



# La salud pública y el Consenso de Washington

Crescencio Norberto  
Galván Valentín \*

*Salud* pública *Consenso*  
WhasIngtonWhasIngtonWhasIngton  
*Salud* pública *Consenso*  
WhasIngtonWhasIngtonWhasIngton  
*Salud* pública *Consenso*  
WhasIngtonWhasIngtonWhasIngton

\* Lic. en Ciencias y Técnicas de la Comunicación y Maestro en Salud Pública con especialidad en Administración de Servicios de Salud por la Universidad Veracruzana; graduado del Galilee International Management Institute of Israel; Coautor de los trabajos de intervención y de investigación: “Posicionamiento de imagen de asistentes médicas y orientación al usuario”, “Diagnóstico de Salud del Centro de Salud Urbano Banderilla” y “Diagnóstico de salud de la población de la Gloria, Veracruz, con motivo de la epidemia del H1N1”.

**Sumario: 1. Resumen/Abstract; 2. El contexto de la Salud Pública; 3. El consenso de Washington y la salud; 4. Conclusión; 5. Fuentes de consulta.**

## **1. RESUMEN**

Sistemas de Salud en gran parte de América Latina se han enfrentado a graves problemas estructurales tales como una amplia y compleja estructura administrativa; falta de personal capacitado y actualizado en el manejo de equipos médicos de última generación; problemas financieros, y corrupción, por lo que gobiernos de la región se han visto en la necesidad de adoptar un modelo económico que surgió en Estados Unidos de Norteamérica con el Consenso de Washington cuya meta es la de que países latinoamericanos mejoren sus condiciones económicas. Sin embargo, estas medidas económicas no toman en cuenta aspectos culturales y sociales, conocidos como determinantes sociales de la salud, lo que ha provocado que no se cumplan todos los objetivos establecidas en este modelo económico.

**PALABRAS CLAVE:** Consenso de Washington, neoliberalismo, salud pública, modelo económico, concesión, subrogación.

## **ABSTRAC**

Health Systems in much of Latin America have faced serious structural problems such as a large and complex administrative structure, lack of trained and updated in handling art medical equipment, financial problems, and corruption, so governments in the region have been in the need for an economic model that emerged in the United States of America with the Washington consensus whose goal is that Latin



American countries improve their economic conditions. However, these measures do not take into account economic cultural and social aspects, known as social determinants of health, which has resulted in not meeting all objectives set out in this economic model.

**KEY WORDS:** Washington Consensus, neoliberalism, public health, economic model, concession, subrogation.

## **2. EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA**

La salud pública desde la óptica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad”. Esta definición conceptual, desarrollado por especialistas en salud como John Brotherston y Karl Evang y presentada por la Asamblea General de la OMS, formó parte de un movimiento cuyo objetivo fue mejorar las condiciones de vida de la población, lo que permitió establecer el Estado del Bienestar (EB) que mejoró la calidad de vida en las poblaciones occidentales. Es por eso que en un principio, el Estado tenía la obligación de proporcionar todo tipo de servicio público, entre ellos los servicios de salud, pero debido a problemas de malos manejos administrativos provocados por la corrupción de sus servidores públicos, y también a la falta de preparación y actualización de su personal de salud y al encarecimiento de la medicina, sobre todo de tercer nivel de atención, vieron elevarse los presupuestos de salud y disminuir la calidad de los servicios. Es así como Sistemas de Salud Pública pudieron dejar atrás sus problemas de endeudamiento gracias a la concesión o subrogación de servicios de salud en apariencia, esto les permitió resolver en



parte sus problemas económicos. Cabe hacer mención que la aplicación de estos modelos, no está basada en principios de salud, sino que obedecen a las bases del Consenso de Washington (CW).

El EB, también llamado Estado Social (ES), nació a partir de 1936 en los Estados Unidos de Norteamérica como reacción a la Gran Crisis del capitalismo financiero americano. En Europa, el ES se consolidó a partir de la culminación de la Segunda Guerra Mundial. Antes, a partir de 1929 en Dinamarca, 1932 en Suecia y 1935 en Noruega surgieron formas vanguardistas de ES que tenían como principio fundamental que “la seguridad de la existencia de ciudadano es un problema de la comunidad”, correspondiendo a la colectividad asegurar al ciudadano desde la cuna hasta la tumba. Con esto, se garantizaba a cada individuo la seguridad de su existencia con un estilo de vida en el que compartiría los mismos derechos y deberes. (Petrella, 2009)

El Estado Benefactor también fue y sigue siendo conocido como Estado Providencia (en inglés: The Welfare State) que se contrapone a las políticas de Estado de Guerra (“Warfare State”) de la Alemania Nazi. El EB bajo el amparo de las ciencias políticas y económicas, propuso una política o modelo general del Estado y de la organización social. Este modelo estableció que el Estado debía proveer determinados servicios públicos o garantías sociales a la totalidad de los habitantes de un país. Desde la conformación de la Sociedad de las Naciones, hoy transformada en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a partir del “Tratado de Versalles”, se estableció que la paz no parecía posible sin fundarse sobre la base de la justicia social. (Wickham, et al., 1995)

Es así como surgen organizaciones tales como la Organización Internacional del

Trabajo; la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Organización Marítima Internacional; la Organización Mundial de la Salud y el Fondo Monetario Internacional, entre otros organismos especializados pertenecientes a la ONU.

Entonces, la Organización de las Naciones Unidas, se define como una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el Derecho internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos. La ONU tiene entre sus principales objetivos: Mantener la paz y la seguridad internacionales; Fomentar relaciones de amistad entre las naciones; Ayudar a las naciones a trabajar unidas para mejorar la vida de los pobres, vencer el hambre, las enfermedades y el analfabetismo, y fomentar el respeto de los derechos y libertades de los demás; Servir de centro que armonice los esfuerzos de las naciones por alcanzar estos objetivos comunes. (ONU, 2013)

De los organismos especializados mencionados líneas arriba, sobresalen dos que son parte fundamental del presente artículo y que tienen relación con una investigación que tiene por título “Rendimiento de la contratación de servicios complementarios de salud en hospitales de la SSA de Veracruz, en la ciudad de Xalapa, en 2013”. Es así que resulta importante partir de una descripción de la Salud Pública y posteriormente mencionar su relación con las organizaciones internacionales de financiamiento y su relación con el Consenso de Washington.

Los conceptos de salud pública y de los sistemas de salud se han transformado con base a las necesidades de la demanda social, pero en muchos casos



obedeciendo a intereses de grupos, sea que pertenezcan al Estado, a la iniciativa privada u organizaciones internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Desde el campo de conocimientos teóricos y desde la práctica, la Salud Pública tiene compromisos sociales e históricos que se “identifican con las condiciones de salud de la población y de sus determinantes, así como la formulación e implementación de políticas que conllevan intervenciones resolutivas y para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de la población, acompañándose de la movilización de diversas fuerzas sociales y sectores gubernamentales. Es decir, la salud pública es un trabajo que está en manos del Estado prioritariamente. Además, conlleva el concepto de que salud es parte de un sistema de protección social, que es un sistema público, y que debe partir por la defensa de la salud y de la calidad de vida de la población”. (Buss, 2011, p. 91)

Cabe destacar que los sistemas de salud, son estructuras en apariencia debidamente normadas y reguladas bajo principios jurídicos. En algunos casos, están conformados con subsistemas públicos y privados, tales como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, en el sector público, y aseguradoras como GNP Seguros, AXA y MetLife, en el sector privado. Muchos de estos sistemas padecen problemas de financiamiento, poco personal capacitado, carencia de equipo y falta de actualización académica y técnica, entre otros aspectos.

El Estado, cuenta con una serie de atribuciones y recursos legales, competencias y facultades tales como: mando de seguridad y orden público; regulación de las actividades económicas de los particulares, ya sean personas físicas o morales; creación y otorgamiento de servicios públicos; y,

para intervenir mediante gestión directa, en la vida económica, cultural y asistencial del país. De acuerdo a determinados contextos el Estado se ha visto en la necesidad de establecer figuras o medios legales para proporcionar o ejercer las obligaciones que de origen le corresponden a este. (Anaya, et al., 2010)

Bajo el argumento de garantizar el otorgamiento de servicios de salud a toda la población, gobiernos de diferentes partes del mundo occidental, se valieron de las figuras legales conocidas como concesión, subrogación, contratación de servicios complementarios, y de cualquiera que sea su forma legal para desincorporar este tipo de servicios públicos que resultaba casi imposible de brindar si continuaban en manos del Estado. A escala internacional, estas variantes del modelo de concesión se les conocen como Asociaciones Público-Privadas (APP) y Asociaciones Público-Privadas de Colaboración (APPC) en el Sector Salud. Este modelo, nació en Europa y fue diseminándose en diferentes países de Latino América.

Las APP y APPC en el Sector Salud, dependiendo de las bases legales de cada país, asumen diversas formas con diversos grados de responsabilidad entre los sectores público y privado, es decir, entre el Estado y la Iniciativa Privada. Dichas asociaciones se caracterizan por una serie de objetivos, entre los que destacan la disminución de los costos de producción de servicios y el aumento de la calidad de los mismos. Los contratos firmados entre los participantes, entendiendo a éstos como Gobierno y concesionarios, consignan los compromisos que asumen las partes involucradas. Para el Sector Público se establece la obligación del financiamiento, mientras que para el prestador del servicio APP y APPC, la responsabilidad radica en la obligación



de la prestación de servicios de calidad con tecnología de punta a bajo costo. De acuerdo con los principios legales de la mayor parte de los países, este tipo de contratos implican la privatización de los servicios de salud, los cuales siguen siendo responsabilidad del Estado. (Nikolic & Maikisch, 2006)

### 3. EL CONSENSO DE WASHINGTON Y LA SALUD

Para poder hablar de la relación que existe entre el Consenso de Washington y la Salud, es importante referirse al origen de este listado de políticas económicas surgido durante los años 90. Su creador fue John Williamson, un economista inglés quien además de trabajar para el Departamento del Tesoro Británico, prestó sus servicios para el Banco Mundial.

Como ya se mencionó en el párrafo anterior, el Consenso de Washington es un listado de políticas económicas consideradas que surgió durante los años 90 por los organismos financieros internacionales y centros económicos con sede en Washington D.C.

La versión original del CW estaba enfocada a remediar problemas económicos de países latinoamericanos, algunos analistas lo calificaron como el mejor programa económico que Latinoamérica debería adoptar para impulsar el crecimiento. El Consenso de Washington contempla los siguientes aspectos: 1. Disciplina fiscal, 2. Reorientación del gasto público, 3. Reforma tributaria, 4. Liberalización financiera, 5. Tipos de cambio unificados y competitivos, 6. Liberalización del comercio, 7. Apertura a la inversión extranjera directa, 8. Privatización, 9. Desregulación y 10. Derechos de propiedad. (Bergsten & Henning, 2012)

Cabe mencionar que no todos estos puntos tienen relación directa con la

salud pública; sólo están relacionados con el tema de la concesión de servicios de salud los incisos seis, siete, ocho, nueve y diez. A continuación se detalla los contenidos de cada uno de ellos y en su caso, se precisa cuál es la relación con la salud pública.

1. Desde la perspectiva del CW, la disciplina fiscal o disciplina presupuestaria, es un componente de suma importancia que ha sido incluido en los programas negociados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) con los países miembros que solicitan apoyo financiero vía préstamos. “También tuvo notable importancia en Washington, lo cual condujo al establecimiento de presupuestos equilibrados mediante la aprobación de la Ley Gramm-Rudman-Hollings en 1993”. (Casilda, 2004, p. 20) De esta forma, se pretendía acabar con los recurrentes problemas macroeconómicos como la inflación, desequilibrios en la balanza de pagos y evasión de capitales.

2. Washington propuso reducir los gastos más que aumentar la recaudación tributaria para lograr la reorientación del gasto público. Es así que se pusieron a consideración tres grandes rubros en para reorientar el gasto público en: subsidios, hasta ese entonces, otorgados de manera indiscriminada, la educación y la salud pública. “El objetivo de la reforma política respecto al gasto público, fue tratar de desviar el gasto improductivo de los subsidios hacia áreas como la sanidad, la educación o las infraestructuras, para poder combatir más eficazmente la pobreza en beneficio de los menos favorecidos”. (Casilda, 2004, p. 20)

3. El tercer punto del CW, la reforma tributaria, en México conocido como reforma hacendaria, consistía en incrementar la recaudación fiscal hasta un nivel mínimo considerado como necesario. La propuesta consistía en



instaurar una base imponible integral y amplia, a la vez que se mantenían ingresos impositivos marginales moderados, esto es, buscar bases imponibles amplias y tipos marginales moderados; este principio fue la base de la reforma del impuesto sobre la renta en EEUU en 1986. (Bergsten & Henning, 2012; Casilda, 2004)

4. Liberalización financiera, es el cuarto componente del consenso y se refiere especialmente a los tipos de interés. En cuanto a este aspecto, el decálogo del CW indica que los tipos de interés debían seguir dos principios fundamentales. En primer lugar, tenían que ser determinados por el mercado de modo a fin de evitar una asignación inadecuada de los recursos. En segundo lugar, debían ser positivas en términos reales para desincentivar las evasiones de capitales e incrementar el ahorro. (Casilda, 2004)

5. El Consenso de Washington propuso que los tipos de cambio de las divisas fueran determinados por las fuerzas del mercado, es decir, por la oferta y la demanda, y que el valor de la moneda extranjera no estuviera dictaminado por los bancos centrales. Es por este motivo que resultaba preferible un tipo de cambio real competitivo en lugar de “tipos de cambio de equilibrio fundamental”. De esta forma cada país latinoamericano podría incrementar y ampliar sus exportaciones.

6. Otro elemento importante para una política económica orientada hacia el sector exterior era la liberalización de las importaciones o liberalización del comercio. “El acceso a las importaciones de factores de producción intermedios a precios competitivos se consideraba importante para la promoción de las exportaciones, mientras que una política de protección de las industrias nacionales frente a la competencia extranjera se interpretaba como creadora

de distorsiones costosas que acababan penalizando las exportaciones y empobreciendo la economía nacional”. (Casilda, 2004) Esto permitió la importación de equipo médico para unidades de segundo nivel de atención, pero sobre todo, que empresas aseguradoras pudieran adquirir equipo médico moderno con el que pudieran competir con unidades del sistema de salud y empresas extranjeras.

7. Después que de muchos países en América Latina habían cerrado sus fronteras a la inversión extranjera para proteger las inversiones nacionales, deberían verse forzados a permitir la llegada de industrias transnacionales. En el pensamiento de John Williamson, la inversión de capital externo no tan sólo aportaría capital a los países latinoamericanos sino también tecnología y experiencia mediante la producción de bienes necesarios en el mercado nacional o contribuyendo a nuevas exportaciones.

8. El octavo mandamiento del Consenso de Washington, consideró que gran parte de la carga presupuestal de los gobiernos estaba centrada en servicios públicos y empresas paraestatales. En México un ejemplo de éstos serían algunos servicios de salud tales como imagenología y hemodiálisis, o empresas que en algún momento fueron parte del inventario público tales como Telmex, la Compañía Operadora de Teatros, entre otras. Con la privatización se pretendía reducir la presión de esa carga, tanto a corto plazo, gracias a los ingresos derivados de la venta de la empresa, como a largo plazo, con la reducción del financiamiento correspondiente. La idea de privatización estaba fundamentada en que la libre empresa o iniciativa privada cuenta con mejores sistemas de gestión que las empresas estatales. Este resulta ser el punto más importante que tiene relación con el análisis del presente artículo.



9. En lo que se refiere a las políticas de desregulación, el CW consideró eliminar todo tipo de trabas regulatorias tales como el control del establecimiento o creación de nuevas empresas, freno y restricción de la entrada de inversiones extranjeras y los flujos de transferencia, control de precios de productos, bienes y servicios, imposición de obstáculos a las importaciones, asignación de créditos de modo discriminatorio, tal y como sucedía en México con el Banco de Crédito Rural, e instauración de elevados niveles de impuestos sobre la renta a las empresas. En cuanto a este aspecto, en México fueron efectuadas reformas legislativas para que servicios de salud pudieran ser otorgados en concesión, subrogación o contratación.

10. El consenso busca asegurar que las empresas extranjeras no pusieran en riesgo su propiedad intelectual al momento de invertir en los países latinoamericanos. Y es que en gran parte de América Latina los derechos de propiedad o los derechos de autor, no eran nada respetados. La piratería estaba a la orden del día en cuanto a productos, pero también con respecto a los servicios otorgados por empresarios de la salud que importan nueva tecnología.

En 2003, como una respuesta a los pobres logros obtenidos por países latinoamericanos que adoptaron este modelo económico en la década de los 90, Pedro Pablo Kuczynski y John Williamson convocaron a una nueva conferencia sobre el crecimiento de América Latina en la cual dieron a conocer nuevos mandamientos que fueron incorporados al Consenso de Washington y que tenían una estrecha relación con un libro que habían escrito en ese mismo año: "After Washington Consensus: Restoring Growth and Reform in Latin America". (Bergsten & Henning, 2012)

Esas nuevas estrategias son las siguientes: gobierno corporativo, anticorrupción, mercado de trabajo flexible, acuerdos con la Organización Mundial de Comercio, nuevos códigos y estándares financieros, apertura prudente de cuentas de capital, no regímenes intermediarios del tipo de cambio, bancos centrales independientes/ metas de inflación, red de seguridad social y reducción de la pobreza.

Una gran parte de los países que adoptaron el paquete de medidas económicas propuestas por el CW, comenzaron un proceso de desincorporación de empresas y servicios públicos, entre ellos los de salud. Entre esos servicios se encuentran los de imagenología, anestesiología, hemodiálisis, laboratorios de análisis clínicos, incluso la vigilancia y cocina de algunos hospitales. Otras naciones optaron porque la reducción de la carga financiera que representaba el mantenimiento de servicios de salud fuera total y procedieron a la concesión de hospitales completos.

No se puede afirmar que las medidas propuestas por el CW hayan tenido un rotundo fracaso, pero sí registraron consecuencias positivas, negativas y hasta importantes fallas que se le imputan a este modelo económico.

Gracias a la puesta en marcha de la disciplina fiscal, la reorientación del gasto público y a la reforma tributaria, hasta el momento no lograda al cien por ciento en México, "se redujo la inflación a un solo dígito prácticamente en todos los países; disminuyó el promedio del déficit presupuestario del 5 por 100 del PIB al 2 por 100 aproximadamente, y redujo la deuda externa pública del 50 por 100 del PIB a menos del 20 por 100 en toda Latinoamérica. La apertura comercial hizo descender el promedio de aranceles



desde más de 40 por 100 a casi 10 por 100". (Casilda, 2004, p. 24)

Datos obtenidos de los autores consultados indican que en los años noventa, el aumento real del PIB en la región fue escaso; "1 por 100 anual durante toda la década, esto es, un porcentaje ligeramente superior a las alarmantes cifras registradas en los años ochenta, pero muy por debajo de las tasas del 5 por 100, o más, que se alcanzaron en los años 1960 y 1970. Concretamente, el desempleo aumentó, y la pobreza siguió siendo amplia y generalizada". (Casilda, 2004, p. 24)

En países como Perú, México, Colombia, el modelo económico ha dejado un escaso margen para la integración y el desarrollo. Por esto, no se han integrado los sectores productivos para la generación de mayor número de empleos y de más productos, ya que la concepción del modelo no permite desarrollar políticas sectoriales. (Casilda, 2004; Bergsten & Henning, 2012; Sanabria, 1999)

#### 4. CONCLUSIÓN

Desde el punto de vista del autor del presente artículo, el Consenso de Washington no es la panacea, pero... tampoco puede ser satanizado. Solamente proponía una serie de medidas para corregir el rumbo económico de los países que se encontraban en crisis económicas. Los puntos considerados tanto en la primera versión como en la segunda, pueden aún ayudar a los países a mejorar las condiciones macroeconómicas para después beneficiar en la microeconomía a la población. El problema aquí es que existen muchos aspectos que de fondo no fueron considerados por el CW, tales como el desorbitante crecimiento de la población.

La FAO reporta que debido al rápido y constante aumento de la población en África, Medio Oriente y partes de América Latina, consideradas como zonas en desarrollo donde existe una dolorosa disminución de la productividad agrícola en términos de productividad per cápita, el mundo está andando hacia una crisis alimentaria. "El crecimiento demográfico, la urbanización, la distribución desigual de las tierras, la reducción de las dimensiones de las explotaciones y el constante empobrecimiento de los agricultores del Tercer Mundo, han contribuido a reducir la producción tradicional en zonas críticas". (FAO, 2013)

De acuerdo a la FAO, casi mil millones de personas padecen de malnutrición y 400 millones están crónicamente subnutridas, lo cual está provocando un incremento en el número de defunciones y que representa un problema de salud. La desnutrición es una de las principales causas de las enfermedades que provocan el 53% de las muertes de niños en el mundo; se estima que cinco millones de vidas se pierden por problemas de desnutrición cada año. Aunado a esto continua el crecimiento del número de seres humanos que provocamos una degradación a escala masiva de los recursos naturales. "En un momento en que se necesita producir más alimentos, la degradación de las tierras y el abuso de sustancias químicas comportan una mengua de la producción agrícola". (FAO, 2013) Estos, son dos aspectos que en esencia no estaban contemplados en el modelo económico en cuestión; la población crece y demanda más y mejores servicios al tiempo que el Estado, no cuenta con la posibilidad de satisfacer estas demandas, ya que éste, sólo debe ser gestor de mejores condiciones para el crecimiento económico y por lo tanto, no debe ser generador de empleos que representen una carga financiera para este: burocracia.



Durante muchos años el mundo había sido estratificado en países ricos y pobres o países desarrollados o subdesarrollados, tomando en cuenta el desarrollo económico y el desarrollo social. Los países ricos, que gracias a su desarrollo en salud alcanzaron un mayor nivel de esperanza de vida, se enfrentan a enfermedades crónico degenerativas, lo que los ha llevado a enfrentar dificultades en el financiamiento de la atención médica, para estos casos de alta especialidad, mientras que los países pobres buscan dar solución a enfermedades infecciosas.

En el caso de México, se ha ubicado en el punto medio de estas dos grandes clasificaciones, debido al aumento en la esperanza de vida, que ha llevado al país a enfrentar nuevos problemas de salud pública: las enfermedades crónicas degenerativas, que están remplazando en forma impresionante a las enfermedades infecciosas. Es por eso que, naciones como Gran Bretaña, Estados Unidos, Israel y otras, entre las que se encuentra México, buscaron soluciones innovadoras y revolucionarias no sólo para tratar las enfermedades existentes, sino también para mejorar la prestación de servicios de salud, entre ellas la contratación de ciertos servicios complementarios de salud que representan un elevado gasto para el Estado. Pero, gran parte de los sistemas de salud en América Latina, además de padecer estructuras segmentadas y sin financiamiento, su personal no cuenta con la preparación o actualización necesaria. (Universia Knowledge@Wharton, 2009).

Además, también hay aquí un componente de educación. No la educación otorgada por las instituciones del sector, sean públicas o privadas, sino la educación que se obtiene en el seno familiar. Actualmente el mundo vive una falta de valores que ha provocado un

incremento de delitos y actos de corrupción.

En el caso de México, es posible que los servicios públicos, sobre todos los otorgados por el sector salud, no sean otorgados al cien por ciento debido a actos de corrupción y baja capacidad administrativa, lo que, de acuerdo al CW, fue necesaria la aplicación de nuevas medidas como la concesión de servicios públicos, entre ellos algunos importantes servicios de salud. En 2010, Transparencia Mexicana, a través del Índice Nacional de Buen Gobierno y Corrupción, identificó 200 millones de actos de corrupción en el uso de servicios públicos provistos por autoridades federales, estatales, municipales, así como concesiones y servicios administrados por particulares. En 2007 fueron 197 millones de actos; además esto indica que la corrupción va en aumento. (Transparencia Mexicana, 2011)

Existen voces que imploran por la aplicación de reformas progresistas en lugar de las reformas neoliberales, como que el derecho a la salud sea una responsabilidad absoluta del Estado. El problema aquí es que si continúa desbordándose el crecimiento económico, si no existe una mejor educación de la población, si no se acaba la corrupción y si las grandes empresas continúan aumentando su voracidad por incrementar su capital en lugar de buscar dar empleo a la población, ningún modelo económico, sea neoliberal, de capital mixto o progresista, será la solución a los graves problemas que vive la humanidad, mucho menos en el tema de la salud.

No se trata sólo de adoptar modelos económicos, se trata de evitar vicios, actos de corrupción y favorecimiento de las medidas a grupos privilegiados. El Estado debe mantener la responsabilidad de producir bienes públicos que lleguen



al grueso de la población, pero que todos aquellos servicios que representen una carga para el erario, si pueden ser concesionados o subrogados, que así se haga, siempre y cuando sean sometidos al escrutinio del mismo Estado.

Como afirma Paolo Buss (2011), las políticas y acciones de salud pública deben necesariamente tomar en cuenta los contextos que las involucran y las determinan, esto es, los contextos político, económico, social y ambiental, así como las condiciones de salud y sus tendencias, como por ejemplo, las características de la población, la magnitud de distribución de tendencias de la mortalidad, la morbilidad, incluyendo las enfermedades no transmisibles, las determinantes sociales de la salud, entre otras. Aspectos, que desde el modelo del CW no son tomados en cuenta para la atención de la salud pública.

Además, es importante que todas aquellas empresas concesionarias o subrogadas, participen de actividades de promoción y prevención de estilos de vida saludables. Que en casos de emergencia, otorguen todo tipo de servicio a quienes así lo necesiten; ya será el estado a través de la Secretaría de Salud, quien se haga responsable de los gastos generados.

## 5. FUENTES DE CONSULTA

Anaya, L. M., Martínez, M. C. & Olmos, M. T., 2010. La Concesión Administrativa. Algunos aspectos Teóricos y Análisis de un Caso Práctico. PRAXIS DE LA JUSTICIA FISCAL Y ADMINISTRATIVA, Mayo-Septiembre, Issue 4, pp. 56-105. Anon., 2012. Enciclopedia Jurídica. [En línea]

Disponible en: <http://www.encyclopedi juridica.biz14.com/d/concesion/concesion.htm>[Último acceso: 6 Diciembre 2012].

Bergsten, F. & Henning, R., 2012. Global Economics in Extraordinary Times: Essays in Honor of John Williamson. Washington DC: Peterson Institute.

Buss, P., 2011. Conferencia Inaugural II Congreso Chileno de Salud Pública Desafíos para la salud pública contemporánea en tiempos de cambio. [En línea] Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewArticle/11588/11947>[Último acceso: 18 Febrero 2012].

Calafell, J. E., 1996. Teoría General de la Concesión. Jurídica 26, Anuario de Derecho, pp. 215-227.

Casilda, R., 2004. América Latina y el Consenso de Washington. Boletín Económico de Información Comercial Española , Abril-Mayo, Issue 2803, pp. 039-051.

FAO, 2013. Crecimiento demográfico y crisis alimentaria. [En línea] Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/U3550t/u3550t04.htm#references> [Último acceso: 28 Febrero 2013].

Nikolic, I. & Maikisch, H., 2006. Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. [En línea] Disponible en: [http://miha.ef.uni-lj.si/\\_dokumenti3plus2/192328/JZP-2011-LIT-6.pdf](http://miha.ef.uni-lj.si/_dokumenti3plus2/192328/JZP-2011-LIT-6.pdf) [Último acceso: 09 Octubre 2011].

ONU, 2013. Las Naciones Unidas. [En línea] Disponible en: <http://www.un.org/es/aboutun/> [Último acceso: 21 Febrero 2013].

Petrella, R., 2009. Una narración de la historia. Compartir bienes, vivir en común. 1a edición ed. España: Intermón Oxfam.



Sanabria, C., 1999. Privatización y servicios de salud. Revista de la facultad de ciencias económicas, Septiembre, IV(13), pp. 79-90.

Transparencia Mexicana, 2011. Índice Nacional de Corrupción y Buen Gobierno, México: s.n. Universia Knowledge@Wharton, 2009. La economía de la salud. [En línea] Disponible en: <http://www.wharton.universia.net/index.cfm?fa=viewArticle&ID=1804> [Último acceso: 2 Febrero 2013].

Wickham, C., Kamen, H. & Hernández, E. y. o., 1995. La crisis en la historia. Salamanca: Ediciones Universidad.



