

Inequidades en la salud en México

Nivaldo Linares-Pérez¹ y Oliva López-Arellano^{2*}

¹Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala, México, D.F.; ²Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, D.F.

Resumen

Se presenta un abordaje crítico sobre la reforma del sector salud en México y sus efectos sobre el acceso y la equidad de los sistemas estatales de salud. Se discuten las principales estrategias implementadas y se hace una valoración de su contribución al logro de la equidad en salud, utilizando indicadores socioeconómicos, de servicios de salud e intervenciones para dos momentos del proceso, 1990 y 2002. Se concluye que la dinámica de inequidades se profundiza en el periodo y que las transformaciones de los sistemas estatales de salud no contribuyen al logro de la equidad en el acceso.

PALABRAS CLAVE: Reformas en salud. Equidad en salud. Inequidades en salud. Equidad en salud en México.

Abstract

This study presents a critical approach on health sector reform in Mexico and its impact on access and equity in state health systems. We discuss the main strategies adopted and made an assessment of its contribution to achieving equity in health, using socioeconomic indicators of health services and interventions for two moments, 1990 y 2002. We conclude that the dynamics of deepening inequalities in the period and the transformation of state health systems do not contribute to the achievement of equity in access.

KEY WORDS: Health care reform. Equity in health. Health inequalities. Equity in health in Mexico.

El contexto de la reforma

América Latina y el Caribe conforman la región que presenta la mayor desigualdad social en el mundo, desigualdades que tienen expresiones concretas en los determinantes sociales de la salud y que configuran inequidades en indicadores sociosanitarios, en el acceso a servicios y en las condiciones de salud, entre países, regiones y grupos sociales¹.

Las reformas económicas de mercado*, implementadas en la mayoría de los países de la región durante las décadas de 1980-1990², lejos de atemperar las desigualdades las profundizaron, pues el crecimiento logrado fue heterogéneo y regresivo para las mayorías,

configurando sociedades crecientemente polarizadas, donde persiste la pobreza, empeora la distribución del ingreso, se incrementa la diferencia entre ricos y pobres y se debilita la gobernabilidad³⁻⁶.

La carga estatal –financiera, de recursos y servicios– es cuestionada, se le responsabiliza de la crisis económica y se impulsa la redefinición de las relaciones Estado-mercado y el reordenamiento de lo público⁷. En México, desde 1982, se implementan distintas estrategias para reducir el tamaño del sector público y limitar el papel del Estado en la rectoría del desarrollo, reduciendo su intervención en la economía interna y en la regulación de los mercados⁸. Este proceso,

*Esta denominación hace referencia a las reformas derivadas del modelo de globalización neoliberal, basado en la economía neoclásica.

Correspondencia:

*Oliva López-Arellano

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco
Calzada del Hueso, 1100
Col. Villa Quietud, Del. Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F.
E-mail: oli@correo.xoc.uam.mx

El presente escrito corresponde al III Simposio «Algunos problemas globales de salud de impacto local», mismo que se desarrolló los días 3 y 4 de febrero de 2011, cuyo tema fue «Los sistemas de salud y su impacto en las poblaciones».

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

llamado reforma del Estado, configura una agenda caracterizada por la centralización de la política macroeconómica, la descentralización y privatización de las burocracias encargadas de la provisión de servicios sociales, la introducción de competencias entre los proveedores de servicios (públicos y privados) con la intención de incrementar la eficiencia y calidad, así como la delegación de las funciones de regulación en agencias independientes para vigilar la provisión de servicios, el manejo de las externalidades y la operación del sistema con un número limitado de funcionarios públicos⁹.

Como resultado de todos estos cambios, la política social queda subordinada a la política macroeconómica, se orienta a mitigar la pobreza y focaliza su atención en las poblaciones con mayores carencias materiales, a través de intervenciones selectivas^{10,11}. La política de salud pretende hacer frente a los problemas de organización y desempeño del sistema de salud y se adoptan esquemas que buscan diversificar las fuentes de financiamiento de los servicios, ampliar su cobertura y favorecer políticas de gasto orientadas a paquetes básicos. En estas propuestas de reorganización sanitaria concurren organismos de cooperación técnica internacional en materia de salud¹²⁻¹⁴ y agencias financieras multilaterales¹⁵⁻¹⁸, cuyo papel tiene una enorme trascendencia en la arquitectura y orientación de los procesos de reforma en la mayoría de los países de América Latina, imponiendo sus políticas de privatización de lo público rentable y de apoyo a la conformación de mercados en salud¹⁹. En esencia, el efecto principal del rol que desempeñan las agencias supranacionales es la suplantación de las instituciones nacionales de salud en las decisiones y conducción de la reforma en salud, al convertir este tema en un problema fundamentalmente económico-financiero con escasos matices sanitarios²⁰, que subordina y/o desplaza la posición tradicional de impulso a lo público en las instituciones internacionales de cooperación técnica en salud como la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) y su versión regional para el continente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)²¹.

En México, la reorientación del papel del Estado en el ámbito de la salud es impulsada de forma especial por el Banco Mundial en la década de 1990, que recomienda e impone, por la vía de préstamos condicionados, el enfoque selectivo del quehacer público en el financiamiento y la producción de servicios de salud²². Se pretende contener el gasto, reducir la ineficiencia de operación del sistema público e introducir

otra lógica de ordenamiento al sector salud y, simultáneamente, superar el agotamiento de la capacidad de respuesta frente a la complejidad sanitaria y la exacerbada desigualdad, especialmente en la distribución de los recursos y de los servicios, en un contexto de marcado deterioro de las condiciones de vida de las mayorías, de crecimiento de la pobreza de grandes núcleos poblacionales y de reducciones severas en el gasto público y en la inversión social²³. Es en estos momentos cuando el discurso sobre la equidad cobra fuerza, justificando las propuestas de focalización, con argumentos sobre los bienes limitados, recursos insuficientes y necesidades crecientes de las poblaciones pobres.

La equidad en salud

La equidad en salud remite a planos éticos, que involucran valores, justicia social y derechos, en tanto desde su definición la inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable²⁴. Así, la equidad en salud debe ser entendida como una expresión de justicia social en múltiples dimensiones, ya que involucra: los determinantes sociales de la salud, los resultados finales de salud, así como el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria.

La inequidad es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la desigualdad es la evidencia empírica expresada en agregados estadísticos.

Evaluar inequidades requiere medir lo que es injusto en una sociedad, lo que implica un juicio de valor que depende de la teoría de la justicia adoptada y de conceptos politiconormativos. También es posible evaluar la equidad horizontal, entendida como tratamiento igual a necesidades de salud iguales, y equidad vertical, que busca el tratamiento «apropiadamente desigual» de necesidades de salud distintas, incorporando la cuestión de las prioridades en programas de atención.

En sus dimensiones operativas, se puede considerar la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud, la forma en que los servicios son recibidos por la población, y la forma en que los servicios de salud son pagados. Mientras que la accesibilidad hace referencia a que los establecimientos, bienes y/o servicios públicos estén al alcance de la población, la equidad en el acceso se refiere no solo a la hipotética disponibilidad de recursos o a la cobertura, sino también a la utilización efectiva de estos servicios de acuerdo con parámetros de necesidad.

La reforma mexicana del sector salud

En México se identifican cinco estrategias centrales desarrolladas en el marco de la reforma sectorial, observadas también en la región latinoamericana²⁵: a) las transformaciones en torno a la regulación de la atención, productos y servicios; b) la diversificación de las fuentes y mecanismos de financiamiento públicos y privados; c) el reordenamiento de la prestación de servicios públicos de salud; d) la ampliación de la cobertura de los servicios de salud mediante el ofrecimiento de paquetes básicos, microseguros y cuotas de recuperación, con participación del sector privado dentro del sistema, y e) la descentralización de los servicios de salud como alternativa para lograr la corresponsabilidad de los gobiernos estatales y municipales, así como alentar la participación ciudadana en salud.

Sin embargo, desde nuestra perspectiva, la implementación de las estrategias señaladas tienen efectos limitados en la búsqueda de la equidad. Para sustentar esta afirmación y con el propósito de ilustrar los cambios en el contexto de la reforma del sector salud en México, se retoman algunos resultados de la investigación sobre «Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad 1995-2002»²⁶⁻²⁸.

Método

Se trata de un estudio ecológico de comparación de grupos y modelo de evaluación no experimental antes-después, que incluye a la población de México, en sus 32 entidades federativas, con información disponible, comparable y que fue posible integrar en bases de datos, para los años de 1995 (t_0) y 2002 (t_1).

En este estudio se consideraron tres dimensiones: a) información demográfica, social y económica, expresada como condiciones de vida; b) resultados de salud, y c) servicios de salud e intervenciones de reforma. La medición de desigualdades en salud se hizo a través de un índice de inequidades en salud (INIQUIS) que combinó indicadores de cada una de las dimensiones exploradas.

El cálculo de INIQUIS parte de un conjunto de indicadores que reflejen el concepto de inequidad en salud, medidos en un grupo de unidades geográficas, y se construye a partir de un procedimiento interactivo. Se define un indicador inicial (fundamental) que se entiende no debe dejar de formar parte del índice, y a partir de ahí realizar una incorporación

paso a paso de indicadores mediante una regla de decisión. La determinación de los indicadores que formarán parte del INIQUIS se basa en la identificación de aquellos que sean «distantes» e «incorrelacionados». Dicho de otra manera, la metodología usa un procedimiento para la medición de distancias euclidianas promedio entre indicadores (selección de indicadores «distantes»), y el coeficiente de correlación de Spearman (selección de indicadores «incorrelacionados»), para determinar si un indicador se incorpora o no al índice. El método de cálculo del INIQUIS opera con los valores de las inequidades relativas en lugar de los valores iniciales que toma cada indicador. Con este procedimiento se consigue «estandarizar» el rango de variación de los indicadores, de modo que todos tomen valores entre 0-1²⁹.

Los indicadores para cada dimensión fueron los siguientes:

- Condiciones de vida: índice de marginación social, porcentaje de población mayor de 15 años alfabeta e ingreso anual per cápita (US\$ ajustados).
- Resultados de salud: esperanza de vida al nacer, tasas de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de 5 años, tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, de la reproducción y relacionadas con la nutrición, tasa de mortalidad general estandarizada, incidencia acumulada de tuberculosis pulmonar.
- Servicios de salud: porcentaje de población con derecho a la seguridad social, porcentaje de niños de 1 año vacunados con esquema completo, porcentaje de partos atendidos por personal adiestrado, médicos/1,000 habitantes, camas censables/1,000 habitantes, gasto público en salud per cápita, gasto total en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB).
- Intervenciones de reforma: número de años con la descentralización, número de años de instalación del Organismo Público Descentralizado (OPD) de los servicios de salud, porcentaje de aportación estatal en salud, porcentaje de aportación federal en salud, porcentaje de partos atendidos institucionalmente en el año, número promedio de consultas prenatales por embarazadas, porcentaje de población abierta atendida por primera vez en el año, porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.

Resultados

El INIQUIS, para cada una de las dimensiones de las desigualdades de salud analizadas, presentó un significativo incremento en el número de entidades federativas que presentaron cambios en la situación de desigualdad relativa de salud de 1995-2002 (Tabla 1).

El análisis de la desigualdad relativa global de salud para 1995 indicó que el 43.7% (14) de los estados del país presentaron niveles de desigualdad, mientras que para 2002 esta proporción se elevó a 75.0% (24), es decir, se registró un incremento de poco más del 30%, con la excepción de cinco entidades (15.6%): Distrito Federal, Sonora, Tamaulipas, Aguascalientes y Tabasco, que mantuvieron una menor desigualdad relativa global esos años, y de tres estados que cambiaron su situación de desigualdad relativa global, al pasar de franca desigualdad a una menor desigualdad; el 75.0% de entidades federativas del país mantuvieron en 2002 el nivel de desigualdad relativa global que presentaron en 1995.

La situación de desigualdad relativa de las condiciones de vida en 1995 mostró que poco menos del 50% de los estados del país tuvo desigualdades en sus territorios. Este porcentaje disminuyó para 2002, al reportarse 11 entidades con presencia de desigualdades según el modelo del INIQUIS. Cuando al modelo de INIQUIS se incorporan los indicadores de las intervenciones de reforma, el número de estados con presencia de desigualdades de las condiciones de vida se incrementa, mostrando que en el 71.8% de las entidades del país persisten las desigualdades.

La desigualdad relativa en los resultados de salud se expresó en 1995 en seis estados (18.7%); mientras que para 2002, sin tomar en cuenta el probable efecto de las estrategias de reforma, este número se duplicó, lo cual muestra que más de la mitad de las entidades federativas del país (56.2%) presentaron niveles elevados de desigualdad en los resultados de salud. Por otro lado, al ser consideradas en el análisis las diferentes estrategias de reforma desarrolladas en esos años, el número de estados del país con presencia de desigualdades aumenta aún más, hasta llegar a 22, es decir, el 68.7% de las entidades del país presentaban desigualdades de resultados de salud.

El análisis para la desigualdad relativa de los resultados de salud muestra que los estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Estado de México y Guanajuato, con evidencia de presentar desigualdades para 1995, continuaron presentando esta condición para 2002. En ese mismo sentido, se observó que para

los años 1995 y 2002 otro grupo de estados (Hidalgo, Baja California, Michoacán, San Luis Potosí, Querétaro, Zacatecas y Tlaxcala) mantuvieron las condiciones de desigualdad. Finalmente, el Distrito Federal, seguido por Tabasco, Tamaulipas, Sonora y Aguascalientes, y en menor grado Veracruz, Jalisco y Estado de México, presentaron los más bajos valores de INIQUIS y con ello la condición de menor desigualdad relativa en los resultados de salud.

La desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud mostró una situación de incremento de la desigualdad. Para 1995, 21 estados (65.6%) del país evidenciaron presencia de desigualdades en los servicios de salud. Esta proporción se mantuvo para el año 2002; sin embargo, al ser incluidos los indicadores sobre las «intervenciones de reforma», la proporción de estados con presencia de desigualdades en el acceso a los servicios de salud ascendió a 24 (75.0%).

La desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre 1995-2002 mostró que en el caso del Distrito Federal, Aguascalientes y Sonora la situación de desigualdad disminuyó. En contraste, se expresó un marcado retroceso en la situación de desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud en los estados de Coahuila, Durango, Colima, Baja California Sur, Sinaloa, Baja California y Nuevo León, con base en el modelo INIQUIS cuando incorpora los indicadores sobre las «intervenciones de reforma».

Los hallazgos muestran que las intervenciones de reforma no influyeron en el mejoramiento de las desigualdades de las condiciones de vida dada su naturaleza estructural. En 1995, los mismos estados con desigualdad relativa de los resultados de salud continuaron en esta condición para 2002. Entidades que en 2002 presentaron niveles menores de desigualdad respecto a 1995, al incorporar las intervenciones de reforma, incrementaron sus niveles de desigualdad relativa, es decir, en algunos estados, las intervenciones de reforma tuvieron un efecto negativo sobre la desigualdad en los resultados de salud.

La desigualdad relativa de resultados de salud entre las entidades federativas del país se incrementó en un tercio de los estados y no hubo cambio sustancial respecto a la desigualdad relativa de los servicios de salud en esos años. A pesar de que las estrategias de reforma sanitaria de 1995-2002 se concentraron básicamente en el ámbito de los servicios de salud, ningún estado exhibió valores bajos del INIQUIS, excepto el Distrito Federal.

La situación de desigualdad mejoró discretamente o se mantuvo igual a la registrada en 1995 para un

Tabla 1. Desigualdad relativa global y por dimensiones de equidad según entidad federativa según modelos INIQUIS de 1995 y 2002

Entidad federativa	INIQUIS, 1995			
	RS	AS	CV	DRG
Oaxaca	0.6146	0.7769	0.5561	0.6492
Chiapas	0.5955	0.7495	0.5826	0.6425
Puebla	0.5682	0.7922	0.5637	0.6414
México	0.5091	0.7192	0.6047	0.6110
Guerrero	0.5528	0.7151	0.5540	0.6073
Michoacán	0.4928	0.6920	0.5589	0.5812
Guanajuato	0.5074	0.6491	0.5532	0.5699
Tlaxcala	0.4488	0.7006	0.5117	0.5537
Morelos	0.4550	0.6696	0.5219	0.5488
Hidalgo	0.4889	0.6387	0.5110	0.5462
Querétaro	0.4770	0.5901	0.5248	0.5306
Veracruz	0.4526	0.6452	0.4698	0.5225
Jalisco	0.4680	0.5406	0.5437	0.5174
San Luis Potosí	0.4369	0.6073	0.4765	0.5069
Campeche	0.3777	0.6206	0.4791	0.4925
Quintana Roo	0.3981	0.5560	0.5134	0.4892
Zacatecas	0.4057	0.5674	0.4481	0.4737
Chihuahua	0.4003	0.5106	0.4859	0.4656
Aguascalientes	0.4428	0.4474	0.4937	0.4613
Baja California	0.4015	0.4666	0.5053	0.4578
Tabasco	0.3973	0.5293	0.4327	0.4531
Nayarit	0.3881	0.5492	0.4094	0.4489
Yucatán	0.4417	0.5497	0.3389	0.4434
Nuevo León	0.3454	0.402	0.4918	0.4131
Colima	0.4048	0.4633	0.4412	0.4364
Durango	0.4096	0.4685	0.4300	0.4360
Sinaloa	0.3898	0.4349	0.4464	0.4237
Coahuila	0.3901	0.3944	0.4538	0.4128
Sonora	0.3593	0.4154	0.4461	0.4069
Distrito Federal	0.4055	0.2496	0.5599	0.4050
Tamaulipas	0.3527	0.4092	0.3971	0.3863
Baja California Sur	0.3098	0.3112	0.4327	0.3512
INIQUIS, 2002-Reforma				
RS	AS	CV	DRG	
0.7169	0.7629	0.6145	0.6981	
0.6552	0.6617	0.6082	0.6417	
0.6723	0.6375	0.6026	0.6375	
0.5997	0.6388	0.6093	0.6159	
0.5519	0.6767	0.5759	0.6015	
0.6214	0.6240	0.5288	0.5914	

Continúa

Tabla 1. Desigualdad relativa global y por dimensiones de equidad según entidad federativa según modelos INIQUIS de 1995 y 2002 (Continuación)

INIQUIS, 2002-Reforma			
RS	AS	CV	DRG
0.5382	0.6406	0.5876	0.5888
0.5698	0.6241	0.5721	0.5887
0.5590	0.6573	0.5440	0.5868
0.6045	0.5622	0.5688	0.5785
0.5899	0.5928	0.5511	0.5779
0.5754	0.6187	0.5361	0.5767
0.5607	0.5984	0.5619	0.5737
0.5953	0.5789	0.5417	0.5720
0.5786	0.5606	0.5767	0.5720
0.5797	0.5633	0.5696	0.5709
0.5367	0.6278	0.5282	0.5642
0.5364	0.5820	0.5743	0.5642
0.5489	0.5783	0.5422	0.5565
0.5343	0.5494	0.5649	0.5495
0.5718	0.5789	0.5150	0.5552
0.5419	0.5322	0.5488	0.5410
0.4919	0.5829	0.5345	0.5364
0.5508	0.5719	0.4084	0.5104
0.4413	0.4734	0.4841	0.4663
0.3573	0.4654	0.3834	0.4020
0.3945	0.3486	0.4488	0.3973
0.3692	0.4060	0.4065	0.3939
0.3606	0.3842	0.4203	0.3884
0.3313	0.4007	0.3270	0.3530
0.3248	0.3968	0.3044	0.3420
0.1982	0.0472	0.3127	0.1860

RS: desigualdad relativa en los resultados de salud; AS: desigualdad relativa en el acceso a servicios de salud; CV: desigualdad relativa en las condiciones de vida; DRG: desigualdad relativa global.

La tabla se elaboró en forma decreciente, tomando como referencia el valor de DRG del INIQUIS 1995.

2002-Reforma se refiere al modelo 2002 del INIQUIS que incorpora las intervenciones de reforma.

Para ambos cuadros, el tonos gris claro corresponde a los estados del país que presentaron niveles de desigualdad de acuerdo al análisis de Desigualdad Relativa Global para 1995 (14 estados) y 2002 (24 estados).

pequeño grupo de estados; sin embargo, para la mayoría se observa un moderado «estancamiento» en la desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre 1995-2002.

Conclusiones

La reforma del sistema público de salud inicia en México en la década de 1980 y avanza modelada por los procesos de ajuste macroeconómico y reforma del

Estado que caracterizan este periodo. Después de varios años de implementación de estrategias que pretenden modernizar el sector salud y hacerlo eficiente, el cambio del sistema se consolida, revitalizando la polémica que ha acompañado el proceso en torno al sentido de la reforma, sus resultados y los efectos limitados que dichas transformaciones tienen sobre la equidad en salud.

La reforma impulsada en México destaca en sus planteamientos conceptuales, estratégicos y programáticos

el interés por la equidad en salud. Sin embargo, dado que se trata de una reforma secundaria al proceso de reordenamiento neoliberal y modelada por él, en su implementación predominan los mecanismos orientados a modificar la lógica de financiamiento y gestión de los servicios, así como su racionalidad y eficiencia. Si bien el discurso sobre la equidad persiste a lo largo del proceso de reforma, los logros en esta dimensión son poco relevantes y su contribución a la modificación de los determinantes sociales de la salud es prácticamente nula.

Los resultados de la investigación muestran que la reforma sanitaria de la década de 1990 tuvo efectos muy limitados sobre la equidad en salud y que los niveles de desigualdad en el acceso a servicios, aun con intervenciones específicas, no mejoran significativamente en el periodo analizado.

Bibliografía

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2010.
2. Soto E, Carrillo M, Revueltas A. Globalización, economía y proyecto neoliberal en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1995.
3. Levkovitz E. Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Ponencia presentada en la Quinta Conferencia Conmemorativa del Centenario de OPS, Universidad de Nicaragua. Managua, Nicaragua, 10-11 de octubre, 2002.
4. Ahumada C. Gobernabilidad en el proceso de globalización. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006;24(n.º especial):45-50.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2006.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2007.
7. Franco A. Globalización, gobernabilidad y salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006;24(n.º especial):36-44.
8. López O, Blanco J. Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal. Temas y desafíos en salud colectiva. Argentina: Lugar Editorial; 2007. p. 21-48.
9. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;XVIII:905-25.
10. López O, Blanco J. La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1993.
11. López O. La selectividad en la política de salud. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. Laurell C, coord. México: Fundación Friedrich Ebert y UAM-X; 1994. p. 33-60.
12. Organización Panamericana de Salud (OPS). Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada. Washington: Organización Panamericana de la Salud (HSP/SILOS-40); 1996.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Análisis de las reformas del sector salud en la subregión de Centroamérica y la República Dominicana. Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe (LACHSR). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002a.
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región andina. Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe (LACHSR). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002b.
15. Banco Mundial (BID). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1987;103(6).
16. Banco Mundial (BID). Informe sobre el desarrollo mundial 1990. La pobreza. Washington: Banco Mundial; 1990.
17. Banco Mundial (BID). Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington: Banco Mundial; 1993.
18. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Progreso económico y social en América Latina. Tema especial: Cómo organizar con éxito los servicios sociales. Washington: Banco Mundial; 1996.
19. Laurell AC, López O. Market commodities and poor relief: the World Bank Proposal for Health. *Int J Health Services*. 1996;26(1):1-18.
20. Chen L, Berlinguer G. Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Publicación científica y técnica n.º 585. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 37-47.
21. Waitzkin H. Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique. *Lancet*. 2003;361:523-6.
22. López O, Blanco J. La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;XVII:43-54.
23. Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: Fundación Friedrich Ebert México y Ediciones Era; 1997.
24. Whitehead M. The concept and principles of equity and health. *Int J Health Services*. 1992;22:429-45.
25. Molina J. Procesos de reformas de salud en América Latina. Ponencia presentada en el Diplomado Salud, Economía y Desarrollo Humano. México, D.F.: Facultad de Medicina de la UNAM; 2003.
26. Linares N. Efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México (1995-2002). México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2006.
27. Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Med Social*. 2008;3(3):247-59. Disponible en URL: www.medicinasocial.info.
28. Linares N, López O. Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. *Salud Colectiva*. 2009;5(2):237-57.
29. López C. Inequidades en el desarrollo humano y en especial en salud en América Latina y el Caribe. La Habana: Universidad de La Habana; 2000.