

#### **PÚBLICO OBJETIVO**

GERENCIA Y POLÍTICAS DE SALUD ESTÁ DIRIGIDA A ESTUDIANTES, ACADÉMICOS, INVESTIGADORES, PROFESIONALES DE LA SALUD Y DEMÁS PROFESIONES INTERESADAS EN TEMAS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE SALUD, LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS DE SALUD

#### **PERIODICIDAD SEMESTRAL**

#### **COMITÉ EDITORIAL**

ERNESTO BÁSCOLO  
(UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ROSARIO, ARGENTINA)  
GABRIEL CARRASQUILLA  
(CEIS, BOGOTÁ)  
LILIANA CHICAIZA  
(UNIVERSIDAD NACIONAL, BOGOTÁ)  
RUBÉN DARÍ O GÓMEZ  
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)  
CAMILO DÁVILA  
(UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, BOGOTÁ)  
AMPARO HERNÁNDEZ  
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)  
MARIO HERNÁNDEZ  
(UNIVERSIDAD NACIONAL, BOGOTÁ)  
JAIRO HUMBERTO RESTREPO  
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)  
CATALINA LATORRE  
(UNIVERSIDAD DEL ROSARIO, BOGOTÁ)  
JAIME RAMÍREZ  
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA)  
DÉBORA TÁJER  
(UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA)  
SERGIO TORRES  
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)  
ASTRID VALLEJO  
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)  
ROMÁN VEGA  
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)  
FRANCISCO J. YÉPES  
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)

#### **COMITÉ CIENTÍFICO**

CELIA ALMEIDA  
(ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, BRASIL)  
ÁLVARO CARDONA  
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)  
MANUEL ESPINEL  
(UNIVERSIDAD COMPLUTENSE, ESPAÑA)  
ERNESTO JARAMILLO  
(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, SUIZA)  
DIANA PINTO  
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA)  
BERNARDO RAMÍREZ  
(ASSOCIATION OF UNIVERSITY PROGRAMAS IN HEALTH  
ADMINISTRATION, USA)  
MÓNICA RIJORT  
(UNIVERSIDAD DE TORONTO, CANADÁ)  
DAVID VIVAS  
(UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA, ESPAÑA)

#### **ADMITIDA EN:**

ÍNDICE DE PUBLICACIONES SERIADAS CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS (PUBLINDEX 2009 CATEGORÍA A2)  
DIRECTORIO ULRICH'S  
IBSS (INTERNATIONAL BIBLIOGRAPHY OF THE SOCIAL SCIENCES)  
RED ALYC (RED DE REVISTAS CIENTÍFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES)  
BVS (BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD)  
LATINDEX (ÍNDICE LATINOAMERICANO DE REVISTAS CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS)  
BVS-VSPCOL (BIBLIOTECA VIRTUAL PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE COLOMBIA)  
SCIELO  
DOAJ (DIRECTORIO OPEN ACCES JOURNAL)

#### **INFORMACIÓN, CONTRIBUCIONES**

##### **Y CANJES DIRIGIRSE A:**

CALLE 40 No. 6-23 PISO 8  
EDIFICIO GABRIEL GIRALDO, S.J  
TELEFAX (571) 3208320 EXT. 5426  
BOGOTÁ - COLOMBIA

#### **CORREOS ELECTRÓNICOS:**

rev-salud@javeriana.edu.co  
mjara@javeriana.edu.co

#### **PÁGINA WEB**

[http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/)  
NÚMERO DE EJEMPLARES: 500

#### **DEPÓSITO LEGAL**

ISSN: 1657-7027

#### **TARIFA POSTAL REDUCIDA**

No. 2008 - 291  
4-72 LA RED POSTAL DE COLOMBIA,  
VENCE 31 DE DICIEMBRE - 2011

#### **EDITORIAL PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DIRECTOR**

NICOLÁS MORALES THOMAS

#### **COORDINACIÓN EDITORIAL**

DANIEL MAURICIO BLANCO

#### **ASISTENTE EDITORIAL**

FAVIO ANDRÉS FLÓREZ CARRANZA

#### **CORRECCIÓN DE ESTILO**

RODRIGO DÍAZ LOZADA

#### **DISEÑO**

CÉSAR TOVAR DE LEÓN

#### **DIAGRAMACIÓN**

PROCEDITOR

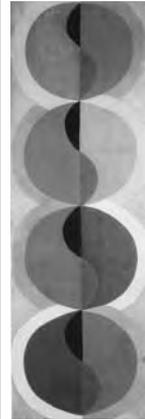
#### **IMPRESIÓN**

FUNDACIÓN CULTURAL JAVERIANA

DE ARTES GRÁFICAS, JAVEGRAF

BOGOTÁ, DICIEMBRE DE 2011

IMPRESO EN COLOMBIA - PRINTED IN COLOMBIA



## REVISTA GERENCIA Y POLÍTICAS DE SALUD

### MISIÓN:

La *Revista Gerencia y Políticas de Salud* se dedica a difundir artículos originales, que contribuyan a la reflexión, análisis y debate en relación con los temas y problemas más urgentes sobre la salud, las racionalidades políticas, gerenciales, los sistemas de salud y todas las demás áreas temáticas y disciplinas que los involucren, a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.

### PRINCIPIOS ÉTICOS Y LEGALES:

Los artículos publicados en la *Revista Gerencia y Políticas de Salud* están sujetos al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000), de la World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>) o a la legislación específica (si hubiere) del país en el que la investigación fue realizada. Para tal efecto, los autores de los artículos aceptados para ser publicados y que presentan resultados de investigaciones, incluyendo con seres humanos, deberán contener la afirmación del cumplimiento integral de los principios éticos y las legislaciones específicas con la firma del formulario proporcionado por la Dirección de la Revista.

### OBJETIVOS Y POLÍTICA EDITORIAL:

**Objetivos:** i) Generar un espacio académico de reflexión, análisis y debate por parte de académicos y no académicos en relación con los temas y problemas más urgentes sobre la salud y los sistemas de salud y todos aquellas áreas temáticas que la involucren. ii) Difundir información—investigaciones y eventos académicos y no académicos; nacionales e internacionales— acerca de las distintas actividades que se enmarquen dentro del eje temático de la revista. iii) Incentivar el diálogo y la reflexión crítica estableciendo un puente entre la comunidad académica, sectores públicos y privados, instituciones nacionales e internacionales y personas interesadas en la salud.

La *Revista Gerencia y Políticas de Salud* es una revista académica arbitrada que publica artículos originales de revisión, de resultados de investigación, de reflexión, y reseñas en torno a la salud y los sistemas de salud y todas aquellas áreas que involucren ese gran eje central. La evaluación se guía por criterios científicos (rigurosidad conceptual y metodológica) y editoriales (estructura y estilo).

### PÚBLICO OBJETIVO:

La *Revista Gerencia y Políticas de Salud* está dirigida a estudiantes, académicos, investigadores, profesionales de la salud, y demás profesionales interesados en temas relacionados con la admi-

nistración de salud, la salud pública y las políticas de salud

### Propiedad intelectual:

Para la *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, el envío de un artículo indica que el (los) autor(es) certifica(n) y aceptan que: i) éste no ha sido publicado, ni aceptado para publicación en otra revista; ii) que no se ha reportado la publicación de una versión previa como *working paper* (o "literatura gris") o en un sitio de web y, que en caso de ser aceptada su publicación, en la *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, lo retirarán de los sitios web, en el que se dejará sólo el título, el resumen, las palabras clave y el hipervínculo a la Revista y iii) que una vez publicado en la Revista no se publicará en otra.

Al enviar los artículos para su publicación, el (los) autor(es) acepta(n) igualmente que para su publicación transferirá(n) los derechos de autor a la *Revista Gerencia y Políticas de Salud* para su difusión en versión impresa o electrónica.

El contenido de los artículos es de exclusiva responsabilidad de los autores. Los textos pueden reproducirse total o parcialmente citando la fuente.

## HEALTH MANAGEMENT AND POLICIES JOURNAL

### MISSION

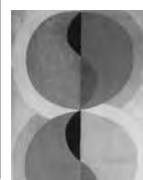
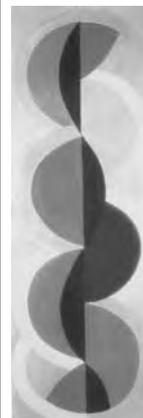
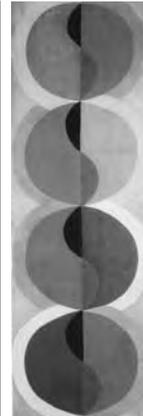
The *Health Management and Policies Journal* is dedicated to publicize original articles that contribute to the reflection, analysis, and debate of important health problems, political and management rationales, health systems, and all other related thematic areas and disciplines in order to contribute to improve the quality of life of the population.

### ETHICAL AND LEGAL PRINCIPLES

The articles published in the *Health Management and Policies Journal* are subject to all the ethical principles contained in the Declaration of Helsinki, (1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996 and 2000), from the World Medical Association <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, or the specific legislation (if existent) of the country in which the research was done. Therefore, the authors of articles accepted for publication and those who present research results, including those with human subjects, will need to have signed confirmation of full compliance with all ethical principles and specific legislations on the form provided by the Magazine's management.

### OBJECTIVES AND PUBLISHING POLICY

Objectives: i) To create academic space for the reflection, analysis, and debate by academia and the general public in relation to important health topics and problems, health systems, and all other related thematic areas. ii) To publicize infor-



mation, national and international, on academic and nonacademic events and research about the different activities that relate to the thematic focus of the magazine; iii) To stimulate critical dialogue and reflection, establishing a bridge among the academic community, public and private sectors, national and international institutions, and people interested in health.

The Health Management and Policies Journal is a peer reviewed academic journal, which publishes original articles on Reviews, Research Results, Reflection, and Summaries, about health, health systems, and all other related areas within the general focus of the journal. The evaluation of the articles is guided by scientific criteria (conceptual and methodological thoroughness) and editorials (structure and style).

#### TARGET AUDIENCE

The *Health Management and Policies Journal* is directed to students, academia, researchers, health professional, and other professionals interested in subjects related to health administration, public health, and health policies.

#### INTELLECTUAL PROPERTY

For the *health management and policies journal*, the submission of an article indicates that the author(s) certify and accept that: a) the article has not been published, nor accepted for publication in another journal; b) there is no publication of a prior version as a working paper (gray literature) or on any website, and in case it is accepted for publication in the journal, it will be removed from any website except for the title, summary, key words, and electronic link; and c) once published in the journal, it will not be published in any other.

Upon submitting articles for publishing, authors accept the transferring of author rights to the *health management and policies journal* for publication in print or electronic format. Authors are exclusively responsible for all article content. Texts can be reproduced totally or partially citing the source.

#### REVISTA GESTÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE MISSÃO

A Revista *Gestão e Políticas de Saúde* está dedicada à difusão de artigos originais, que contribuam à reflexão, análise e debate dos temas e problemas mais urgentes sobre a saúde, as racionalidades políticas e de gestão, os sistemas de saúde e todas as outras áreas temáticas e disciplinas relacionadas, a fim de contribuir para melhorar a qualidade de vida da população.

#### PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS

Os artigos publicados na *Revista Gestão e Políticas de Saúde* estão sujeitos a cumprir com os princípios

éticos da declaração de Helsínki (1964, reformada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da Associação Médica Mundial <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, ou a legislação específica (se existir) do país no qual a pesquisa foi feita. Para isso, os autores dos artigos aceitos para publicação e aqueles que apresentem resultados de pesquisas, incluindo com seres humanos, deverão ter a confirmação assinada do cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas do formulário proporcionado pela Direção da Revista.

#### OBJETIVOS E POLÍTICA EDITORIAL

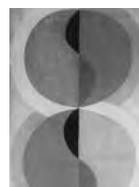
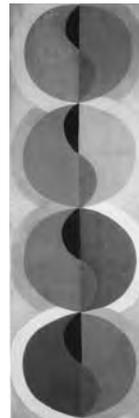
Objetivos: i) Gerar um espaço acadêmico para a reflexão, análise e debate por parte de acadêmicos e não acadêmicos com relação aos temas e problemas mais urgentes sobre a saúde, os sistemas de saúde e todas aquelas áreas temáticas relacionadas; ii) Difundir informação sobre pesquisas e eventos acadêmicos e não acadêmicos, nacionais e internacionais, com relação às diferentes atividades que encaixam dentro do eixo temático da revista; iii) Incentivar o diálogo e a reflexão crítica estabelecendo uma ponte entre a comunidade acadêmica, os setores públicos e privados, instituições nacionais e internacionais e as pessoas interessadas na saúde. A Revista *Gestão e Políticas de Saúde* é uma revista acadêmica arbitrada que publica artigos originais de revisão, resultados de pesquisas, reflexão e resenhas em torno à saúde, sistemas de saúde e todas aquelas áreas que abarquem esse eixo central. A avaliação orienta-se pelos critérios científicos (rigorosos conceitual e metodológica) e editoriais (estrutura e estilo).

#### PÚBLICO ALVO

A Revista *Gestão e Políticas de Saúde* está dirigida a estudantes, acadêmicos, pesquisadores, profissionais de saúde e outros profissionais interessados nos temas relacionados à administração de saúde, saúde pública e políticas de saúde.

#### PROPRIEDADE INTELECTUAL

Para a Revista *Gestão e Políticas de Saúde*, o envio de um artigo indica que o(s) autor(es) certifica(m) e aceita(m) que: a) o artigo não tem sido publicado, nem aceito para publicação em outra revista; b) não existe uma publicação de uma versão prévia como working paper ("literatura cinza") ou numa página web, e que no caso de ser publicado, será retirado da página web onde somente ficarão o título, o resumo, as palavras chaves e o link à Revista; e c) uma vez publicado na Revista não se publicará em outra. Ao enviar artigos para publicação, o(s) autor(es) aceita(m) igualmente a transferência dos direitos autorais à Revista *Gestão e Políticas de Saúde* para sua difusão em versão impressa ou eletrônica. O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade dos autores. Os textos podem ser reproduzidos total ou parcialmente citando a fonte.



# Posgrados en Administración de Salud



POSGRADOS EN  
ADMINISTRACIÓN  
DE SALUD

Especialización en Administración de Salud:  
Énfasis en Seguridad Social

Registro ICFES: 170153626581100111200

Especialización en Gerencia Hospitalaria.

Registro ICFES: 170153620111100111200

Especialización en Gerencia de la Calidad  
de los Servicios de Salud.

Registro ICFES: 170153626581100111500

Especialización en Gestión del Primer Nivel  
de Atención en Salud.

Registro ICFES: 170153620101100111500



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá

## **La reforma del sector salud en México y la deuda pendiente con los desasistidos**

### **The health sector reform in Mexico and the outstanding debt to the unattended**

### **A reforma do sector da saúde no México e da dívida pendente para os desacompanhados**

*Raquel Abrantes Pêgo\**

México viene pasando por un proceso de cambio que empieza a ser tejido en 1968 con los trágicos acontecimientos de Tlatelolco, cuando hubo centenares de muertos y heridos, gana impulsos con la crisis del petróleo y con el inicio de las políticas de reajuste económico en los ochenta, que provocó en la llamada “familia revolucionaria” rupturas políticas, resueltas temporalmente con la “caída del sistema” que ocasionó la controvertida “victoria” del candidato del Partido Revolucionario Institucional (PRI) sobre Cuauhtémoc Cárdenas, candidato del Frente Democrático. El priismo recuperaba su fuerza con Salinas de Gortari, minada por la política de reajuste, un nuevo zapatismo desde los Altos de Chiapas, armado de fu-

siles de madera, que con un subcomandante filósofo se levantaba contra la apertura del mercado, desnudando así la situación de descontento y pobreza existente en el país.

A la inestabilidad política se suma la inestabilidad económica y social, y el PRI, después de setenta años en el poder, sustentado en una fuerte alianza entre el capital y el trabajo intermediado por el Estado, pierde elección para el Partido de la Acción Nacional (PAN), conservador, que dentro de poco gobernará, acoplado a las estructuras de poder del priismo, al tiempo que reducirá el carácter laico del Estado y lo militarizará, sin lograr la renovación y el cambio o hacer frente a la histórica dependencia económica del país del norte y/o desencadenar procesos democratizadores. La soñada transición democrática

---

\* Coordinadora académica del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México, D.F.

se encuentra bloqueada y secuestrada por los partidarios de la mercantilización de la sociedad y por los poderes paralelos al poder del Estado, que lo capturan y lo privatizan, como también a la sociedad.

Es en ese escenario de crisis social y político-ideológica, entrecruzado con la crisis internacional, que cobrarán vida las propuestas de reforma del Estado en la década de los ochenta, y como parte de ellas, la reforma del sector salud. Ésta reclamará por un nuevo equilibrio en las relaciones Estado, familia y mercado, distinto del pactado por el Estado postrevolucionario. El desarrollo de estas dinámicas no es unilateral y no se agota en un sexenio. Dichas dinámicas se alinean en el campo de la política social, en un contexto caracterizado por la persistencia de la desigualdad económica, la expansión de la pobreza y la extrema pobreza y el aumento del trabajo informal, inclusive en los cortos períodos de recuperación económica. Los resultados no siempre apuntarán en la dirección de acuerdos que favorezcan a las comunidades, en particular a los sectores más vulnerables y pobres, como podrá observar el lector en los artículos sobre México que encontrará en este número.

Por el contrario, aún se trata de una reforma que busca en gran medida responder a la crisis económica y proteger a los grupos más vulnerables de las consecuencias de la propia crisis, y también hacer frente a cuestiones que estaban planteadas desde los años setenta en relación con el desempeño del sector: baja eficacia del modelo asistencial, mala asignación de los recursos, inequidades en el acceso y tendencia a un creciente aumento de los costos. De esta manera, la reforma se inscribió y fue conducida en el marco ideológico del “Consenso de Washington”, y fue negociada entre actores institucionales que son parte de las estructuras de poder sectorial. Actores con poder de veto y que en el

proceso de confrontación encausado por la reforma trataron muchas veces de defender sus intereses corporativos clientelares, en lo relacionado con la distribución de recursos y bienes, refrendando así algunos de los compromisos adquiridos con anterioridad.

En ese sentido, los circuitos del intercambio de apoyo político por atención al bienestar —constituidos por partidos (en este caso el PRI), sindicatos y burocracias públicas, entre otros— que realizan una discriminación sistemática a favor de los intereses de las organizaciones dotadas de poder organizativo y reivindicativo, y en menor medida, de las organizaciones con menos capacidad de organización, en desmedro de la mayoría de los ciudadanos que carecen de recursos organizativos y reivindicativos, fueron los que decidieron, en cierta medida, los rumbos de la reforma. Son actores cuyas acciones apuntan en dirección a garantizar el statu quo. La inflexión que la reforma pudiera significar en términos de una mayor expansión del espacio público y contribuir a la redefinición de las relaciones de poder estructurales, tuvo sus límites en sus propios aliados: todos adscritos a las estructuras de poder.

Así mismo, algunos de los grupos de poder ubicados en el ámbito técnico-científico, interesados en promover la reforma, buscaron instrumentalizarla bajo una visión racional-instrumental muy pobre, aparentemente aséptica, y como parte de esa visión, definieron a la reforma como una operación esencialmente técnica, que respondía a la evolución natural del sector, neutral, al alcance de cualquier fuerza política e independiente de la institucionalidad existente en el sector. Al abrazar la utopía técnica, que suprimía a los actores, los cuales son parte de la realidad que se quería cambiar por un discurso normativo del “debe ser”, se ocultó la política tras la máscara de la ciencia, para encerrar la complejidad de la sociedad



mexicana, desigual y heterogénea, que abriga intereses contradictorios y desiguales.

La reforma, tratada como un proceso inexorable que se impondría con independencia de los grupos de poder y de las prácticas institucionales, estuvo marcada por el pragmatismo, y en ese marco, donde los reformadores son partes y jueces de las instituciones que se quiere reformar, oponerse conllevaba una torpeza tanto científica como política, atrapada en el pasado populista que no se logró dismantelar.

Las principales acciones puestas en marcha entre 1982-2011 fueron: transformación de la Secretaría de Salud en rectora, al tiempo en que se buscaba disminuir su acción como prestadora de servicios; descentralización de los servicios hacia los estados; habilitación de cuotas de recuperación como parte de la estrategia de hacer a la población responsable por su salud; paquetes asistenciales hacia grupos en extrema pobreza; separación de funciones para permitir la participación del sector privado como prestador de servicios a los asegurados; reversión de cuotas; promoción de instituciones de servicios especializados en salud para articular la demanda con la oferta.

Por último, la puesta en marcha de un seguro popular de salud, no obligatorio, dirigido al sector social no cubierto por la seguridad social —en el mercado informal y expuesta a gastos catastróficos—, financiado principalmente con las aportaciones del Gobierno Federal, y en menos cantidad, de los gobiernos de los estados y de los propios beneficiados. La mayor parte de los servicios ofrecidos funcionan en el primer nivel de atención, con un reducido paquete de acciones en el segundo nivel, y son brindados en las propias instalaciones de la Secretaría de Salud. En algunos estados se han comprado servicios del sector privado.

Pasados veinte años desde el intento de reforma estructural de 1982, persisten algunos de los problemas estructurales que animaron y justificaron la reforma, así como el debate y la presión social por que se haga efectivo el derecho a la salud. La brecha social continúa existiendo y se manifiesta en los altos índices de muerte materna e infantil, ligada al aumento de la obesidad en los niños y jóvenes o a la desnutrición en la población indígena, y muchas muertes evitables, además de graves sangrías en el presupuesto familiar. En contraste, en la sociedad mexicana hoy en día existen serias controversias ideológicas en torno a la conceptualización del derecho a la salud y una marcada tensión entre dicho derecho, formalmente garantizado por la Constitución de 1917 mediante el derecho a la seguridad social, que incluye jubilación, prestaciones sociales diversas y cobertura amplia en salud, y lo garantizado por el seguro popular, que cubre solamente atención a la salud y de forma limitada.

Si antes de la reforma existía un consenso en México en cuanto a la responsabilidad y el compromiso del Estado frente a la salud y el bienestar, ahora el mercado asume un papel importante para determinados sectores, que reclaman mayor participación y responsabilidad de los individuos para con su bienestar. Con ello se redefine la visión de justicia social que venía orientando el quehacer del Estado mexicano. El individuo y no la comunidad pasa ser el eje organizador de la política de salud, vía estrategia de aseguramiento, en función de la capacidad de pago, excluyéndose una vez más la salud pública.

La fragmentación institucional y la falta de coordinación se han incrementado y algunos actores —es el caso del sector privado— han fortalecido sus intereses, lo que reduce aún más las posibilidades de un sistema unificado y con mayor control epidemiológico. El sector salud ahora está conformado por un

mosaico de instituciones: las secretarías de salud de los estados, con diferentes arreglos administrativos; el seguro popular, que es un programa federal operado por los estados y que compite con los recursos y servicios de aquellos; instituciones de seguridad social; sector privado de aseguramiento; y hospitales, al lado de una instancia reguladora, la Secretaría de Salud, con poco poder de veto y control.

El modelo de atención es cada vez más curativo y asistencial, centrado en la atención a la enfermedad. La salud pública y las acciones de índole comunitaria dejaron de ocupar un espacio importante en la agenda. La eficacia continúa siendo un problema: los hipertensos y los diabéticos, por ejemplo, no están controlados, y en el país existe una epidemia de hemodiálisis. El gasto de bolsillo no se reduce con la creación del seguro popular, los problemas de acceso continúan, particu-

larmente para la población indígena, rural y no vinculada al trabajo formal.

El sector oficial se encuentra desfinanciado y en todo el sector público hay falta de inversión y serios problemas de desabastecimiento de fármacos, falta de material de curación, de equipo y recursos humanos básicos; aun así, los costos de funcionamiento siguen siendo altos tanto en la Secretaría de Salud federal como en las instituciones de seguridad social. La descentralización no ha significado autonomía financiera para el sector salud en los estados, ni democratización en la toma de decisiones, ni ha favorecido la eliminación de la desigualdad entre los estados. Ha habido muy poca renovación en la composición de los actores que han dominado la escena política, y en los mecanismos de negociación aún es posible observar una reorganización de los intereses económicos y políticos.

