

La calidad como eje transversal de los sistemas de salud

Sebastián García-Saisó¹
Fernando Álvarez del Río²
Paulina Terrazas Valdés³
Ibelcar Molina Mandujano⁴

Los sistemas de salud en el mundo han surgido como la respuesta social organizada para contender con las necesidades de salud de la población y así promover el desarrollo armónico de las comunidades y sus individuos. A su vez los sistemas han evolucionado con el paso del tiempo para adaptarse a los cambios, tanto demográficos como epidemiológicos, políticos, sociales y económicos que los países han enfrentado. En este sentido, la calidad de la atención es sin duda un elemento central en esta evolución, al ser el factor global que determina la efectividad de las acciones emprendidas.

Es así que muchos esfuerzos de mejora relacionados con la salud tienen en el centro un compromiso contundente con la calidad de los servicios y sistemas públicos. Por tanto, la calidad, explícita o implícitamente es el valor sobre el cual versan la innovación, la transparencia, la participación, la eficiencia y demás rectores de la acción pública.

Para entender la evolución constante de los sistemas y en particular, la evolución del sistema de salud mexicano y el papel transversal que ha desempeñado la calidad en el mismo, debemos remontarnos en la historia. La conformación de los sistemas modernos de salud en el mundo tuvo su origen a fines del siglo XIX, en Europa, tomando como modelo el sistema alemán, particularmente impulsado por el canciller Otto Von Bismark, quien se basaba en la seguridad social y puede ser considerado como un seguro médico obligatorio para los trabajadores. Posteriormente este esquema es ampliado por el trabajo del Comité de Coordinación de Seguridad Social encabezado por William Beveridge en Inglaterra, en 1942, en el cual se reconocía el derecho que tiene toda persona, sin distinción alguna, a una protección básica otorgada por el Estado que le garantizara la satisfacción de sus necesidades fundamentales de salud. Es así como surge la noción de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) y la cobertura en salud no vinculada a la situación laboral de los individuos.

¹ Coordinador de asesores de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, SS.

² Director General de Planeación y Desarrollo, SS.

³ Funcionaria de la Dirección General de Planeación y Desarrollo, SS.

⁴ Funcionario de la SS.

Por la influencia de estos esquemas internacionales, en México a través de los años y la adaptación secuencial del sistema, se consolida un sistema de salud mixto con participación de los esquemas de seguridad social y de protección social (esquema que refleja la visión de los sistemas nacionales de salud y basado en el modelo Beveridge) y se condiciona la segmentación y fraccionamiento de la cobertura en salud, retos persistentes con implicaciones directas en la calidad.

EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO, UNIVERSALIDAD Y CALIDAD

En 1943 se crean en México dos instituciones pilares de nuestro sistema de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (antes, Ssa; hoy, Secretaría de Salud con siglas oficiales "SS"). Más tarde, en 1960 surge el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Bajo esta estructura se da acceso a los servicios de salud en dos esquemas de provisión no vinculados entre sí que marcaban la conformación de dos segmentos diferenciados de la población: El primero conformado por los trabajadores del sector formal tanto público como privado y por sus familias, los cuales serían protegidos por la seguridad social y atendidos como derechohabientes del ISSSTE e IMSS. El segundo estaría integrado por el resto de la población que no encajara dentro del grupo anterior, esto es, los no derechohabientes o población abierta atendida asistencialmente por el Estado Mexicano a través de una red heterogénea de servicios ofrecidos por la entonces Ssa. Bajo esta visión del sistema basado en el aseguramiento de la salud por medio de la seguridad social con el subsecuente vínculo a la condición laboral de la persona, la expectativa de la época reflejaba el crecimiento económico del país y eventualmente la cobertura total de la población conforme ésta ingresara al sector laboral formal.

Sin embargo, con el paso del tiempo se hizo evidente que la organización anterior no daba respuesta al acceso de los servicios de salud para toda la población, al no darse la inclusión a la economía formal de toda la población que se esperaba, y al crecimiento subsecuente de la economía informal y otras modalidades de empleo. Esta situación condicionó una "Reforma de primera generación en salud", que consistió en ampliar la cobertura de servicios de salud a la población más pobre o marginada del país. Pese a estos esfuerzos, la población aún carecía de los servicios básicos de salud, generándose así la "Reforma de segunda generación en salud", la cual dio pie a un cambio estructural para mejorar la rectoría sectorial, promover la integración funcional de las instituciones de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), mejorar la provisión de servicios y aprovechar mejor el financiamiento público de la salud, ampliando así nuevamente la cobertura.

El viraje planteado por la reformas al Sistema se sustentó en dos cambios legislativos fundamentales: el primero en 1983, al incorporarse el derecho a la protección a la salud en el artículo 4° Constitucional; y el segundo vino con la promulgación de la *Ley General de Salud* en 1984. De aquí la conformación de la Coordinación de Servicios de Salud en México, con el fin de formular elementos técnicos, financieros, jurídicos y administrativos necesarios para la integración del sistema de salud a partir de cinco estrategias: descentralización de los servicios a las entidades federativas, sectorización institucional, modernización de la Ssa en SS, quien asumiera la rectoría y conducción del SNS, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

Así mismo, se ejecutaron paralelamente acciones para el desarrollo de la investigación, la formación de recursos humanos, el desarrollo de sistemas de información y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, que en México fueron equivalentes a los Sistemas Estatales y Jurisdicciones Sanitarias. No obstante, dada la coordinación limitada entre instituciones de salud, se logró avanzar en la provisión de servicios para la salud colectiva y en menor medida, en el campo de las acciones de atención a las personas. También la sectorización y coordinación interinstitucional permitió al sistema de salud enfrentar retos sanitarios como la reducción de la mortalidad infantil, así como el control de las enfermedades transmisibles, traduciéndose en un aumento de la esperanza de vida al nacer de 70.6 a 73.6 años.

Como ejercicio, el Gobierno Federal a finales de la década de los noventa del siglo pasado, realizó un análisis de las funciones del sistema de salud, cuyos resultados reflejaron principalmente los siguientes problemas: Financiamiento de la atención médica con cargo principalmente al bolsillo de los ciudadanos más que a los fondos públicos; prevalencia de una proporción importante de la población sin seguridad social que enfrentaba gastos catastróficos por su salud; inequidades de acceso a los servicios de atención médica; calidad deficiente de la atención; débil papel rector dentro del sector salud, y un patrón de morbilidad y mortalidad diferente como resultado de la transición demográfica y epidemiológica del país.

Lo anterior también se reflejaba en el informe de la Organización Mundial de Salud (OMS) del año 2000, donde se situaba a México en el lugar 144 en el componente de “justicia financiera”. Esta situación, por primera ocasión documentada en México, obligó al planteamiento de una “Reforma de tercera generación en salud”, dirigida a enfrentar tres retos primordiales: fortalecer la rectoría en salud para mejorar la coordinación y ejercer la regulación sectorial; incrementar los fondos públicos para financiar a la población sin seguridad social, y extender la protección social en salud a los más pobres con prestación de servicios con calidad.

Mediante esta reforma y el importante impulso al financiamiento de la salud y la afiliación de los mexicanos a los esquemas de aseguramiento, se logró alcanzar la cobertura universal en salud en 2012. Es precisamente en este contexto de universalidad de la salud, donde la calidad emerge como un componente

elemental para garantizar la protección social en salud. En otras palabras, para garantizar la verdadera universalidad de los servicios de salud, no basta con ampliar la cobertura, la atención y el acceso, sino que también es importante la calificación que puede otorgarle tanto el usuario último como el resto de los actores que intervienen en el sistema de salud en términos de calidad. Eso significa ver a la calidad en salud como eje transversal en los sistemas de salud.

En este sentido, se adopta a la calidad en salud como paradigma en la definición de nuevas estrategias y políticas en salud, lo que puede dar pauta a una “reforma de nueva generación en salud”.

De acuerdo con la definición que da la Real Academia Española de la Lengua, la calidad es “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. Considerando lo anterior podría entenderse, como una primera aproximación, a la calidad en salud, como la propiedad o conjunto de propiedades que pueden tener los servicios de salud para satisfacer las necesidades de una persona o población en general.

Si bien la calidad es una propiedad inherente a los servicios y sistemas de salud, también deben considerarse otros aspectos que acompañan a esta propiedad, como la atención médica, la provisión de los servicios, el financiamiento, las políticas en salud, la regulación, la conducción, la formación y capacitación de los recursos humanos en salud, la investigación y todos los agentes involucrados en el sistema.

En México, los retos del Sistema de Salud muchas veces reflejan nuestra realidad social. En esta medida, si uno de los determinantes sociales de la salud es efectivamente el sistema de salud, entonces además de promover un derecho y financiamiento más equitativos que se deriven eventualmente en un acceso más balanceado a los servicios de salud, es importante conseguir también que los servicios provistos sean de una calidad comparable, pues eso también implicará que exista equidad en los efectos benéficos y alcances de las políticas de salud.

El doctor Avedis Donabedian define la calidad asistencial como “la obtención del mayor beneficio para el paciente, al menor costo y con el menor riesgo posible”. Bajo esta misma óptica, la OMS la define como “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

En consecuencia, se vuelven aún más relevantes dos aspectos como resultados de la calidad en salud: la seguridad del paciente y la calidad en la atención en salud. Así mismo, la calidad de la atención consiste en otorgar atención médica al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas (Aguirre-Gas, 2002; Ruiz de Chávez *et al.*, 1990).

Uno de los grandes compromisos por la calidad en salud está vinculado necesariamente a la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia nacional

e internacional. Es por eso que si bien en México se ha hecho un esfuerzo histórico sin precedentes por mantener la calidad y la medición de la calidad en el centro de atención, todavía nos faltan algunas acciones para que el proceso de medición de calidad se convierta en un proceso más participativo en el que además haya indicadores subjetivos y objetivos que permitan compararnos con el resto del mundo.

De igual forma, habría que analizar las causas de la falta de calidad, que propiamente pueden agruparse en: tipo sistémico y de nivel operativo de la atención médica. En el primer grupo se engloban todas aquellas decisiones de carácter político del sistema de salud, es decir, decisiones a nivel macro, vinculándose principalmente con la conducción, regulación y financiamiento. El segundo grupo se relaciona con la prestación de servicios que inherentemente tiene que ver con la administración de los recursos al interior de las instituciones del Sector, así como la creación de un ambiente adecuado para el desempeño de la funciones de los actores en las propias Unidades de atención clínica.

A veces ciertos aspectos de nuestro sistema de salud denotan que parte de los procedimientos médicos y de la organización de los servicios es en realidad resultado más de las capacidades y necesidades de una organización o unidad médica que resultado de la evaluación de fondo sobre lo que un paciente necesita o requiere en términos de la mejor atención posible con los recursos existentes.

Por ello es indispensable que la calidad en los servicios de salud sea vista como un eje transversal, y que ésta sea evaluada desde diferentes perspectivas (usuarios, recursos humanos en salud, proveedores, autoridades sanitarias, gobierno, sociedad, etc.). Lo que a su vez permitirá posicionar a la calidad como base de un sistema integrado de salud, al propiciar condiciones homogéneas en la calidad de la atención médica y la actuación de todos los actores.

Sin duda debemos mencionar dos momentos históricos en las últimas décadas respecto a la calidad en salud en México (Castro, 2004) que nos permiten vislumbrar el papel que ha tenido en la conformación y evolución del sistema y el rol prioritario en la consolidación de un sistema universal de salud:

- a) En los años setenta y ochenta, la elaboración de planes y programas y la evaluación de los servicios de salud se llevó a cabo principalmente desde un enfoque gerencial y administrativo, con el objetivo de aprovechar recursos y lograr metas. La búsqueda y evaluación de la calidad era un objetivo implícito en las demás acciones de la atención a la salud y su discurso no incorpora conceptos como salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, ni género⁵.

⁵ En el caso del IMSS se distinguen varios programas que se basan en este enfoque: en 1974-1978 se implementó un modelo de desarrollo organizacional, luego fueron los círculos de calidad (1988), capacitación en alta dirección (1989), un programa sobre la modernización en la empresa pública (1990) y finalmente, el Plan Integral de Calidad (1999). Cf. Secretaría de Salud, 2010.

- b) Un segundo momento se evidencia desde los inicios de los años noventa, en el contexto del debate sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos; aunque el enfoque anterior no se abandona, esta década se caracteriza por el reconocimiento explícito de una calidad deficiente en los servicios y en la necesidad de redirigir y focalizar la atención de la salud a los grupos sociales más vulnerables, entre éstos el de las mujeres.

Es así como en México, a inicios del siglo XXI, la calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente han tenido un impulso sin precedentes mediante acciones trascendentales como la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), generando así un impacto de tipo sistémico al incorporarla dentro de la agenda política a partir del 2007 como uno de los objetivos del Plan Nacional de Salud y como estrategia permanente en el SNS. De esta manera, para dar soporte a esta acción se creó el Sistema Nacional por la Calidad en Salud (SICALIDAD) y se estableció como ente regulatorio y de concertación sectorial al Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACASA).

Así, se han desarrollado acciones con la finalidad de consolidar la integración funcional desde el panorama de calidad, lo cual ha puesto énfasis en homologar las funciones mínimas de los profesionales y áreas de calidad en los establecimientos médicos, tales como la figura de los Gestores de Calidad; extender a nivel sectorial el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS); unificar los criterios de los sistemas institucionales de estímulos a la calidad que se conceden a los profesionales de la salud y; crear el Grupo Sectorial de Evaluación y Acreditación de la calidad en el Sistema de Salud, destinado a evaluar las condiciones de calidad, trato y tutela de los derechos de los usuarios en el Sector; entre otros esfuerzos sectoriales enfocados a la homologación de la calidad y la integración como son las Guías de Práctica Clínica (GPC), la consolidación de la información sectorial en salud y el intercambio de la misma, y el intercambio de servicios de salud entre los diferentes subsistemas que componen el SNS.

LA CALIDAD A PARTIR DE LOS RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Vale la pena también retomar que, vistos de manera global e integrada, todos los retos que nuestro sistema de salud enfrenta son también retos que pueden vincularse con la calidad, y que los avances en la institucionalización de la calidad como parte del sistema de salud nos permiten hacer frente a importantes retos. Por ejemplo, la importancia de transitar cada vez más a un sistema preventivo implica precisamente que además del fortalecimiento real de la atención primaria en salud, también se tiene que replantear un seguimiento cercano a cada paciente que durará a lo largo de toda su vida. Promover que un médico familiar asuma la responsabilidad de los diagnósticos y atenciones en

el 80% de los casos pero también que dé seguimiento personalizado a los pacientes en todas las referencias y contrarreferencias a otros niveles de atención, es un reto mayúsculo. Esta necesidad implica no sólo un enfoque diferente de atención basada en la persona y una posibilidad de promover más atenciones preventivas, sino que también significa que cada mexicano va a tener un contacto identificado con un profesional de la salud y su equipo, sin duda aspectos relevantes vinculados a la calidad de la atención.

Recientemente, se ha desarrollado la atención secundaria y terciaria y se ha promovido que la infraestructura sea cada vez más especializada. Un país tiene que contar con estos elementos pero también fortalecer la integración de redes de servicios de salud. Hasta que las unidades médicas de México tengan algún medio efectivo de comunicación y coordinación entre sí, es imposible hablar de redes consolidadas de servicios. De manera similar, está claro que la profesión médica de alto nivel implica que incluso los residentes médicos aspiran a ser especialistas y subespecialistas no sólo por el prestigio y esfuerzo, sino hasta por razones financieras sobre su propia calidad de vida futura. Es responsabilidad del SNS retomar la Medicina general y familiar, y promoverla como una alternativa socialmente deseable y financieramente digna para los profesionales de la salud.

El otro reto profundo en términos de prevención es que esta actividad implica que el sector salud interactúe desde los espacios menos tradicionales de la salud, con el resto de los sectores y población. Así por ejemplo, en lugar de esperar a que la población llegue a las unidades médicas, las acciones efectivas de prevención tienen que incorporarse a la vida tradicional, de modo que se promuevan hábitos saludables en todos los otros espacios como son la escuela, el trabajo, el transporte, la vivienda, entre otros. De ahí que los rezagos en materia de salud pública y comunitaria impliquen trascender espacios predominantemente clínicos e incorporarse a la sociedad de manera plural, democrática y participativa para asumir que muchas de las acciones de salud tienen que ver con promoción de conductas saludables.

Así como la calidad va implícita en el esfuerzo de prevención, el otro gran reto del sistema es el de la integración sectorial. El tema de la fragmentación del sistema de salud es también una barrera social a la atención digna, oportuna y de calidad para algunos pacientes, pues lo que se privilegia históricamente es más bien el acceso vinculado al estatus laboral y a las cuotas específicas. Un paciente tiene que desplazarse para llegar a una unidad médica que corresponda a la institución que lo tiene afiliado independientemente de si lo más cerca a su domicilio es otra unidad médica. De aquí que los grandes esfuerzos hacia la integración del Sector tengan como objetivo fundamental que se haga un uso nacional más eficiente de los recursos disponibles (sean de cualquier institución) en beneficio de los pacientes en tanto ciudadanos con un derecho social exigible.

En el momento actual, si se realiza una evaluación honesta del Sistema y sus retos, está claro que no hay condiciones adecuadas para que los pacientes

elijan a su prestador de servicios de salud. Esto ocurre no porque no sea lógico, deseable y más justo que los pacientes elijan, sino porque en las condiciones actuales de interacción, coordinación y comunicación de infraestructura, puede justamente ocurrir que se sobresaturen algunas Unidades y otras se subutilicen, en detrimento precisamente de la calidad que se pretende mejorar. Por tanto, está claro que el primer reto es establecer un marco jurídico y un entorno en el cual existan mecanismos para que la planeación, operación y evaluación de las acciones de salud (desde la generación de infraestructura hasta la última intervención médica) se emprendan con un enfoque sectorial. Esto implica, en principio, modificar los marcos jurídicos, administrativos, presupuestarios, organizacionales y clínicos para situar al paciente en el centro del esfuerzo. El ejemplo más contundente hasta la fecha ha sido el de la atención interinstitucional de la emergencia obstétrica, uno de los primeros proyectos que promovió la oportunidad y calidad de la atención por encima de la historia del sistema de salud.

Tras la firma del Convenio Interinstitucional de la Emergencia Obstétrica en mayo de 2009, hubo dos años permanentes de trabajo con equipos de todas las instituciones para que ese acuerdo político inédito se convirtiera en una realidad en las unidades médicas y en un derecho exigible por la población de todo el país. No obstante, si bien queda mucho por hacer para que este esfuerzo se convierta en realidad, en este momento del devenir del Sistema está muy claro cuáles son los pasos para que los pacientes sean la prioridad. Esto implica en términos de las instituciones y profesionales de la salud en todos los niveles, una gran variedad de acciones. La primera de ellas es el consenso en lo que cada procedimiento significa e implica, es decir, traducir distintas clasificaciones clínicas y agrupaciones, por ejemplo CIE-10 y GRDs, así como enlistar lo que en la generalidad de los casos se requiere para atender cada intervención conforme a las guías de práctica clínica.

De aquí sigue la organización y posible atención en cada unidad médica conforme a dicho procedimiento y el registro colectivo de cada atención en un sistema similar o compatible con todos los subsistemas. Finalmente, dado que cada institución tiene sus propias fuentes de financiamiento y requisitos administrativo-financieros, se tienen que socializar procedimientos que cumplan con todos esos requisitos. La tarea no ha sido ni será sencilla, implica un cambio profundo y radical dentro de cada subsistema en aras de un compromiso social e institucional con un país que atiende por igual a todos los ciudadanos. Esta experiencia se suma a varios otros proyectos y esfuerzos que sitúan la calidad en primer lugar.

Ciertamente también faltan incentivos adecuados a la atención de calidad, al desempeño. Los profesionales de la salud frecuentemente están haciendo esfuerzos extremos por atender poblaciones en zonas de alta marginación o por atender de manera óptima a más población en zonas urbanas y eso no cambia la estructura ni la disponibilidad de los recursos que esas unidades médicas reciben para hacer su labor.

En la medida en que el desempeño se vuelve un punto relevante para el financiamiento, los equipos que hacen mayores esfuerzos y que son reconocidos por la población por su compromiso, tendrán también mayor impacto en esa población a través de mejores insumos para la atención. Esto suena quizá muy lejano para el caso mexicano, pero ha ocurrido en otros países en reformas sistémicas y es un tema que por lo menos deberá discutirse a futuro.

Otro camino claro hacia una mayor calidad de la atención implica mejorar de manera inequívoca la planeación más eficiente de los recursos de salud. Es importante que la planeación retome su lugar central histórico en la política pública nacional, precisamente porque es el camino hacia la obtención de los resultados deseables en salud. La infraestructura e inversión debe priorizarse cada vez más por razones de salud pública, vulnerabilidad social y rezago geográfico, de manera que se atienda primero a las zonas que tienen menos acceso o menos calidad en la atención de la salud. De no ser así, el riesgo es precisamente que el sistema de salud mexicano replique la desigualdad social, en vez de combatirla.

Hay que reconocer que México ha recorrido ya un largo trecho en materia de calidad en salud, particularmente, al concretar esta “Reforma de tercera generación en salud”, sin embargo resulta conveniente seguir avanzando y no cejar en la promoción y fortalecimiento de la cultura de la calidad y seguridad de los pacientes en todos los ámbitos que competen a los actores involucrados del proceso, poniendo énfasis en la satisfacción de los usuarios y en la mejora continua de la calidad como estrategia fundamental para la expansión de la cobertura tanto vertical como horizontal, y en la integración de un sistema universal de salud.

En este sentido, es también fundamental que exista una medida objetiva de la calidad en salud y especialmente de la atención médica y sus resultados en distintas Unidades. Medida que permita la comparación y la adecuación de programas y estrategias a partir de la planeación adecuada de los servicios y de la calidad de los mismos, en un sentido sectorial y transversal.

En este nuevo esquema de universalidad garantizada por medio de un sólido esquema de financiamiento para la salud, no queda espacio para la variación en la calidad de la atención y las fallas en términos de seguridad del paciente, ni lugar para la falta de efectividad de los servicios de salud en la atención de las necesidades de la población, o los esquemas heterogéneos en la prestación universal de atención médica. En esa medida, retomar indicadores que pretendan representar las diferencias en calidad, resulta fundamental para observar cuáles son las variaciones que probablemente no resulten de diferencias clínicas sino de diferencias en la atención o manejo de los pacientes.

La rectoría o gobernanza del sistema desempeña un papel fundamental en la evolución y conducción del mismo, y deberán establecerse los mecanismos necesarios para lograr que la calidad se encuentre en forma universal en el sistema de salud. Es sólo a partir de la consolidación de la calidad que podremos avanzar hacia la construcción de un Sistema con mayor capacidad de respuesta a las necesidades y expectativas de nuestra población, de nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre-Gas H, *Calidad de la atención médica*, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social-Noriega Editores, 3ª. ed., 2002.
- Castro MC, “La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica”, *El Colegio de Sonora, Región y Sociedad*, 2004; XVI(30), Hermosillo, Son., México.
- Fajardo-Dolci GE, “Calidad de la atención médica, evento adverso, error médico y autocuidado de la seguridad del paciente”, *Rev CONAMED*, 2008 Ene-Mar; 13(46):3-5.
- Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaul F, “Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico”, *Lancet*, 2003; 362:1667-71.
- Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM, “Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico”, *Lancet*, 2006; 368:1524-34.
- Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), *La salud en México 2006/2012. Visión de FUNSALUD*, México, 2006.
- Musgrove P, “Health insurance: the influence of the Beveridge report”, *Bull World Health Organ*, 2000; 78(6):845-6.
- Narro RJ, Moctezuma ND, Orozco HL, “Hacia un nuevo modelo de seguridad social”, *Economía UNAM*, 2010; 7(20):7-33.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH), “Los derechos humanos y la reducción de la pobreza: Un marco conceptual”, Nueva York y Ginebra, ONU, 2004.
- OMS/OPS, *Funciones Esenciales de Salud Pública*, Ginebra, OMS. [Acceso: 06-noviembre-2012.] Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP_09.htm.
- OPS/OMS/USAID del Pueblo de los Estados Unidos de América, “Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico”, ed. especial núm. 17, Washington, D. C., OPS, 2007.
- Ruiz-de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Ríos JM, Aguirre-Gas H *et al.*, “Bases para la evaluación de la Calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud”, *Salud Pública de México*, 1990 Mar-Abr; 32.
- Secretaría de Salud federal (SS), *México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud*, México, SS, 2010.