



Universidad Autónoma de Sinaloa
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales



PFCE

Edición financiada con recursos del
Programa de Fortalecimiento de la Calidad Educativa

REVISTA DE ECONOMÍA | N° 39

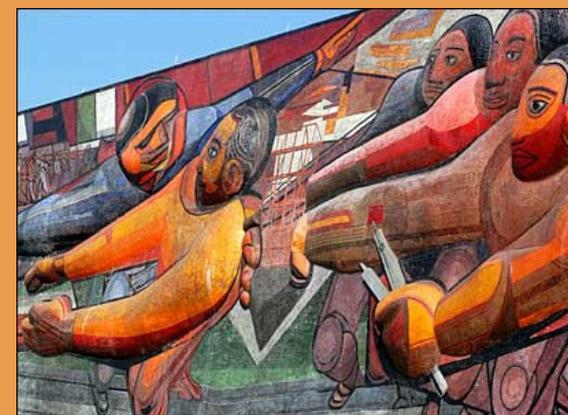
Ciencia y Universidad



Ciencia y Universidad

REVISTA DE ECONOMÍA | N° 39

Enero-Junio 2019 ISSN 0185-6618



LAS CONDICIONES LABORALES DE LA IED EN EL SECTOR

AUTOMOTRIZ: CASO VOLKSWAGEN DE MÉXICO

José Emmanuel Pérez Martínez, Reyes Guzmán Gerardo

LEY DE CONTRATOS DE SALUD PÚBLICO-PRIVADO Y SU IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD EN MAZATLÁN, SINALOA, Y MÉXICO

Felipe Lara López Renato Pintor Sandoval Jessica Y. Soto Beltrán

REPERCUSIONES ECONÓMICAS EN ESTADOS UNIDOS ANTE LA TERMINACIÓN DEL TLCAN: UN ANÁLISIS SUBNACIONAL.

Roberto Zepeda

CAPACIDAD INNOVADORA REGIONAL EN MÉXICO: HETEROGENEIDAD ESTRUCTURAL Y DEPENDENCIA ESPACIAL

Jesús Armando Ríos-Flores, Rosario Alonso Bajo, Arturo Retamoza López

BALANZA DE PAGOS Y TIPO DE CAMBIO EN MÉXICO: 1994-2016.

Gerardo Reyes Guzmán

LA HISTORICIDAD MEXICANA QUE AVALA LA MATERNIDAD COMO EL PRINCIPAL ROL DE LAS MUJERES Y LA LUCHA DE UN MODELO NEOLIBERAL-CAPITALISTA POR DESARRAIGARLO

Alhelí Fabiola Urquizú Solís



Revista Ciencia y Universidad

No. 39 Enero-Junio 2019

Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

ISSN 0185-6618

INDAUTOR (Reserva de derechos al uso exclusivo)

04-2018-110612281800-102



Ciencia y Universidad, es una publicación semestral, editada por la Universidad Autónoma de Sinaloa a través de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Año 19, número 39, correspondiente al periodo de Enero a Junio de 2019. Editor responsable Jéssica Yanet Soto Beltrán. *Certificado de Reserva número 04-2018-110612281800-102 expedido por la Dirección de Reservas de Derechos del Instituto Nacional de Derechos de Autor. Certificado de Licitud de Título y Contenido por la Secretaría Técnica Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación, N. 16078, ISSN 0185-6618. Latindex Folio 439. Dirección de Ciencia y Universidad: Calle Josefa Ortiz de Domínguez s/n, Ciudad Universitaria, Culiacán, Sin. CP80040. Teléfono y Fax 713 38 03. Este ejemplar se imprimió el día 30 de Junio de 2019 en los Talleres de Imprenta Universitaria, Ignacio Allende y Josefa Ortiz de Domínguez, Col. Gabriel Leyva, Culiacán, Sinaloa, los ejemplares impresos se remiten para su distribución a la Dirección de Editorial de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Burócratas No. 274-3 Ote., Col. Burócrata, Culiacán, Sinaloa, México*

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Al reproducir contenidos e imágenes de la publicación agradeceremos la cita correspondiente tanto del autor como de la revista.

Imagen de portada: David Alfaro Siqueiros Esculptopintura de relieve en estructuras de hierro revestidas de cemento cubiertas con mosaicos de vidrio Muro Sur 1952-1956.

Ciencia y Universidad

REVISTA DE ECONOMÍA | **N° 39**

Enero-Junio 2019 • ISSN 0185-6618



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

MÉXICO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

Juan Eulogio Guerra Liera

Rector

Jesús Madueña Molina

Secretario General

Ilda Elizabeth Moreno Rojas

Directora de Editorial

Juan Carlos Ayala Barrón

Director de Imprenta Universitaria

Óscar Alfonso Aguilar Soto

Director de la FACES

César Ramón Aguilar Soto

Secretario Académico de la FACES

Jessica Yanet Soto Beltrán

Coordinador de Posgrado de la FACES

CIENCIA Y UNIVERSIDAD

Dra. Jessica Yanet Soto Beltrán

Directora

Guillermo Sandoval Gutiérrez

Editor técnico

Alan Gabriel Lazcano Beltrán

Diseño y Comunicación

Comité editorial

Dra. Miriam Liliana Castillo Arce | UAS. México.

Dr. Moisés A. Alarcón Osuna | UAS. México.

Dr. Arturo Retamoza López | UAS. México.

Dra. Cristina Isabel Ibarra Armenta | UAS. México.

Consejo editorial

Ph.D. Ajit Singh | University of Cambridge

Ph.D. Charles Jones | University of Cambridge

Ph.D. Ha-Joon Chang | University of Cambridge

Dra. Aida Rosario Hernández | INAH, UNAM. México.

Dr. Roberto Escalante Semerena | UDUAL

Dr. Carlos Tello Macías | UNAM. México.

Dr. Rolando Cordera Campos | UNAM. México.

Dr. Alberto Acosta | FLACSO. Ecuador.

Dr. René Ramírez | SENESCYT. Ecuador.

Dr. Pablo Martín Urbano | UAM. España.

Dr. Pablo Lacoste | Universidad de Santiago de Chile. Chile

Dra. Ana Urraca Ruiz | Universidade Federal Fluminense. Brasil.

Dra. Gemma Durán Romero | UAM. España.

Dr. Juan Ignacio Sánchez | UAM. España.

Dr. Wilman Gómez Muñoz | UDEA. Colombia.

Dr. Edgrar Negrin de la Peña | UCLM. España.

Dr. Eduardo Mendoza Cota | COLEF. México.

CONTENIDO

LAS CONDICIONES LABORALES DE LA IED EN EL SECTOR AUTOMOTRIZ: CASO VOLKSWAGEN DE MÉXICO <i>José Emmanuel Pérez Martínez</i> <i>Gerardo Reyes Guzmán</i>	5
LEY DE CONTRATOS DE SALUD PÚBLICO-PRIVADO Y SU IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD EN MAZATLÁN, SINALOA, Y MÉXICO. <i>Felipe Lara López</i> <i>Renato Pintor Sandoval</i> <i>Jessica Y. Soto Beltrán</i>	39
REPERCUSIONES ECONÓMICAS EN ESTADOS UNIDOS ANTE LA TERMINACIÓN DEL TLCAN: UN ANÁLISIS SUBNACIONAL <i>Roberto Zepeda</i>	63
CAPACIDAD INNOVADORA REGIONAL EN MÉXICO: HETEROGENEIDAD ESTRUCTURAL Y DEPENDENCIA ESPACIAL <i>Jesús Armando Ríos-Flores</i> <i>Rosario Alonso Bajo</i> <i>Arturo Retamoza López</i>	89
BALANZA DE PAGOS Y TIPO DE CAMBIO EN MÉXICO: 1994-2016 <i>Gerardo Reyes Guzmán</i>	117
LA HISTORICIDAD MEXICANA QUE AVALA LA MATERNIDAD COMO EL PRINCIPAL ROL DE LAS MUJERES Y LA LUCHA DE UN MODELO NEOLIBERAL-CAPITALISTA POR DESARRAIGARLO <i>Alhelí Fabiola Urquizú Solís</i>	139

LEY DE CONTRATOS DE SALUD PÚBLICO-PRIVADO Y SU IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD EN MAZATLÁN, SINALOA, Y MÉXICO

FELIPE LARA LÓPEZ

Maestro en Políticas Públicas
de la Facultad de Estudios Internacionales y Políticas Públicas
por la Universidad Autónoma de Sinaloa.
felipe.lara@hotmail.com

RENATO PINTOR SANDOVAL

Doctor. Profesor/investigador
de la Universidad Autónoma de Sinaloa.
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores-Nivel I.
renato_azul@hotmail.com

JESSICA Y. SOTO BELTRÁN

Doctora. Profesora/investigadora
de la Universidad Autónoma de Sinaloa.
jesysoto@gmail.com

Resumen: el presente trabajo tiene como objetivo analizar el diseño de la política pública que en materia de salud se ha suscitado en Sinaloa: la Ley de Contratos Públicos-Privados. En este ejercicio se analizan el impacto y alcance que tendrá dicha ley, que en dos ocasiones ha sido aprobada pero cuya vigencia también ha sido aplazada para funcionar en Sinaloa. De igual manera, a través de una encuesta, se analiza la aceptación o negación del nuevo esquema en la ciudad de Mazatlán, uno de los dos lugares donde se pretende que se ejerza dicha ley.

Palabras clave: Sistema de Salud; Contratos Públicos-Privados; Diseño de Políticas Públicas; Mazatlán, Sinaloa.

Abstract: *The present work aims to analyze the design of the public policy that in health has been raised in Sinaloa: The law of public-private contracts. This exercise analyzes the impact and scope of this law, which has been approved twice but has also been postponed to operate in Sinaloa. In the same way, we analyze through a survey conducted by us the acceptance or denial of the new scheme in the city of Mazatlan, one of the two places where the law is intended to be exercised.*

Keywords: *Health System; Public-Private Contracts; Design of Public Policies; Mazatlán, Sinaloa.*

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, el país ha experimentado un acelerado proceso económico, al pasar de una economía del Estado de bienestar, gestada a través del gasto público y el aumento de las cargas fiscales de una economía sostenida por el Estado, a una de corte neoliberal (Flora y Heidenheirner, 1984) cuyo objetivo no es respetar el derecho al desarrollo, sino lograr una desregulación del mercado promovida por el comercio, es decir, una nueva regulación dirigida por las fuerzas dominantes del capital (Herrera, 2006).

Estas acciones han marcado una disminución de las actividades del bienestar social del aparato estatal, en las cuales el carácter de los Estados nacionales está siendo modificado por las fuerzas del neoliberalismo mundial que se vive y se interconecta cada vez más (Dabat y Rivera, 1994). Al interior, se viven los procesos de privatización, desburocratización y refuncionamiento del poder público, con las implicaciones de la nueva relación entre Estado y capital y entre estado y sociedad; a nivel internacional, los Estados nacionales se conforman en torno a la inducción del crecimiento económico, la competitividad, la propiedad privada y el nuevo debate en torno a la seguridad social, subordinados a la lógica del mercado y el consumo, anteponiéndose cada vez más el papel del Estado como benefactor y tratando siempre de lograr el tan anhelado crecimiento económico ante el no objetivo de la creación del empleo y su contención, además de no ejercer como objetivo central el consumo interno, bajo la soberanía que se le otorgó al Banco Central, de disminuir la inflación (Calva, 2001).

En este sentido, Salazar (2004) sostiene que las administraciones han ejecutado acciones con el objetivo de “minimizar” la participación del Estado, cuyas estrategias son reducir la deuda externa, la liberalización de la economía y una rigurosa política presupuestaria y monetaria, así como distintas reformas estructurales, políticas fiscales restrictivas, la desreglamentación interna y externa y la privatización del sector público. Sobre esto último, han aparecido ciertos mecanismos e iniciativas de políticas públicas como los contratos públicos-privados, algo que no es novedoso, pero que obedece a una serie de transformaciones en el sistema político-social que se han diseñado con más fuerza durante los últimos lustros.

La implementación de los contratos públicos y privados en México viene a “salvaguardar” algunos programas y servicios públicos estata-

les y municipales, como es el caso del sistema de salud en México. De acuerdo con los datos de la OCDE¹ (2014), el porcentaje destinado a este sector, en relación a su Producto Interno Bruto (PIB), pasó de 5 a 6.2 puntos porcentuales en el periodo 2000 a 2012.² Del gasto anterior, durante 2012, el 50.6% y el 6.8% correspondieron a gastos en salud pública y farmacéutico, respectivamente. Un dato interesante es la reducción del 65.8% de este último como parte del gasto destinado a salud, y una reducción del 19.9% a los bienes inmuebles durante el periodo citado (Gómez et al., 2011:225). La cifra anterior explica la posición 32 de México en este rubro de un total de 34 países que integran la OCDE.

En este trabajo tratamos de contestar las siguientes interrogantes: ¿qué política pública ha diseñado el estado de Sinaloa para ofrecer una mayor cobertura en materia de salud, debido a la disminución del gasto público en infraestructura de salud? Y ¿cómo ha sido el diseño de la ley público-privado y la aceptación de los usuarios de los servicios de salud públicos en Mazatlán, Sinaloa, ante dicha ley?

Si bien la falta de presupuesto para atender una mayor cobertura de los servicios de salud pública en el estado de Sinaloa, y en particular en el municipio de Mazatlán, no son suficientes para la demanda de los servicios de salud en el estado, es claro que existe un desconocimiento de esta ley, pero una aceptación general ante los fines que persigue cuando pretende instaurarse; sin embargo, se advierte que la ejecución de los contratos públicos-privados será cada vez más común en el estado y a nivel federal, pues esto ya ha venido sucediendo.

Este trabajo está dividido en tres partes: la primera trata sobre el contexto social y económico del sistema de salud en México, enmarcado en un sistema emanado del pluralismo que incluye no sólo a las instituciones públicas como IMSS, ISSSTE, SESA, SEMAR y Seguro Popular (Frenk y Gómez, 2008), sino también a aquellas instituciones privadas que ofrecen servicios de salud a través de clínicas y hospitales (Gómez et al., 2011:235).

1 La entrada de México a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OCDE, tuvo lugar el 8 de mayo de 1994, posicionándolo como el miembro número 25 de tal organismo.

2 El gasto en salud como porcentaje del PIB está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo de lo que dedican a la salud países como Argentina (9.8%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8.1%) y Uruguay (8.2%), tomado de Octavio Gómez Dantés, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. "Sistema de salud de México" en Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2, 2011.

Dentro del segundo apartado, se analiza el enfoque del diseño del contrato público-privado, fenómeno que ha resurgido ante la demanda de los servicios públicos (Guerrero, 2003), pero también, como sugiere Araya (2012), como instrumento de políticas públicas que han tenido avances altamente significativos en términos de colaboración y satisfacción poblacional. En el tercer apartado abordamos el contexto de salud en Mazatlán, Sinaloa, así como los resultados de nuestra encuesta en cuanto a la implementación de los contratos públicos y privados en el servicio de salud en dicha ciudad, que bajo el orden constitucional del artículo 4 de la Constitución Política de México, establece que “la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos”. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. Por último, se exponen las consideraciones finales.

CONTEXTO SOCIAL Y ECONÓMICO DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2003), “el sistema de salud abarca todas las organizaciones, instituciones y recursos que emanan de iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud”. Ahora bien, por sistema de atención sanitaria se entiende en cambio las instituciones, personas y recursos asignados en la prestación de atención a los servicios de salud a los individuos.

Para el caso del sistema de salud mexicano, la segmentación de los servicios y procuración de la salud son diferenciados, dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo y sus familias; y, por último, la población con capacidad de pago (Gómez et al., 2011:224). Pérez (2010), identifica que en el diseño de los servicios de salud en México no se tomó en cuenta el criterio de repartición universal de satisfactores, ya que en el fundamento de los Derechos Humanos fue concebido de tal forma que la sociedad organizada y asalariada fue la receptora de los beneficios de la seguridad social, entre los cuales se encuentra el acceso a los servicios de salud como necesidad primaria. Es ahí donde nacen las instituciones de seguridad social como el IMSS e ISSSTE (véase cuadro 1), que atendían a la población inserta en el sector formal de la economía. Los trabajado-

res pertenecientes a este sector, activos y jubilados y sus familias, son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras; por su parte, el ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. En cuanto a los servicios médicos dedicados a los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR, en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud al 1% (III Informe de Gobierno, 2009).

Cuadro 1. Principales acontecimientos del Sistema de Salud en México

1905	Inauguración del Hospital General de México
1917	Creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública
1937	Creación de la Secretaría de Asistencia Pública
1943	Fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) y creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primer Hospital Infantil en México.
1953	Creación de la Asociación Mexicana de Hospitales
1960	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
1979	Creación del Programa IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS-Oportunidades.
1985	Inicia la descentralización de los servicios de salud para la población asegurada, que concluye en 2000
1987	Creación del Instituto de Salud Pública
2003	Creación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo eje forma parte del Seguro Popular.

Tomado de Gómez et al. (2011)

Como se observa en el cuadro 1, los servicios de salud han tenido cambios significativos en los últimos años, principalmente por intentar alcanzar la cobertura universal. En nuestro país, la seguridad social nace el 1 de enero de 1943 con la fundación del IMSS; el 15 de octubre de ese mismo año, se formalizan los servicios públicos de la Secretaría de Salud (SSA), que en su naturaleza fundacional tenía implícita una concepción asistencial para atender principalmente a los mexicanos que carecían de recursos para sostener un seguro de salud privado (OCDE, 2016). En esta clasificación del sistema de salud, inspirada en el corpo-

rativismo del Estado que imperaba en sus inicios, se identifica en gran medida al origen de la forma equívoca y desigual del derecho a la salud en México, ya que no atendió a la universalidad y se hizo discriminatorio, pues se veía la ausencia de principios elementales como el derecho humano de asegurar la salud, ya que se apartaba a la clase popular.

Posteriormente, con la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en el sexenio del presidente Vicente Fox Quezada (2000-2006), se pudo avanzar hacia la universalidad de los derechos. Pérez (2010); González, Barraza, Gutiérrez y Vargas (2006) y Frenk y Gómez (2008) señalan que en el caso de México las políticas de la Secretaría de Salud, que se orientó a atender a la sociedad en general sin seguridad, no lo hicieron sin solventar las deficiencias estructurales de las instituciones de salud, como la falta de personal e infraestructura, la desigual distribución de recursos entre entidades y la diferencia existente entre el financiamiento de la salud pública con respecto a las instituciones de seguridad social, mismas que derivaron en un colapso del servicio público que, aunque pretendió atender a la clase obrera o burocrática del país, fue poco eficiente y mantuvo un importante déficit de recursos económicos y de equipo y personal, además de una mínima capacidad resolutive que se agravó más ante la incapacidad de responder íntegramente a las obligaciones en materia universal del Estado mexicano.

El tamaño de la inversión y la eficiencia de un nuevo programa depende de muchas variables del entorno institucional, asegura Mayer (2011:40-43); es decir, en un mundo en competencia como el nuestro, contar con instituciones inadecuadas es mucho más costoso que antaño. Las instituciones no son exógenas, sino dependientes del país donde residen, y algunos programas que están diseñados para favorecer a un grupo afectan a otro.

Así, a pesar de que fue diseñada para favorecer el interés general, las reglas de operación de la iniciativa en comento desfavoreció a la clase trabajadora para la cual estuvo diseñada. Por ejemplo, según datos de la Dirección General de Información de Salud (DGIS) (2015), existían 22,157 unidades médicas de salud en el 2013 en México, y eso sin considerar a los consultorios del sector privado; así, para 2015 había 3007 unidades médicas para la población con seguridad social y 19,150 unidades médicas para la población sin seguridad social. Aproximadamente, 86% son hospitales generales y el resto con especialidad. En el sector privado, la gran mayoría de los hospitales son maternidades

muy pequeñas. Alrededor del 70% de las unidades privadas con servicios de hospitalización tienen menos de 10 camas y apenas el 6% cuenta con más de 25 camas (DGIS, 2015).

En cuanto a la población asegurada, el INEGI (2013) estimó que 91 millones de personas (77%) están afiliadas a una institución de seguridad social o de salud; de éstos, 53% son mujeres y el resto hombres. La DGIS (2015) registra que el país destinó un gasto total en salud de \$1,013,571,549,200 pesos en 2014, de los cuales el 51.7% corresponde a las cuentas a la población con seguridad social y el resto al gasto público en salud a la población sin seguridad social. Por otro lado, el 48.3%, fue destinado al gasto privado en salud, que se compone de las siguientes tres cuentas: gasto de los hogares e instituciones sin fines de lucro, cuotas de recuperación y seguros médicos privados. A esto hay que sumar el déficit público que el país enfrentaba durante gran parte de finales de los setenta y ochenta de los programas e instituciones públicas. Por ejemplo, en 1997 el 26% de los gastos en salud pública se destinaban a fines administrativos (incluidos los salarios), 17% era para promoción y sólo 57% era para servicios. Estos porcentajes mejoraron durante 2001: 77% se dedicaron a los servicios, 18% a gastos administrativos y solo 4,5% a actividades de promoción (Hormedes y Ugalde, 2005). Estudiosos del sistema de salud mexicano revelaron en noviembre de 2004, que los beneficiarios de la reforma de salud no fueron los usuarios de las instituciones, sino los particulares que prestan servicios, venden insumos o bien mantienen un contrato de arrendamiento, al igual que las aseguradoras que se sumaron a ofrecer servicios de salud. El programa de Salud Universal, si bien trajo beneficios, también se vio obligado a sacrificar la calidad de los servicios que presta. Además, al contrario de lo programado, muchas administradoras tienen su propia red de instituciones prestadoras de servicios, es decir, que hay una integración vertical que les permite reducir aún más los gastos. Esto menoscaba los ingresos de los prestadores de servicios y disminuye la competitividad de las prestadoras públicas.

De acuerdo con Dantes et al. (2011:231) al referirse al sistema de salud en México, el mayor reto es buscar alternativas para fortalecer su integración, de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas, se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre plenamente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud. Para ello, Carpizo (2007:19) señala que en “los sistemas democráticos, para hacer

frente a nuevas realidades, tienen que legislar cuestiones novedosas, que no presentaban mayores dificultades con anterioridad”. Aunque en realidad, se está promoviendo un pluralismo estructurado o la competencia regulada de los servicios de salud hacia la descentralización de los servicios, contribuyendo en gran medida a la fragmentación de las políticas de salud en México, al aumento de las desigualdades y la reducción de la responsabilidad de los estados de usar eficientemente los recursos federales destinados a los servicios de los pobres (Hormedes y Ugalde, 2005; Arandia, 2002).

EL SISTEMA DE CONTRATOS PÚBLICOS-PRIVADOS EN MATERIA DE SALUD EN MÉXICO

El acceso a los servicios de salud de una sociedad cada vez más grande, compleja y con necesidades diferentes es un problema público que abarca desde lo local hasta lo internacional. Así pues, en palabras de Hormedes y Ugalde (2005:217), por “su tamaño geográfico y poblacional, por su constitución federativa y por su excesivo centralismo político y económico en el Distrito Federal, hoy llamado Ciudad de México, [el país] reúne las condiciones ideales para justificar la descentralización de los servicios de salud”. Los estudios de la descentralización mexicana se refieren a dos etapas: la primera transcurrió de 1983 a 1988 y la segunda de 1994 hasta el presente. Sin embargo, la transferencia del poder programático ha sido mínima y los programas verticales han seguido sin cambios.

Lo que sí ha provocado cambios es la redistribución presupuestal en materia de salud, que es inequitativa. Por ejemplo, el estado que tiene la asignación de fondos más alta en cuanto a salud, tiene un gasto per cápita 156 veces mayor que el que tiene la menor asignación (González, 2003). La descentralización no ha contribuido a corregir esa brecha, sino que, al contrario, la ha aumentado, y los estados más ricos reciben más fondos de las cuotas de recuperación que los estados más pobres. Los fondos federales asignados como aporte de solidaridad para disminuir las inequidades entre los estados han sido tan escasos que no se ha notado su impacto.

Bajo el modelo neoliberal actual, y mediante los gestores que dirigen la política de salud de México, se promueve que los estados contraten en el sector privado servicios médicos cubiertos por el Seguro Popular y que los beneficiarios de ese seguro puedan acceder a los pro-

veedores de salud que deseen, ya sean del sector privado, del público o de la seguridad social.

Las desigualdades presupuestarias, la crisis que atraviesan los institutos de salud, la puesta en marcha del programa de salud universal y la falta de una extensa cobertura han obligado a los diferentes diseñadores de políticas públicas, grupos sociales y empresarios a tomar medidas alternas a la cobertura que anteriormente funcionaba como pública y gratuita; tal es el caso de lo público y privado. Este terreno de discusión es amplio y obedece al reclamo de la sociedad, no sólo sobre los servicios de salud, si no de educación y vivienda y otras áreas que requiere la sociedad para tener una vida digna y de calidad (Howlett y Ramesh, 2003).

En este sentido, y basados en el modelo brasileño de subcontratos los servicios de salud a particulares (Lodoño y Frenk, 1997), algunas entidades federativas como el Estado de México, Sonora y, recientemente, Sinaloa, han buscado alternativas que promuevan el acceso a los servicios de salud para sus habitantes a través de los contratos públicos-privados. Para ello, Conolly (1983:32) sugiere que “es necesario ubicar la composición del instrumento público-privado, misma que no es unitaria”, y que más bien forma parte de una amplia discusión que en los últimos años ha permanecido en la agenda y el debate político; y aunque se ha intentado darle un giro dual o de división, es más bien un tema controversial. Los reclamos obedecen a que cada día los servicios públicos dejarán de ser estatales y serán administrados empresarialmente, o bien, serán privados, como señala Armienta:

La mayoría de los Estados han determinado que el servicio público no sólo puede ser prestado por órganos estatales, sino también por personas o entes particulares o privados, y se ha llegado a aseverar que en los países de corte democrático, no obstante la creciente intervención estatal, la participación de los particulares resulta indispensable, pues al ser tan dinámica la participación estatal, se tiene que auxiliar de la sociedad civil (Armienta, 2013:92).

El razonamiento de aceptar la participación privada en asuntos públicos “obedece a la creciente complejidad de los servicios públicos y de las múltiples necesidades que la sociedad moderna está requiriendo” (Armienta, 2013:93). De esta forma, los particulares cada vez van teniendo mayor participación en la prestación de los servicios públicos, pues el Estado no tiene la capacidad suficiente para ofrecerlos. Lo cier-

to es que el instrumento público-privado surge en la actualidad desde otras perspectivas: ya no hablamos de lo distanciado e imposible de unir, sino más bien de la posibilidad de buscar la relación existente entre las bondades de una y de la otra. En este sentido, es importante conocer la situación que guardan los diferentes mecanismos que operarán los contratos que deparen lo público-privado en las diferentes áreas en que esté inmersa su participación.

E. Bitran y A. Villena (2010) señalan que una de las principales formas de trabajo que adoptaron el sector público y el sector privado se dio durante los años ochenta, y puede verse reflejada en parte por el traslado de elementos de la Nueva Gestión Pública, siendo el outsourcing la figura de la externalización de ciertas funciones públicas a lo privado. Por ejemplo, una empresa pública subcontrataba a una empresa privada para mercadotecnia, sistemas o diferentes servicios especializados. El caso antes mencionado es uno de los ejemplos más claros que podemos citar en donde el Estado entrega a un privado la respuesta a un problema público, pagando por estos servicios. Actualmente existen diferentes ejemplos, como la recolección de basura y las concesiones de bienes inmuebles municipales a particulares, de acciones públicas que parten del modelo conocido como BOT (Building, Operate and Transferring), en el que una empresa privada construye, financia y opera un proyecto de infraestructura, cobra por el uso de los servicios asociados a ésta por un período fijado y, luego de este período, transfiere la infraestructura al sector público.

Como explica Guerrero (2003), la fusión entre lo público y lo privado obedece a la búsqueda del “bien común”, en el que cada uno de los actores tiene objetivos particulares que generan cambios significativos a favor de la sociedad; la relación existente y las tareas planteadas por cada uno de los organismos, instituciones y empresas son la clara expresión de un nuevo esquema donde el principal objetivo es propiciar bienes y/o servicios de calidad hacia una población objetivo.

Ahora bien, puede existir cierta confusión entre las finalidades de cada uno. ¿A quién atañe la responsabilidad del servicio?, ¿al público o al privado? Serra (1973:55) señala las profundas diferencias entre términos que resultan equívocos, como los fines del Estado, la función pública y los servicios públicos. Los servicios públicos es una finalidad o función del Estado, aunque para ello recurra al privado u otras instituciones; sin embargo, éstos recaen en las responsabilidades del Estado de garantizar el servicio público.

En suma, como lo considera Armienta (2013), no debe existir ninguna diferencia entre la prestación de un servicio público que ofrezca el Estado y la de un particular, ya que el servicio público siempre debe ir dirigido a la satisfacción de alguna necesidad colectiva. Sin embargo, aunque estos instrumentos de colaboración pudieran parecer bondadosos, lo cierto es que las privatizaciones siguen amenazando a los servicios públicos, que han tenido que enfrentar un peligro aún mayor: los recortes presupuestarios en el gasto público estatal, que tras las sucesivas crisis que se han generalizado en los diferentes órganos gubernamentales, mismas que han venido ajustándose, han provocado que se implemente esta idea de colaboración. Así, lo que se visualiza es que poco a poco se verá dañado el derecho fundamental de dotar a una sociedad de la cobertura de sus necesidades vitales y de interés social, por lo tanto deben salvaguardarse como características del servicio público la igualdad en el acceso, la prestación y la calidad de los servicios; la universalidad y la continuidad, los precios públicos desligados del coste del servicio y la adaptabilidad a las necesidades de la población y a los cambios tecnológicos.

CONTEXTO DE SALUD EN MAZATLÁN, SINALOA, Y LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA LEY PÚBLICO-PRIVADO

De manera general, la situación del sector salud en el estado de Sinaloa es muy similar a la nacional. De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud (2012), el gasto estatal dedicado a la salud pasó de 5.9 a 10.5 millones de pesos durante 2005 y 2010, respectivamente, lo que corresponde a 3.3 y 3.6% del PIB estatal. Lo anterior trajo como consecuencia que por cada mil habitantes en el estado sólo se cuente con 1.7 médicos, 2.3 enfermeras y 0.8 camas de hospital, lo que ubica al estado en los lugares 10, 12 y 11, respectivamente, a nivel nacional.

Este comportamiento, tanto del gasto público asignado al sector salud en Sinaloa como de la tendencia de poder sufragar los gastos en salud, es insuficiente, además de que merma el ingreso en términos reales de la población en gastos de salud. Esta situación permite prever la gravedad del riesgo del bienestar social. La insuficiente atención del sector salud que se observa en Sinaloa –donde operan 221 clínicas de salud y 7 hospitales generales con cerca de 1050 médicos– y el escaso acceso a médicos con especialidad –apenas 250– se debe en parte al casi nulo acceso a los servicios de salud de una buena parte de la población

que no está asegurada por las vías formales y que es considerada como población vulnerable o de pobreza patrimonial, y por ende, como señala CONEVAL (2010),³ no tiene acceso a los servicios de salud en el estado.

Ahora bien, en Mazatlán la situación no es muy diferente a lo que pasa en el resto de Sinaloa. Y el panorama se agudiza más debido al porcentaje de la población dedicada a los servicios turísticos, que incluye a los muchos mazatlecos que recurren al autoempleo o a la informalidad dentro del sector. La entidad ha experimentado diferentes cambios. Basta saber que con casi 500 años desde su fundación en 2015, su economía ha pasado de ser un pueblo ferrocarrilero a comerciante, agricultor, minero y hotelero. Por ejemplo, Mendoza et al. (2014) señalan que durante el siglo XIX Mazatlán se convirtió en el principal centro mercantil y puerto de altura en el noroeste del país, actividad que emplea un alto número de trabajadores en la industria pesquera. Hoy, sin embargo, para el mismo autor, las actividades económicas mazatlecas que más aportan al PIB son los servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes inmuebles, actividades que son más importantes que las del sector primario.

A pesar de que la población mantiene un asimétrico equilibrio poblacional, existe una importante migración de pensionados norteamericanos y canadienses en el puerto (Lizárraga, 2008), cifra que asciende a unos 35,000 habitantes de los 502,547 habitantes que reportó el INEGI en 2015. De ellos, 423,396 –lo equivalente al 84.25 % del total de la población en Mazatlán (INEGI, 2015)– se encuentran afiliados a diferentes servicios de salud. En el cuadro 1 se muestra el total de la población afiliada en algún servicio de salud.

³ CONEVAL (2010), define a la pobreza en México como una situación social multidimensional y, en atención al ingreso, en las que se observan los niveles de pobreza: alimentaria, de capacidades y patrimonial. Para el presente trabajo se consideran las componentes incluidas en este último nivel de pobreza. Es decir, la pobreza patrimonial, se encuentra como categorías dependientes el nivel de carencia en los siguientes rubros: alimentación, educación, acceso a los servicios de salud, vivienda, vestido y de transporte.

Cuadro 1. Número de habitantes asegurados en sistemas de salud en Mazatlán, Sinaloa, 2015.

Institución	Número de afiliados
IMSS	253,995
ISSSTE	36,835
Seguro Popular	109,702
Pemex, Defensa y Marina	13,337
Institución privada	12,067
Otra institución	10,627

Elaboración propia en base a INEGI, 2015

Ahora bien, para la aplicación de la encuesta en la ciudad de Mazatlán, Sinaloa, fue muy importante la realización del diseño muestral a la población objetivo, esto para hacer una muestra significativa y representativa del objeto de estudio. Por ello, se recurrió a la fórmula estadística propuesta por Levin (2010):

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

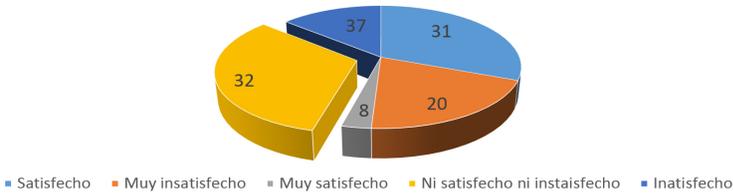
en donde N= tamaño de la población, Z= nivel de confianza, P= probabilidad de éxito o proporción esperada, Q= probabilidad de fracaso y D= precisión, refiriéndose al error máximo admisible en términos de proporción (Levin, 2010:290). La fórmula anterior sirvió para conocer el tamaño de la muestra que se realizó en los centros de salud de Mazatlán, Sinaloa, donde se aplicó un total de 271 encuestas, mismas que fueron repartidas de la manera siguiente: 159 en el IMSS, 21 en el ISSSTE, 67 en el Seguro Popular; 9 en Defensa, PEMEX y Marina, y 8 en una institución privada y 7 en otra institución, buscando dar a conocer a los usuarios la nueva Ley de Contratos Públicos-Privados que se implementará en el estado.

Cabe señalar que el grueso de los encuestados –casi el 70%– se encuentra en el rango de edad de los 40 a los 55 años de edad, un 75% de los encuestados son casados y casi el 88.1% de ellos tienen estudios que apenas alcanzan el grado bachillerato; se considera relevante agregar esta información que para efectos de la presente investigación sirvió

para identificar los aspectos socioeconómicos de los usuarios y realizar una mejor presentación de los resultados.

En la primera gráfica, el resultado que se muestra es que casi el 37% de los encuestados se siente satisfecho con la institución en la que se encuentra inscrito, resultado que obedece a la opción más contestada, aunque cabe destacar que el servicio de citas en general obedece únicamente al médico general y no incluye a los especialistas. A pesar de esta respuesta positiva, cabe señalar que su naturaleza obedece más a lo económico que al servicio que se les ofrece, pero si miramos atentos a la gráfica tenemos que existe casi un 60% de personas que se sienten insatisfechas por el servicio que se les ofrece.

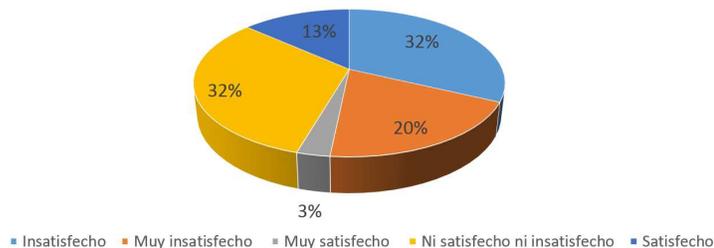
Gráfica 1. Grado de satisfacción de los usuarios a los servicios de Salud en Mazatlán, Sin., 2016.



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la encuesta realizada en septiembre de 2016 en Mazatlán, Sin.

En la gráfica 2 se muestra el grado de satisfacción con el servicio que ofrecen los especialistas en los servicios de salud de Mazatlán. Más del 63% respondió que no se encuentran satisfechos, mientras que el 13% se siente satisfecho con el servicio de citas con el especialista. Esta respuesta tiene dos aristas principales desde el punto de vista Estado-cliente: en la primera, llamada “molde cultural”, toda acción de gobierno resulta limitada; y la segunda, el “molde ciudadano”, permite al usuario el resultado de instantaneidad, rapidez, igualdad jurídica, derecho público e individualismo (Escalante, 2015); en pocas palabras, ambos son individuos que efectivamente se comportan o parecen comportarse como egoístas racionales que maximizan su utilidad.

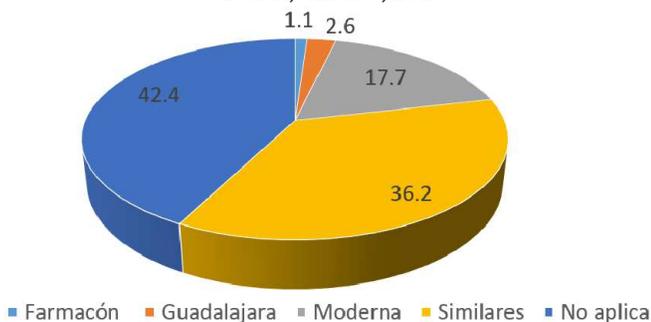
Gráfica 2. Grado de Satisfacción del usuario con especialista en centro de Salud en Mazatlan, Sinaloa, 2016



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la encuesta realizada en septiembre de 2016 en Mazatlán, Sin.

Sobre un reactivo relacionado con el abastecimiento de medicamentos de la institución en la que se está inscrito, más del 55% de los encuestados respondieron que no cuentan con el servicio y abastecimiento de medicamentos en su unidad médica. Continuando bajo la misma óptica, la siguiente pregunta permite conocer en qué farmacia compran los medicamentos; los resultados se pueden apreciar en la gráfica 3.

Gráfica 3. Compra farmacéutica de usuarios de los servicios de salud en Mazatlán, Sinaloa, 2016



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la encuesta realizada en septiembre de 2016 en Mazatlán, Sin.

De igual manera, la encuesta arroja que un total de 84.1% de los entrevistados comentaron que desconocen la ley público-privado, que en materia de salud se piensa implementar en el estado. La reciente iniciativa, presentada en noviembre de 2013 por la LX Legislatura del H. Congreso del Estado de Sinaloa⁴, pretende ser la respuesta del go-

⁴ Revisar la página del H. Congreso del Estado de Sinaloa en la siguiente liga: <http://www.congresosinaloa.gob.mx/>, del día 16 de noviembre de 2013.

bierno al utilizar este tipo de colaboración como política pública bajo un nuevo esquema de servicios de salud.

En su diseño, la Ley de Contratos Público-Privado en Materia de Salud autoriza al poder Ejecutivo del Estado y al organismo público descentralizado (Servicios de Salud de Sinaloa), para la celebración de un contrato público-privado para el desarrollo de dos hospitales: Hospital General “Dr. Martiniano Carvajal”, en Mazatlán, y el Hospital General “Dr. Bernardo J. Gastelúm”, en Culiacán. Dicho contrato, a través de una concesión⁵ por un período de 25 años para el cumplimiento de las obligaciones que se deriven de dicho contrato.

Sin embargo, aunque fue votada y aprobada, el 5 septiembre de 2014⁶ se dio a conocer una nota por parte del Congreso del Estado titulada “El financiamiento solicitado para la construcción de nuevos hospitales se revisará de manera exhaustiva”.⁷ Esto significaba que se detenía la ley y entraba a revisión y observación, ya que en esta nota se hace mención del financiamiento crediticio para la construcción de los nuevos hospitales. El argumento esgrimido por el diputado Víctor Díaz Simental fue que se debe tener mucho cuidado con el financiamiento para que no afecte a otros programas sustantivos para la población.

Más adelante, el 9 de septiembre, aparece una nota por parte del mismo Congreso del Estado⁸ con el título “No queremos hospitales de primer mundo que no puedan utilizar los más pobres”. Nuevamente las declaraciones se deben al diputado Díaz Simental.” Si bien la nota obedece a una postura, lo importante es resaltar que la política pública que se pretende ofrecer es la de un servicio de calidad, el cual se refleja en la gráfica 4, donde el 64.9 % de los encuestados dijo haber tenido algún problema con el personal de la institución en la cual está inscrita; en esa misma línea, sólo el 9.6% de los encuestados respondió que fue solucionado su problema. Cabe destacar que dentro de los hallazgos de la encuesta, se encuentran los comentarios de haber tenido algún problema con la institución con el 25.1% de los encuestados, mismos a los que no se les resolvió su problema.

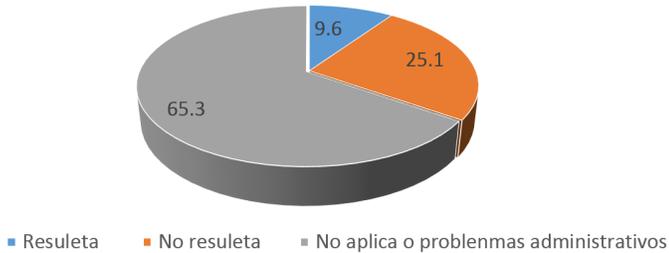
5 La concesión es el acto jurídico mediante el cual los particulares pueden prestar los servicios públicos.

6 Aprobada en noviembre de 2013 por los C. Diputados Artemisa García Valle, Susano Moreno Díaz y Luis Javier Corvera Quevedo en el periodo del gobernador Lic. Mario López Valdez.

7 Para mayor información sobre la nota, revisar la página del H. Congreso del Estado de Sinaloa en <http://www.red7.me/c/53771>.

8 Véase la página del H. Congreso del Estado de Sinaloa en <http://www.red7.me/c/54011>.

Gráfica 4. Resolución de problemas en instituciones de salud en Mazatlán, Sinaloa, 2016



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la encuesta realizada en septiembre de 2016 en Mazatlán, Sin.

Además, como se expresó líneas arriba, los usuarios de los servicios médicos de Mazatlán están de acuerdo con que exista un acuerdo de colaboración de los sectores público y privado, con el afán de tener un servicio de salud que cuente con eficiencia y eficacia en sus labores – el 47.6% de los encuestados busca que se les atienda de esta manera. No obstante, resulta aún más sorprendente que un 98.5% de los encuestados prefiere tener un sistema público-privado que garantice un servicio de calidad al sistema al cual pertenecen actualmente, donde el promedio de pago por consulta es de 500 y 1000 pesos. En cierta forma, es preciso entender que los usuarios de los servicios públicos de salud en Mazatlán buscan maximizar la utilidad del servicio más que realmente acceder a tener salud pública. Cuando cualquier cosa puede considerarse utilidad, se vuelve al modelo básico del individuo de motivación egoísta, que quiere maximizar su propio bienestar y toma el dinero como criterio básico para medirlo.

Entre los costos y beneficios del esquema público-privado en Sinaloa en cuanto a salud en Mazatlán, Sinaloa, podemos concluir con el cuadro 2, sin necesariamente hacer una ecuación, sino más bien tomando en cuenta al propio sistema de salud en la región.

Cuadro 2. Costos y beneficios del esquema publico-privado en Sinaloa

Costos	Beneficios
Su base inicial es pública y su sostenimiento es privado	Aceptación inicial entre la ciudadanía
Su demanda se ajusta al salario no promedio	Su base es la eficacia
La responsabilidad de la implementación y del otorgamiento del proyecto queda en manos del gobierno local-estatal	Se crea demanda y mayores fuentes de trabajo especializado.
Creación de incertidumbre laboral en el sector público de la salud.	Su enfoque es empresarial con carácter público, permitiendo crear empresabilidad.*
Se prevé una gradual disminución de la aportación al PIB del sector salud.	Menor carga burocrática

* La OCDE define la empresabilidad como la cultura que permite desarrollar habilidades y aptitudes que generan una mejora continua y un cambio positivo, dando valor agregado más allá del crecimiento económico, así como al rejuvenecimiento de tejidos sociales, a la innovación y a la creación de nuevos puestos de trabajo.

Fuente: Elaboración propia.

En suma, por más optimista o pesimista que se pueda ser con respecto a este tipo de instrumentos de política pública, es preciso replantearse el impacto social que de él se desarrolle. “Para bien o para mal, la decisión que tome el Congreso impactará a todo Sinaloa”,⁹ como lo comentó la LX Legislatura, por lo que ésta debe acompañarse de mecanismos de transparencia en los contratos que se otorguen y en el financiamiento para la construcción de dichos hospitales.

Asimismo, los diputados de dicha Legislatura se pronunciaron en el sentido de que “Es indispensable calificar las finanzas públicas y hacer un diagnóstico de la infraestructura en salud de Sinaloa”.¹⁰ En la nota se detallan aspectos relevantes, tales como una evaluación precisa por organismos calificadoros que permita conocer la situación de las finanzas públicas de la entidad y hacer un diagnóstico integral de la infraestructura de los servicios de salud de Sinaloa. Además, debe de realizarse un diagnóstico externo con relación a la situación actual de los servicios de este sector en la entidad.

⁹ Publicación completa del H. Congreso del Estado de Sinaloa en <http://www.red7.me/c/55296>

¹⁰ Revisar el siguiente link: <http://www.red7.me/c/55762>.

Por lo tanto, en Sinaloa urge llevar a cabo una política pública bien diseñada que garantice el éxito de su implementación y ejecución. Realizar adecuaciones debidamente planteadas anteriormente traería consigo un esquema público-privado eficiente en materia de salud para cubrir la demanda de la sociedad.

CONSIDERACIONES FINALES

Los estilos de vida en una sociedad cambiante como la que integramos se han convertido en factores de riesgo de enfermedades que en décadas anteriores sólo eran atribuibles a factores vinculados con aspectos genéticos y fisiológicos. La vida social representa hoy un factor condicionante del estado de salud de la población; sin embargo, los continuos recortes presupuestarios y la nula satisfacción de los derechohabientes con los servicios públicos de salud que ha existido por décadas, permiten que se ensayen, diseñen e implementen diferentes instrumentos de políticas públicas en los servicios públicos, como el caso de la salud en el estado.

Si bien este tipo de instrumentos descansaban fuertemente en contratos o concesiones a nivel federal y municipal, excluyendo al estatal, en el actual sistema de colaboración público y privado lo hace en el estatal, por lo que podemos avizorar nuevos contratos de colaboración a futuro en diferentes rubros, como puede ser la seguridad, vialidad y administración pública en las diferentes entidades federativas.

En cuanto al sector salud en el estado de Sinaloa, de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que el crecimiento poblacional de Sinaloa ascenderá de 2.9 (2013) a 3.1 millones de habitantes (2030). La pirámide de población estatal hace la estimación de que para 2030 se prevé una reducción porcentual de niños y jóvenes en un 22.8, además de una gran concentración de población en edad económicamente activa (66.1%), y el ensanchamiento de la pirámide del incremento de adultos mayores a 11.1% (por ejemplo, en el estado existen sólo tres geriatras en la red pública de salud).

En este escenario, las instituciones del sector salud enfrentarán importantes problemas derivados precisamente de este traslape en el perfil demográfico. Por un lado, las enfermedades crónico-degenerativas y las neoplasias, que cambian de manera importante las necesidades de atención médica y cuyo panorama en el corto plazo tiende a agudizarse. Las enfermedades crónicas son la principal causa de mor-

talidad y de demanda de servicios a las instituciones de salud. Esta situación se exagera a causa del aumento de la mortalidad por causas externas, principalmente accidentes y violencia.

Por todo lo anterior se necesita tener una política orientada a mejorar las condiciones de vida y el bienestar de la población sinaloense, misma que demanda una atención especial en las condiciones sociales y económicas de los problemas de salud, lo cual exige una visión integral que trascienda las fronteras de los servicios públicos para incorporar al privado. Las acciones en beneficio de la salud deben ser el resultado de esfuerzos de los sectores público y privado, con la finalidad de atender todos los frentes que demanda la prevención de problemas de salud y la atención y control de enfermedades que tendrá Sinaloa.

En cuanto al sistema público y privado en materia de salud, la fragmentación institucional existente, junto con el desequilibrio resultante en los gastos, está provocando una carga financiera excesiva en toda la población y, en especial, en los grupos más pobres. En efecto, como porcentaje del ingreso familiar, los hogares pobres incurren en mayores gastos directos que los ricos. De hecho, los retos a los que se enfrentan la población y las instituciones acentúan las limitaciones de los arreglos actuales para otorgar atención a la salud. En la mayoría de los países, tales arreglos han regido por varias décadas. Si bien es posible que en su momento hayan sido una respuesta a las condiciones prevalecientes entonces, lo cierto es que los sistemas de salud no han mantenido el ritmo que hubiera requerido la rápida transformación del contexto epidemiológico, demográfico, económico, político, tecnológico y cultural. Es tiempo de visualizar y poner a prueba nuevos modelos para reformar los sistemas de salud, pero cuya implementación sea custodiada y transparente, y al mismo tiempo enfatizar que se puede tener sistemas mixtos, públicos-privados y el sistema mixto público, llamado pluralismo estructurado, que permite que el financiamiento se convierta en la responsabilidad central de la seguridad social y que se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. En comparación con los arreglos financieros actuales, los subsidios estarían orientados a la demanda más que a la oferta.

REFERENCIAS

- Arandia, C. (2002). “Descentralización y relaciones intergubernamentales en Bolivia”, en *Reflexión Política*, Año 4, No 8. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB, pp. 7-24.
- Armienta, G (2013). “La privatización de los servicios estatales”, en *Revista del Instituto Mexicano de Ciencias Jurídicas de Puebla*, año VII, núm. 32, julio-diciembre.
- Araya O, J. P. (2012), *Alianzas Público-Privadas y participación: un análisis desde la teoría*. CLAD, Cartagena, Colombia.
- Bitran, E. y A. Villena (2010). “El nuevo desafío de las concesiones de obras públicas en Chile hacia una mayor eficiencia y desarrollo institucional”, en *Estudios Públicos*, num. 117, verano.
- Calva, J. (2001). *Causas de la recesión en México*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Carpizo, J (2007). *Concepto de democracia y sistema de gobierno en América Latina*, UNAM, México.
- Conolly, W. (1983). *The terms of political discourse*. Princeton, EE. UU.
- Comisión de Servicios Públicos y Comercio Internacional de ATTAC-España (2012). *La privatización de los servicios públicos en España*, ATTAC-Justicia Económica Legal, Madrid.
- Dabat, Alejandro y Miguel Ángel Rivera (1994). “Las transformaciones de la economía mundial”, en Alejandro Dabat (Coord.), *México y la globalización*, CRIM-UNAM, México.
- Dirección General de Información de Salud, DGIS (2015). “Estadísticas por tema”, en <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/menu-salud-en-numeros?state=published>
- Gobierno del Estado de Sinaloa (2017). *Salud Sinaloa Datos recogidos del* <http://www.saludsinaloa.gob.mx>. Consultado en mayo de 2017.
- Gómez, Octavio, V. M. Becerril, F. M. Knaul, H. Arreola y J. Frenk (2011). “Sistema de salud de México”. en *Salud Pública de México*, vol., 53, suplemento 2.
- González, P.; M. Barraza, C. Gutiérrez y A. Vargas (2006). *Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos*. Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, México.
- González, P. (2003). “Federalismo en salud y reforma financiera en México”, en *Foro de Federaciones (Ottawa)* e Instituto Nacional para el Federa-

- lismo y Desarrollo Municipal (Eds.), Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, México, Pp. 202-13.
- Guerrero, O. (2003). Lo privado versus lo público. La administración pública entre Escila y Carabdis, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Homedes, N. y A. Ugalde (2005). “Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso”, en *Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 17(3), pp. 210-220
- Howlett, Michael y M. Ramesh (2003). *Studying Public Policy, Policy cycles and Policy Subsystems*, Oxford University Press, Canadá.
- Flora, P. y A. Heidenheirner (1984). “The development of Welfare States in Europe and America” en *Studies in Political Economy*, núrn 14, EE. UU.
- Frenk, J., y O. Gómez (2008). *Para entender el sistema de salud en México*. Nostra Ediciones, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI (2013). *Secretaría de Salud. Base de datos de las defunciones 2013*. INEGI/SSA, México.
- Levin, R y D. Rubin (2010). *Estadística para administración y economía*. Pearson, México.
- Londoño, Juan Luis, y Julio Frenk (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*, Working Paper, Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist, No. 353, Inter-American Development Bank (IDB), Washington, DC
- Lizárraga, O. (2008). “La inmigración de jubilados estadounidenses en México y sus prácticas transnacionales. Estudio de caso en Mazatlán, Sinaloa, y Cabo San Lucas, Baja California Sur”, en *Migración y Desarrollo*, núm. 11, enero, México.
- Mayer Serra, C. (2011). “Por eso estamos como estamos: la economía política de un crecimiento mediocre”, *El Debate*, México.
- Mendoza, J. et al. (2014). *Sinaloa en el siglo XXI: economía y población de la región sur*. Universidad Autónoma de Sinaloa, Sinaloa.
- Pérez, M. (2010). *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*, Centro de Análisis e Investigación, A.C., México.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2003). *Informe sobre la salud en el mundo. Sistemas de salud: principios para una atención integrada*, Cap. 7, pp. 117-146, en <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>.

- OECD (2014). Health at a glance 2014, OECD indicators, Paris, OECD.
- OCDE (2016). Presentación del Estudio sobre el Sistema Mexicano de Salud, París.
- Salazar, F. (2004). Globalización y política neoliberal en México, Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Azcapotzalco, México.
- Serra Rojas, A. (1973). Ciencia política, Porrúa, México.

*Ciencia y Universidad Número 39,
editada por la Universidad Autónoma de Sinaloa
a través de la
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales,
se terminó de imprimir en el mes de Junio de
2019, en la Imprenta Universitaria.
Culiacán Sinaloa México.
Se tiraron 1000 ejemplares.*