999). Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(5), 541-547.
- Córdoba, E. A. (2004). El desagüe del Valle de México, siglos XVI-XXI: una historia paradójica. *Arqueología mexicana*, 12(68), 60-65.
- Delgado, G. (1990). Desarrollo histórico de la salud pública cubana en el período revolucionario socialista. *La Habana: Edición Mimeografiada*.
- Delgado, G. (1998). Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 24(2), 110-118.
- Díaz, J. R. C., Ramírez, L. G., Garza, R. M. M., y de Oca Arbolea, R. M. (2013). Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General. *Gaceta Médica de México*, 149(3), 356-362.
- Domínguez, E., y Zacea, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud pública de México*, 53, s168-s176.
- Estrada, O. F. (2011). El modelo de funcionamiento económico en Cuba y sus transformaciones. Seis ejes articuladores para su análisis. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, (154).
- Fajardo, G. (2002). Línea del tiempo, atención a la salud: 1902-2002. *Fajardo-Ortiz G, Carrillo AM, Neri-Vela R. Perspectiva histórica de atención a la salud en México, 2002*, 141-46.

- Frenk, J., Lozano, R., y González, M. A. (1994). Economía y salud. *Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Frenk, J., Ruelas, E., Gómez-Dantés, O., López-Cervantes, M., Magaña-Valladares, L., & Gudiño-Cejudo, M. R. (2013). Modernización académica de la Escuela de Salud Pública de México: 1983-1995. *Salud pública de México*, 55(5), 528-535.
- Gobernación, S. D. (2018). Proyecto de Nación 2018-2024. *Ciudad de México: SEGOB*.
- Gómez, O., y Frenk, J. (2019). Chronicle of a century of public health in Mexico: from public health to social protection in health. *Salud publica de Mexico*, 61(2), 202-211.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*, 53, s220-s232.
- Hernández-Llamas, H. (1982). Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980. *Vida y muerte del mexicano*. México, DF: Folios Ediciones, 49-96.
- Huacuja, I. M. (2014). De la universidad al campo: el establecimiento del servicio médico social en la Universidad Autónoma de México (1934-1940). *Historia Mexicana*, 607-644.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., & Wong, R. (2011). Financiamiento y sistema de salud en México: evolución en la desigualdad en la carga financiera entre población afiliada a la seguridad social y afiliados al Seguro Popular de salud y no asegurados en México, 1992-2010. *México: Fundación Mexicana para la Salud*.
- Knaul, F. M., González, E., Gómez, O., García, D., Arreola, H., Barraza, M., y Kershenobich, D. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública de México*, 55, 207-235.
- Lara-Bayón, J., & de la Cruz-Arana, J. C. (2016). Miguel E. Bustamante. Un pilar de la salud pública moderna en México. México, DF: Fundación Carlos Slim, Sociedad Mexicana de Salud Pública. *Clío*.
- Mercer, H. (1984). Hospitales y práctica médica en la ciudad de México. *Estudios sociológicos*, 335-349.
- Moreno Cueto, E., Viveros, J. M., Díaz, M. A., García, M. E., & Césarman, E. (1982). Sociología histórica de las instituciones de salud en México. *Colección*.

- Murayama-Rendón, C. (2011). Acquisition of medicines in the Seguro Popular: inefficiency and inequity. *Gaceta medica de Mexico*, 147(6), 497-503.
- Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud: la revista internacional de salud pública: recopilación de artículos 2000*; 3: 149-162.
- Ojeda, R. M., Bermejo, P. M., Serrate, P. C. F., Mariño, C. A., Onega, N. C. V., Castillo, D. D., & Bravo, J. A. M. (2018). Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e25.
- OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud* (No. A53/4). Organización Mundial de la Salud.
- OPS (2019). *Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas*, Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud
- Ortiz, M. (2003). En los sesenta años de la Secretaría de Salud. *Una crónica de su fundación*. México, DF: Secretaría de Salud, 52.
- Rodríguez de Romo, A. C., & Rodríguez Pérez, M. E. (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, 5(2), 293-310.
- Ruiz Lugo, L., & Salvo, B. (1995). *El servicio social en México* (No. Folleto).
- Ruiz-Massieu, J. F. (2014). El contenido programático de la Constitución y el nuevo Derecho a la Protección de la Salud. *Salud Pública de México*, 25(4), 353-357.
- Santos, J. I. (2002). El programa nacional de vacunación: orgullo de México. *Revista de la Facultad de Medicina*, 45(003).
- Suárez, J. (1997). El sistema de salud en Cuba: desafíos hacia el año 2000. *Revista Cubana de Salud Pública*, 23, 5-16.
- Valencia E. (2019). Dinámicas históricas de desigualdad en el régimen de bienestar mexicano. En M. C. Bayón (coord.), *Las grietas del neoliberalismo. Dimensiones de la desigualdad contemporánea en México* (p. 195-242). México: UNAM.
- Velásquez Díaz, G. (1991). Programa IMSS-COPLAMAR. In *Salud y enfermedad en el medio rural de México* (pp. 413-21).
- WHO. (2010). *World health statistics 2010*. World Health Organization.