

La necesidad de transformar el sistema de salud en México

Malaquías López-Cervantes*, Juan Luis Durán Arenas y Marcia Villanueva Lozano

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, D.F.

Resumen

En este artículo se sostiene la tesis de que es necesario transformar de fondo el modelo público de servicios de salud en México, pues el sistema de salud actual posee dos deformidades de origen incorregibles a través de reformas. Estas deformidades son: en primer lugar, el planteamiento legal del derecho a la atención de la salud exclusivamente para los trabajadores del sector formal, dejando desprotegido el resto de la población; y en segundo lugar, la estructuración de la enseñanza y los servicios médicos según un modelo de medicina especializada y curativa, lo que conlleva acciones de alto costo y poca efectividad. Aunado a ello se encuentra el cambio demográfico y epidemiológico vigente en todo el mundo, el cual plantea necesidades de salud actuales y futuras que no empatan con la oferta de los servicios médicos de nuestro país. A pesar de que la disolución de las deformidades originales que se plantean implica modificaciones en rubros tan complicados como la política, la economía y la legalidad, a corto plazo debemos aspirar al menos a la constitución de un sistema de atención primaria universal, para lo cual debemos aprovechar los recursos materiales y humanos que el país ya tiene.

PALABRAS CLAVE: Sistema de salud. Derecho a la salud. Modelo de atención. Deformidades del sistema de salud. Transformación del sistema de salud. Reformas del sector salud.

Abstract

In this article we review the need for the transformation of the Mexican health care system given the deformities that the system developed in the last 60 years. We start by the discussion of two main deformities: the segmented answer to the health right, and the development of a segmented health care system based on the method of payment (formal workers contributions); and the development of a health care model based on specialties and hospital care. These deformities have resulted in a health care system characterized by high costs and low effectiveness. Even though the correction of the deformities imply complex modifications that involve political economic and legal aspects, in the short term we have the conditions in Mexico for the creation of a universal primary health care system, given the human and financial resources available in the country.

KEY WORDS: Health system. Health rights. Health care model. Health system deformities. Health system transformation. Health sector reform.

«El México de mañana ha de tener el perfil que le dibujen nuestros sueños, y ha de alcanzar la altura a que lo levante nuestro esfuerzo»

Ignacio Chávez

Correspondencia:

*Malaquías López-Cervantes
Jefe de la Unidad de Proyectos Especiales
de Investigación Sociomédica
Facultad de Medicina, UNAM
Edificio de Investigación 1
Ciudad Universitaria
México, D.F.
E-mail: mlopez14@unam.mx

Introducción

En 1943 inició en México un proceso de creación de instituciones para la atención médica con alcances y compromisos diversos. Por una parte, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) con el propósito de ofrecer servicios de saneamiento ambiental y atención médica bajo un esquema limitado de orientación curativa y con muy escasos recursos humanos,

Fecha de recepción en versión modificada: 04-10-2011

Fecha de aceptación: 11-10-2011

materiales y económicos. En paralelo se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la perspectiva de ofrecer atención médica sin límites explícitos y contando con recursos financieros mucho mayores, generados a partir de aportaciones por parte del Estado, los patrones y los trabajadores. En forma muy poco racional, luego siguió la constitución de otras instituciones similares y dedicadas a grupos muy específicos, como los trabajadores al servicio del Estado, los petroleros, los ferrocarrileros, las fuerzas armadas, etcétera, copiando el esquema de organización y servicio que fue definiendo el IMSS. Este proceso condujo a la creación de hospitales con características más o menos similares, pero con restricciones de acceso independientes de la necesidad de atención, lo que a su vez ha dado origen a una gran ineficiencia en la utilización de recursos provenientes del erario y ha limitado de manera significativa las posibilidades de beneficiar a la población.

Gradualmente, la población se fue acostumbrando a la existencia de servicios paralelos pero desiguales, que inclusive al interior de un mismo hogar podían ser utilizados por unos miembros de la familia y por otros no. Tal vez se haya pensado que algún día la seguridad social cubriría a toda la población, pero después de una época dorada, el esquema de la seguridad social empezó a enfrentar sus límites de expansión. El gasto excesivo en la construcción y equipamiento de unidades médicas y en la contratación de médicos y personal de toda índole impidió la formación de reservas financieras adecuadas para garantizar las obligaciones de pago de incapacidades y jubilaciones; además, el perfil epidemiológico se transformó y se volvieron comunes las enfermedades de larga duración y alto costo.

Durante las últimas dos décadas hemos visto que el modelo de la seguridad social vinculado al empleo formal no ha podido crecer de manera significativa; según el censo de 2010, el IMSS apenas cubre al 31.5% de la población nacional. Hoy parece casi imposible extender la seguridad social a toda la población, y no podemos aceptar que la mitad de la población excluida de la seguridad social reciba una atención limitada de tipo caritativo y/o que esté sujeta a excesivos requerimientos de pago que consumen su patrimonio¹. Todas estas circunstancias han puesto en evidencia dos defectos originales del sistema de salud mexicano, a saber, el de que su accesibilidad no está determinada por el compromiso del Estado para garantizar el derecho a la atención de la salud basado en la ciudadanía y, en segundo lugar, su estructura

basada en un modelo médico curativo, de medicina especializada, que se implementa fundamentalmente en hospitales y resulta cada vez más costoso.

Por lo anterior, en este trabajo sostenemos la tesis de que es necesaria una transformación de fondo en el modelo público de servicios de salud, tomando en cuenta el criterio de la ciudadanía como condición de derecho a la atención a la salud y financiado con recursos provenientes de los impuestos generales. Estos requisitos son indispensables para llegar a tener una verdadera cobertura universal sustentada en los servicios de atención primaria y, de esta manera, mejorar en forma significativa la salud de la población, minimizando el desperdicio de recursos económicos, materiales y, desde luego, humanos².

Las deformidades de origen del sistema de salud en México

La primera deformidad

Carencia de compromiso por parte del Estado para garantizar el acceso a un mínimo de servicios de atención a la salud para todos los mexicanos.

En México, las instituciones públicas siguen siendo la principal vía de provisión de servicios de atención a la salud, a pesar de diversos intentos por abrir camino a los proveedores particulares. Por una parte, se ha buscado ampliar el mecanismo de reversión de cuotas del IMSS, con el propósito de que las empresas puedan contratar clínicas y hospitales privados a través de aseguradoras o de manera directa para la atención médica de sus trabajadores, separándolos de los servicios que ofrece el instituto. Por otro lado, se han establecido contratos con empresas privadas para administrar los nuevos hospitales de «alta especialidad» que ha construido la Secretaría de Salud con recursos públicos. Asimismo, los dos últimos programas nacionales de salud contemplan el establecimiento de los «hospitales universales», que son unidades privadas que podrán atender a personas amparadas por la seguridad social o el Seguro Popular y facturar a tales instituciones el costo de los servicios que otorguen.

La maraña de vías y mecanismos de atención médica que existe en México es producto de lo que nosotros consideramos la primera gran deformidad de origen del sistema de salud en México, a saber, que el país carece de un «contrato social» en materia de atención médica y salud entre el Estado y su población. El artículo 123 establece que la seguridad social incluye

atención médica, pero sólo para los trabajadores que tengan un empleo formal³. Así, todos aquellos que se ubican en la economía informal o en el ejercicio libre de profesiones u oficios tendrán que pagar de su bolsillo los servicios que requieran, o tendrán que conformarse con una fracción de los servicios potencialmente necesarios a través de la nueva entidad llamada Seguro Popular o de alguno de los servicios de beneficencia que aún existen.

Esta situación legitima la existencia de al menos tres clases de mexicanos: los que tienen para pagar y reciben cualquier servicio que necesiten o quieran en México o en el exterior de manera expedita y con los más altos estándares de calidad; los que reciben casi cualquier servicio que necesiten, aunque cada vez con mayor demora y limitaciones a través de la seguridad social; y los ciudadanos más pobres y marginados, que unas veces sí y otras no reciben intervenciones limitadas a un catálogo restringido.

En contraste con la situación de derecho a la salud, podemos considerar el caso de la educación. El artículo tercero de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos dice que «todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado impartirá educación preescolar, primaria y secundaria. La educación primaria y secundaria son obligatorias...», y en la fracción IV estipula que «toda la educación que el Estado imparta será gratuita». Es cierto que la calidad de la educación en nuestras escuelas públicas está en entredicho, que los recursos son insuficientes para que las escuelas primarias y secundarias operen en forma óptima, pero es inobjetable que casi todos los mexicanos reciben educación elemental, independientemente de que sean ricos o pobres.

En cambio, el artículo cuarto de la Constitución, que aparte de otras cuestiones se refiere a la atención a la salud, dice que «toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general». Con esta redacción se elude el compromiso explícito de garantizar a la población un mínimo de cuidados a la salud, como podría ser el caso de la atención primaria.

Es difícil entender por qué no se ha otorgado a la salud un papel de importancia equivalente al de la educación. La Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada por las Naciones Unidas en 1948 dice, en su artículo segundo: «Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta

Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición», y en el artículo 25 se establece que uno de esos derechos es el de recibir asistencia médica⁴.

La segunda deformidad

Una medicina basada en la práctica de especialidades y la atención hospitalaria, sin el soporte de un primer nivel con cobertura universal y un sistema de referencia y contrarreferencia.

La segunda deformidad inherente a nuestro sistema de salud emana de una medicina especializada y basada en la atención hospitalaria. Sus orígenes se remontan al famoso Informe Flexner, publicado en 1910, según el cual la calidad de la educación médica quedaría garantizada con la instrucción en ciencias básicas, la experimentación en el laboratorio y el entrenamiento práctico en hospitales. Este último punto estableció un mecanismo de retroalimentación entre la educación fuertemente orientada a la medicina especializada y la opinión de que la mejor práctica médica es la especialidad.

Entre muchos otros países, México asimiló fielmente las recomendaciones del mencionado informe y originó, con ello, una medicina de alta capacidad técnica comparable con la de naciones primermundistas. Sin embargo, este esfuerzo por mantener la competitividad ha acarreado un elevado costo que, en última instancia, ha limitado los recursos económicos para establecer y mantener un sistema universal de atención primaria. Adicionalmente, ha contribuido al desprestigio de la medicina general a tal grado que una buena parte de la población considera inapropiado recibir atención por parte de un médico no especialista.

En 1952 el IMSS creó un servicio de atención primaria que ha sido el punto de acceso a los servicios para sus derechohabientes y a partir del cual se despliega un sistema de referencia-contrarreferencia entre los distintos niveles de atención. Para confrontar el problema del desprestigio de la medicina general, se implantó la especialidad en Medicina Familiar, cuyos egresados son hoy los responsables de la atención primaria⁵.

En contraste, la SSA cuenta con un primer nivel desorganizado y que depende en gran medida de la atención otorgada por pasantes de servicio social, los cuales carecen de las competencias necesarias para otorgar atención primaria de calidad. Adicionalmente, la atención que brinda la SSA es de carácter curativo y no

cuenta con un sistema de referencia-contrarreferencia formal que garantice la continuidad de la atención. Para empeorar las circunstancias, en los últimos años el gasto público de salud se ha orientado a la construcción de costosos hospitales regionales y de alta especialidad que permanecen con una marcada subutilización.

A grandes rasgos, el problema que genera este modelo de atención especializada, aunado al descuido de la estructura del primer nivel de atención, es que muchas de las enfermedades cronicodegenerativas que actualmente encabezan las listas de morbi-mortalidad nacionales evolucionan a estadios donde el tratamiento es muy caro y poco efectivo. En lugar de suspender o retardar el curso de la historia natural de tales enfermedades en etapas incipientes a través de medidas propias del primer nivel de atención, como la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, los pacientes reciben atención cuando ésta tiene pocas probabilidades de marcar un cambio favorable en el progreso de su patología. Esto nos ha conducido a una situación insostenible en términos económicos y de injusticia en términos sociales.

El cambio demográfico y epidemiológico

Aunado a las dos deformidades ya expuestas, las transformaciones demográfica y epidemiológica han modificado irreversiblemente las condiciones de salud de nuestra población. Hace todavía poco tiempo México era un país de niños, privaba una gran insalubridad, muchos vivían en pequeñas comunidades y con grandes limitaciones, aun cuando su situación económica no fuese precaria. Las principales causas de muerte eran las diarreas, las infecciones respiratorias y otras enfermedades transmisibles, la prevalencia de la desnutrición era muy alta y la expectativa de vida muy limitada, lo mismo que el ingreso y el nivel educativo.

Hoy las cosas son distintas para muchos de nosotros, pero no para la mayoría de los ciudadanos. México ha madurado y está en vías de envejecer. Desde el punto de vista de la salud, es claro que ahora debemos estar preparados para prevenir y combatir enfermedades de prolongada latencia y larga duración, con un alto potencial de inducir discapacidad, que son más características de los adultos y ancianos, y cuya atención es muy costosa y compleja.

De acuerdo con los demógrafos, el mundo está pasando por un cambio poblacional sin precedente en la historia. A diferentes tiempos y con distinta velocidad, todos los grupos humanos han perdido el equilibrio secular que acotaba su tamaño y están inmersos en un

Tabla 1. Principales problemas del sistema de salud mexicano

- Los servicios con los que contamos no se ajustan geográficamente a las necesidades de la población, lo que se traduce en una falta de correspondencia entre la necesidad y la demanda de los diferentes grupos sociales, y la oferta y distribución de recursos y servicios
- Existen importantes problemas de acceso, tanto por barreras geográficas como por otras culturales, económicas y organizacionales
- La calidad de los servicios deja mucho que desear, pues éstos no alcanzan los beneficios esperados debido a la falta de efectividad de los mismos, fallas en la estructura de los servicios y/o problemas en el proceso de atención médica. Además, existe una gran inequidad en términos de calidad entre distintas regiones del país
- Los recursos con los que cuentan los servicios no se racionalizan ni optimizan. Existe una subutilización de unidades médicas, al mismo tiempo que una falta de las mismas en otras regiones
- Faltan recursos adecuados tanto materiales como humanos para resolver los problemas prioritarios de salud, mientras que existe una asignación significativa a asuntos de importancia secundaria y a atención de alto costo y cuestionable efectividad

proceso de cambio conducente a un nuevo equilibrio, propio de la sociedad industrial y/o postindustrial.

El antiguo equilibrio se caracterizaba por una alta mortalidad, que era compensada por una natalidad todavía más alta, la esperanza de vida era menor, las poblaciones eran pequeñas y crecían con cierta lentitud. Luego sobrevino una caída abrupta de la mortalidad mientras la natalidad seguía siendo alta y, consecuentemente, se presentó una fase de expansión acelerada de la población; finalmente, la natalidad empezó a descender, se desaceleró la tasa de crecimiento y la población ha ido envejeciendo. Ahora sabemos que todas estas modificaciones demográficas están relacionadas con cambios espaciales en la distribución de las poblaciones (es decir, la urbanización), cambios en las formas (o estilos) de vida, en la nutrición y en los perfiles de enfermedad, discapacidad y muerte.

Hacia el año 2050 se alcanzará un nuevo equilibrio. Se estabilizarán la mortalidad y la fecundidad y el envejecimiento poblacional habrá alcanzado su punto máximo. Es necesario entender estos fenómenos para estar preparados hoy y mañana y que el sistema de salud tenga las mejores características posibles para enfrentar las necesidades poblacionales de salud (Tabla 1).

Las reformas de los sistemas de salud y sus límites

Durante los últimos tres lustros, el tema central de los sistemas de salud ha sido el de la reforma. A pesar de las grandes diferencias que han existido y subsisten entre los países, los procesos de reforma tienen un mismo punto de partida y dependen de las mismas estrategias, aunque en grado variable.

Según la percepción de que la atención médica ha llegado a tener un costo excesivo e inconteniblemente creciente, se reconoció la necesidad de modificar los esquemas de financiamiento de los servicios y se propuso la adopción de mecanismos tendientes a mejorar la eficiencia. En el primer caso, se adoptó la idea de que los servicios de salud pueden operar como un mercado, siempre y cuando se corrijan ciertas «asimetrías», mientras que en el segundo caso se consideró necesario que el Estado se retirara gradualmente como proveedor de servicios, dejando el espacio en manos de los agentes particulares.

En contra de lo esperado, durante la segunda mitad de la década de 1980 se hizo evidente la incapacidad de los modelos de libre mercado para detener el incremento de los costos de la atención médica, por lo cual emergieron nuevas propuestas para «ajustar» los mercados. La opción más importante y trascendente fue la de Enthoven, bajo la denominación de atención gerenciada (*managed care*), la cual, según el autor, conduce a un escenario de competencia estructurada (*managed competition*) que supuestamente debe conducir a mayores efectividad y eficiencia basadas en la libre elección de proveedores y el pago anticipado o prepago, otorgando un mayor control a los patrocinadores o terceros pagadores (*sponsors*)^{6,7}.

Para completar el escenario, se eligió una forma organizacional que hacia el principio de la década de 1990 había sido reconocida como la de mayor potencial en términos de eficiencia y contención de costos: las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organizations [HMO]*)⁸.

Con todos estos antecedentes, en 1993 se publicó el Informe del Banco Mundial titulado «Invertir en salud para el desarrollo», en el cual se sustenta la tesis de que salud y desarrollo son condiciones que dependen una de la otra y, por lo tanto, es necesario aumentar el gasto en servicios de atención a la salud. A partir de este documento fue posible establecer condiciones para las reformas de los sistemas de salud, ligadas a los préstamos del propio banco y de otros organismos financieros internacionales. Las reformas propuestas

buscaron confinar al Estado el papel de pagador y reducir su participación en la prestación de servicios persiguiendo una «separación de funciones», es decir, bajo la creencia de que la población no podría obtener los mejores resultados de la atención a la salud cuando el Estado es «juez y parte» en términos de financiamiento y prestación de servicios.

Desafortunadamente, la historia real ha sido distinta a la esperada. Por principio de cuentas, las reformas han creado y/o multiplicado las burocracias y los gastos administrativos, tanto que el incremento constante de los recursos económicos destinados al sistema de salud ha sido insuficiente para satisfacer las necesidades de estos rubros y, de hecho, se han generado situaciones deficitarias en los servicios de salud, con la consecuente escasez de insumos cruciales para la atención médica y/o los programas de salud comunitaria, así como el deterioro físico de las unidades y su equipamiento^{9,10}.

Según diversas voces provenientes del gremio médico internacional, el ascenso de los administradores no médicos a las altas posiciones de mando ha provocado serios conflictos de tipo técnico y ético, ya que al vivir obsesionados por los costos, obstaculizan e incluso impiden la buena práctica médica. Por otra parte, se suman las oleadas sucesivas de introducción de nuevas tecnologías médicas, que a veces ni siquiera mejoran la capacidad diagnóstica o terapéutica, pero inducen un consumo desenfrenado de servicios, que a su vez empeora el desperdicio de recursos económicos.

En suma, se configura una situación de reformas siempre insuficientes, que en realidad constituyen parches sobre otros parches más antiguos.

La propuesta: crear un verdadero Sistema Nacional de Salud

Durante los últimos 50 años, la atención a la salud ha tenido avances significativos en México. Nuestra medicina tiene el reconocimiento de ser una de las mejores en América Latina; tenemos profesionales de alto nivel y la capacidad de llevar a cabo casi cualquier intervención, con los mismos estándares de calidad que en los sistemas médicos más avanzados del mundo.

No obstante a lo verdadero de estas afirmaciones, la mayoría de los mexicanos carece de una atención integral, continua y de excelencia, a pesar de que a través de sucesivos programas sexenales cada administración se ha planteado nuevas y ambiciosas metas,

buscando extender y modernizar los servicios médicos, implementar programas diversos de salud pública, coordinar el trabajo de los proveedores públicos y privados, evitar desperdicios y duplicidades, alcanzar coberturas universales y reordenar la distribución de los recursos¹¹.

Desde hace unos 20 años se ha vuelto costumbre referirse al conjunto de las instituciones públicas con el nombre de Sistema Nacional de Salud. Con anterioridad se hablaba simplemente del Sector Salud. En virtud de lo anterior cabe preguntarse: ¿qué sucedió?, ¿qué fue lo que cambió para justificar este cambio de denominación? Lo cierto es que difícilmente podría decirse que lo que tenemos en México mínimamente se apega a cualquiera de las definiciones disponibles del sistema, mismas que implican un quehacer coordinado, con interacciones bien definidas entre sus partes, para lograr un resultado que de otra manera no podría obtenerse¹².

Lo que realmente tenemos en México es un no sistema de salud. Al carecer de equidad en el acceso a los servicios, los supuestos componentes del sistema de salud mexicano operan en gran medida de manera independiente. Privan el aislamiento y la falta de coordinación, dando lugar a marcadas ineficiencias y, en muchos casos, a falta de efectividad. Si las grandes organizaciones nacionales (como la SSA y el IMSS) pudieran dejar atrás el gigantismo, el centralismo y los protagonismos, entonces sus funciones de servicio, regulación, vigilancia y apoyo para la solución de problemas serían mucho más trascendentes.

La disolución de las deformidades originales de nuestro sistema de salud planteadas a lo largo de este trabajo implica modificaciones en rubros tan complicados como la política, la economía y la legalidad. Sin embargo, esto no deberá desalentarnos para actuar a favor de la creación de un verdadero sistema, lo que no implica la existencia de un monopolio, ni siquiera el predominio de los servicios públicos, sino el establecimiento de propósitos claros y mecanismos efectivos y ágiles de acceso a los servicios básicos y de referencia y contrarreferencia de los pacientes a través de las distintas opciones y niveles de servicios preventivos y/o curativos.

A lo menos que podemos aspirar a corto plazo es a la constitución de un primer nivel de atención universal. El reto principal es que nuestros activos actuales sean realineados para que funcionen de manera armónica de acuerdo con las necesidades de salud actuales y futuras de la población. Deberán

aprovecharse los recursos humanos y materiales que el país ya tiene, para crear un subsistema de atención primaria de cobertura universal que permita al Estado establecer y cumplir un compromiso de mantenimiento y mejora de la salud con metas del nivel ya alcanzado en otras partes del mundo¹³. En resumen, debemos deshacer las deformidades del sistema para alcanzar una mayor igualdad en salud, entendida ésta como un derecho y responsabilidad de todos los ciudadanos¹⁴.

Es preciso desenredar las cosas, distinguir con claridad las tareas de la salud pública y de la atención médica y redefinir los roles organizacionales e individuales, de manera tal que se puedan establecer responsabilidades claramente vinculadas a resultados. Es indispensable mirar hacia nuestro entorno y mirar hacia adelante. México merece un buen sistema de salud. Es necesario introducir estándares de calidad y competencia; la empresa pública no tiene por qué operar con números rojos o convertirse en un nicho de impunidad. En México necesitamos un nuevo sistema de salud; para ello será necesario convocar a una amplia discusión y participación de la sociedad; será necesario anteponer el interés colectivo a los intereses de grupos específicos; será necesario ahondar en el federalismo y avanzar en la descentralización; pero sobre todo será necesario creer en nosotros mismos.

Bibliografía

1. INEGI. Censo 2010.
2. Levy S. Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality and economic growth in Mexico. Washington, D.C.: Brookings Institution Press; 2008.
3. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada. DOF, 17-08-2011.
4. United Nations Organization. Universal Declaration of Human Rights. Adopted and proclaimed by General Assembly, resolution 217 A (III) of 10 December 1948.
5. Ruiz B, Reyes H, Sánchez L, et al. La medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En: García C, Muñoz O, Durán L, Vázquez F, eds. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. Cap. 2. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2006.
6. Enthoven AC. Health plan. Reading, MA: Addison Wesley; 1980.
7. Enthoven AC. Rejection on the management of the National Health Service. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1985.
8. Luft HS, ed. HMOs and the elderly. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1994.
9. Hsiao W. Marketization – The illusory magic pill. Health Economics. 1994;3:351-7.
10. Hsiao W, Shaw P. Social health insurance for developing nations. Washington: World Bank; 2007.
11. López M, Durán L. De reformas y sistemas de salud. México, la revolución posible. En: Rivero O, Tanimoto M, coords. El ejercicio actual de la medicina (segunda parte). Sección III. Cap 1. México: Librisite; 2003.
12. Shortell S, Kaluzny A. Organizational theory and health services management. En: Shortell S, Kaluzny A, eds. Health care management. Cap 1. New York: Thomson Delmar Learning; 2006. p. 14.
13. Durán L. Modelo institucional de atención a la salud. En: Cordera R, Murayama C, eds. Informe México sobre los determinantes sociales de la salud. México: Fondo de Cultura Económica; 2011. En prensa.
14. Bustelo ES. Salud y ciudadanía. Manuscrito, 1999.