

## **Análisis de la Política Sanitaria en México en el periodo 1992-2018**

*Analysis of the Health Policy in Mexico in the period 1992-2018*

<https://doi.org/10.33110/inceptum.v17i32.426>

(Recibido: 17/01/2022; Aceptado: 23/03/2022)

**Odette Virginia Delfín Ortega <sup>1</sup>**  
**Daniel Carrillo Gómez <sup>2</sup>**

### **Resumen**

El debate en torno a la cobertura sanitaria universal y las mejores formas de lograrlo ha sido el centro de atención últimamente. México no ha sido la excepción adaptando el derecho a la salud pública en su carta magna. A lo largo de las administraciones federales se han articulado una serie de políticas sanitarias que han aumentado la esperanza de vida. De lo anterior se deriva el objetivo en esta investigación que es analizar las políticas públicas implementadas en el sector salud de México en el período 2001-2020 para lograr una mayor cobertura y un mejor servicio. Concluyendo que el modelo sanitario venía mostrando claramente dos grandes tendencias: la primera a la descentralización de los servicios sanitarios y la segunda a fomentar la participación del sector privado en estas actividades, por lo que debe analizarse más que un servicio de salud, darle un enfoque más global, demográfico, político y social.

**Palabras clave:** cobertura sanitaria, descentralización servicios sanitarios, políticas sanitarias en México.

---

<sup>1</sup> Profesor-Investigador del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Email: odette.delfin@umich.mx

<sup>2</sup> Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Email: daniel.carrillo@umich.mx

## Abstract

The debate around universal health coverage and the best ways to achieve it has been in the spotlight of late. Mexico has not been the exception adapting the right to public health in its magna carta. Throughout the federal administrations, a series of health policies have been articulated that have increased life expectancy. From the above, the objective of this research is derived, which is to analyze the public policies implemented in the health sector in Mexico in the period 2001-2020 to achieve greater coverage and better service. Concluding that the health model had been clearly showing two major trends: the first to the decentralization of health services and the second to encourage the participation of the private sector in these activities, so it should be analyzed more than a health service, giving it a focus more global, demographic, political and social.

**Keywords:** health coverage, decentralization of health services, health policies in Mexico.

## 1. Introducción

La salud pública ha venido evolucionando a lo largo de los años impulsado principalmente por agentes externos que inciden de manera directa en las políticas sanitarias en México. Durante la década de los ochenta América latina comenzó a mostrar problemas relacionados con el pago a sus acreedores externos. Dicho evento causó una serie de modificaciones en las políticas internas de los países de la región, impulsadas por organismos internacionales como condición necesaria para acceder a líneas de crédito que les permitiera ponerse al corriente en sus adeudos. Las políticas sanitarias no fueron la excepción, por lo cual, se comenzó a visualizar a la protección financiera como eje rector para el acceso a los servicios de salud (Uribe & Abrantes, 2013).

En este panorama el Banco Mundial comenzó a analizar los sistemas de salud. Ya para el año 1987 presentó su informe intitulado el financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Dentro de este informe se plantean categorías mediante las que se pueden obtener servicios sanitarios pública o privada. Se considera a los servicios públicos como aquellos en los que de realizarse la sociedad en general obtendría una mejora en su calidad de vida. Por otro lado, los servicios privados únicamente beneficiarán al individuo que sea atendido (WB, 1987).

Aunado a lo anterior, el Banco Mundial visualiza tres problemas que deben ser atendidos por los Estados en sus sistemas de salud. El primero, la asignación, se refiere a la cantidad de recursos monetarios destinados a la atención sanitaria. El segundo, trata de la incompetencia al interior de los programas públicos. El tercero, es la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios. Debido a todas estas problemáticas el Banco Mundial sugiere que los estados articulen sus políticas considerando el cobro de cuotas a los beneficiarios de los



servicios permitiéndoles así de hacerse llegar de recursos suficientes, al tiempo que, permitían una mayor participación de la iniciativa privada en el tema sanitario (WB, 1987).

Todas estas premisas marcaron el inicio de la nueva administración pública en la que se pretendía que el gobierno “adelgazara” en su tamaño y alcance y permitiera una mayor participación privada.

Este documento enmarca los principales cambios que sufrió México en materia de política sanitaria. Se muestran las reformas de cada una de las administraciones federales desde el año de 1982 al año 2018. Por lo que el objetivo es analizar las políticas públicas implementadas en el sector salud de México en el período 2001-2020 para lograr una mayor cobertura y un mejor servicio.

Este artículo está estructurado de la siguiente manera, primero se presenta la introducción, en el siguiente apartado se presentan las principales reformas del sector salud de México, posteriormente están las consideraciones finales y por último se encuentran las conclusiones.

## 2. Las políticas públicas de salud en México

En México se identifican tres parteaguas en la historia del sistema mexicano de salud: el primero, se da en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el establecimiento de los primeros Institutos Nacionales de Salud; así pues, en 1959, la evolución de los servicios de salud en México continuaron con la fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); estos dos institutos vendrían a completar la estructura fundamental del Sistema Nacional de Salud Mexicano (SNS). (Frenk, *et al.*, 2003).

Con la creación del ISSSTE, los trabajadores del Estado pudieron acceder a los servicios de salud, aunque no solo fue este el beneficio que el instituto otorgó a los trabajadores vino con él una serie de prestaciones sociales como pensiones, jubilación, vivienda por nombrar algunos derivados del vínculo laboral subordinado con el Estado. En ambos institutos (IMSS e ISSSTE); se financiaban por medio de contribuciones tripartitas: de los trabajadores, los patrones y el Estado (Chertorivski-Woldenberg, 2011).

Los beneficios de esta primera oleada de cambios estructurales continuaron hasta los años setenta. Cerca de la llegada de los años ochenta cuando todo comenzó a cambiar, el modelo que hasta esos años resultaban efectivos (el cual estaba dirigido en la atención hospitalaria y la medicina de especialidad); comenzó a mostrar sus limitaciones. Uno de sus primeros límites se hizo evidente debido al aumento de la demanda de servicios y una necesidad mayor de tecnológica para brindar la atención, lo que detonó en un alza en el costo de los servicios.

Esta serie de beneficios no alcanzaron a las poblaciones de escasos recursos, agravándose más en las comunidades rurales, debido a que no contaban con un acceso regular a los servicios básicos de salud, orillando a muchos hogares a contratar los servicios de salud en el sector privado, los que se encontraban insuficientemente regulados y que, con frecuencia, ofrecían una atención de mala calidad (Chertorivski-Woldenberg, 2011).

### *2.1 La reforma del Estado de los años 1982 a 1988*

Las reformas estatales en México inician durante el mandato de Miguel de la Madrid (1982-1988). Durante esta época se sientan las bases de la Reforma del Estado, cuya finalidad era la de modernizar las acciones realizadas por el gobierno mexicano. Indudablemente estos cambios alcanzaron a las políticas sociales y de manera particular a las políticas de salubridad. La principal motivación de las reformas a las políticas en salud se encuentra en la reducción que se debía dar a este sector, al tiempo que se generaban un aumento de los costes de atención médica. En otras palabras, se pretendía que el gobierno mexicano participara de manera activa en la regulación, financiamiento y generación de la oferta de los servicios de salud (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001).

Durante el año de 1983, comienza a elegirse los pasos a seguir: modernizar la administración, regionalización, coordinar al sistema sanitario por sectores, iniciar la descentralización y fomentar la participación ciudadana. Lo anterior con la intención de fundar el Sistema Nacional de Salud (SNS). Este nuevo sistema aumentaría la eficiencia de los servicios otorgados a la ciudadanía al tiempo que, se daría un uso racional de los recursos. El SNS tiene como fin último el alcanzar una cobertura nacional de la oferta de servicios de salud, asegurando que dichos servicios cuenten con un mínimo razonable de calidad. Lo anterior, tendría un efecto positivo en la salud de los mexicanos (Soberón *et al.*, 1988).

En este mismo año se dan una serie de cambios que permitieron la incorporación del derecho a la protección de la salud a la Constitución Mexicana y la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada. (Acevedo, 2012).

Durante los siguientes años de la administración de Miguel de la Madrid (1984-1988), establece como prioridad el completar la descentralización de los sistemas de salud hacia los órganos subnacionales con el propósito de reformar los servicios de salud para que estos puedan beneficiar a la población no derechohabiente. El Estado mexicano sostiene que de alcanzarse la descentralización se revolucionaría el sistema sanitario puesto que así se aumentarían las coberturas mejorando los servicios de salud para aquellos derechohabientes que contribuyen con sus cuotas. El Gobierno de México sostuvo que mediante un sistema federalista se dejaría atrás la centralización, que hasta esos años se venía ejerciendo, a fin de que los organismos estatales de salud contaran con recursos financieros, así como un poder de decisión respecto a las políticas de salubridad (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001).



Esta descentralización buscaba trasladar funciones a las entidades federativas, las que requerirían transformar sus estructuras orgánicas para dar solución a los problemas a los que harían frente desde ese momento. Por otro lado, este nuevo modelo pretendía dismantlar a los grandes sindicatos nacionales con el propósito de flexibilizar los vínculos laborales de los empleados del sector salud. Bajo esta premisa resulta evidente que el medio empleado por el Estado mexicano resta importancia al pacto social que hasta ese momento se venía dando entre el Gobierno y la clase obrera (Barba, 1997).

La descentralización en el sector salud tuvo sus orígenes en la coordinación programática, en el mes de mayo de 1985. Durante ese año las entidades federativas de Baja California sur, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Sonora y Tabasco dieron inicio a la primera etapa de la descentralización. Para marzo de 1986 se descentralizarían las entidades federativas de Colima, Guanajuato y México. Este proceso quedó en pausa hasta los últimos meses del año 1987, en este tiempo dos estados más descentralizaron sus servicios de salud, estos fueron Aguascalientes y Quintana Roo. Para estas entidades federativas quedaron extintos los Servicios Coordinados de Salud Pública. Así mismo, el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (PSSCC) -mejor conocido como IMSS-COPLAMAR- queda inoperante. Se obliga a los Estados a crear dependencias subnacionales que serían encargadas de dotar a la población de los servicios que el PSSCC e IMSS-COPLAMAR brindaban. A finales del sexenio de Miguel de la Madrid solamente unos cuantos estados habían implementado una descentralización e integración orgánica de las operaciones en salud. Pese a estas acciones los estados no culminaron todos los procesos de descentralización en salud causando mayores problemáticas que soluciones (Jaramillo, 2007).

Este proceso descentralizador se genera de manera asimétrica en las entidades federativas y en todas estas se presentaban mayores o menores problemas. De estos destacan: una escasa asignación presupuestaria (esta genera problemáticas en lo relativo a la suficiencia presupuestal de estos nuevos órganos); herencia de una infraestructura limitada y escasa; rutas distributivas para el abastecimiento de equipos e insumos médicos. La entrega de personal humano a los órganos subnacionales creó una nueva problemática con la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE), debido a que limitaban el campo de acción en cuanto a la remoción y contratación del personal, así como, se dio un impedimento para homologar tanto los montos salariales como en la asignación de funciones que cada empleado debería realizar. Estos problemas con el personal tuvieron como consecuencia una aversión de los gobiernos locales para integrar en sus presupuestos al nuevo personal por los efectos económicos que estos causarían (López, 1990).

Analizando el programa IMSS-COPLAMAR se dan otra serie de problemáticas debido a que les fueron traspasadas las unidades médicas a los Sistemas Estatales de Salud (SESA) sin que dichas unidades fuesen respaldadas por el régimen ordinario del IMSS, el cual hasta antes del proceso descentralizador brindaba apoyo logístico, humano, material y administrativo con el que no contaban los SESA. Esta abrupta entrega prácticamente paralizó al programa IMSS-COPLAMAR en las entidades federativas en las que se inició el proceso de descentralización no solo por la falta de respaldo sino por la problemática creada por las nuevas atribuciones entregadas a los estados en materia de salud que causan discusiones con el IMSS y la SSA (González-Block y Leyva, 1988).

La problemática generada tras dismantelar los servicios de salud fue tan aguda que para 1988 se interrumpe de manera indefinida la descentralización. El programa IMSS-COPLAMAR se convierte al programa IMSS-Solidaridad mediante el cual se buscaba revertir los efectos adversos que la descentralización había causado. Para el año 1990 IMSS-Solidaridad se encontraba articulada en 17 entidades federativas cubriendo aproximadamente una población de 11 millones de beneficiarios, en sus 2,666 unidades de primer nivel (UMR) y 52 hospitales ubicados en las zonas rurales de México (IMSS, 1990). Pese a estas problemáticas la ruta oficial que el estado mexicano estableció fue un camino tendiente a desintegrar las instituciones, así como focalizar las intervenciones sanitarias, todo esto con la justificación de un uso apropiado de los recursos públicos (SS, 1991).

Laurell (1992) sostiene que el llamado nuevo federalismo, busca transferir responsabilidades que anteriormente recaían en la federación a las entidades federativas. Este proceso no contemplaba el fortalecimiento financiero, técnico y administrativo de los Estados, este procedimiento sentó las bases para una nueva relación político-económica en la que se establecen límites a las actividades públicas en materia de salud con miras a establecer un sistema de salubridad bajo un enfoque mercantilista.

Las 14 entidades federativas en las que se realizó la descentralización de los servicios de salud, se limitaron a convertirse en una simple desconcentración de las operaciones en la cual se busca privilegiar la oferta de los servicios sanitarios a un bajo coste que conllevó un aumento de las inequidades para que las personas pudiesen acceder a servicios sanitarios de calidad. El proceso descentralizador afrontó problemáticas como: la incapacidad financiera y técnica que los servicios sanitarios subnacionales para adjudicarse completamente las actividades de los programas. Otra problemática se da en la inflexibilidad establecida en los procesos administrativos que limitan a los sistemas de salud estatales para hacerse llegar de recursos, insumos y equipos para realizar sus actividades (Lopez y Blanco, 1993).



La problemática anterior se da en todas las entidades federativas, pero acorde a las capacidades financieras subnacionales, podrían facilitárseles las resoluciones de algunos de estos conflictos como los relativos al personal médico y a la continuidad en la prestación de los servicios (Fernández de Castro, 1988). Sin embargo, este proceso tiene como efecto secundario una desarticulación de las políticas enfocadas al control de enfermedades generando una disminución en la operatividad de los programas enfocados al control epidemiológico. Durante este periodo se da un retroceso en el cuidado sanitario que se manifestó con aumentos en el número de casos de enfermedades como el dengue, la tuberculosis, paludismo y la más visible se dio durante los años 1989 y 1990 con el brote epidémico de sarampión. Este retroceso se manifiesta de igual forma en los padecimientos no transmisibles tales como el aumento de la mortalidad generada por desnutrición infantil a nivel preescolar y por último, se percibe un aumento en la brecha de salud entre diferentes regiones y los diferentes grupos que conforman México (Lopez y Blanco, 1990).

## *2.2. Los primeros cambios en materia sanitaria en México durante el periodo de 1988 a 1994*

Durante la administración del presidente Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), se implementan de forma tajante políticas con un corte neoliberal. La idea principal del neoliberalismo es la de fortalecer el mercado a fin de que sea este el encargado de conducir el quehacer económico del país y el cómo se dará la convivencia social en un México que en este periodo se encontraba inmerso en una profunda crisis política. Bajo estas premisas el ejecutivo federal comienza un esquema neoliberal que busca modernizar al estado mexicano con la finalidad de hacer frente a la crisis política por medio de una visión “solidaria” que a lo largo del mandato salinista se definirá como un liberalismo social (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001).

Este liberalismo social se ve articulado mediante la política pública denominada Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), esta se puede apreciar como una política social asistencialista que de manera centralizada se implementó durante el sexenio salinista (López, 1992). Una de las principales características del Pronasol radican en estrechar una relación entre la población beneficiaria del programa (población en situación de pobreza) y el ejecutivo federal encabezado por Salinas de Gortari. La articulación de la política social salinista se da de forma paralela a las instituciones encargadas de implementar las políticas de bienestar social, esta implementación paralela flaquea a las instituciones formales y contradice la tesis descentralizadora iniciada en el sexenio de Miguel de la Madrid en la cual se pretendía generar bases nuevas para el desarrollo geopolítico de la política social en México (Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, 1989).

Durante la administración salinista se da vida a una nueva visión del populismo en la que concibe que la política social de beneficencia no generara obstáculo alguno para la implementación de la política económica que se pretende implementar. Con estas premisas el Estado pretende hacer mediático el malestar social que se ha intensificado por un apresurado debilitamiento de las condiciones de vida de un gran sector poblacional en México. El dar respuesta a estas exigencias sociales es el fundamento principal para la implementación del Pronasol, sin embargo, los beneficios que se otorgan son plasmados como simples dádivas y mas no como una salvaguarda de sus derechos. En este periodo se normaliza el concepto de “combate a la pobreza”, incluyéndose en esta conceptualización a la salud, en la que se buscó ampliar el número de intervenciones de salubridad haciendo estas de forma masiva al menor costo posible, principalmente para los sectores mayormente marginados (rurales y urbanos). Esta propuesta pareciese una buena ruta, sin embargo, la implementación únicamente incluye la atención sanitaria más básica (primer nivel), al tiempo que, se promueven programas públicos tendientes a aumentar la educación social en temas de salud a fin de que cada individuo tenga la capacidad de cuidar por sí mismo de su salud (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001).

Los programas dirigidos al autocuidado de la salud muestran una visión encaminada a atribuir la responsabilidad de la falta de salud a los enfermos, debido a que, por su falta de cuidado a su estado de salud ahora padecía de esta enfermedad. Cabe mencionar que los grupos más vulnerables que son los beneficiarios de estos programas en la mayoría de los casos no tienen más opción para atender sus padecimientos (recordemos que se podía acceder únicamente a la atención primaria). La política en materia de salud implementada en este periodo se rige bajo la premisa de la focalización de los recursos públicos que permitiría dotar a la población más vulnerable acceder a servicios básicos de salud en un momento de depresión económica y, por ende, con escasez financiera en la que se encontraba México. El gobierno salinista plantea la focalización de recursos mediante la segmentación jerárquica de las zonas marginadas y una correcta selección de beneficiarios en dichas zonas (Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, 1989).

Se puede hablar de que a lo largo de esta administración se pretendía alcanzar una universalidad en los servicios sanitarios, con el fin de acabar con las inequidades en salud bajo una premisa de atención sanitaria con solidaridad. Sin embargo, los programas públicos en salud se sustentan en una focalización tanto de los beneficiarios como de los servicios que se otorgarían. La descentralización de los servicios de salud, - en específico la atención a aquellos que no contaban con servicios sanitarios- son los cimientos en los cuales se sustenta la estructura actual sanitaria (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001).



### *2.3 El sistema de pensiones en México en el periodo de 1994-2000 y las reformas en salud*

Las modificaciones al régimen sanitario en México emprendido en 1982 siguieron durante la administración federal de Carlos Salinas de 1988 a 1994. El siguiente presidente de la república Ernesto Zedillo da continuidad a las reformas emprendidas, primordialmente en dos vertientes: A) adecuaciones a la legislación de salubridad en específico a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y; B) Una remodelación a las atenciones sanitaria ofertada a los ciudadanos que no tienen atención médica en alguno de los institutos del sistema nacional de salud (Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, 1996).

En lo concerniente a las adecuaciones normativas al IMSS se aprecia la eliminación de la atribución que venían teniendo esta entidad, en materia de retiro. El IMSS era aquel ente encargado de administrar y distribuir los montos a los trabajadores que tenían derecho al llegar a su edad de retiro. La reforma trasladó las funciones del IMSS a una de las instituciones creadas para este fin, las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores). Estos cambios significaron transferencias monetarias a instituciones privadas que causaron dos efectos: el vigorizar al sistema financiero privado y, la comercialización de las pensiones a las que tienen derecho los asalariados (Ulloa, 1996).

Otra de las reformas legales a IMSS se dio en las modificaciones a las contribuciones a cargo de las empresas. Se buscó que las entidades públicas de salubridad retribuyeran montos financieros a las industrias que dieran atenciones médicas privadas a sus trabajadores. Esto causaría un éxodo de las industrias del IMSS a las instituciones privadas de salubridad (Laurell, 1996). Este cambio generaría un desgaste financiero al IMSS, debido a la falta de recursos provenientes de las grandes empresas. Al mismo tiempo, el Instituto de seguridad tendría la obligación de atender a los asalariados que contribuyen con una menor cuota, así mismo, el IMSS quedaría a cargo de la atención médica más compleja y de atención a los beneficiarios con enfermedades no transmisibles (Barreiro, 1996).

Lo que concierne a la remodelación a las atenciones sanitarias, se fraguó una nueva relación médico-sanitaria en el seno de los organismos públicos sanitarios encargados de prestar servicios a los ciudadanos que no cuenten con servicios de seguridad sanitaria. Esta nueva estructuración propone que la asignación presupuestaria deberá orientarse a dotar de servicios básicos fomentando el que la iniciativa privada pueda satisfacer las atenciones más especializadas (Walsh y Warren, 1979; Laurell y Lopez, 1996).

Las modificaciones estructurales se mostraron en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. El programa mostraba como finalidad la promoción de la descentralización del sistema nacional de salud. Para este fin, los sistemas de salud deben ejecutar un paquete de servicios básicos dirigidos a aquellos que no cuentan con seguridad social (Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, 1996). El pilar de este programa se basa en el traspaso de las unidades médicas pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA) y aquellas que dependen al IMSS-Solidaridad a los gobiernos estatales mediante sus sistemas de salud (SESA). La administración federal continúa con la descentralización bajo la idea que Miguel de la Madrid presentara los posibles beneficios que acompañarían a esta reestructuración. Sin embargo, no se mencionan las problemáticas que se presentaron los SESA durante este proceso (López, 1996).

El discurso zedillista relativo a la transformación de la salud como el de la evaluación de las exigencias sanitarias se sustentan bajo percepciones económicas de costo-beneficio a fin de establecer prioridades de acción. Sin embargo, este fundamento se emplea como un argumento justificado mediante el cual se puedan excluir atenciones médicas a los grupos más vulnerables, al tiempo que, sustentan las posiciones oficiales del gobierno relativas al estado de salud o enfermedad en las que se manifiesta que la falta de salud es originada por comportamientos individuales y/o familiares poco saludables, reduciendo este problema a una visión de eficiencia técnica y de racionalidad administrativa (Blanco *et al.*, 1998).

#### *2.4 El nuevo milenio y el cambio federal del periodo de 2000-2006. El Seguro Popular*

Ya para el año 2000 se da un cambio en la administración federal y de fuerza política con Vicente Fox. Sus principales cambios se dieron en el Programa Nacional de Salud 2001-2006. Este plan mantiene las ideas de privatización que los sexenios anteriores, así como, la descentralización de los servicios de salud. Se lleva a cabo un ajuste en la recaudación de las cuotas de seguridad social al proponer el estímulo de las cuotas de manera de ahorro para que cuando sea necesaria la atención sanitaria puedan obtenerla de manera oportuna (SS, 2001).

Al iniciar el 2001 comenzaron a manifestarse los problemas existentes en el SNS en relación al financiamiento, es específico, a los montos etiquetados para los servicios médicos para atender a personas que no cuentan con seguridad social. La falta de asignación de estos fondos tiene como consecuencia un aumento del gasto que las familias deben aplicar para satisfacer esta necesidad, este gasto es conocido como Gasto de bolsillo. Este gasto puede llegar a ser elevado para las familias pudiendo convertirse en un gasto catastrófico, este tipo de erogaciones pueden generar debilidades financieras en las familias sobre todo al afrontar enfermedades crónico degenerativas (López *et al.*, 2014).



Durante los años anteriores se encontró evidencia de las afecciones que los gastos catastróficos han tenido en las familias evidenciado en los aumentos en los índices de pobreza. Esta problemática incitó reformas al sistema de salud a fin de garantizar la seguridad social en los hogares que no contaban con este servicio médico. La respuesta a estos problemas se promueve por la secretaría de salud para crear un régimen de protección social en salud. Para lograr esta meta se proponen modificaciones a la Ley General de Salud (LGS) dando nacimiento al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y a su ejecutor el Seguro Popular (López *et al*, 2014).

La LGS otorga la rectoría de la salud al Consejo de Protección Social en Salud. Este consejo es el encargado de dirigir las acciones a realizar por parte de los SPSS. Prestando mayor atención a temas relativos a los recursos financieros y el funcionamiento de los sistemas. La implementación de estos procesos es articulada mediante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), quienes cuentan con las funciones de cuidado de los recursos monetarios públicos, la inscripción de nuevos beneficiarios y la prestación de los servicios sanitarios (Fundación Mexicana para la Salud, 2011).

Los REPSS obtienen recursos en función del número de beneficiarios y/o servicios sanitarios otorgados, esta modalidad logra una protección a los recursos de las familias. En lo concerniente a la atención médica el Seguro Popular ofrece un grupo básico de atenciones en primer y segundo nivel, estos se ofrecen en atenciones ambulatorias o de hospitalización en general. Ofrecen también una serie de atenciones con un coste elevado de tercer nivel, este último paquete financiadas mediante un fideicomiso de nombre Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (SS, 2005).

Resulta evidente que a lo largo de la administración foxista se planteó un modelo innovador que buscaba atender la demanda social en seguridad sanitaria. No obstante, la manera en la que fuera diseñado el seguro popular presentó problemas a las entidades federativas, debido a que el control de los REPSS venía directamente de la federación. Otra de sus problemáticas se encuentra en las cuotas de recuperación por las intervenciones sanitarias aun cuando estas sean básicas(SS, 2005).

### *2.5 El Sexenio de Felipe Calderón Hinojosa del periodo 2006-2012*

Durante este sexenio se da la segunda administración federal del Partido Acción Nacional encabezada por Felipe Calderón. A lo largo de este periodo se presta mayor atención a las políticas de transparencia y rendición de cuentas en el ámbito de la política social.

Se le da continuidad al recientemente creado Seguro Popular. Esta entidad se diseña bajo la premisa de una descentralización federal. Conforme a esta idea, se pretendía que las entidades federativas pudiesen emplear su infraestructura instalada, así como, la información que estos cuentan de las regiones para satisfacer las demandas en materia sanitaria de sus ciudadanos. Se puede establecer que el Seguro Popular es el producto de la descentralización iniciada en la década de los ochenta (Ortiz, 2006).

La estructura del Sistema Nacional de Salud consideraba que la Secretaría de Salud tenía la potestad para coordinar, evaluar y supervisar las acciones que serían ejecutadas por los SESA y por ende de cada uno de los regímenes estatales. Esto resultaba relevante dado que, en un inicio las reglas de operación del Seguro Popular permitían emplear las instituciones de carácter privado para brindar servicios sanitarios, esta administración apostó por que se prestasen las atenciones por parte de los REPSS. Esta reestructura se da debido a la posibilidad de mercantilizar las atenciones médicas (Ortiz, 2006).

La continuidad en materia sanitaria se da no solo en las instituciones que la administración anterior había creado, sino que pretenden ampliar las metas que se tenían para buscar por primera vez la salud para todos los mexicanos. Aunado a lo anterior, se adicionan 3 nuevas acciones: Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), la Estrategia Embarazo Saludable (EES), así como un gran impulso al Programa Nacional de Cirugía Extramuros (CEM) (CNPS, 2007).

El SMNG se erige como una de las primeras directrices en materia de salud de la administración calderonista. Esta pretendía salvaguardar el derecho de los recién nacidos y sus madres a una atención médica antes, durante y después del alumbramiento. Esta meta fortalecía las arcas estatales al transferir recursos a los REPSS dando a estos una mayor autonomía de gestión (Flamand y Moreno-Jaimes, 2015). La atención que se dio por este rubro en el sexenio se presenta en la tabla 1.



Tabla 1 Intervenciones atendidas por el programa SMNG

<i>Intervenciones financiadas por el SMNG</i>	2008	2009	2010	2011	2012
Taquipnea transitoria del recién nacido	0	4,138	4,713	5,272	3,796
Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas	1,599	3,040	2,988	3,430	2,914
Asfixia al nacimiento	1,480	3,901	4,045	4,392	2,908
Retardo del crecimiento y desnutrición fetales	808	2,597	3,208	3,581	2,469
Septicemia, no especificada (incluye choque séptico)	0	1,848	594	948	745
Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas	0	1,510	1,929	2,528	2,000
Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	445	1,133	1,343	1,457	1,131
Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	444	1,008	1,047	981	764
Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas	420	542	469	483	356
Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	410	1,107	1,239	1,332	993
Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido	385	1,196	1,509	1,231	988
Síndromes de aspiración neonatal	0	1,069	1,100	1,196	862
Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	0	647	675	937	1,130
Hipoxia intrauterina	235	515	515	489	312
Otras	2,930	6,585	8,435	11,808	9,588
Total (casos autorizados)	9,156	30,836	33,809	40,065	30,956

Fuente: Elaboración propia adaptado del Informe de Resultados 2012 (2012, pág. 60).

Otra de las nuevas directrices es la EES en la que se pretendió afiliar a las jóvenes embarazadas para que puedan acceder a los servicios de salud. Anteriormente las reglas de operación del Seguro Popular establecían que una familia que fuera empadronada debía esperar un mes para poder acceder a los servicios de salud, por lo que, esta directriz eliminó esta barrera permitiendo a las mujeres obtener asistencia durante el periodo de embarazo, sufragando una cuota de recuperación (SS, 2012).

La última de las vertientes es el CEM, este programa estaba dirigido a la población en situación de vulnerabilidad en las Zonas de Atención Prioritaria en la que se ubica la población de alta y muy alta marginación. Se buscó que este grupo social pudiese acceder a servicios médicos en específico a las cirugías tanto generales como de algún grado de especialidad como las de labio y paladar hendido; servicios oftalmológicos, como cirugías para remover cataratas, alivio del estrabismo y atenciones quirúrgicas de alto costo como las de quemaduras (SS, 2012).

La modificación más sustancial a las políticas de salud se dio mediante reformas a la Ley General de Salud aprobada en el 2010, en las que se determinan las fuentes de recursos con las que se financiaría el Seguro Popular. Esto resultó relevante dado que anteriormente, se transferían recursos a los REPSS en la proporción al número de familias afiliadas en los padrones estatales. Esta base no resultaba exacta, puesto que, se encontraron casos en los que un grupo familiar tuviese más de un afiliado porque alguno de estos miembros fuera mayor de edad. El cambio radicó en que la base para la entrega de recursos se cambió al número de personas y no de familias, a fin de realizar dispersiones más justas (Knaul *et al.*, 2013).

Otra de las modificaciones se dio en la instauración de techos a los gastos que pudieran financiar los REPSS. Por nombrar ejemplos, en 2008 la administración federal topó el 40% del presupuesto total transferido a los estados para sufragar gastos para la contratación de personal. En este sentido, se delimitó al 30% del total de los recursos para la adquisición de medicamentos e insumos médicos. Así mismo, se establecieron catálogos para fijar los costes de los medicamentos, los que no podrían ser superados en más de un 20% de los precios establecidos, pero de ser así los excesos de costes debían sufragarse con recursos públicos estatales (Knaul *et al.*, 2013).

A lo largo de esta administración, les fueron transferidos grandes montos a las arcas estatales con la finalidad de fortalecer a los SESA y al Seguro Popular. No obstante, estos fondos se dirigieron principalmente al gasto corriente y no al fortalecimiento de la infraestructura que pudiera haber generado una inversión que permitiera un aumento de la oferta sanitaria de calidad.



## *2.6 El retorno del PRI y la búsqueda de la universalidad sanitaria en el periodo 2012-2018*

Ya en el año 2012 el Partido Revolucionario Institucional (PRI), retoma nuevamente la administración pública federal con Enrique Peña Nieto. Una de las principales propuestas de esta administración en materia de salubridad pública es la de lograr la salud para todos los mexicanos. Durante la campaña presidencial Peña Nieto promete instaurar el sistema universal de salud. Una vez electo, nombra a Mercedes Juan López como secretaria de salud para que esta genere los protocolos necesarios para obtener este modelo de salud (Leal, Sánchez y León, 2016).

La secretaria de salud comenzó a fraguar una agenda donde se plasmó un proyecto muy atrevido donde se propuso crear un fondo único mediante el que se captasen recursos derivados del pago de cuotas que serían cubiertas por los beneficiarios. Al mismo tiempo, se proponía fomentar una mayor participación de los particulares mediante la contratación de seguros médicos que permitieran a los demandantes de atención médica a elegir el lugar donde obtener su atención médica prevista en un paquete de servicios sanitarios, todo lo anterior, con un corte meramente mercantilista (Fundación Mexicana para la Salud, 2013).

Para el ejercicio fiscal 2013 comenzaron a discutirse puntos de vista en materia de financiamiento del SNS, debido a que los montos recaudados de las cuotas obrero patronal resultaban ya insuficientes para dar financiar los servicios de salud. Una de estas voces es la de la Fundación Mexicana para la Salud, la cual planteó la instauración de un fondo único que permitiera generar los ahorros necesarios para hacer frente a las intervenciones médicas que generaran gastos catastróficos en las familias (Fundación Mexicana para la Salud, 2013).

La idea generada por Mercedes para instaurar un fondo único se vio obstaculizada puesto que, este modelo requería la aprobación de una reforma fiscal. Esta reforma pretendía desaparecer las cuotas obrero patronales con las que se han financiado las entidades del SNS como el IMSS e ISSSTE (Leal, Sánchez y León, 2016).

Ante la imposibilidad a la creación del fondo único la Secretaría de Salud comenzó la búsqueda de planes alternativos que les permitiera reestructurar el sistema de salud. Esta alternativa se materializó mediante una reforma al artículo cuarto de la constitución mexicana con el objetivo de generar en el Sistema Nacional de Salud cinco puntos: I) Crear un paquete básico de servicios donde se plasmen los servicios sanitarios ofertados, al tiempo que se establecen los parámetros a cumplir para beneficiarse de estos. II) Estandarización en cada una de las entidades del SNS para la atención sanitaria y costes de los servicios establecido en el paquete básico. III) Generar una progresión paulatina del paquete básico. IV) Creación de una procuraduría cuyo objetivo sea el de salvaguardar la atención médica y medicamentos para la población beneficiaria de los servicios de salud, permitiendo que en un momento pueda canalizar a los usuarios a cualquier institución pública o privada para alcanzar este fin. V) Poner como cabeza rectora del SNS a la Comisión Nacional de Salud Universal, quien tendrá en sus atribuciones la ejecución del paquete básico la determinación de y determinar costos al seno de los sistemas (Leal, Sánchez y León, 2016).

Los cambios a la constitución trajeron como consecuencia un retroceso a la descentralización que se venía dando desde la década de los ochenta. La concentración de los recursos financieros presupuestados para el Seguro Popular se hace evidente al considerar a la Comisión Nacional de Salud como la única entidad capaz de estipular el destino de los recursos. Resultaba evidente que los SESA no habían obtenido los resultados que se esperaban si daban cierto nivel de independencia en las entidades federativas. Todo lo anterior queda evidenciado mediante dos decretos que reformaron a la Ley General de Salud, así como, al Reglamento de la Ley General de Salud. Ambos decretos llevan a los REPSS a su mínima expresión al limitar sus actividades a la promoción sanitaria, al control y salvaguarda de los afiliados al Seguro Popular y a la realización de pagos a convenios que la administración federal realizaba con proveedores de medicamentos, materiales de curación y hasta de los prestadores de servicios evitando que las entidades federativas tengan un control de sus finanzas (DOF, 2014).

La administración de Enrique Peña en sus inicios buscó generar ideas innovadoras que hubiesen creado un partaguas en el sistema de salud en México. No obstante, al no contar con el apoyo necesario para la adecuación de un fondo único, se optó por centralizar los recursos que se venían otorgando a las entidades federativas para manejarlos sin mediar opinión a los entes ejecutores de los estados.

### **3. Consideraciones finales**

El sistema de salud en México ha venido reformándose a lo largo de los años debido a las inferencias supranacionales que han impulsado las revoluciones al sistema público de salud en las últimas décadas. El modelo sanitario venía mostrando claramente 2 grandes tendencias: la primera a la descentralización de los servicios sanitarios y la segunda a fomentar la participación del sector privado en estas actividades.

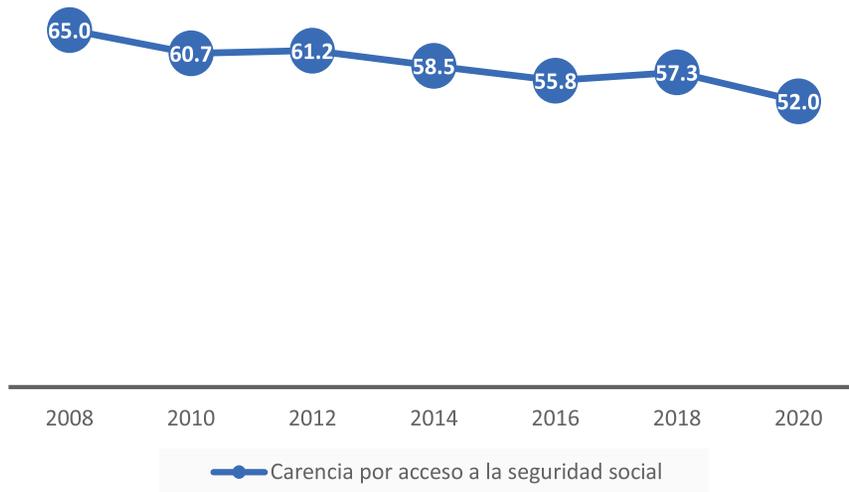
La descentralización en México se ha venido dando de forma abrupta y descontrolada. En sus inicios, simplemente se crearon entidades en los estados a los que se les asignaron las responsabilidades pero que no les dotaron de elementos suficientes para que se hiciera frente a estas encomiendas.

La mercantilización de los servicios de la salud resulta evidente a lo largo de las administraciones que aun cuando sus visiones en materia de salud fuesen diferentes en todo momento se buscó que el sector privado participase activamente para que los demandantes pudiesen obtener alternativas a las ofertadas por el gobierno mexicano.

Por otro lado, el estado mexicano ha tratado de subsanar la brecha que se creó entre las personas que contaban con un trabajo formal y las que no tenían uno. Esto resulta evidente al analizar los datos de la carencia por acceso a la seguridad social presentada en el gráfico 1. En este, se evidencia una tendencia a la baja desde el 2008 al 2020.



Gráfico 1 Carenza por acceso a la seguridad social



Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Evaluación a la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2022).

La salud en México no puede ser analizada como un hecho aislado o carente de relación al entorno político y social en el que se encuentre México. Como se mostró en este documento nuestro país ha pasado por diferentes administraciones y distintos partidos políticos, a pesar de ello, se han venido perfeccionando los quehaceres del SNS a fin de beneficiar al mayor número posible de usuarios. Aún falta un largo tramo, pero con una buena planeación y ejecución de las políticas públicas se podrá lograr el desarrollo sanitario que México requiere.

#### 4. Conclusiones

El debate sobre la cobertura sanitaria universal y las mejores formas de lograrla en todos los países ha sido el centro de atención últimamente. Gran parte de la justificación del impulso hacia la cobertura universal se basa en las mejoras asociadas en la salud de la población, en última instancia, un objetivo fundamental de cualquier sistema de salud.

Si bien el vínculo potencial entre la cobertura del sistema de salud y la salud de la población ha jugado un papel crucial en ese debate, la relación esperada entre los resultados de la población y los diferentes indicadores indirectos de la cobertura del sistema es ambigua en teoría, y gran parte de la evidencia empírica disponible refleja tal indeterminación.

Se comenzó a visualizar a la protección financiera como eje rector para el acceso a los servicios de salud. Las necesidades de atención médica de la población y el papel del gobierno en el financiamiento de la atención médica.

El sistema de salud en México ha venido reformándose a lo largo de los años debido a las inferencias supranacionales que han impulsado las revoluciones al sistema público de salud en las últimas décadas. Sin embargo se ha podido observar y más aún durante la pandemia COVID-19, que el Sistema de Salud Mexicano requiere de una mayor cobertura, infraestructura y asistencia, haciendo necesarias la reestructuración de las políticas públicas para lograr el desarrollo sanitario que México necesita.

## Bibliografía

- Acevedo, G. S. (2012). En el umbral de la universalidad del sistema de salud mexicano. Una visión del trascendente reto a vencer. México, D.F., México.
- Barba, C. (1997). Distribución del ingreso, crecimiento económico y democracia en México: Alternativas de política social. En E. Valencia, y C. Barba, *Distribución del ingreso, crecimiento económico y democracia en México: Alternativas de política social*. México, D.F.: Editorial Diana.
- Barreiro, R. (1996). Evaluación de los riesgos de la reforma. En M. Mussot, y M. Luisa, *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social* (pp. 77-99). D.F., México: Fundación Ebert/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Blanco, J., Rivera, J., Lopez, O., y Rueda, F. (1998). Calidad de vida y salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. En A. Ziccardi, y S. Reyes, *Ciudades Latinoamericanas: Modernización y Pobreza*. D.F., México: Programa Universitario de Estudios sobre la Ciudad/Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chertorivski-Woldenberg, S. (2011). Seguro Popular: logros y perspectivas. *Gaceta Medica De Mexico*, 147(6), 487-496.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPS). (2007). Informe de Resultados segundo semestre 2006. México, D.F.: Secretaría de Salud.
- CONVAL. (2022). Medición de la pobreza 2008-2018. Obtenido de Sitio web del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social: [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE\\_pobreza\\_2018.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2018.aspx)



- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2014). DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Recuperado de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5376248&fecha=17/12/2014#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5376248&fecha=17/12/2014#gsc.tab=0)
- Fernández de Castro, P. (1988). *Panorama Histórico y Epidemiológico del Paludismo en México*. D.F., México: Secretaría de Salud.
- Flamand, L., y Moreno-Jaimes, C. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012). *Foro Internacional*, 219(1), 217-261.
- Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez, O. D., y Knaul, F. (2003). Evidence-based health Policy: Three Generations of Reform in Mexico. *The Lancet*, 362(9396), 1667-1671.
- Fundación Mexicana para la Salud. (2013). *Universalidad de los servicios de salud en México* (Vol. 55). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fundación Mexicana para la Salud. (2011). *Derecho a la protección de la Salud en México*. México, D.F., México.
- Jaramillo, M. (2007). La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 85-111.
- González-Block, M. y Leyva, R. (1988). Economía Política de la Descentralización de la Salud en México: Un Análisis Comparativo de sus Consecuencias en la Planeación Sectorial y Regional. D.F., México: Centro de Investigaciones en Salud Pública.
- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., Nigenda, G. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública de México*, 55(2), 207-235.
- Laurell, A. (1996). Para pensar una política social alternativa. En C. Vilas, *Estado y políticas sociales después del ajuste: Debates y alternativas* (pp.183-187). D.F., México: Nueva Sociedad.
- Laurell, A. C. (1992). La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades socio-políticas. *Cuadernos Médico Sociales*(60), 1-11.
- Laurell, A., y Lopez, O. (1996). Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health. *International Journal of Health Services*, 26(1), 1-18.
- Leal, G., Sánchez, H. J., y León, J. L. (2016). Sobre la propuesta de “universalidad” en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto. *Estudios Políticos, novena época*(38), 117-141.
- López-Arellano, O., y Blanco-Gil, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. *Cuadernos de Saúde Pública*, 17(1), 43-54.
- López, O. (1990). *La política de salud en México 1982-88. Una visión crítica*. Tesis de Maestría en Medicina Social. D.F., México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

- López, O. (1992). La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social? En A. Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo* (pp. 165-183). México D.F.: Friedrich Ebert Stiftung.
- López, O. (1996). La estrategia descentralizadora en una política social incluyente. En A. Laurell, *Hacia una Política Social Alternativa*. D.F., México: Fundación Ebert/Instituto de Estudios de la Revolución Democrática.
- Lopez, O., y Blanco, J. (1990). Política de salud e impacto epidemiológico. *Primera Época*, 90(20), 19-28.
- Lopez, O., y Blanco, J. (1993). *La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- López, S., Ortega, R., Álvarez, J., and Montealegre, M. (2014). El sistema integral de calidad y el derecho a la salud en México. *El sistema integral de calidad en salud. Una mirada crítica*. UAM-INSP, México, pages 113–131.
- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. (30 de Mayo de 1989). D.F., México: Poder ejecutivo federal.
- Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. (11 de Marzo de 1996). D.F., México. Secretaría de Salud. (1991). *Programa Nacional de Salud 1990-1994*. D.F., México: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, D.F., México.
- Secretaría de Salud. (2005). Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. D.F., México, México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2012). Informe de Resultados 2012. D.F.: Secretaría de salud.
- Soberón, G., Kumate, J., y Laguna, J. (1988). *La salud en México: testimonios 1988: fundamentos del cambio estructural*. México, D.F.: Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica.
- Ulloa, O. (1996). Nueva ley del Seguro Social: la reforma previsional de fin de siglo. *El cotidiano*, 27-52.
- Uribe, M., y Abrantes, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perfiles Latinoamericanos*, julio-diciembre(42), 135-162.
- Walsh, J., y Warren, K. (1979). Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. *The New England Journal of Medicine*, 301(18), 967-974.
- World Bank. (1987). *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*. Washington, DC: World Bank Policy Study.