

Una prospectiva de la salud en México (Algunos aspectos del marco sociojurídico)

*Rosa Diana Hernández Palacios**

La problemática de las condiciones socioeconómicas en México, se refleja en los diferentes indicadores sociales, entre ellos los que corresponden a la salud. Al hacer una revisión del marco sociojurídico, se identifica que la salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano, *contrario sensu* a la idea que advertiría el México de la posmodernidad; respecto de mejorar el derecho a la salud, existe un marcado deterioro caracterizado por la masificación del servicio, en el ámbito público, en cuyo contexto prevalece un modelo alopático guiado por su deshumanización; mientras que en el ámbito privado existe una exacerbación del modelo mercantil que identifica en el paciente una mercancía y cuyo patrón es la acumulación y enriquecimiento.

Las reformas y disposiciones en la *Ley General de Salud* como lo es la implementación del *Seguro Popular*, han sido medidas insuficientes porque los rezagos persisten, situación que se manifiesta en el perfil epidemiológico del país, donde prevalecen las enfermedades de la pobreza como son los procesos infecciosos y carenciales sobre todo en entidades de alta marginación, además esta situación se comparte con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas dados los cambios en los estilos de vida de la población mexicana y el incremento de las personas adultas mayores, que

The problem of the socio-economical conditions in Mexico is reflected in the various social indicators, among them, those that correspond to health. While reviewing the socio-legal frame, it is identified that health is one of the fundamental rights of the human being, contrary to the idea that postmodern Mexico would notice, as regards of the right to health, there is a noticeable deterioration characterized by massification in this service in the public sphere, context in which an allopathic model guided by dehumanization prevails; while in the private sphere an exacerbation of the mercantilist model exists, model which sees a merchandise in the patient and has accumulation and enrichment as a boss.

The reforms and provision in the General Health Law such as the implementation of the Seguro Popular (Popular Health Insurance) have been insufficient measured because backwardness persists. This is evident in the Country's epidemiologic profile: poor people diseases such as infectious and deficiency processes prevail –especially in highly marginalized areas. It is the same for chronic degenerative diseases due to lifestyle changes in Mexican population as well as the increase of elder population, which according to demographic projections, show that the population pyramid is changing.

* Profesora-Investigadora de la UNAM y candidata a doctora por la UAM-Xochimilco.

según las proyecciones demográficas, muestran que la pirámide poblacional se modificará, lo cual plantea un reto para el Estado, en virtud de las necesidades de seguridad social, los derechos laborales, pensiones y servicios de salud, y por el alto costo de la atención de la enfermedad, que requerirán los sectores de referencia. Actualmente la inversión en salud es insuficiente, situación que se refleja en la inequidad en el acceso a los servicios, por lo que el verdadero impacto en los indicadores de salud requiere de la participación de diversos sectores de la sociedad.

This sets out a defy to the State, in virtue of the need of Social Security, workers rights, retirement pensions, and social health services that shall be required by the aforementioned population –and because of the elevated disease assistance cost . Nowadays the investment in the Health Sector is not sufficient, situation reflected in the unequal access to services. The participation of the various sectors of society is needed in order to get a real impact in health indicators.

SUMARIO: Breve marco de referencia. / La salud en México.
Un acercamiento al contexto socio-jurídico.

Breve marco de referencia

La región de América Latina y el Caribe presenta las mayores diferencias en ingresos, situación que en el contexto del proceso de globalización origina un incremento de las inequidades, se ha encontrado que el binomio salud y educación representan el instrumento fundamental de acumulación de capital humano, y su carencia constituye la principal determinante de la reproducción intergeneracional de la pobreza.¹ Dada su importancia, son múltiples los organismos nacionales e internacionales que plantean la proyección y ejecución de políticas sanitarias.

De acuerdo a la *Carta de las Naciones Unidas y la Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud* “el goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social”,² además se reconoce que la salud es un bien indispensable para el desarrollo del ejercicio pleno de las capacidades del individuo. El problema de la enfermedad y su correlativa salud, hay que situarlo en la radiografía social, como un todo, identificando como diversos, múltiples y complejos los aspectos desde los cuales se puede dar significado al fenómeno social en estudio,³ según Morin la complejidad de los problemas existe porque son inseparables los diferentes componentes que constituyen un todo (económico, político, sociológico, psicológico, afectivo, etcétera) y hay un tejido interdependiente, interactivo entre las partes y el

¹ Casas-Zamora J., “Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI”. *Panamericana de Salud Pública*, Am/Public Health 11(5/6), 2002, pp. 397-408

² San Martín H., *Salud Enfermedad*, La prensa médica mexicana, México, 1983, pp. 3-5

³ Almeida N. y Paim J., “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médico-Sociales* 75, Rosario, Argentina, 1999, pp. 5-30.

todo, el todo y las partes, por lo que el abordaje de los problemas concretos de la realidad debe ser multidimensional⁴, no obstante las complejidades que esto representa ya que son fenómenos colectivos, que se interrelacionan con el resto de los procesos sociales, por lo que expresan, de igual manera, las formas económicas estructurales en medio de las cuales ocurren procesos particulares de reproducción social y su inserción en la sociedad que responde al modelo económico;⁵ en este sentido, la definición de enfermedad tiene subyacente la valoración de la capacidad productiva y competitiva del individuo, es decir los valores propios de la sociedad, que se basa en la explotación del trabajo y fomenta la competencia. Según Marx, la organización de la sociedad se da mediante la economía, que determina las formas políticas, jurídicas e ideológicas, y los principales ejes de la desigualdad y explotación en las sociedades humanas que se expresan por medio de las relaciones de dominación y subordinación de clases.⁶ En este sentido, en el caso de México es importante destacar que el modelo económico neoliberal impuesto, se ha caracterizado por la racionalidad del gasto público, la exacerbación del libre mercado, el individualismo, la competencia desleal, las desregulaciones estatales, mínimos derechos con máxima productividad y sus concomitantes privatizaciones,⁷ circunstancias que en la actual coyuntura se caracterizan por la máxima expresión de centralización y concentración de capital, la cual refleja la intensificación de las contradicciones sociales, profundizando la pobreza, sobre todo en grupos vulnerables (adultos mayores, indígenas, niños, personas con capacidades diferenciadas, etcétera). Desde la década de los ochenta las políticas de salud se redefinen a partir de los ejes de la modernización neoliberal, circunstancia donde organismos internacionales como el *Banco Mundial (BM)* y *Banco Interamericano de Desarrollo (BID)* establecen recomendaciones a los países en desarrollo, sobre las acciones a seguir; como descentralización de los servicios de salud, la disminución del gasto en salud, el promover los seguros privados de gastos médicos mayores, reorientar recursos hacia intervenciones de bajo costo y alto impacto sobre algunas causas de mortalidad.

L a salud en México. Un acercamiento al contexto socio-jurídico

En México 54% de la población vive en pobreza, con lo cual advertimos que 56 millones de mexicanos viven en un proceso de depauperización, con lo cual es indudable que las condiciones de desarrollo humano son desfavorables, intensificándose

⁴ Morin E. *La mente bien ordenada*, Seix Barral, España, 2003, pp.14-15.

⁵ Breilh J., *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*. 3a. ed., Fontamara, México, 1989, pp.183

⁶ Marx C. *Introducción general a la crítica de la economía política*, Nacional, 1987, pp. 39-71.

⁷ Guinsberg E., *La salud mental en el neoliberalismo.*, Plaza y Valdés., 2a. ed., México, 2004, p. 85.

la problemática de desigualdad social,⁸ en grupos sociales donde las condiciones de vida favorecen la exposición a los determinantes de la enfermedad, como lo son el tipo de vivienda, los servicios públicos, la educación, el trabajo, la alimentación y el acceso a los servicios de salud.

En el marco jurídico de México se reconoce en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,⁹ al igual que acontece con otros derechos humanos, el consignado en este precepto guarda las contradicciones inherentes al liberalismo mexicano, con relación a su aplicación y cristalización. En la actual coyuntura neoliberal son múltiples las críticas que diversos sectores señalan en torno al desempeño del sector salud, acerca de sus carencias y déficit, así como del cada vez más mercantilizado sistema de salud privado.

El derecho a la protección de la salud se reglamenta con la promulgación de la Ley General de Salud en la cual ubicamos los siguientes términos:

Artículo 1. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

En el ámbito de la administración pública de México, la planeación de la salud se establece como una de las prioridades en el Programa Nacional de Desarrollo 2001-2006, al respecto se plantean los siguientes objetivos:

⁸ Salgado N., Wong R. *Envejeciendo en la pobreza*. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2003, pp. 200-204.

⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Delma. México, 2006. pp. 6-7.

- a) Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- b) Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- c) Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- d) Fortalecer el sistema de salud.¹⁰

Por otro lado, en el Programa Nacional de Salud se plantean como retos la equidad, la calidad y la protección financiera y como objetivos: “a) Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos b) Abatir las desigualdades en salud c) Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud; d) Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud e) Fortalecer el sistema de salud, en particular sus instituciones públicas”.¹¹

El sistema de salud en México brinda atención principalmente por medio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE),¹² además de algunas instituciones como Petróleos Mexicanos, la Secretaría de Defensa Nacional (SDN) y la Secretaría de Marina (SM) que cuentan con sus servicios de salud; sin embargo los servicios de salud de la seguridad social han sido insuficientes para atender la problemática de la población mexicana por diversas causas, siendo una de las más importantes, la financiera; al revisar el gasto destinado para la salud en Latinoamérica, se identifica que en promedio es 6.9% del Producto Interno Bruto (PIB), aunque en algunos países el presupuesto es mayor, así acontece por ejemplo en Chile con 7.2%, Colombia 9.6%, y Uruguay 10.9%, pero en México es de 5.8%,¹³ esta definición en el gasto en salud, contradice lo expresado en el artículo 4o. constitucional, de ahí que la Secretaría de Salud desarrolle programas prioritarios, sin embargo el impacto en la población no ha sido satisfactorio, lo cual se muestra en la *Encuesta Nacional de Salud*,¹⁴ donde se reporta que 48.5% de la población manifestó no tener algún tipo de protección por instituciones o programas de seguridad social,¹⁵ el resto que recibe atención médica se encuentran distribuidos de la siguiente manera: IMSS 27.6%, ISSSTE 5.2%, seguro médico pagado por los particulares 0.7%, Seguro Popular (SP) 14.6%, consultorio privado o aseguradoras privadas 2.13%; cabe mencionar

¹⁰ Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. México, 2001, pp. 49-54.

¹¹ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México, 2001, pp. 18-21.

¹² Castro R., “Sociología médica en México: el último cuarto de siglo”, *Revista Médica de Sociología*, vol. 65, núm. 3, julio-septiembre, 2001, pp. 271-293.

¹³ Cuadernos de Salud Pública, *Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas*. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2005, pp. 9-10.

¹⁴ Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud*. México: SSA/INSP, 2006.

¹⁵ Los programas como el de Oportunidades, DIF y Liconsa.

que la población con derecho a la seguridad social se concentra en las zonas urbanas, mientras que amplios sectores de la población rural carecen de este servicio.

Un hecho evidente es que las carencias del servicio, pueden ocasionar gastos excesivos en su atención, lo que repercute en el gasto corriente familiar; sin embargo, cuando la economía no permite el acceso a los servicios de salud, las personas viven con su enfermedad con una mala calidad de vida e incluso pueden llegar a la muerte.

Como una medida alternativa para atender esta problemática, en el Programa Oportunidades se plantea un paquete básico de salud con las siguientes acciones:

1. Saneamiento básico a nivel familiar
2. Planificación familiar
3. Atención prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido
4. Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil
5. Inmunizaciones
6. Manejo de casos de diarrea en el hogar
7. Tratamiento antiparasitario a las familias
8. Manejo de infecciones respiratorias agudas
9. Prevención y control de la tuberculosis pulmonar
10. Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus
11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
12. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud
13. Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino

Sin embargo este programa ha resultado insuficiente, por lo que en julio de 2003 fue aprobada por el Congreso una reforma a la Ley General de Salud donde se plantea la implementación del Seguro Popular de Salud (SPS) que entró en operación a partir de enero de 2004 y está dirigido a aquellas personas que se encuentran fuera del mercado laboral, así como para los trabajadores no asalariados y sus familiares. El SPS incluye en el catálogo de beneficios médicos 78 aspectos que incluyen servicios de medicina preventiva, servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicios, servicios de consulta externa y algunos servicios de urgencias, hospitalización y cirugía entre otros.¹⁶

El SP ha ocasionado controversia porque se considera que establece mecanismos para la privatización de los servicios de salud, además de que ha rebasado la infraestructura con la que cuentan los estados, ocasionando problemas de excesivas cargas de trabajo para el personal médico e insuficiencia de diversos insumos como medicamentos para atender la creciente demanda de la población, actualmente se encuentran registrados 12 millones de personas y la meta para el año 2010 es que

¹⁶ *Diario Oficial de la Federación*, Estados Unidos Mexicanos, julio 2006.

todos los mexicanos tengan atención en alguna institución o programa de protección social en salud; situación que requerirá el aumento del presupuesto del gasto en salud a nivel federal

A pesar de lo que se establece en el marco legal y en los programas sociales que se han implementado, los indicadores de salud muestran que hay un rezago epidemiológico, ya que no se han resuelto los problemas asociados a la pobreza como las enfermedades infecciosas y carenciales¹⁷ que son la principal causa de demanda de atención médica en los niños menores de cinco años, sino además se han incrementado las enfermedades crónico-degenerativas en la población de adultos mayores, como resultado de los cambios que se han generado en los estilos de vida, el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad. Por otra parte, han surgido enfermedades “emergentes” como el sida que afecta principalmente a población en edad productiva¹⁸ y cuyo control y costo de tratamiento representan un gran problema.

Al revisar los indicadores de salud, encontramos que las tasas¹⁹ de mortalidad a nivel nacional muestran que las principales causas de muerte en mujeres en el año 2003 fueron en orden decreciente diabetes mellitus 61.8, enfermedades isquémicas del corazón 43.5, enfermedad cerebrovascular 27.2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 14.9 y enfermedades hipertensivas 12.7, en hombres en orden decreciente fueron enfermedades isquémicas del corazón 54, diabetes mellitus 51.6, cirrosis y otras enfermedades del hígado 39.5 enfermedad cerebrovascular 24.3, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 19.8, si revisamos los datos de mortalidad por entidad federativa, observamos las grandes desigualdades, por ejemplo, las infecciones respiratorias agudas presentan una tasa a nivel nacional de 15.6, sin embargo en los estados de alta marginación como Tlaxcala es 19.3, en Puebla 20.2 y Chiapas 23.7, estos datos contrastan con estados como Nuevo León con 2.7, y Tamaulipas 1.6, la mortalidad por infecciones intestinales presenta una tasa a nivel nacional de 5.0, en Oaxaca es 12.1 y en Chiapas 17.8; especial importancia tienen los problemas de desnutrición que presenta una tasa a nivel nacional de 11.4, en Guanajuato y Chiapas es de 15.7, y en Oaxaca es de 23.7, situación que contrasta con Nuevo León 5.7, Tamaulipas 6.0 y Baja California 6.9 por ciento.

En el año 2003 se realiza un estudio denominado “Regionalización de la Situación Nutricional en México por medio de un Índice de Riesgo Nutricional”, donde se establece el Índice de Riesgo Nutricional considerando las siguientes variables:

¹⁷ Nos referimos a problemas como la desnutrición y anemia.

¹⁸ Hasta junio de 2006, había 105,170 casos registrados, donde 78.7% se encontraba entre los 15-44 años de edad, sin embargo esta cifra representa un “subregistro”, en virtud de las personas que desconocen su diagnóstico, a pesar de que probablemente sean seropositivos.

¹⁹ Tasas por 100.000 habitantes.

- 1) Estadísticas vitales (indicadores de mortalidad)
- 2) Sociales (indicadores de pobreza y marginación)
- 3) Medidas antropométricas (déficit de talla).

En esta clasificación 70% de los municipios del país, en áreas rurales y con población mayoritariamente indígena tienen problemas graves de nutrición, y se identifican como entidades con riesgo nutricional grave: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Veracruz, Yucatán, Hidalgo, Puebla y Campeche; con lo anterior se muestra que las desigualdades regionales determinan que un niño nacido en Chiapas tiene 50% de posibilidades de cumplir un año, si se compara con un niño de Nuevo León y el riesgo de mortalidad materna es 40% más alto en las zonas rurales, donde en particular la población indígena tiene las condiciones más precarias en materia de salud, comparadas con las de cualquier otro grupo.²⁰ Es importante precisar que, además, su atención se realiza principalmente a través de la medicina tradicional, sobre todo en municipios donde el acceso es muy difícil; lo que constituye un hecho relevante en virtud del significado cultural de este tipo de práctica social. En este contexto en septiembre de 2006, el Congreso de la Unión aprobó reformas y adiciones a la *Ley General de Salud*²¹, donde se reconoce lo siguiente:

Artículo 6.

[...]

IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político, sociales y culturales, con su participación y tomando en cuenta su organización social.

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional y su práctica en condiciones adecuadas.

[...]

Artículo 10. La Secretaría de Salud promoverá la participación, con el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Artículo 11. La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a las siguientes bases.

[...]

Artículo 93. De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención

²⁰ Menéndez, E., "Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales", en *Salud Colectiva*, vol. 1, núm. 2, Buenos Aires, mayo/agosto 2005, pp. 195-223.

²¹ *Diario Oficial de la Federación*, Estados Unidos Mexicanos, septiembre 2006.

primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

El cumplimiento de estas disposiciones implica un gran esfuerzo por parte del sector salud, que deberá adaptar los programas de prestación de salud a las características de cada pueblo indígena, identificando los factores que determinan el éxito o fracaso de dichos programas, así como generar los mecanismos para su buen desempeño, porque la concepción de salud y la forma de resolver la problemática, guarda un sentido multicultural, además como se ha manifestado, los recursos con los que se cuenta son insuficientes; el verdadero cambio en la salud de la población requiere de la transformación de sus condiciones de vida y trabajo, por lo que es necesaria la participación de los diversos sectores sociales y económicos, además la orientación de los servicios de salud no sólo debe ser hacia la atención de la enfermedad, sino hacia su prevención, promoviendo una nueva cultura de la salud.

Conclusiones

1. La salud-enfermedad es un problema complejo que debe ser abordado por diversos sectores de la sociedad; las políticas de salud aplicadas por el Estado y las modificaciones a la *Ley General de Salud* sólo representan acciones parciales e insuficientes, ya que los indicadores sobre la materia hacen evidente la desigualdad entre grupos sociales y zonas geográficas, así como la inequidad en el acceso a los servicios de salud.
2. Las proyecciones demográficas muestran que la población de los adultos mayores se incrementará, por lo que se deben establecer políticas que den respuesta a esta problemática, además el cambio en el perfil epidemiológico con el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas representa un reto para el sistema de salud por su alto costo en el tratamiento y control.
3. Las políticas de salud se redefinen a partir del modelo económico-neoliberal, generando la disminución en el gasto de salud, promoviendo programas con paquetes básicos de salud y la privatización de los servicios médicos.

Bibliohemerografía

ALMEIDA, N. y Paim J., "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica", *Cuadernos Médico-Sociales*, 75, Rosario Argentina, 1999, pp. 5-30.

- BREILH, J., *Epidemiología, Economía, Medicina y Política.*, 3a. ed., Fontamara, México, 1989, p.183.
- CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA, *Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas.* Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2005.
- CASAS-ZAMORA, J., “Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI”. *Panamericana de Salud Pública.* Am/Public Health 11 (5/6), 2002.
- CASTRO R., “Sociología médica en México: el último cuarto de siglo”, *Revista Médica de Sociología*, vol. 65, núm. 3, julio-septiembre de 2001.
- Diario Oficial de la Federación*, Estados Unidos Mexicanos, julio 2006.
- Diario Oficial de la Federación*, Estados Unidos Mexicanos, septiembre 2006.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Delma. México 2006.
- GUINSBERG E., *La salud mental en el neoliberalismo*, Plaza y Valdés, 2a. ed., México, 2004.
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA y Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. México, 2003.
- MARX, C., *Introducción general a la crítica de la economía política.* Nacional, 1987.
- MENÉNDEZ, E., “Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales”, en *Salud Colectiva*, vol. 1, núm. 2, Buenos Aires, mayo/agosto, 2005.
- MORIN, E., *La mente bien ordenada*, Seix Barral, España. 2003.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.* México, 2001.
- SALGADO, N., Wong R., *Envejeciendo en la pobreza*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2003.
- SAN MARTÍN, H, *Salud-enfermedad*, La Prensa Médica Mexicana, México, 1983.
- SECRETARÍA DE SALUD, Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud*, México:SSA/INSP,2006.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Programa Nacional de Salud 2001-2006.* México 2001.