



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y
HUMANIDADES

*De Seguro Popular a IMSS-Bienestar: El análisis de los cambios
administrativos y los desafíos de garantizar salud universal para la
población abierta*

TRABAJO TERMINAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIATURA EN POLÍTICA Y GESTIÓN SOCIAL

P R E S E N T A

ARZATE CHAVARRÍA YOSEBET
HERNÁNDEZ GARCÍA EMANUEL RICARDO

ASESORA:
DALILA MENDOZA AGUILAR

Ciudad de México

Agosto, 2025

AGRADECIMIENTOS

Este camino ha estado lleno de aprendizajes que nos han forjado a ser mejores personas, estudiantes e hijos.

Queremos agradecer a la Universidad Autónoma Metropolitana por habernos dado una oportunidad dentro de una de las casas de estudios más importantes de nuestro hermoso país.

Con especial admiración y respeto a la Mtra. Mendoza Aguilar Dalila, quien ha sido la asesora de este trabajo de investigación, gracias por sus aportes, conocimientos y correcciones y sobre todo por confiar en el proceso.

A nuestros profesores durante los últimos 3 trimestres de nuestra carrera, Dr. Angel Mundo López, Mtra. Karla Galan Romero y el Dr. Manuel Saturnino Canto Chac, agradecemos el habernos compartido parte de sus conocimientos y sus aportes en esta investigación.

Dedicamos este trabajo terminal a nuestras Madres y Padres, quienes han sido nuestra guía para enfrentar los retos y superarnos a nosotros mismos día tras día. De igual manera a nuestros abuelos por ser un pilar fundamental en nuestra vida personal y profesional, para lograr este gran objetivo. Porque gracias a ustedes las universidades estan llenas de hijas e hijos de comerciantes y de gente trabajadora que con esfuerzo y perseverancia toda su vida han luchado por un lugar digno en la sociedad, este trabajao es para todos y cada uno de ellos.

Gracias a nuestras hermanas y hermanos, el camino no ha sido fácil para llegar hasta donde estamos, pero sepan que lo que hoy tenemos es fruto de la resistencia

y el esfuerzo. Crean en el futuro, que nos ofrece muchas oportunidades. En especial a la Dra. Michelle Arzate Chavarría, por ser una guía en nuestro proyecto.

A nuestro amigo Marco Eduardo Ruvalcaba Pulido, por estar presente y apoyar este sueño.

Dedicamos este trabajo de investigación a nuestros dos queridos y amados perritos Hachi's.

La mejor forma de averiguar si puedes confiar en alguien es confiar en él (Benito Taibo, 2016).

Gracias a todos los que confiaron en nosotros, hasta siempre y adelante.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN	7
Capítulo 1. El derecho a la protección de la salud en México y las políticas sociales para su garantía.....	13
1.1 Aproximaciones conceptuales y analíticas sobre la salud	13
1.2 El derecho a la protección a la salud como principio rector de la política pública en salud	18
1.3 Marco legal del derecho a la protección a la salud en México	22
1.4 Políticas de salud como políticas sociales: configuraciones de los modelos de atención en salud	25
1.5 Estructura administrativa y diseño institucional de los sistemas de salud para la garantía del derecho a la protección de la salud.....	30
1.5.1 Gobernanza en salud	31
1.5.2 Coordinación	32
1.5.3 Productividad del personal	35
1.6 Los distintos esquemas de aseguramiento y la fragmentación del sistema de salud mexicano	37
1.7 Las inequidades del sistema de salud en México	40
Capítulo 2. Orígenes y desarrollo de la institucionalización del derecho a la salud en México.....	42
2.1 Los orígenes del derecho a la salud en México	43
2.2 El surgimiento de nuevas instituciones.....	44
2.3 El derecho a la protección de la salud en México	49
Cap. 3 Del Seguro Popular al IMSS-BIENESTAR: Las estrategias del gobierno mexicano para garantizar el acceso a la salud para la población sin seguridad social	55
3.1 Creación del Seguro Popular (2003-2020)	56
3.2 Creación del INSABI (2020-2023).....	68
3.3 Creación del IMSS-Bienestar (2022 - actual).....	73
Capítulo 4. Análisis de los cambios en el diseño institucional y administrativo de los programas de atención a la salud de la población abierta en México: Seguro Popular - INSABI - IMSS Bienestar	78
4.1 Gobernanza en salud.....	79
4.1.1. Gobernanza: coordinación interinstitucional en el Seguro Popular ..	80

4.1.2 Gobernanza: coordinación interinstitucional en el INSABI.....	81
4.1.3 Gobernanza: coordinación interinstitucional en el IMSS- BIENESTAR	82
4.2 Gobernanza: Coordinación intergubernamental	84
4.2.1. Coordinación intergubernamental en el Seguro Popular	85
4.2.2 Coordinación intergubernamental en el INSABI	86
4.2.3 Coordinación intergubernamental en el IMSS-BIENESTAR.....	87
4.3 Gobernanza: mecanismo administrativo de toma de decisiones (centralización/descentralización)	89
4.3.1. Mecanismo administrativo de toma de decisiones en el Seguro Popular	89
4.3.2 Mecanismo administrativo de toma de decisiones en el INSABI	90
4.3.3 Mecanismo administrativo de toma de decisiones del IMSS- BIENESTAR	91
4.4 Gobernanza: mecanismos de control interno y externo	93
4.4.1 Mecanismos de control interno y externo en el Seguro Popular.....	94
4.4.2 Mecanismos de control interno y externo en el INSABI.....	94
4.4.3 Mecanismos de control interno y externo en el IMSS-BIENESTAR .	95
4.5 Modelo de atención en Salud y enfoque de política pública en salud.....	97
4.5.1 El enfoque de política pública en salud del Seguro Popular.....	97
4.5.2 El enfoque de política pública en salud del INSABI	98
4.5.3 El enfoque de Política Pública en salud del IMSS-Bienestar	99
4.6 Modelo de atención en salud: mecanismos de afiliación y.....	100
4.6.1 Mecanismos de afiliación del Seguro Popular	101
4.6.2 Mecanismos de afiliación del INSABI	102
4.6.3 Mecanismos de afiliación del IMSS-Bienestar	102
4.7 Modelo de atención en salud: Población objetivo y tipos de beneficiarios.....	105
4.7.1 Promedio de personas afiliadas en los dos últimos años de referencia a nivel nacional en el SP	105
4.7.2 Promedio de personas afiliadas al INSABI durante los últimos dos años de funcionamiento del programa.	106
4.7.3 Promedio de personas afiliadas al IMSS-BIENESTAR durante los últimos dos años de funcionamiento del programa.	107
4.8 Modelo de atención en salud: régimen de aseguramiento	109
4.8.1 Régimen de financiamiento no contributivo del Seguro Popular	109
4.8.2 Régimen de financiamiento no contributivo del INSABI	110

4.8.3 Régimen de aseguramiento no contributivo del IMSS-BIENESTAR	110
4.9 Estructura administrativa: Marco normativo	111
4.9.1 Principal marco normativo del Seguro Popular	112
4.9.2 Principal marco normativo del INSABI	113
4.9.3 Principal marco Normativo del IMSS-Bienestar.....	113
4.10 Estructura administrativa: disponibilidad de personal médico	116
4.10.1 Disponibilidad de recursos humanos en salud en el Seguro Popular.....	117
4.10.2 Disponibilidad de recursos humanos en salud del INSABI.....	117
4.10.3 Disponibilidad de recursos humanos en salud del IMSS-Bienestar	118
4.11 Estructura administrativa: Productividad del personal médico	120
4.11.1 Productividad del personal médico durante el SP en los periodos de 2019 y 2020	120
4.11.2 Productividad del personal médico durante el INSABI en los periodos de 2022 y 2023.....	121
4.11.3 Productividad del personal médico durante el IMSS-Bienestar en el año de 2024	121
4.12 Estructura administrativa: calidad de la atención y valoración al personal de los servicios de salud	123
4.12.1 Número de quejas en el Seguro popular (2019).....	124
4.12.2 Número de quejas en el INSABI (2022)	125
4.12.3 Número de quejas presentadas en el IMSS-Bienestar (2023)	126
4.13 Estructura administrativa: presupuesto y asignación de los recursos	129
4.13.1 Mecanismos de asignación presupuestal del Seguro Popular .	129
4.13.2 Mecanismos de asignación presupuestal del INSABI	130
4.14 Estructura administrativa :modelo de compras públicas en salud	132
4.14.1 Compra de medicamentos descentralizada en el Seguro Popular.....	133
4.14.2 Compra de medicamentos centralizada en el INSABI.....	133
4.14.3 Compra de medicamentos centralizada en el IMSS-BIENESTAR	133
Conclusiones.....	136
Bibliografía.....	144
ANEXOS	155

Anexo 1. Comparativa del gasto en salud en México	155
Gráfica que representa el Gasto total en salud en 2000 y 2008.....	156
Gráfica que representa el gasto en salud como porcentaje del PIB en América Latina.....	157
Gráfica que representa el gasto Per cápita en salud en México, periodo 2007-2008	158
Gráfica que representa la variación del gasto en salud	158

INTRODUCCIÓN

En México, el derecho a la salud es una garantía establecida en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), donde se establece que el Estado debe proporcionar servicios de salud a través de la federación, estados y municipios (CNDH, 2025). Sin embargo, para la provisión de los servicios de salud, el Estado depende principalmente de aportaciones fiscales, que, según el esquema general, provienen de contribuciones asociadas al trabajo formal, lo que genera una notable fragmentación en los servicios de salud. Esta fragmentación crea una desigualdad significativa, ya que las personas que no están registradas en el sistema de contribuciones fiscales ni afiliadas a algún seguro social, quedan sin garantía de acceso a una atención médica integral y gratuita. Según datos del INEGI, en su gráfico sobre “Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa por institución, 2020”, el total de afiliados en toda la república mexicana era de 92,582,812 (INEGI, 2020). Como podemos ver, el total de población en México es de 126 millones de personas y de los 92 millones que están afiliados a algún servicio de salud, como resultado tenemos a 33.4 millones de personas en población abierta, es decir que no tienen acceso a los servicios de salud mediante afiliación oficial por alguna institución pública según los datos del INEGI, 2020.

Con el objetivo de reducir esta desigualdad, en 2004 se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido como Seguro Popular. Este programa fue diseñado oficialmente para brindar servicios de salud a las personas sin ningún tipo de seguridad social, pero en la realidad se trataba de un programa donde se daba protección financiera a “la población abierta”. “El Seguro Popular operó bajo un esquema de financiamiento tripartito, donde participan la federación, los estados y las familias beneficiarias mediante cuotas familiares proporcionales a sus ingresos. Este sistema permitió que millones de mexicanos recibieran atención sanitaria financiada por el Estado. “En su momento de mayor cobertura, el Seguro Popular atendió a aproximadamente 53 millones de personas” (Knaul et al. 2012).

Esta estructura permitió que se diera atención médica y hospitalaria a personas que no contaban con otra forma de seguridad social.

A pesar de sus logros, el Seguro Popular enfrentó críticas debido a problemas como corrupción, desabasto de medicamentos y deficiencias en la calidad del servicio. Además, persisten barreras de acceso, principalmente en comunidades rurales, donde la falta de infraestructura y la insuficiencia de personal médico, limitaron la eficacia del programa.

Ante estas críticas, y un nuevo partido en el gobierno, en el año de 2018 se crea el INSABI y “a partir de su creación el 29 de noviembre de 2019, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) ha trabajado para cumplir el compromiso del presidente Andrés Manuel López Obrador con las y los mexicanos: construir un sistema de salud para el bienestar dirigido a garantizar servicios de salud para la atención integral y gratuita a las personas sin seguridad social con criterios de universalidad, igualdad e inclusión” (Instituto de Salud para el Bienestar, 2023).

Debido a esto en 2020, el Seguro Popular fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que buscó garantizar la atención médica gratuita sin necesidad de registro formal. Sin embargo, este cambio trajo consigo dificultades administrativas, principalmente en la identificación de beneficiarios y la distribución de recursos, lo que afectó negativamente la calidad del servicio (Gómez Dantés et al., 2020).

Ante las dificultades para su consolidación, en 2022, tan solo dos años después, las funciones del INSABI fueron transferidas al IMSS-Bienestar, con el fin de centralizar la atención médica en una institución con mayor experiencia operativa. Sin embargo, esta nueva transición generó confusión en la población y dificultades

para el personal de salud, debido a la falta de capacitación en los nuevos lineamientos del IMSS-Bienestar (CONEVAL, 2023). Esta reorganización administrativa tuvo un impacto que puso en duda las capacidades administrativas de los sistemas de salud, así como también, la entrega de medicamentos y la programación de consultas y cirugías.

El IMSS-Bienestar se enfocó en la ampliación de servicios de salud, priorizando la atención primaria y preventiva en zonas marginadas. Sin embargo, las constantes modificaciones administrativas han dificultado la continuidad en la prestación de servicios, afectando principalmente a las comunidades rurales y marginadas (CONEVAL, 2022).

Este trabajo se enfoca en analizar cómo los cambios administrativos derivados de la transición del Seguro Popular al INSABI y posteriormente al IMSS-Bienestar han influido en la calidad de los servicios de salud para la población abierta. Se plantea la hipótesis de que estos cambios administrativos han generado una deficiencia en la atención médica, afectando negativamente el acceso oportuno a consultas, medicamentos y servicios especializados. La investigación busca conocer la transición del Seguro Popular al INSABI/ IMSS Bienestar, y como, debido a esto, se ha generado cambios administrativos como la reorganización operativa, que han afectado negativamente la calidad de los servicios de salud, poca cobertura de atención y dificultades para acceder a la atención médica.

Según lo anterior, la presente investigación busca responder a la pregunta ¿Cuáles han sido los principales cambios administrativos en la transición del Seguro Popular al INSABI y posteriormente al IMSS-Bienestar, y de qué manera han impactado en la cobertura y en algunos aspectos la calidad de la atención en salud para la población sin seguridad social?

La hipótesis que guía este trabajo es que la transición del Seguro Popular al INSABI/IMSS Bienestar, ha generado cambios administrativos como la reorganización operativa, que han afectado negativamente la calidad de los servicios de salud, al ofrecer poca cobertura de atención y dificultades para acceder a la atención médica.

Así, el objetivo general de la presente investigación es conocer cuáles han sido los principales cambios administrativos derivados de la transición del Seguro Popular al INSABI y posteriormente al IMSS-Bienestar, y cuales han sido sus principales consecuencias en la calidad de los servicios de salud para la población sin seguridad social.

Mientras que los objetivos específicos son:

- Analizar el derecho a la salud, sus normativas y el concepto de población abierta.
- Conocer los mecanismos con los que fue creado el seguro popular, INSABI e IMSS-Bienestar.
- Describir y caracterizar los componentes institucionales y administrativos que conforman al Seguro Popular, INSABI e IMSS-Bienestar.
- Analizar las condiciones de los servicios de atención de la salud, de cada periodo administrativo

El presente escrito es relevante tanto en el ámbito académico como social, ya que permitirá comprender los efectos de los cambios administrativos en el sistema de salud público mexicano, en específico en las estrategias destinadas a proveer de

atención a la población abierta (SP-INSABI-IMSS-Bienestar) y cómo afectan directamente la atención médica de la población sin seguridad social. En el ámbito social, la investigación es importante pues evidenciará las dificultades administrativas por parte de las instituciones de garantizar el derecho a la salud para toda la población, en donde, lejos de mejorar la calidad de los servicios de salud, se han visto entorpecidos en su organización, lo que únicamente afecta a la población sin seguridad social. La falta de claridad en las funciones del INSABI, luego de la desaparición abrupta del SP y posteriormente del IMSS-Bienestar, así como la reestructuración administrativa, han dificultado la capacidad del estado para incrementar la cobertura en materia de salud. Proporcionaremos un enfoque metodológico para fortalecer las futuras investigaciones académicas en materia de diseño de políticas públicas; orientadas a mejorar la gestión institucional y asegurar el acceso equitativo y de calidad a la atención de salud. También podrá contribuir a fortalecer la observación de los procesos administrativos del sistema de salud, luchando por el establecimiento de un sistema de salud universal.

Para cumplir con los objetivos planteados en el trabajo, hicimos un análisis profundo de gabinete en donde también realizamos una entrevista a un actor esencial quien participó activamente desde la creación del Seguro popular hasta la implementación del actual sistema IMSS-Bienestar, en donde obtuvimos información valiosa sobre los cambios administrativos ocurridos durante las transiciones institucionales, así como también, se realizó un análisis comparativo de los hallazgos obtenidos en esta investigación, con el fin de conocer las principales consecuencias en torno a la calidad de atención para los servicios de salud públicos, en específico SP, INSABI e IMSS-B.

En el capítulo 1 elaboramos el marco teórico-conceptual que guía esta investigación, con los conceptos de derecho a la salud, políticas de atención a la salud, y los componentes del diseño institucional y administrativo de la políticas de

salud como los principales aspectos analíticos que nos ayudan a dar respuesta a nuestra pregunta de investigación.

En el capítulo 2 realizamos un recorrido histórico-institucional del funcionamiento y consolidación del sistema de salud mexicano, lo cual nos ayuda a comprender su configuración actual y las distintas inequidades en salud que ésta produce.

Continuando con el análisis, en el capítulo 3 detallamos en términos generales la creación y funcionamiento de los principales programas para la protección a la salud de la población abierta o sin seguridad social, el objeto de investigación del presente trabajo: el Seguro Popular (2002-2018), el INSABI (2019-2022) y el IMSS-Bienestar (2023-a la fecha). Posteriormente, en el capítulo 4 realizamos un análisis más detallado en clave comparativa sobre los elementos del diseño institucional y administrativo de cada uno de los programas. Las categorías de comparación son: Gobernanza (que incluye la coordinación interinstitucional, intergubernamental y los mecanismos de decisión), los modelos de atención (que incluyen el enfoque de política pública en salud, mecanismos de afiliación, población objetivo y tipos de beneficiarios así como el régimen de aseguramiento), Estructura administrativa (que incluye marco normativo, disponibilidad de recursos humanos para la atención médica (personal médico), productividad del personal médico, calidad de la atención y valoración al personal de los servicios de salud, presupuesto y asignación de los recursos, modelo de compras públicas en salud).

Por último, en las conclusiones, analizamos cómo fueron estos cambios y si hay algún efecto sobre la cobertura y calidad de la atención en relación a las consecuentes reestructuraciones administrativas de cada periodo, que dieron origen a la creación de distintas instituciones encargadas de salvaguardar la atención de los servicios de salud para la población abierta.

Capítulo 1. El derecho a la protección de la salud en México y las políticas sociales para su garantía

1.1 Aproximaciones conceptuales y analíticas sobre la salud

El concepto de salud tiene un sinnúmero de definiciones provenientes de distintas ramas conceptuales y metodológicas. Por ejemplo, desde el ámbito evolutivo y del origen de la vida, la salud es vista como una consecuencia de las condiciones de adaptabilidad del ser humano, principalmente “como respuesta a unas condiciones dadas no por el azar o la culpa, sino por la forma en que cada individuo participa del proceso social, económico y político, con lo cual la enfermedad no es solamente un error, sino que pasa a ser considerada como parte de la vida, y las condiciones biológicas individuales, como una especie de registro histórico de la forma como se ha vivido” (Vélez, 2007, pp.43).

Hoy en día se reconoce que el concepto de salud no se refiere simplemente a la ausencia de una enfermedad (OMS, 1946); es también una característica analítica y subjetiva que permite que las personas gocen de aspectos esenciales para vivir, tales como el disfrute de su bienestar social, cultural, mental, entre otros. Es una característica subjetiva, ya que al hablar del *continuum* entre la salud/enfermedad encontramos distintas perspectivas y puntos de vista que hacen ver al concepto de salud como una percepción propia de cada persona; es decir, “El individuo se atribuye a sí mismo la responsabilidad de los hechos positivos de su vida y atribuye al exterior la responsabilidad de los hechos negativos. Desde esta visión la enfermedad es engendrada por una causalidad externa, nunca por una condición propia del individuo” (Kornblit y Mendez, 2000, pp.213). Desde este punto de vista, la salud puede tener distintas perspectivas, pues para una persona puede significar

la ausencia de patologías y para otra persona puede ser el bienestar emocional, porque las condiciones de vida de cada persona son distintas, tomando en cuenta el entorno social en el que se encuentran.

Así mismo, y principalmente, se considera a la salud como una característica analítica, pues no simplemente es una definición, sino un conjunto de características, datos, y hechos sociales que pueden ser medidos, analizados y evaluados para comprender el estado de salud/enfermedad de una población y/o individuo. De esta manera, se constituye como una herramienta que nos ayuda a entender la salud desde un modelo de política social, es decir que va más allá de lo teórico pues nos permite identificar los factores sociales, culturales, políticos, económicos, etc, los cuales condicionan la salud.

Podemos analizar esta cuestión desde algunas de las perspectivas que proporcionan diversas instituciones y autores, quienes, a su vez, ofrecen variadas definiciones de salud. Según el Diccionario terminológico de ciencias médicas, la salud implica el “estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas”. Así mismo, de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se entiende por salud, el “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. Mientras que, en un sentido mucho más amplio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad” (De la Torre, R, 2022).

Del mismo modo, existen distintos modelos que nos permiten definir el concepto de salud, por ejemplo, el modelo social y el modelo biológico. “El primero conceptualiza la enfermedad como una falla en la capacidad de mantenerse bien y en la capacidad para realizar tareas socialmente valiosas (ruptura de la capacidad del organismo de realizar cursos exitosos de conducta para el logro de metas-teleonomía)” (López y

Blanco, 1994). Es decir que, desde la perspectiva del modelo social, no solo se considera a la salud como la ausencia de una enfermedad, sino que se está vinculando con la capacidad que tiene un individuo para relacionarse dentro de la sociedad y su bienestar funcional, es decir, de qué manera le resulta funcional a la sociedad y en qué forma lo hace para considerarse una persona saludable. De esta forma, la participación activa de las personas dentro de los modelos sociales si está ligada al bienestar individual de cada una de ellas; por lo tanto, no solo se ve reflejado en los padecimientos físicos que poseen, sino también en la capacidad que tienen para desenvolverse plenamente en su contexto social, su autonomía para tomar decisiones y, más importante, el no poner en riesgo el bienestar social de otros individuos.

En tanto, el modelo biomédico, según lo expone la Dra. Oliva López en su texto *Modelos biomédicos en salud pública* (1994), se caracteriza por una visión reduccionista de la salud, centrada exclusivamente en las causas biológicas de la enfermedad. Esta perspectiva ignora los factores sociales, económicos e históricos que inciden en el proceso salud-enfermedad. Por ello, la autora plantea que las condiciones sociales, como las malas condiciones laborales o la precariedad económica, pueden ser determinantes indirectos pero reales del daño a la salud (López y Blanco, 1994, p. 378).

Debido a esto, existen distintas aproximaciones al concepto de salud, por lo tanto, sería erróneo reducirla únicamente a la ausencia de enfermedad, ya que intervienen diversos factores y características personales que no pueden ser descalificadas. Una de las aproximaciones, puede ser desde lo establecido en el marco internacional de derechos, como se verá a continuación, con el encuadre del derecho a la salud, el derecho a su acceso y la protección de la misma.

Dada la definición de salud establecida por la OMS que dice: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (CNDH, 2015), podemos decir que, para que estas características se cumplan, deben existir condiciones que permitan a la ciudadanía el goce de este derecho, tales como: condiciones de trabajo dignas, salarios adecuados en el ámbito laboral, medidas de prevención de enfermedades por parte del Estado, actividades recreativas que fomenten la salud mental, un ambiente libre de contaminaciones, etc.

A raíz del concepto de salud, surge otro estrechamente relacionado: el de “la calidad de vida”, este concepto también forma parte fundamental de la definición de bienestar físico, emocional y mental, y tiene como principal característica el pleno desenvolvimiento de las personas en todos sus sentidos, siendo así una categoría subjetiva, pues depende de la percepción de cada persona.

De manera similar a la definición de salud, la calidad de vida puede tener distintos significados según la perspectiva individual, pues para una persona la calidad de vida puede ser la satisfacción de todas sus necesidades básicas para sobrevivir, pero para otra persona la calidad de vida puede referirse al número de riquezas con las que cuenta y, por lo tanto, el estatus social que posee. La calidad de vida no siempre se puede medir de manera exclusiva con indicadores meramente económicos o médicos, pues siendo una característica subjetiva puede medirse también con indicadores de percepción, de calidad, entre otros.

Sin embargo, la salud no es el único elemento determinante de la calidad de vida, con esto nos referimos a que, si bien la salud puede influir en esta, no tiene la capacidad de determinarla por completo, ya que una persona puede padecer una enfermedad sin siquiera saberlo y estar, desde su perspectiva, gozando una vida plena. La percepción individual juega un papel fundamental en la definición de

calidad de vida. Esta percepción puede llevarla a considerar que tiene un nivel adecuado de calidad de vida simplemente porque no identifica signos evidentes de enfermedad. Del mismo modo, una persona con una enfermedad interna, pero que no presenta síntomas perceptibles, podría no sentirse enferma, lo que influiría en la evaluación subjetiva de su bienestar. Esto demuestra que la calidad de vida y la salud no están estrictamente ligadas a los indicadores cuantitativos, también se deben considerar aspectos como la percepción personal, cultural, social, entre otras características subjetivas.

1.2 El derecho a la protección de la salud como principio rector de la política pública en salud

El Estado, como institución encargada de proteger a la ciudadanía en todos sus sentidos, tiene la responsabilidad de proveer servicios de salud adecuados para toda la población. Así, los antecedentes del derecho a la salud en México se establecieron en el año de 1917 con la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuando se incorpora el famoso artículo 123 en donde se establecen los derechos sociales vinculados al empleo formal - que luego fueron base para la creación de los institutos de salud; sin embargo, “no fue sino hasta 1983, que el Estado elevó a rango constitucional el derecho a la protección a la salud, mediante la reforma al artículo 4º, donde se estipula que ‘toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la cual, debe ser garantizada por el Estado’” (CPEUM, 1983 en: López y Moreno, 2015).

En el artículo cuarto, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Estado establece el derecho a protección a la salud, el cual debe garantizar la protección y promoción de la salud, proporcionando a las

personas las herramientas necesarias para llevar una vida digna y saludable. Actualmente, dicho artículo establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, obligando al Estado a garantizar el acceso a servicios mediante la legislación correspondiente.

Este cambio significó un giro importante en el diseño institucional del sistema de salud mexicano, al incorporar el acceso a la salud como un derecho humano y no solo como una prestación laboral o asistencia pública. Esto implica no solo que se brinden servicios de salud para toda la ciudadanía, sino que también se diseñen e implementen políticas públicas enfocadas a promover medidas de protección hacia el bienestar de las personas en aspectos como el físico, mental, social, etc. El derecho a la salud debe ser visto como una garantía y no como el impedimento de la realización de las personas en su vida, siendo una característica inherente de las capacidades propias del ser humano.

Por lo anterior, los servicios de salud deben tener un enfoque prioritario hacia aquellas personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad, ya que es obligación del Estado proporcionar atención a quienes dependen exclusivamente del financiamiento del gobierno para, de esta forma, tener acceso a una buena atención a la salud y, por ende, una mejor calidad de vida. Esto implica asimismo, no sólo que las instituciones de salud financiadas por el Estado brinden atención médica, sino que también se encarguen de proveer los recursos esenciales que le permiten al personal médico atender las demandas en los hospitales y servicios de atención primaria.

El derecho a la salud tiene su reconocimiento formal en el ámbito internacional a partir del siglo XX, cuando los organismos multilaterales comenzaron a promover su inclusión dentro de los derechos humanos universales. En 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoció en su artículo 25 que toda persona

tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure salud y bienestar, incluyendo la asistencia médica” (ONU, 1948). Este principio fue reforzado en 1966 con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Naciones Unidas, 2008).

Según lo anterior, el derecho a la salud, reconocido constitucionalmente en distintos países, tiene sus raíces en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, donde se menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (art. 25).

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (Naciones Unidas, 1948, art. 25)

No solo se debe concebir a la salud como la ausencia de enfermedad, sino la capacidad que tiene el Estado para crear condiciones que permitan a las personas gozar de esta condición, es por eso que es responsabilidad del Estado crear políticas públicas inclusivas, sostenibles y con un enfoque de derechos humanos, para promover, garantizar y proteger el derecho a la protección a la salud.

Por su parte, el PIDESC menciona que “de conformidad con lo previsto en el artículo 12 del PIDESC, los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Naciones Unidas, s/f). También es una condición que resulta inherente a los seres humanos y que no es una decisión propia, por lo tanto, es considerado como parte de los DESC, a estos nos referimos como aquellos “derechos económicos, sociales

y culturales se refieren a aspectos fundamentales en la vida de las personas, que tienen que ver con el desarrollo de condiciones básicas de la dignidad humana como la posibilidad de tener un nivel de vida adecuado. Dentro de estos se encuentran derechos como la educación, la vivienda, la alimentación, la salud y el trabajo, entre otros” (Suarez Sebastian, 2009, pp.62).

El derecho a la salud se establece para garantizar a la población por cumplir sus requerimientos básicos de bienestar individual, por lo que resulta importante para el Estado pues se ve obligado a dar cumplimiento a esta garantía, ofreciendo servicios médicos de calidad para la población y, lo más importante, que sean accesibles para todos. Además, se ha promovido un enfoque de centrarse en las acciones preventivas y permanentes del acceso a la salud, no sólo en aquellas situaciones catastróficas.

En este sentido, en el año de 1978 se llevó a cabo la conferencia de Alma-Ata la cual se celebró “el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo” (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, 1978, p.1). Esta conferencia fue una de las principales precursoras para que en todo el mundo el derecho a la salud tuviera un sentido de garantía universal, en donde se buscaba garantizar la atención primaria de salud (APS) al centrar los sistemas de atención en el primer nivel para no saturar los demás servicios, que son más especializados. Esto, posteriormente, daría pie justificación a la creación de distintos programas de atención a la salud con aspiraciones universalistas para la población abierta, como el Seguro Popular, el INSABI y el IMSS-Bienestar, que analizaremos en el capítulo 3 de la presente investigación.

A partir de estos antecedentes, diversos gobiernos se han dado a la tarea de incluir el derecho a la salud, con todas sus consideraciones, en sus constituciones, leyes y reglamentos, con el propósito de garantizar una vida digna y saludable para su ciudadanía. Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer para lograr que los sistemas de salud alcancen la universalización. A continuación, se explorará el marco legal, nacional e internacional, del derecho al acceso y protección a la salud en México.

1.3 Marco legal del derecho a la protección a la salud en México

El sistema de salud en México está normado y fundamentado por un conjunto de leyes y normas que respaldan su funcionamiento y el cual se rige bajo ciertas características que el sistema debe cumplir para que las leyes se apliquen a toda la ciudadanía y personal médico encargado de salvaguardar este derecho.

“Como antes ya se mencionó, el derecho a la salud está establecido en el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se dispone que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y es obligación del Estado garantizar su acceso a servicios sanitarios. Este principio es la base legal sobre la cual se fundamentan las políticas de salud en el país” (Cámara de Diputados, 2021).

La Ley General de Salud (LGS) es la principal normativa en materia de salud en México, reglamentaria del artículo 4o. constitucional. De esta manera, regula la prestación de servicios de salud, la coordinación entre la Federación y los estados, y establece los derechos y obligaciones de los ciudadanos en materia de salud

(Secretaría de Salud, 2023). En su artículo primero, se establece que: “Se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuye competencias y establece los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general” (DOF, 1984). La publicación de esta Ley en 1984, tenía como propósito garantizar el bienestar físico, emocional y social de las personas. Del mismo modo, estableció un sistema de salud que incluyera a la población que no estaba asegurada o no pertenecía a ningún sistema de seguridad social. Gracias a esta Ley, se han podido implementar medidas para las instituciones de salud en el país, y que de esta forma tengan la capacidad de salvaguardar el derecho de la ciudadanía a la salud. “La Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), regula la organización y funcionamiento del IMSS, el cual brinda servicios de salud y seguridad social a los trabajadores pertenecientes al mercado laboral formal que están afiliados y sus familias. Su objetivo es garantizar el acceso a servicios médicos, prestaciones económicas y sociales para los asegurados” (IMSS, 2021).

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), regula la prestación de servicios de salud y seguridad social a los trabajadores del sector público federal. Su objetivo es proporcionar atención médica, pensiones y otros beneficios a los empleados del Estado y sus beneficiarios (ISSSTE, 2021). “El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica detalla los criterios y requisitos para la prestación de servicios de salud en hospitales y clínicas, asegurando la calidad y seguridad en la atención médica” (Secretaría de Salud, 2019).

“La Ley de Institutos Nacionales de Salud, regula la organización y funcionamiento de los Institutos Nacionales de Salud, los cuales realizan investigación médica y brindan atención especializada en diversas áreas” (Cámara de Diputados, 2021).

“El reglamento de Insumos para la Salud establece los criterios para la producción, distribución y comercialización de medicamentos, vacunas y dispositivos médicos en México, garantizando su calidad y seguridad” (COFEPRIS, 2020).

Los organismos reguladores, encargados de dirigir las labores de los distintos organismos que salvaguardan el derecho a la salud son: la Secretaría de Salud que coordina y diseña las políticas públicas de salud en el país; la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) que regula y supervisa medicamentos, insumos para la salud y establecimientos sanitarios; el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) que coordina programas de vacunación y salud infantil.

El marco normativo que permite que todas las instituciones cumplan con sus funciones, es muy amplio y tiene características de índole meramente jurídicas y de derechos, muchas de estas leyes y normas, pueden tener un enfoque de derechos y algunas incluso de igualdad de género.

Las normas mencionadas anteriormente son sólo enunciativas y no exhaustivas, toda vez que el marco normativo de atención en la salud es tan amplio como los padecimientos y problemas de salud que la ciudadanía pueda tener, y tan particulares según el tipo de población a la que vaya dirigido. Sin embargo, aquí se enunciaron así con el objetivo de enmarcar de manera general las restricciones institucionales y antecedentes normativos que configuran el sistema de salud mexicano.

1.4 Políticas de salud como políticas sociales: configuraciones de los modelos de atención en salud

“La política social se centra en la distribución del bienestar y en cómo los Estados median las desigualdades derivadas del mercado, estableciendo derechos sociales que reducen la dependencia de los individuos respecto del empleo y la familia” (Esping-Andersen, 1990, p. 3). En este marco, la política social de salud constituye una de sus ramas fundamentales, ya que se enfoca en asegurar el derecho a la salud a través de la provisión de servicios médicos, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades (OPS, 2017).

Dentro de las formas en que el Estado le da sentido y estructura a los sistemas de salud, hay distintos elementos que ayudan a concebir qué tipo de concepción o paradigma sobre la protección social en salud le adjudican a los diseños institucionales de sus sistemas de salud. Entre estos elementos se encuentran los siguientes:

- ❖ **Modelo de bienestar:** “Un modelo de bienestar es el conjunto de principios normativos, institucionales y financieros que estructuran la forma en que una sociedad organiza la protección social de sus ciudadanos” (Esping, Andersen, 1990, pp.18). Es decir que un modelo de bienestar pretende que el Estado estructure de forma adecuada cuál será el funcionamiento de sus instituciones, en este caso los servicios de salud; sin embargo también depende de qué tipo de modelo se esté hablando y a qué población estará enfocado, “Los modelos de bienestar determinan quién es considerado

merecedor de los beneficios sociales; en los modelos focalizados o residuales, los programas se destinan únicamente a los más pobres, mientras que en los modelos universalistas, toda la ciudadanía es población objetivo por derecho” (Huber y Stephens, 2001, p. 5).

- ❖ Modelo de protección social en salud: “La protección social en salud implica la implementación de mecanismos para reducir la vulnerabilidad económica de las personas frente a los riesgos de salud, asegurando el acceso equitativo a servicios médicos y promoviendo la solidaridad social” (Organización Mundial de la Salud, 2010, p. 15). Este modelo busca que toda la población pueda acceder a los servicios de salud sin sufrir repercusiones económicas o algún impedimento externo a su acceso.
- ❖ Régimen de aseguramiento: “El aseguramiento en salud constituye una estrategia para garantizar el acceso a servicios de atención médica, mediante esquemas organizados de financiamiento, sean estos contributivos o no contributivos” (OPS, 2010, p. 11). En este sentido, podemos clasificarlos en contributivos y no contributivos, “Los esquemas contributivos son financiados mediante cotizaciones de los empleadores, los trabajadores y, en algunos casos, del Estado, y están destinados principalmente a la población con empleo formal” (Mesa-Lago, 2006, pp. 723). En cambio “Los regímenes no contributivos son financiados por impuestos generales del Estado y están dirigidos a personas que no pueden contribuir al sistema por su condición socioeconómica” (Ewig & Hernández, 2019, p. 148).

Por otra parte, una política de salud universal es aquella que busca garantizar de forma efectiva el acceso al derecho a la salud para todas las personas, tomando en cuenta aspectos efectivos que logren cumplir con este derecho, tales como la calidad, la coordinación institucional, los recursos humanos, etc. Todos estos

aspectos tienen la finalidad de fomentar la creación de un sistema de salud con bases enfocadas hacia el acceso universal a la salud.

En primer aspecto, la salud universal, según la Organización Panamericana de la Salud, se define como: “garantizar que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios de salud sin discriminación de ningún tipo y sin sufrir dificultades financieras” (OPS, s/f). Sin embargo, no basta con garantizar el acceso universal a todos y a todas, sino que es necesario integrar enfoques que promuevan la calidad de los procesos y de las instituciones. El concepto de calidad dentro de estos procesos es importante, pues “Los directivos de los sistemas sanitarios deben regirse por la búsqueda de la calidad. El involucramiento de las autoridades sanitarias y no sólo de los equipos técnicos, es indispensable para construir y sostener una visión compartida de la calidad asistencial” (Del Carmen Sara, 2019).

De igual manera, el concepto de calidad dentro de los procedimientos de salud es importante para cumplir con protocolos internacionales, de esta manera “La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal” (Organización Mundial de la Salud, s/f).

Así como también resulta importante brindarle atención al personal que labora en las instituciones de salud, el cual es el encargado de salvaguardar y poner en práctica estos enfoques, es decir, que los recursos humanos son parte fundamental del diseño y la implementación institucional del sistema de salud: “Los países deben transformar la fuerza laboral sanitaria basada en idoneidad, apoyando y respetando mejor a todos los empleados para que presten los mejores cuidados posibles” (Del Carmen Sara, 2019).

De manera general, se habla de la existencia de una serie de características y valores que un sistema de salud debería implementar en su planteamiento de políticas públicas, así tendrá la capacidad de salvaguardar aspectos esenciales como los Derechos humanos y la igualdad de género. Entre ellos están:

- La inclusión social: Dentro de un sistema de salud, se debe garantizar el acceso para todas las personas, independientemente de sus características físicas, sociales, culturales, de lenguaje, etc. Si se aborda desde una perspectiva de Derechos Humanos, el sistema de salud debería proporcionar un trato igual para todas las personas, es por eso que, se debería replantear y corregir el sistema que ha dado como consecuencia una fragmentación de los servicios de atención a la salud, a causa del mal funcionamiento de las instituciones públicas. “Después de todo, la gran mayoría de las pérdidas de salud son involuntarias. Por lo tanto, ningún tipo de discriminación en el acceso a los servicios es moralmente válido” (Frenk, Luguori y Sepúlveda, 1995, pp. 28).
- Igualdad de oportunidades: “Los servicios de salud deben ayudar a que cada generación entre a la vida con las mismas oportunidades” (Frenk, Luguori y Sepúlveda, 1995, pp.28). Es decir, que los sistemas de salud no se conviertan en un impedimento para que la población tenga limitaciones médicas y por ende, consecuencias que afecten su derecho a una vida plena, causado por la mala administración de los sistemas de salud.
- Ciudadanía: No podemos denominar el concepto de ciudadanía, únicamente enfocado en el aspecto normativo, pues tiene que incluir la percepción de la política social, es decir una visión enfocada en los Derechos Humanos. Que son todos aquellos, únicos e intransferibles, que adquiere una persona por

el simple hecho de nacer en un territorio determinado. Es por eso que el derecho a la salud está ligado a la definición de ciudadanía. “De acuerdo con el principio de ciudadanía, la protección de la salud deja de ser un bien de consumo, un privilegio o un objeto de asistencia, para convertirse en un derecho social” (Frenk, Luguori, Sepulveda, 1995, pp. 29).

Sin embargo, para que un sistema de salud funcione de acuerdo con estas características y que cumpla con las necesidades de la población, también tiene que tener un enfoque adaptativo y adecuado para los profesionales de la salud, aquellos que buscan garantizar una atención médica adecuada, utilizando las herramientas que les son proporcionadas por el Estado. “La *ética médica* juzga los actos médicos con base en cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Los actos de los médicos y otros profesionales de la salud deben guiarse por estos principios” (INCMNSZ, 2017).

Cada uno de estos principios es inculcado a los médicos desde su formación como futuros profesionales de la salud. Sin embargo, aunque muchos de ellos llegan a ejercer en el sistema de salud, se enfrentan a diversas dificultades que hacen que pierdan el interés por brindar una atención médica digna. Esto genera una atención deficiente por parte del personal médico, así como una limitada capacidad para ofrecer las herramientas necesarias, ya que muchas instituciones de salud en México no cuentan con los insumos básicos para atender adecuadamente a la población. Como consecuencia, los servicios de salud se deterioran, lo que impide el cumplimiento efectivo del derecho a la salud.

1.5 Estructura administrativa y diseño institucional de los sistemas de salud para la garantía del derecho a la protección de la salud

Un sistema de salud es el conjunto de organizaciones, instituciones, recursos y personas cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población (OMS, 2000). Según Frenk (1995), estos sistemas cumplen tres funciones básicas: la provisión de servicios, la generación de recursos (como personal y tecnología) y la financiación.

Para que una política de salud pueda funcionar, detrás de su implementación tiene que haber un gran trabajo de estructura administrativa y diseño institucional, el cual permite entender cuáles son las prioridades de la política en salud que se está llevando a cabo:

El diseño institucional establece cómo operan y se interpretan las instituciones, ya que determina cómo éstas se interrelacionan para producir un significado o efecto específico. Implica como primer paso la elección de instituciones que se encuentran correlacionadas por su objeto (Huerta Ochoa, 2000).

Es decir, que el diseño institucional no es solo una herramienta para hacer más eficaz el proceso de formulación de políticas públicas, también es una manera de analizar cómo funciona y se organizan los sistemas de salud. La estructura administrativa de un sistema de salud se refiere a la forma en que se organiza, coordina y gestiona el conjunto de instituciones encargadas de implementar la política sanitaria. Esta incluye los niveles de gobierno implicados, los canales de

decisión, los mecanismos de supervisión y la asignación de competencias (Arellano Gault, 2022).

Desde la perspectiva del sistema de salud, los principales elementos que conforman el diseño institucional son gobernanza, coordinación (intergubernamental e intersecretarial), centralización/descentralización/desconcentración, transparencia y rendición de cuentas, capacidad administrativa, entre otros. A continuación, exploramos de manera específica a qué se refieren cada uno de dichos elementos y cómo se configuran.

1.5.1 Gobernanza en salud

El concepto de gobernanza en salud resulta importante para la toma de decisiones de las instituciones que están encargadas de llevar a cabo el proceso de implementación de las responsabilidades de los sistemas de salud:

La gobernanza en salud se define por la OMS como el proceso de toma de decisiones y la implementación de políticas de salud, involucrando a diversos actores y asegurando transparencia, responsabilidad y participación. La OPS enfatiza la importancia de la gobernanza para mejorar la eficiencia y la equidad en los sistemas de salud (Secretaría de Salud, 2023).

Implica los procesos de toma de decisiones, rendición de cuentas, transparencia y participación ciudadana. Una buena gobernanza es crucial para el desempeño y legitimidad del sistema (Saltman, Durán & Dubois, 2011). Así, conforme a estas definiciones, el concepto de gobernanza abarca la coordinación, tanto interinstitucional como intergubernamental, los cuales analizaremos a continuación.

1.5.2 Coordinación

Se refiere a la interacción de las distintas instituciones del sistema de salud, tanto públicas como privadas, para garantizar servicios integrales y eficientes (Bossert, 1998). La capacidad de coordinar la toma de decisiones con otras instituciones es una fortaleza que le permite al sector salud tener una mejor comunicación intersectorial, es decir, que los sistemas de salud deben tener un enfoque que ayude a las políticas públicas a tomar decisiones que mejoren sus capacidades de funcionamiento. Por eso, el principio de salud en todas las políticas, establecido por la OPS, refiere que “Salud en todas las políticas (HiAP, por sus siglas en inglés) es un enfoque para la formulación de políticas que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud para mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria” (OPS,s/f).

La coordinación dentro de los sistemas de salud debe ser un factor fundamental para el funcionamiento de los procesos administrativos de las instituciones: “Para conseguir coordinación se requiere actitud positiva hacia ella, o mecanismos coordinadores eficaces. Ante las dificultades para conseguir la actitud ideal requerida, los sistemas de servicios de salud requieren mecanismos que garanticen el desarrollo de los procesos coordinadores, si realmente desean alcanzar sus objetivos” (Sáenz y Cantuarias, 1977, pp. 3). Existe otro tipo de coordinación, la cuales se refiere a la participación de instituciones meramente relacionada con el gobierno, a esta se le denomina coordinación intergubernamental, la cual según el Gobierno de México define como:

La cooperación de los poderes y órganos de gobierno de las entidades federativas en la función de garantizar la seguridad nacional se establece

para lograr una coordinación efectiva y oportuna de políticas, acciones y programas, promoviendo además la participación de los Municipios para tal efecto, así como para aportar información del orden local a la Red Nacional de Información, para lo cual pueden celebrar convenios de colaboración generales y específicos (Gob, s/f).

La coordinación intergubernamental es sumamente importante para establecer un sistema de salud efectivo, tal como lo vimos en el modelo instrumental del Seguro Popular.

Distribución de competencias en salud: Centralización/Descentralización/Desconcentración

Indica el grado de autonomía de los distintos niveles de gobierno en la toma de decisiones sanitarias. Si bien la descentralización puede mejorar la eficiencia, también plantea desafíos en equidad (Rondinelli, 1981).

La centralización administrativa puede ser entendida como “una manera de estructurar a los órganos que integran la función pública, de manera jerarquizada, en la que se depositan en el órgano superior central los poderes jurídicos, económicos y políticos” (Gordillo. A, 2014, pp. 151). Es decir, que el poder de administrar recae en una sola institución, que es la encargada de designar a las otras autoridades de los demás poderes y, por lo tanto, la toma de decisiones pasará a ser centralizada.

Por otro lado, tenemos la descentralización, aquella que, a diferencia de la centralización administrativa, busca mayor participación de las demás dependencias, es decir, que el poder ya no es centralizado y por lo tanto el proceso

de toma de decisiones ya no recae en una sola persona y puede tener mayor participación de otros actores :

La descentralización implica otorgar al órgano descentralizado personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía orgánica y funcional, para ejercer sus tareas de orden administrativo. A esta forma de descentralización se le llama administrativa. También puede haber descentralización política, que entraña la cesión del poder, y económica, en la cual se transfieren al órgano descentralizado facultades de toma de decisiones de carácter financiero (Saavedra Rodríguez, 2014, pp. 154).

El término desconcentración es importante dentro de la estructura administrativa, pues se presenta de manera intermedia entre los términos de centralización y descentralización, definiéndose como “Es una posición ecléctica o intermedia entre las tendencias organizativas extremas de la centralización y la descentralización, que consiste en el traslado parcial de la competencia y el poder decisorio de un órgano superior a uno inferior, conservando la relación de jerarquía entre ambos” (Saavedra Rodríguez, 2014, pp. 153).

1.5.3 Productividad del personal

Por su parte, las capacidades administrativas hacen alusión a los recursos humanos, financieros y organizacionales necesarios para ejecutar de forma eficiente las políticas públicas. Sin embargo, no basta con contar con recursos suficientes: también se requieren competencias técnicas, estructuras funcionales y marcos normativos claros (Lynn, Heinrich & Hill, 2000). En este contexto, también existe la capacidad resolutiva en salud, la cual hace referencia a las habilidades que tiene un sistema de salud para brindar la atención médica adecuada que

solicitan las personas o mejor interpretado como: “La capacidad resolutive se considera como un resultado de la atención, desde el momento en que éste se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud” (López Puig, et.al, 2014, pp. 249).

Fuente de financiamiento: Se refiere al origen de los recursos con los que Estado financia los materiales, la infraestructura, el personal, etc, que forma parte de los servicios de salud, “Las fuentes de financiamiento son los mecanismos a través de los cuales se obtienen los recursos necesarios para financiar los servicios de salud, y pueden ser de origen público, privado o externo” (Organización Panamericana de la Salud, 2017, p. 8).

Presupuesto: Se refiere a la asignación y distribución de recursos financieros públicos. No sólo importa el monto total, sino cómo se estructura, qué niveles de gobierno lo gestionan y qué controles existen (World Bank, 2004).

Recursos humanos y físicos en salud: “Los recursos humanos en salud son todas las personas cuya función principal está dirigida a mejorar la salud de las poblaciones, mediante la prestación directa o indirecta de servicios” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2006, p. 9). “Los recursos físicos se refieren a las instalaciones y la infraestructura donde se prestan los servicios de salud, las cuales deben contar con condiciones adecuadas de seguridad, higiene y funcionalidad” (Secretaría de Salud, 2015, p. 22). Por su parte, los recursos materiales en salud “comprenden todos aquellos bienes tangibles que se requieren para brindar atención médica eficiente y segura, incluyendo medicamentos, instrumental, mobiliario y equipo médico” (OPS, 2010, p. 18).

Capacitación y desarrollo: Dentro del sistema de formulación de políticas para el sector salud existe el concepto de capacitación y desarrollo, que está estrechamente relacionado al concepto de recursos humanos, es decir, al personal que forma parte de las instituciones de salud: “Los recursos humanos en cualquier organización definen el éxito o fracaso en el logro de sus objetivos, y en el sistema de salud tienen la mayor relevancia porque de ellos depende el bien máspreciado del ser humano: la salud o la vida” (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2023, pp. 2).

En materia de capacitación existen dos vertientes, que actualmente tienen recursos financieros limitados para su correcta operación: la capacitación técnico-médica y la capacitación administrativa y gerencial para los servidores públicos de la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados y organismos descentralizados (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2023, pp. 3). Como ya se había mencionado anteriormente, el término de capacitación es de suma importancia para que el proceso administrativo cumpla con sus funciones adecuadas para formar un sistema de salud más completo y con buen funcionamiento.

1.6 Los distintos esquemas de aseguramiento y la fragmentación del sistema de salud mexicano

A raíz del establecimiento del derecho a la protección a la salud, el Estado se ha visto obligado a contar con las herramientas que den cumplimiento a este derecho. Sin embargo, para cumplir con este propósito se llevó a cabo una división de los servicios de salud para distintos sectores, lo que se conoce como fragmentación del sistema de salud.

El sistema de salud mexicano se compone de instituciones públicas y privadas que por ende tienen la capacidad de garantizar el derecho a la salud para distintos sectores poblacionales. Las instituciones públicas dependen de recursos del Estado y unas en específico de contribuciones provenientes de trabajadores formales, tanto del sector privado como del público, es decir, no aplica para la población que trabaja en el sector informal y por lo tanto que no cuentan con ningún sistema de seguridad social, “comprende a las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros)” (Dantes, Sesma, et.all. 2011).

Asimismo, las instituciones de salud públicas, incluyen a la denominada “población abierta”, siendo aquella que no cuenta con ningún tipo de seguridad social; a la cual, sin embargo, el Estado tiene la obligación de proveer servicios de salud específicos para este tipo de población, en donde encontramos “La creación de instituciones, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O)” (Dantes, Sesma, et.all. 2011). O según el programa o estrategia que el gobierno en turno plantee como la mejor opción para proveer de servicios de salud a dicha población abierta.

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Según lo anterior, podemos dividir los servicios de salud según la población a la que están dirigidos; es decir, la población objetivo.

La población objetivo es aquella a la que van dirigidos los servicios de salud, es decir si hablamos de un programa de atención a población abierta, la población objetivo serían únicamente las personas que no cuentan con servicios de seguridad social, también se define como: “La población objetivo es el grupo de personas al que se dirigen las acciones de un programa, definido en función de necesidades específicas de salud, características sociodemográficas o situación de vulnerabilidad” (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2015, pp. 13).

En este sentido, existen dos tipos de población que están inscritos a los servicios de salud, los asegurados y los no asegurados, y se definen como: “Se considera población asegurada a aquella que cuenta con acceso a servicios de salud a través de una institución de seguridad social como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, Sedena o Semar, mientras que la población no asegurada es aquella que no tiene acceso a estos servicios por parte de alguna institución, y depende de la atención que proveen los servicios públicos para población abierta” (Secretaría de Salud, 2019, pp. 11). En cambio “Los no asegurados enfrentan mayores barreras económicas, geográficas y culturales para acceder a servicios de salud, lo cual acentúa las desigualdades sanitarias” (Frenk et al., 2003, p. 14).

Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal, generando de esta manera, una notable división entre las clases sociales y por lo tanto una fragmentación de los sistemas de salud (Frenk et.al. 2009). El concepto de fragmentación de los sistemas de salud se refiere a:

“la división establecida entre salud física y mental, así como la atomización que se da en la provisión de atención en salud por parte del Estado, en los componentes de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación, y en los dispositivos de protección social, en un sistema de salud segmentado e inequitativo, que

privilegia la enfermedad, centrado en el lucro, alrededor de planes de beneficio” (Herazo, 2015).

En México, el funcionamiento de estos sistemas, tiene una división muy presente que ha ocasionado la fragmentación de estos servicios, y esto a su vez, ha traído consecuencias negativas para la población, puesto que no hay igualdad ni equidad en la administración y garantía de este derecho por parte del estado. El sistema de salud en México, se compone de distintos factores que han logrado que a su vez la misma sociedad se divida en sectores económicos, lo que ocasiona que las personas tengan distintas capacidades de financiamiento y por lo tanto no reciban el mismo nivel de atención médica, debido a la división de clases sociales y que por lo tanto a su vez genera desigualdad de oportunidades en la población.

Los sistemas de salud en el país se ven fragmentados debido a la separación que existe entre la población caracterizada como Derechohabiente, es decir, aquellas personas que están aseguradas y que por lo tanto tenían acceso a sistemas de salud como el IMSS y el ISSSTE. Y aquella población que no tenía acceso a la seguridad social y que por lo tanto dependían de las acciones que el gobierno debía promover para la denominada “población abierta”, población no derechohabiente, aquella que no cuenta con ningún tipo de seguridad social.

Esta conformación y funcionamiento del sistema de salud, genera diversas y profundas inequidades en salud, concepto en el cual profundizaremos a continuación.

1.7 Las inequidades del sistema de salud en México

En México, las inequidades de estos servicios “se refiere a las diferencias en salud, innecesarias, evitables e injustas. Son injustas porque se deben a una división del

trabajo en la sociedad que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, especialmente en relación a sus posibilidades de conservar la salud” (Cardona, Debora y Acosta, 2013). Estas diferencias en cuanto al acceso a los servicios de salud, se visibilizan con respecto al nivel socioeconómico de las personas, así como también el lugar en el que habitan, dando paso a una fragmentación de los servicios de salud, provocando que la población no asegurada y en especial aquella población más vulnerable, sea objeto de la desigualdad y enfrente otros obstáculos para acceder a los servicios de salud como los gastos de bolsillo.

Las inequidades en salud en México, son un grave problema que afecta a las personas en mayor situación de vulnerabilidad, limitando de esta forma su acceso a sistemas de salud y por lo tanto impidiendo que las personas cumplan con el disfrute de su derecho a una vida digna. Sin embargo, una inequidad en el acceso no se refiere únicamente a la imposibilidad de ingresar a los sistemas de salud; también está relacionada con factores económicos, hábitos alimenticios, cuestiones políticas, entre otras. “Las desigualdades sociales repercuten directamente en la salud de las personas, pues determinan sus condiciones de vida, sus hábitos y su acceso a servicios básicos, incluidos los de salud” (CNDH, 2018, p. 5). Es por eso que las equidades en salud no puede solo verse como la falta de infraestructura o de herramientas económicas para contrarrestar la falta de servicios, también se tiene que analizar desde un enfoque que considere las condiciones sociales y territoriales de cada persona.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la equidad en salud implica que todas las personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de bienestar, sin que existan diferencias evitables por razones socioeconómicas, geográficas o culturales (OMS, 2008). En el caso de México, las desigualdades en salud están vinculadas a determinantes sociales como la

pobreza, el nivel educativo y la distribución de los recursos sanitarios. Investigaciones han demostrado que el acceso a los servicios de salud en zonas rurales es significativamente menor en comparación con áreas urbanas, lo que genera una brecha en la atención médica y en los indicadores de salud pública (Frenk et al., 2019).

Es por eso que, el Estado se ve obligado a crear herramientas capaces de cubrir las necesidades básicas de las personas, incorporando principalmente a las personas más vulnerables que son aquellas que dependen los recursos que el Estado debe financiar. Una de las principales inequidades que existen en el país es la del acceso a los servicios médicos, pues los sistemas de salud, por lo menos en México, están fragmentados y divididos en subsistemas que brindan atención a diferentes tipos de población (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y el sistema de salud público para personas sin seguridad social), han sido señalados como un factor que contribuye a la inequidad. Estudios indican que esta segmentación genera diferencias en la calidad de la atención y en la disponibilidad de recursos entre las instituciones, lo que impacta negativamente a los sectores con menores ingresos (Gutiérrez et al., 2020).

cerrar el capítulo con una reflexión de ustedes sobre la importancia de, para disminuir las inequidades de salud, garantizar la protección a la salud gratuita, universal y de calidad a la población “abierta” o sin seguridad social.

Capítulo 2. Orígenes y desarrollo de la institucionalización del derecho a la salud en México.

Como se mencionó en el apartado anterior, en México el derecho a la salud se estableció en la Constitución en el año de 1917, a pesar de eso, este derecho solo sentó las bases para promover la salud de las personas y no para garantizarla, pues el Estado no estaba obligado a proporcionar servicios médicos para todas las personas, de igual forma en ese entonces ocurría un proceso en el cual los trabajadores estaban tomando más poder dentro de los procesos políticos para luchar por sus derechos. “En México, pese a que la constitución de 1917 consagró los derechos sociales por primera vez en América Latina, el derecho a la salud no se consideró de manera explícita como uno de ellos sino hasta que se incluyó en el texto constitucional en 1983” (Flamand, Moreno, et. al., 2014).

2.1 Los orígenes del derecho a la salud en México

En ese entonces, a pesar de haber sido una de las primeras constituciones que tenía tintes de promover los derechos sociales, aún no estaban bien establecidos algunos derechos, tal como el derecho a la protección de la salud, aún y cuando en el año de 1917 también se creó “El Departamento de Salubridad Pública que tuvo que ver con la legislación sanitaria del país, es decir, policía sanitaria en puertos y fronteras; vacunas, medidas contra el alcoholismo, epidemias, enfermedades contagiosas, preparación y administración de vacunas y sueros, control de alimentos, bebidas, drogas” (Rodríguez Ana. Et.al, 1998).

Ese departamento fue la institución encargada de implementar medidas para lograr mejorar la salud de las personas, también fue uno de los primeros antecedentes que se tiene y que buscaban formar los sistemas de salud que se crearían posteriormente. Al mismo tiempo que estaba ocurriendo un cambio en las instituciones del sistema de salud, se estaba dando también una transformación a los sistemas de educación pública en el país pues surge la Secretaría de Educación Pública.

Durante el siglo XX, el sistema de salud en México se institucionalizó con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943, destinado a atender a los trabajadores del sector formal, en este mismo año “se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) el 15 de octubre de 1943” (Rodriguez Ana, et.all, 1998).

En este periodo surgieron distintos movimientos sociales que le exigían al Estado el cumplimiento de sus derechos, y muchos de ellos fueron precursores de las mejoras en el sistema de salud mexicano en años posteriores. “Como respuesta a varios movimientos sociales después de 1958 (sobre todo el de los maestros liderados por Valentín Campa y Demetrio Vallejo), el gobierno mexicano se comprometió a ampliar las prestaciones sociales” (Flamand y Moreno, 2014, pp.103).

2.2 El surgimiento de nuevas instituciones

El IMSS, como una de las primeras instituciones encargadas de atender a los trabajadores, presentó cifras de aumento en la atención a la población, lo que daba a conocer que los sistemas de salud estaban teniendo un avance significativo a diferencia de los años anteriores. Sin embargo, aún no existía una institución que

se encargará de la salud de las personas que trabajaban en la informalidad. “Entre 1959 y 1964, las unidades médicas del IMSS crecieron 31 por ciento, pasando de 63 a 83. En cuanto a cobertura, en 1964, durante el gobierno de Adolfo López Mateos, el IMSS atendía a 6.3 millones de usuarios, 17 por ciento de la población mexicana” (Flamand y Moreno, 2014, pp. 103).

Posteriormente, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el ISSSTE, se creó en 1959, orientado al personal del sector público (IMSS, 2023). Estos sistemas únicamente prestaban servicios a la población asegurada, por lo que los sistemas de salud quedaban fragmentados, además de que no había ninguna institución encargada de atender a la población que no contaba con seguridad social. Después de la creación del ISSSTE, ambas instituciones se complementaban y atendían a la mayor parte de la población.

Posteriormente, durante el gobierno de Miguel de la Madrid, inició un proceso de descentralización del sistema de salud. Este proceso buscaba que los estados tuvieran más participación y mayor poder de decisión en sus servicios de atención, y que el poder no se centralizará en una sola parte del Estado. Sin embargo, este proceso fue avanzando paulatinamente y tuvo distintos momentos. En primera instancia, “el derecho a la salud se incorporó a la Constitución federal en 1983 y la promulgación de la Ley General de Salud (LGS) en 1984 sustituyó al antiguo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos” (Flamand y Moreno, 2014, pp. 104). Sin embargo, desde el año de 1973, durante la presidencia de Luis Echeverría, se creó un programa encargado de ofrecer servicios de salud a la población que no estaba asegurada. Este sistema funcionaba a través del ya existente IMSS, utilizando sus instalaciones, recursos y personal para dar servicio al programa Solidaridad Social. “El programa se implementó e incluyó, según cifras oficiales, a 1.9 millones de beneficiarios, especialmente de comunidades rurales. Sin embargo, los servicios que se ofrecieron fueron muy limitados y se concentraron en la

planificación familiar y los servicios de urgencias” (Flamand y Moreno, 2014, pp. 106).

Este proceso descentralizador, al plantear un nuevo movimiento que pretendía cambiar por completo el sistema de salud, enfrentó diversas dificultades, pues incluyó solo a catorce estados. Posteriormente ocurrió el segundo proceso de descentralización, que comenzó en 1995 y terminó en el año 2000. En esta etapa se buscaba dar mayor independencia a los gobiernos estatales, por lo que se firmó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, en el cual el presidente Ernesto Zedillo se encargó de definir las modalidades de operación de los estados, así como de establecer cuáles serían sus responsabilidades. En 1997 se creó el FASSA (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud), encargado de vigilar que las transferencias de recursos que el gobierno central hacía a los estados fueran utilizadas de forma adecuada (Flamand y Moreno, 2014, pp. 105).

Aunque el gobierno de Ernesto Zedillo impulsó diversas reformas para lograr la descentralización del sistema de salud, fue un gran reto y enfrentó muchas dificultades, por lo que aún era necesario hacer un mayor esfuerzo para consolidarla. Otra de las grandes preocupaciones del gobierno —y que sigue vigente hasta la actualidad— es la falta de instituciones de salud para la población abierta. Por ello, se inició la creación de instituciones enfocadas específicamente en esta población. En el año de 1979, el programa de Solidaridad Social alcanzó un nivel mayor de dificultades, pues no pudo cumplir con su meta de atender a la mayor parte de la población objetivo.

Por ello, “el siguiente gobierno, encabezado por José López Portillo, discontinuó el programa, pero en 1979, gracias al auge petrolero, fundó el programa IMSS-Coplamar” (Flamand y Moreno, 2014, pp. 106). Este programa, denominado Plan

Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, buscaba brindar atención médica a la mayor parte de la población que no contaba con seguridad social, utilizando recursos proporcionados por el gobierno. También se capacitaba a la población y se aprovechaban parte de sus recursos materiales y humanos. El objetivo principal era atender a la población indígena y rural.

Se pretendía atender a 10 millones de personas; sin embargo, se rebasó el límite y, para 1981, se habían atendido 14 millones. En ese contexto, el IMSS, que anteriormente solo atendía a personal asegurado, amplió su cobertura para incluir a estudiantes y a algunos trabajadores informales (Velásquez, 1991; Flamand y Moreno, 2014, pp. 106–107).

Pero no fue sino hasta el año de 1983 que se consolidó el derecho a la salud y se le otorgó un reconocimiento constitucional, cuando se reformó el artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo que toda persona tiene derecho a la protección de la salud (Cámara de Diputados, 2021). Esta reforma sentó las bases para la promulgación de la Ley General de Salud en 1984, cuyo objetivo fue ampliar la cobertura a personas sin seguridad social (Secretaría de Salud, 2020). Gracias a este avance, se logró descentralizar los servicios de salud para una gran parte de los estados del país. Sin embargo.

Con la llegada de Salinas de Gortari a la presidencia en 1988, el programa IMSS-Coplamar evolucionó para convertirse en IMSS-Solidaridad, uno de los 40 subprogramas del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol). Este nuevo programa tenía como objetivo ampliar la atención médica a la población sin seguridad social, así como mejorar el estado de salud de la población rural marginada, a través del cuidado a la salud individual, familiar y colectiva. Durante este sexenio, la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad alcanzaron

una cobertura de 39.5 millones de habitantes urbanos y rurales vulnerables (Flamand y Moreno, 2014, pp.107).

El programa IMSS-Solidaridad continuó operando con el objetivo de atender a la población que no tenía seguridad social y, por lo tanto, no tenía acceso a los servicios de salud. Este programa fue uno de los antecedentes para la implementación de la atención primaria en salud, la cual ya había sido abordada previamente en la Conferencia de Alma-Ata. De este modo, las bases para su funcionamiento ya estaban establecidas, y comenzaron a ponerse en práctica dentro del programa. Así, su principal enfoque se centraba en la atención de primer y segundo nivel.

Consecuentemente “En 2002, durante el gobierno de Vicente fox, aunque el programa IMSS-Solidaridad cambió de nombre a IMSS oportunidades, su objetivo se mantuvo: proporcionar servicios de salud integral de primer y segundo nivel a la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud en zonas rurales y urbanas marginadas” (Flamand y Moreno, 2014, pp.107). Esto sentó las bases para que consecuentemente se crearán otros programas, enfocados en la población abierta pero que tuvieran un enfoque de derechos humanos, como el Seguro Popular.

Cuadro 1.	
Hitos en la construcción del sistema de salud en México	
1917	Creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública.
1937	Creación de la secretaría de Asistencia Pública.

1943	Fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud. Creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México.
1953	Creación de la Asociación Mexicana de Hospitales.
1960	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
1978	Declaración de Alma Atta, que busca la “Salud para todos en el año 2000”, así como también el inicio de la Atención Primaria en salud (APS).
1979	Creación del Programa IMSS-Coplamar, después IMSS-Oportunidades.
1985	Inicio de la descentralización de los servicios de Salud para población no asegurada, que concluye en 2000.
1987	Creación del Instituto Nacional de Salud Pública.
2003	Creación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular.
2020	Fundación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).
2022	Creación del IMSS-Bienestar.

Fuente: Elaboración propia con datos de Gómez, et.al, 2010.

2.3 El derecho a la protección de la salud en México

Así, en México, “la forma instrumental a través de la cual se cumple dicha obligación [de otorgar protección a la salud] es el sistema de salud, el cual ha atravesado tres modificaciones de carácter estructural: la primera, a partir de 1983, denominada ‘el cambio estructural de la salud’, implementó una reforma normativa mediante la cual se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud; la segunda, impulsada en la administración pública federal (APF) 2001-2006, consideró cambios en la protección social en salud en tres dimensiones: contra riesgos en salud, los usuarios de los servicios de salud y la financiera con la creación del Sistema de Protección Social en Salud” (Vargas Gutiérrez, 2023, p. 697).

El sistema de salud en México se compone de distintos sectores que brindan servicios de atención para la población, se encuentran divididos en sector público y privado, las instituciones con las que cuenta el sector público reciben financiamiento por parte del Estado para realizar sus operaciones, así como una pequeña parte de los recursos de los afiliados, en cambio el sector privado funciona únicamente con las aportaciones de sus beneficiarios, únicamente aquellos que pueden pagar sus servicios, dentro de estos sistemas encontramos en el sector privado instituciones como:

Las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O)” (Gómez, et.al, 2010).

Los trabajadores del sector formal de la economía como activos y jubilados forman parte de las instituciones de seguridad social que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más del 80% de esta población y la atienden en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. Otra institución de carácter público que atiende a trabajadores del sector formal es el ISSSTE y da cobertura a un 18% de la población asegurada utilizando de igual forma, recursos propios y sus instalaciones. A diferencia de estos se encuentran otras instituciones de carácter formal del sistema público de salud que atiende a los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR, todas estas instituciones atienden al 1% de la población, y al igual que las otras instituciones usan recursos propios y atienden a su población en sus propias unidades (Gómez Dantes, et.al, 2010).

El siguiente sector de la población se refiere a aquellas personas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, como personas que trabajan en el sector informal, personas desempleadas, etc. A raíz de esto, el gobierno tiene la obligación de garantizar el acceso a la salud para este tipo de personas que dependen de los recursos que brinda el Estado para resolver sus necesidades. En consecuencia, surgen los servicios del seguro popular, los CESA y el IMSS oportunidades, “en la primavera de 2003, el congreso aprobó una reforma a la ley General de salud que dio origen al sistema de protección social en salud, SPSS y su brazo operativo, el SP” (Gómez Dantes, et.al, 2010).

Consecuentemente en el año 2000, se llevó a cabo una conferencia específicamente enfocada en establecer parámetros que delimitan, cuáles eran las características de la atención primaria en salud (APS), en donde se pretendía renovar los sistemas de salud para la mayor parte de países, logrando así en un futuro tener un sistema de salud más integral e igualitario para todos: “Se estableció en la Declaración de Alma-Ata, convocada por la Organización Mundial

de la Salud (OMS) y llevada a cabo en Rusia en 1978. En esta reunión se definió a la APS como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, señalando principios para la organización de servicios de salud y una diversidad de criterios para abordar las necesidades sanitarias primordiales y los determinantes fundamentales de la salud. Asimismo, se fijó el objetivo de alcanzar la “*salud para todos en el año 2000*” (Ramiro López, 2024).

Así, uno de los elementos que estructuran la manera en la que se garantiza y promueve el derecho a la salud, es lo declarado en Alma Ata, en donde se menciona que la Atención Primaria en Salud (APS) se creó como un modelo esencial para garantizar el acceso igualitario para todas las personas a los servicios de salud y mejorar la calidad de vida de las poblaciones, al implementar el uso de los modelos de atención primaria, para de esta manera mejorar la atención en la calidad de salud de las personas. Posteriormente, surge una de las participaciones más importantes alrededor de los gobiernos de todo el mundo, lo que llama a poner en práctica el uso de la APS, la cual buscaba unificar los servicios de salud para la población y de esta forma también lograr ser una de las políticas en materia de salud más fuerte en todo el sistema, la de salud para todos. Dentro de: “la Declaración de Alma-Ata de 1978, en la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF reconocieron la salud como un derecho fundamental y establecieron la APS como el enfoque central para lograr la cobertura sanitaria universal” (OMS, 1978). Desde entonces, esta estrategia ha ido en progreso para responder a los desafíos que afectan a nuestro sistema de salud día con día en materia de administración pública.

En la Declaración de Alma-Ata se define la APS como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías accesibles, científicamente fundamentados y socialmente aceptables” (OMS, 1978). La principal problemática que buscaba atender esta declaración era la de crear un sistema de atención primaria en salud, que se basaba en ofrecer las herramientas para atender dentro

del primer nivel de atención a la población, para de esta manera, dividir los servicios médicos en distintos sectores y que la población no solo se concentrará en un nivel de atención específico, lo que posteriormente ocasionó un derrumbe de los sistemas de salud.

Con la llegada de los años 2000, la OMS retomó la importancia de la APS a través del informe *La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca*, en el que se subrayó la necesidad de fortalecer los sistemas de salud a nivel local y garantizar la equidad en la prestación de servicios. Este informe solo alarmó a las ciudadanías para dar a conocer el gran número de desigualdades en el acceso a la salud y la necesidad de integrar políticas públicas efectivas para combatir el desigual acceso de salud que vivían las personas (OMS, 2008).

Otro de los conceptos importantes que se trataron en esta conferencia fue el de determinar las características clave para el funcionamiento de la APS en donde se le definía como la: “atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, a un costo que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación” (Reyes Morales, 2024, pp. 632).

Es así como se buscaba crear una práctica en salud que incorpora conceptos clave para la atención sanitaria de primer nivel, tales características teóricas fundamentales se presentan a continuación en el siguiente apartado:

1. La APS representa el modelo central en todo sistema de salud y tiene una connotación transversal.
2. La atención primaria debe ser el eje que coordine la respuesta en salud en todos los niveles.
3. Como primer contacto de acceso al sistema de salud, la atención primaria promueve la atención integrada, continua y coordinada centrada en la persona.
4. La salud pública, con su enfoque poblacional, se enlaza en diferentes dimensiones con la atención primaria en su enfoque individual, para dar respuesta integral a las necesidades de salud de la población (Reyes Morales, 2024, pp. 632).

Asimismo, también se presentan los 4 enfoques fundamentales de la APS, los cuales presentan los principales enfoques de funcionamiento: “1) primer contacto de acceso para cada nueva necesidad de salud; 2) atención de largo plazo enfocada a la persona (no a la enfermedad); 3) atención integrada para la mayoría de las necesidades de salud, y 4) coordinación de la atención para acceso a otros profesionales cuando se requiere” (Reyes Morales, 2024, pp. 633). Esto representa cuáles son las características que tiene un modelo de Atención Primaria en Salud y cómo este modelo puede llegar a ser un instrumento evitable de consecuencias de salud a largo plazo.

Como conclusión del siguiente del siguiente capítulo podemos decir que, realizamos un recorrido histórico de los orígenes y el desarrollo de la institucionalización del derecho a la salud en México, pudimos notar que a pesar de ser un proceso complejo, se volvió una meta primordial el hacer esfuerzos para atender los problemas que aquejan a la población en materia de atención de la salud, podemos ver cómo las mismas problemáticas que existían en el México posrevolucionario,

siguen presentes hasta nuestros tiempos. Este es sin duda uno de los capítulos más importantes del trabajo de investigación pues, aquí podemos ver reflejado todo el proceso que ocurrió para que los gobiernos actuales tuvieran la iniciativa de mejorar los servicios de atención médica para la población sin seguridad social.

Cap. 3 Del Seguro Popular al IMSS-BIENESTAR: Las estrategias del gobierno mexicano para garantizar el acceso a la salud para la población sin seguridad social

Hablar del derecho a la salud en México es inevitablemente hablar de desigualdad, es por eso que surge una percepción personal por querer conocer las principales fuentes de inaccesibilidad a los servicios de salud para la población abierta, se convirtió también en una cuestión analítica y crítica, fundamentada por un enfoque histórico de cómo funciona el sistema de salud en México y cuáles fueron las principales ambiciones del gobierno mexicano para crear instituciones de salud enfocadas en resolver esta problemática pero que sin embargo, terminaron desapareciendo y creando nuevos modelos que suplantarían a los demás. ¿Fueron cuestiones meramente políticas o fue una preocupación genuina por resolver una de las problemáticas más importantes de nuestros tiempos?, este capítulo narra y analiza cada uno de los procesos más significativos que dieron creación a cada una de las instituciones encargadas de atender a la población abierta, desde la creación del Seguro Popular hasta llegar al actual modelo del IMSS-Bienestar, pasando por el modelo de salud que dio creación al INSABI.

3.1 Creación del Seguro Popular (2003-2020)

Gracias a que existieron iniciativas en materia de salud como la conferencia de Alma-Ata, en donde se proponía un sistema de atención primaria en salud que buscaba enfocarse en los primeros niveles de atención, para no saturar los otros dos niveles y, de esta forma, evitar que las personas no accedieran a los servicios de salud; El sistema de salud en México comenzó a reformular su visión y a integrar los derechos sociales. Bajo estas premisa es por eso que, para el año 2004, “el gobierno federal mexicano creó un seguro de salud pública voluntario: el Seguro Popular en Salud, que enfrentaba casi 45 por ciento de las familias más pobres de México, que conformaban el núcleo más desprotegido y de menos recursos del país” (Flamand y Moreno, 2014, pp. 116).

“El SPS respondió, al menos, a tres grandes objetivos fundamentales, los cuales se enlistan a continuación:

- a) Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud;
- b) Crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del SPS; y
- c) Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

El SPS se caracterizó por ser un seguro público y voluntario, dirigido a las familias sin seguridad social en materia de salud, con el fin de evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud.

La población objetivo del SPS, es aquella población no derechohabiente de la seguridad social y de bajos ingresos ubicadas dentro de los primeros

deciles de la distribución del ingreso. La implantación del SPS en su fase inicial se realizó de manera gradual. En 2001, inició su operación en cinco estados piloto: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. Durante su fase inicial, el SPS enfatizó la afiliación de las familias no derechohabientes pertenecientes a los primeros seis deciles de la distribución de ingreso. Como todo esquema de aseguramiento, el SPS ofreció una lista de beneficios explícitos a los cuales el asegurado tenía acceso, siempre y cuando estuvieran vigentes sus derechos. Esta lista, denominada en su momento como Catálogo de beneficios médicos (CABEME), se integró inicialmente por 78 intervenciones con la posibilidad de que en algunas entidades federativas se añadieran otras intervenciones” (Secretaría de salud, 2005).

Este programa, mejor conocido como Seguro Popular, tenía la finalidad de ofrecer servicios de salud gratuitos, y un seguro financiero que cubría únicamente gastos médicos en salud para las personas que no estaban aseguradas. “En 2008, el Seguro Popular contaba con más de 27 millones de afiliados” (Gómez Dantés et al., 2010).

Una de las mentes creadoras del Seguro Popular fue el Doctor Julio Frek Mora, en ese entonces Secretario de Salud a nivel Federal. En una entrevista realizada en 2004, expone, desde su punto de vista, cuáles fueron los principales fundamentos teóricos que llevaron a la creación del SSP: “La idea de un sistema de protección social o de un seguro para los no asegurados está muy explícita en el estudio que se hizo en Funsalud, *Economía y salud*. Esa idea se afinó durante mi estancia en la Organización Mundial de la Salud, en donde trabajé de 1998 a 2000” (Molinar, 2005).

Desde esta perspectiva, podemos notar que la creación de un sistema de protección en salud que se encargaría de la población que no contaba con ningún tipo de

seguridad social provenía de un enfoque de derechos sociales propuesto por la OMS y que el doctor Julio Frenk tenía la iniciativa de poner en práctica en nuestro país.

Arrancó un proceso de diálogo con distintos actores, que a la larga tomaría todo 2001 y hasta el mes de noviembre de 2002, cuando presentamos la iniciativa de ley. Fueron casi dos años de trabajo *antes* de mandarlo como iniciativa al Senado. Al mismo tiempo empecé el trabajo al interior del Ejecutivo, primero con el IMSS y el ISSSTE, porque finalmente es un sistema complementario de la seguridad social. Empezamos por el IMSS porque la opción que teníamos, incluso todavía en el *Programa Nacional de Salud*, era montarlo sobre el Seguro de Salud para la Familia, que ya estaba contemplado en la Ley del IMSS (SPM,2004).

Aunque el programa no funcionó como un sistema complementario del IMSS, tal como se tenía previsto, posteriormente se le buscó dar la independencia de funcionamiento para usar sus propios recursos, aunque más tarde, en las reglas de operación del programa, estaba previsto que funcionaría con algunos de los recursos que ya se tenían en el sector salud: “Después de una larga discusión, en abril de 2003, el Congreso de la Unión aprobó, con 92 % de los votos del Senado y 73 % de los votos de la Cámara de Diputados, una reforma a la Ley General de Salud que establece el sistema de protección social en la materia, cuyo brazo ejecutivo es el Seguro Popular de Salud (SPS)” (Laurel, 2004, pp. 585).

En la Ley General de Salud podemos ver el establecimiento de la SPSS, específicamente en el artículo 77 bis, “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social” (LGS, 2023). El Seguro Popular buscaba atender a la

población que no contaba con seguridad social y que, por lo tanto, no podía acceder a un sistema de atención de la salud gratuito. En poco tiempo se convirtió en una de las políticas en salud más importantes que el gobierno haya creado.

El Seguro Popular funcionaba de la siguiente manera: en primera instancia, se financiaba mediante un sistema tripartita, es decir, que recibía recursos del Estado, por una parte, otra parte provenía de las instituciones estatales de salud tales como la secretaría de salud estatales y los SESA, encargados de su funcionamiento y, por último, se recibía una contribución de las personas beneficiarias, aunque esta última era un pequeño porcentaje que dependía de sus ingresos, con el fin de no afectar su salud financiera. Esto fue posible gracias al movimiento descentralizador que tuvo lugar en fechas anteriores y que permitió que las instituciones de salud estatales tuvieran más poder en las decisiones de sus propios servicios de salud.

De igual forma, el Seguro Popular, como seguro financiero, “se diseñó para financiar los servicios personales de salud, divididos en un conjunto básico de intervenciones de primer y segundo nivel (atención ambulatoria y hospitales generales) y un paquete de alto costo de atención de tercer nivel, financiado por ¹el Fondo de

¹ El primer catálogo denominado “Catálogo de Beneficios Médicos” (CABEME), consistía en 78 intervenciones de salud en 2002 y 2003, que fueron seleccionadas con base en estudios de carga de la enfermedad que desarrollaron la Dirección General de Información en Salud y FUNSALUD. Dichas intervenciones están enfocadas a las principales causas de morbilidad en el país y de demanda hospitalaria con un enfoque de alta efectividad y un importante sustento en los programas federales y la normatividad vigente. Desde un inicio el catálogo ha considerado a las intervenciones preventivas y detección de enfermedades crónico degenerativas. Para 2004 el número de intervenciones se incrementó a 91 servicios y se le denominó Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), cabe señalar que el crecimiento del catálogo es directamente proporcional al presupuesto que se destine para este fin expresado en costo per cápita. En 2005 se actualiza por medio de diferentes ejercicios de consenso con especialistas conforma un catálogo de 155 intervenciones de salud, permaneciendo el mismo nombre con el acrónimo de CASES. En 2006 y 2007 se lleva a cabo el primer incremento en el per cápita, por lo que el número de intervenciones se incrementa a 249 y 255, respectivamente, cambiando su nombre a Catálogo Universal de Servicios de Salud

Protección contra Gastos Catastróficos” (Flamand y Moreno, 2014, pp. 117). El sistema de financiamiento del Seguro Popular “se divide en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los servicios esenciales son los que conforman el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES); se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, y se financian con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSAP). Los servicios de alto costo se ofrecen en hospitales de especialidad y se financian a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos” (Medigraphic, 2004).

La función del Seguro Popular era crear un mecanismo de protección financiera ante gastos en salud, para que las personas más empobrecidas pudieran acceder a los sistemas de salud. Este sistema funcionaba mediante un esquema de atención médica que brindaba consultas y medicamentos, y la afiliación a estos sistemas tenía una duración de tres años. “Mediante esta afiliación, las familias beneficiarias recibían el acceso a un conjunto de beneficios de atención médica comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que contemplaba 284 intervenciones médicas hasta 2019, agrupadas en cinco conglomerados: prevención y promoción en salud, medicina general y de especialidad, urgencias, cirugía general y obstetricia” (CONEVAL, 2019). Sin embargo, este catálogo no atendía todas las enfermedades. En total, hasta el año 2019 se incluían 294 intervenciones, dentro de las que se podían incluir Medicina preventiva, cirugía general, ginecología, medicina general y de especialidad, neurodesarrollo, odontología, planificación familiar, traumatología y ortopedia, urgencias médicas, nutrición (CNPSS, 2019).

(CAUSES), cuya meta comprometida para el 2012 es alcanzar una cobertura de servicios para el total de la población del país” (Fuente: SS, CASES 2008 - [salud.gob.mx](https://www.salud.gob.mx)<https://www.salud.gob.mx> PDF CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2008)

Como se mencionó anteriormente, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, buscaba atender a la población que, aun sin contar con seguridad social, enfrentaba enfermedades de alto costo cuya atención médica sería un ²costo excesivo e insostenible y que, por lo tanto, representaría un gasto mayor para los usuarios. Se trataba de personas con enfermedades, como su nombre lo indica, “catastróficas”, pues principalmente para la población más empobrecida era un desafío poder pagar los medicamentos y el gasto de bolsillo que esto implicaba. “El FPGC, al estar enfocado en el financiamiento de enfermedades cuya atención representa un alto costo, constituye un instrumento apropiado para prevenir la ruina financiera que el quebrantamiento de la salud provoca en la mayoría de los hogares, principalmente en los más pobres” (Aracena et al., 2011).

Aunque ambos catálogos abarcaban un gran número de enfermedades, entre los dos dejaban fuera una cifra considerable de padecimientos que la población no podía cubrir por sí misma, lo cual resultaba aún más grave para las personas más empobrecidas del país. Por ejemplo, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, dentro de su propio listado de enfermedades, no incluía el cáncer de mama, siendo que, según datos del INEGI, “en 2023 hubo 8,034 muertes por cáncer de mama en la población de 20 años y más, de las cuales 99.5 % ocurrió en mujeres” (INEGI, 2024). Esto significa que para la población más necesitada aún era necesario hacer una revisión de cuáles eran las principales necesidades médicas que no cubrían ninguno de estos servicios. Lo anterior, pese a que el Seguro Popular tenía una aspiración “universalista” lo cual era difícil de lograr, al limitar la atención a la salud a una lista de padecimientos.

El Seguro Popular se puso en marcha en el año 2004, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud federal y, como ya se había mencionado anteriormente, utilizaba la infraestructura de los servicios de salud estatales ya existente. Por lo tanto, uno de los principales lugares que se usaban para brindar atención médica eran los centros de salud. “El impacto del SP sobre los centros de salud ha sido notable porque se convirtieron en puntos clave para la promoción-afiliación al seguro y la contratación de personal bajo condiciones excepcionales de trabajo” (Saavedra et al., 2014). El modelo de financiamiento que se presentaba en el SP, era de aportaciones tripartitas, tal como se cita en el siguiente texto:

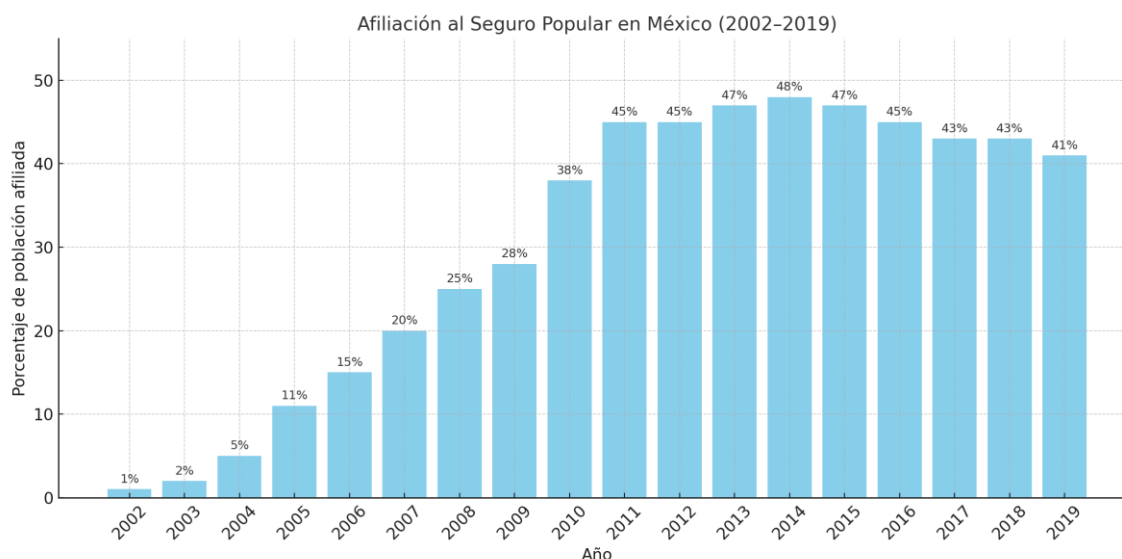
“El Gobierno Federal realizaba una aportación anual, por persona afiliada al SPSS, la cual se integraba de los siguientes conceptos: 1) Una Cuota Social (CS), equivalente a 3.92% de un Salario Mínimo general vigente diario del 2009, para la Ciudad de México, que se actualiza anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para el ejercicio 2018, el monto de esta aportación era de 1,111.83 pesos, y 2) Una Aportación Solidaria Federal (ASF), equivalente a un monto que debe representar al menos una y media veces el importe de la Cuota Social. El promedio nacional para 2018 ascendió a 1,667.74 pesos. Los gobiernos de las entidades federativas efectuaban una Aportación Solidaria Estatal (ASE), por persona afiliada, la cual debe ser, al menos, en un monto equivalente a la mitad de la Cuota Social. En 2018, el monto mínimo de este concepto era de 555.91 pesos por persona. La aportación gubernamental anual por afiliado en el 2018 ascendía en promedio a 3,335.48 pesos por persona” (CONEVAL, s/f).

Desde la creación del Seguro Popular, el número de afiliados que tuvo la oportunidad de participar en el programa fue en aumento. A continuación, se muestra una gráfica de afiliación del periodo 2002 al 2009.

El gráfico siguiente muestra el porcentaje de población afiliada al Seguro Popular en México entre los años 2002 y 2019, con respecto a la población derechohabiente total.

Afiliación al Seguro Popular (2002–2019)

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia con datos del CONEVAL, 2019.

Como podemos observar, el programa tuvo un fuerte nivel de aceptación, afiliando a prácticamente el total de la población sin seguridad social asociada a un empleo formal; sin embargo, en sus primeros años de funcionamiento no contó con un gran número de personas afiliadas, pues del 2002 al 2006 solamente aumentó un 15 %. No obstante, el año que registró el mayor número de afiliados fue 2014, y posteriormente esta cifra fue decreciendo debido a la implementación de otros programas como el INSABI y, más adelante, el IMSS-Bienestar.

Las acciones que tomaba el Seguro Popular se veían limitadas debido a la baja capacidad de atención provocada por restricciones económicas y por el listado reducido de enfermedades cubiertas, denominado CAUSES, lo cual ocasionó que,

para 2006, se creara una nueva vertiente del SPSS: el Servicio Médico para una Nueva Generación (SMNG), cuyo objetivo general se orientaba a reducir la carga de enfermedades y discapacidades en las personas recién nacidas, contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida, mejorar la salud de las familias de menores ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal” (Auditoría Superior de la Federación, 2010, pp. 4).

Según las reglas de operación del programa, el presupuesto asignado al Seguro Popular dentro del gasto público total en salud en México ha variado dependiendo de los periodos de funcionamiento. Durante el periodo 2005–2009 se reportó una tasa de crecimiento del 4.5%, y el gasto promedio de este periodo representó el 2.6 % del PIB del país. En contraste, en otros países el porcentaje destinado al gasto en salud es del 6.0 %, lo que representa una diferencia mayor al 3 % respecto a lo que se invierte en México.

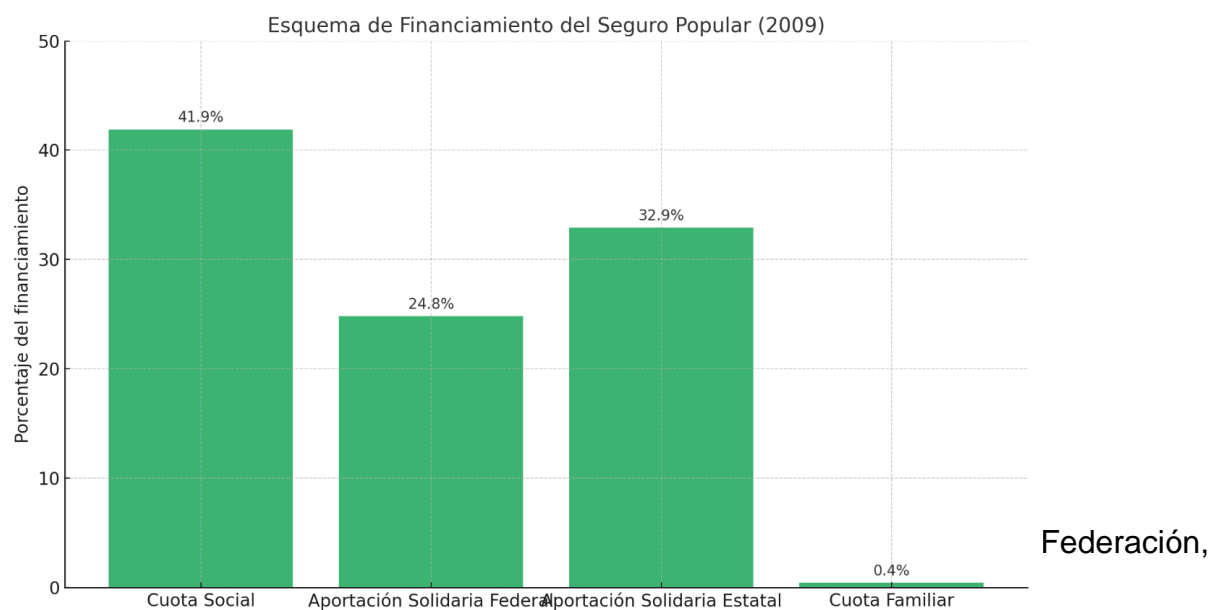
En 2005, el Seguro Popular representó el 23.7 % del gasto público total en salud, y para el año 2009 este porcentaje aumentó al 48.2 % del presupuesto total en salud. Por su parte, la Secretaría de Salud recibió en promedio el 19.1 % de los recursos. Durante el periodo de 2005 a 2009, el Seguro Popular mostró un aumento promedio en la asignación presupuestal del 44.0 % en términos reales, lo cual se relaciona con el incremento de la población afiliada durante ese periodo. En consecuencia, el crecimiento promedio de familias afiliadas al programa fue del 31.1 %.

Para el año 2009, el presupuesto asignado al Seguro Popular aumentó a 33,768,000.0 millones de pesos. Sin embargo, a pesar de que este incremento fue considerado significativo, la asignación real de dichos recursos se vio modificada, ya que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público redujo el presupuesto. Según la información proporcionada por la Cuenta de la Hacienda pública federal del año

2009 el presupuesto real que se le ejerció al programa fue de 31,275,303.2 miles de pesos (Auditoría Superior de la Federación, 2010, pp.7). El financiamiento tripartita que se le asignó al Seguro Popular en el año 2009, se representa en el siguiente gráfico:

Gráfico que representa el porcentaje de presupuesto asignado al SP en 2009.

Gráfico 2



El gráfico anterior representa la distribución porcentual del esquema tripartito de financiamiento del Seguro Popular en el año 2009. Se observa que la mayor parte del financiamiento provino de la Cuota Social, seguida por las ³Aportaciones

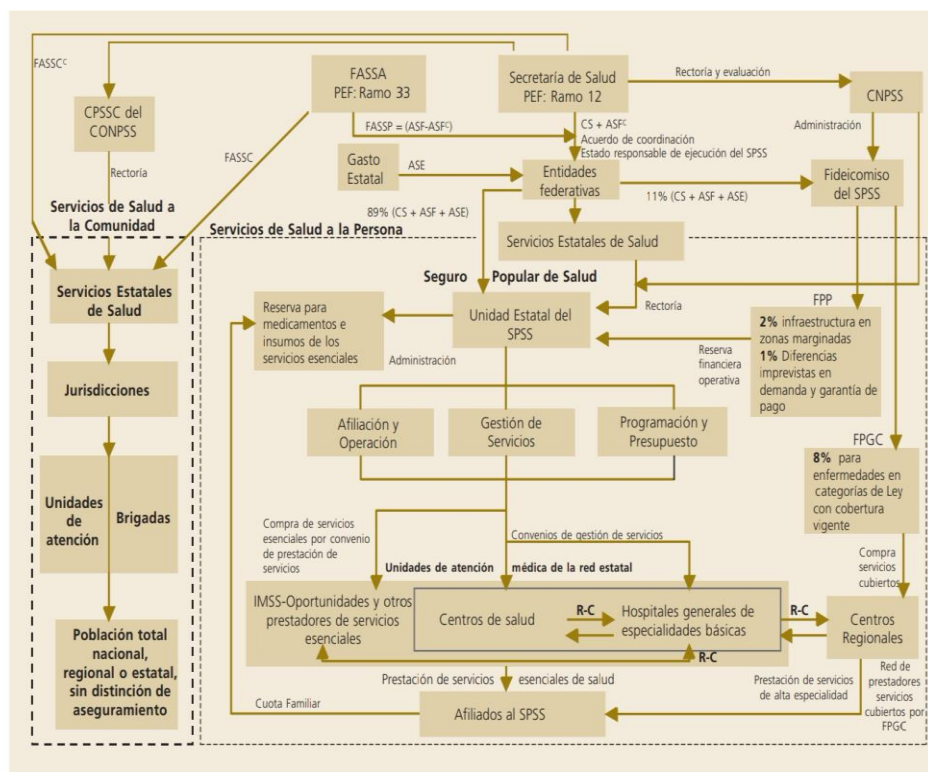
³ “El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente al quince por ciento de un salario mínimo general vigente

Solidarias Estatal y Federal, mientras que la Cuota Familiar representó una mínima parte del total.

Imagen que representa el modelo operativo y financiero del Sistema de Protección Social en Salud, brazo operativo del SP.

Figura 2.5

Modelo financiero-operativo del Sistema de Protección Social en Salud



Nota: consúltense el significado de las siglas en el apartado de acrónimos.

diario para el Distrito Federal ... Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de los estados efectuarán aportaciones solidarias [...] La aportación estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social ... y la aportación solidaria por parte del Gobierno Federal ... deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social" (LGS, 2023).

3.2 Creación del INSABI (2020-2023)

Dadas algunas críticas respecto al funcionamiento y resultados esperados del Seguro Popular, la administración que inició en 2018 y que significó un nuevo partido en el poder, concluyó que, debido a la insuficiente infraestructura para atender a toda la población sin seguridad social, así como a la falta de transparencia en el uso de los recursos destinados a las entidades federativas, el programa debía desaparecer. En su lugar, se propuso la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), con el objetivo de garantizar el acceso universal y gratuito a servicios de salud, medicamentos y atención médica, con un enfoque más centralizado.

Por ello, se determinó que las responsabilidades del Seguro Popular serían transferidas al nuevo Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Esto se llevó a cabo mediante la publicación de un decreto oficial el 29 de noviembre de 2019 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), donde se establecía que todos los recursos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud —la cual operaba el Seguro Popular— serían transferidos al INSABI. tal como se menciona textualmente a continuación, citando el decreto de transferencia del 29 de noviembre de 2019:

Los recursos humanos, financieros y materiales con que cuente la Comisión Nacional de Protección Social en Salud serán transferidos al Instituto de Salud para el Bienestar, en términos de las disposiciones aplicables. El titular de la Unidad de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud será responsable del proceso de transferencia de los recursos a que se refiere este transitorio, por lo que proveerá y acordará lo necesario para tal efecto, sin perjuicio de

las atribuciones que corresponden a otras dependencias de la Administración Pública Federal (Gobierno de México, 2019).

De esta forma, se brindaría atención médica, medicamentos, personal y demás recursos a la población abierta (aquella sin seguridad social) que anteriormente pertenecía al Seguro Popular. El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) establece como sus objetivos fundamentales el garantizar la atención médica y los medicamentos gratuitos a la población que no cuenta con seguridad social procurando fortalecer el derecho a la protección de la salud. A continuación, se detallan los objetivos específicos y las metas clave del INSABI establecidas en el Programa Institucional 2020-2024, delineando así el compromiso de la institución con la mejora continua del sistema de salud en México.

Con estas metas, el INSABI busca transformar y mejorar el sistema de salud en México, haciendo énfasis en la universalidad, la igualdad y la calidad en la atención médica; además de Proveer servicios médicos sin costo a la población que no cuenta con seguridad social, eliminando barreras económicas y geográficas, así como Incrementar el acceso a servicios de salud para alcanzar a más personas en todo el país, especialmente en áreas rurales y marginadas (INSABI, 2020).

Cuadro que representa las metas y objetivos del INSABI

Gráfico 2

Estas metas y objetivos están en línea con los compromisos del INSABI de mejorar la atención sanitaria para los mexicanos sin seguridad social. Las fuentes referenciadas ofrecen detalles y planes estratégicos específicos del organismo.

Tabla 1. Objetivos y Metas del INSABI

Objetivo	Descripción	Meta
Garantizar el acceso a servicios de salud gratuitos	Proveer servicios médicos sin costo a la población que no cuenta con seguridad social, eliminando barreras económicas y geográficas.	Ampliar la cobertura y la atención mediante el incremento del personal médico y de enfermería por mil habitantes sin seguridad social.
Ampliación de la cobertura de salud	Incrementar el acceso a servicios de salud para alcanzar a más personas en todo el país, especialmente en áreas rurales y marginadas.	Ampliar la cobertura y la atención mediante el incremento del personal médico y de enfermería por mil habitantes sin seguridad social.
Provisión de medicamentos y tratamientos	Asegurar el suministro continuo y gratuito de medicamentos esenciales y tratamientos para todos los beneficiarios del INSABI.	Reducir los gastos en salud para los hogares del primer quintil de ingreso.
Mejora en la calidad de los servicios médicos	Implementar estándares de calidad en la atención médica, capacitación de personal y mejora de infraestructuras sanitarias.	Terminar obras inconclusas en los servicios de salud estatales y en el mantenimiento y conservación de los Centros de Salud existentes.
Reducción de la fragmentación del sistema de salud	Unificar y coordinar esfuerzos de distintas entidades de salud para crear un sistema más integrado y eficiente.	Implementar el Modelo de Salud y Bienestar (SABI), que promueve una atención integral y centrada en el paciente.
Gestión eficiente de recursos	Optimizar el uso del presupuesto y recursos disponibles para maximizar el impacto en la salud de la población, evitando el desabasto y garantizando la sustentabilidad.	Mejorar el porcentaje de surtimiento completo de recetas y aumentar la infraestructura de salud.

Fuente: Elaboración propia con base en: Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Programa Institucional 2020-2024.

Fuente:Inoue, Perez & Carpio (2024), pp.113-130.

De acuerdo con información oficial, hasta 2020 el INSABI cubría 66 intervenciones de tercer nivel: 42 en menores de 18 años y 21 en personas mayores de 18 y menores de 65 años (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2023, pp. 6). “La creación del INSABI resultó en la eliminación de tres programas presupuestarios

y el inicio del programa Medicamentos Gratuitos; por ello, los programas relacionados con el instituto son: FASSA, Medicamentos Gratuitos y una parte del programa Atención a la Salud” (CIEP, 2021).

El presupuesto asignado al INSABI, de acuerdo con datos oficiales, fue mayor al que se destinó al Seguro Popular durante sus años de operación, lo que representó una mayor inversión en el gasto de este nuevo programa:

En 2020, el monto ejercido por el INSABI fue de 218 mil 614 millones de pesos, 28 mil 421 millones más que el presupuesto aprobado, y representó un aumento del 15.3 % respecto a lo ejercido en 2019 por el SP. En ese año, el INSABI destinó el 21.9 % de su gasto a aportaciones y fideicomisos públicos; esto es, 47 mil 933 millones de pesos. En 2021, el presupuesto para el INSABI fue 4.5 % mayor, en términos reales, que el monto ejercido en 2019 por el SP; esto representó 8 mil 647 millones de pesos más, para atender a una población potencial 14.4 millones de personas más. Lo anterior tuvo como consecuencia la contracción del gasto per cápita, que pasó de \$3,656 en 2019 a \$2,911 en 2021 (Senyasen y Llanos, 2021).

El presupuesto del INSABI, desde su creación hasta 2021, ha tenido una variación considerable en comparación con el Seguro Popular:

El presupuesto para la población sin seguridad social pasó de representar el 31.8 % del gasto total en salud en 2017, al 28.6 % en 2021 con el INSABI, la menor proporción desde 2016. Además, en 2021, el presupuesto del INSABI fue 5.6 % menor al ejercido por el SP en 2017, cuando éste cubría a 53.5 millones de mexicanos. En tanto, la población objetivo del INSABI en 2021 fue de 68.1 millones de personas (Senyasen y Llanos, 2021).

Es interesante observar cómo este programa, a pesar de haber sustituido al Seguro Popular, en tan poco tiempo presentó reducciones significativas en su presupuesto, lo cual limitó claramente su capacidad de ofrecer servicios médicos a la población sin seguridad social.

La pandemia por COVID-19 tuvo un papel muy importante dentro de la transición de estos sistemas de salud, pues consecuentemente luego de la desaparición del Seguro Popular muchas personas que dependían de estos servicios, sufrieron un rezago médico tras no tener acceso a los servicios médicos gratuitos.

3.3 Creación del IMSS-Bienestar (2022 - actual)

Debido a estas disparidades en la implementación del INSABI, el gobierno decidió crear otra institución denominada IMSS-Bienestar, la cual asumiría las responsabilidades que antes tenía el INSABI y trataría de fortalecer el sistema de salud mexicano, con un enfoque en la universalización del derecho a la salud. Buscando crear un modelo de atención universal, que a su vez trabajaba de forma centralizada en cuestión de repartición de recursos y modelo administrativo.

Luego de la creación de ese órgano, IMSS-Bienestar, el pasado 25 de abril, el Pleno de la Cámara de Diputados aprobó el Proyecto de Decreto en el que desaparece el INSABI, y lo envió al Senado de la República para su discusión, aprobación y efectos constitucionales. Así, el día 29 de mayo de 2023 se publicó en el DOF el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud para regular el Sistema de Salud para el Bienestar; el cual entró en vigor al día siguiente (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2023, pp. 7).

Tal como se menciona en el decreto al que se reforman, adicionan y derogan las funciones que antes sustentaban al INSABI y que pasan a ser transferidas al IMSS-Bienestar, el cual dice textualmente: “La Secretaría de Salud, tiene 180 días naturales para transferir los recursos humanos, presupuestarios y materiales así como los inmuebles, derechos y obligaciones del Insabi al IMSS- Bienestar” (DOF, 2023).

El programa IMSS-Bienestar, anteriormente ya existía y fungía como un sistema incorporado al IMSS, “El programa IMSS-Bienestar fue creado en 1979 como un programa dentro del IMSS, destinado a atender a la población rural sin seguridad social. Este programa, desde su inicio y hasta la actualidad, es administrado por lo que coloquialmente se conoce como IMSS ordinario, a través de la unidad del programa IMSS-Bienestar” (Lira Romero, 2025, pp.205).

Este nuevo programa, que inicia un nuevo periodo de funcionamiento, hereda los desafíos del Seguro Popular y del INSABI. Representa un reto para el actual gobierno, que busca mejorar el sistema de salud y ampliar su cobertura, tomando en cuenta las dificultades que enfrentaron los dos programas anteriores. Este nuevo sistema se ha convertido en una de las principales metas del gobierno actual. El IMSS-Bienestar toma conceptos teóricos como la APS, denominada Atención Primaria en Salud, basando de esta forma la manera en la cual se pretende atender a los pacientes.

A diferencia del Seguro Popular, el nuevo sistema del IMSS-Bienestar pretende universalizar los servicios de salud, quitando las aportaciones financieras por parte de los beneficiarios. Así como también, se desapareció el catálogo de intervenciones médicas el cual limitaba el nivel de aprovechamiento médico para los beneficiarios, “En este nuevo modelo se plantea que todas las personas tienen

derecho a la atención pública que incluya servicios gratuitos de atención primaria, especializada, hospitalaria, mental, preventiva y de largo plazo. Es decir, en el nuevo modelo se atienden todas las enfermedades” (Robledo Zoe, 2024).

Según el Estatuto Orgánico de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social Para el Bienestar, las principales funciones del IMSS-Bienestar es que la institución debe operar bajo un sistema de atención enfocado en la prevención, es decir que se centran en el primer y segundo nivel de atención. El artículo 4 del Estatuto Orgánico establece que su objeto es “prestar servicios de salud a las personas sin seguridad social, con criterios de universalidad, igualdad e inclusión” (IMSS-Bienestar, 2025).

Las principales funciones del IMSS-Bienestar, según el artículo 6 del Estatuto de Servicios de Salud, son, entre las más importantes: prestar servicios preventivos, curativos y de rehabilitación para la población sin seguridad social, así como también llevar a cabo la labor de coordinar y operar redes de servicios de salud, lo cual implica generar medidas de colaboración con otros estados para mejorar la prestación de los servicios. De igual forma, está encargado de supervisar y evaluar el cumplimiento de sus objetivos de atención médica, los cuales están planteados dentro del Estatuto Orgánico de Servicios de Salud de esta institución. Asimismo, se deberá diseñar e implementar modelos de atención y gestión sanitaria en donde se apliquen conceptos esenciales como la igualdad de género, la equidad y otras cuestiones que tengan que ver con el acceso a los servicios de salud (IMSS-Bienestar, 2025).

A continuación, se presenta una gráfica que representa el gasto asignado a los tres programas Seguro Popular, INSABI e IMSS-Bienestar durante el periodo 2018–2023:

Gasto en Salud por programa 2018-2023 (millones de pesos)

Cuadro 2

Programa / Año	2018	2019	2020	2021	2022	2023
IMSS- Bienestar*	11,893.5	11,893.5	13,185.7	13,607.6	20,184.0	20,628.2
INSABI	N/A	N/A	106,124.7	113,000.5	114,513.4	107,216.5
Seguro Popular	68,148.4	72,198.2	N/A	N/A	N/A	N/A

*Nota: para los años 2018 y 2019 corresponde al programa IMSS-Prospera

Fuente: Elaboración propia con datos del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2023.

En este sentido encontramos a la población que hace uso de los servicios privados de salud, es un sector muy reducido en donde solo una pequeña parte de la población puede acceder, únicamente aquellos que pueden pagarlos, “cabe destacar que tanto las personas con seguridad social, como los pobres del campo, y la ciudad que, regularmente hacen uso de los servicios de la SSa los SESA e IMSS-O, utilizan también los servicios de salud del sector privado, en particular, los servicios ambulatorios” (Gómez Dantes, et.al, 2010). Esto nos quiere decir que los servicios médicos ambulatorios y las clínicas privadas son las que tienden a usar también las personas que no cuentan con seguridad social, lo que recae en un gasto de bolsillo.

Desde la creación de los sistemas de salud en México, el presupuesto que se les ha asignado ha tenido múltiples variaciones, demostrando que hace falta un aumento considerable para que las funciones de estos sistemas funcionen adecuadamente, a continuación, se presenta una tabla en donde se identifican

cuáles han sido las variaciones del presupuesto asignado a los sistemas de salud en nuestro País, en el periodo 2000-2008.

Capítulo 4. Análisis de los cambios en el diseño institucional y administrativo de los programas de atención a la salud de la población abierta en México: Seguro Popular - INSABI - IMSS Bienestar

El diseño institucional del sistema de salud en México ha atravesado muchas transformaciones a lo largo de su funcionamiento, principalmente en cuanto a la prestación de servicios de salud para la población abierta, es decir, la población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social. Desde la creación del Seguro Popular en el 2003, posteriormente su transformación al INSABI en el 2020, hasta llegar a la creación del IMSS-Bienestar en el 2022, se ha buscado implementar un sistema de salud unificado en el que se pretende universalizar los servicios de salud. Es por eso que el diseño institucional, a su vez, cuenta con múltiples dimensiones que permiten ampliar el funcionamiento de las instituciones de salud, como lo son el financiamiento, la estructura organizativa, los mecanismos de afiliación, los niveles de integración de los servicios y la participación social.

A continuación, realizaremos un análisis comparativo entre los tres programas, de acuerdo con las variables del diseño institucional identificadas en el marco teórico, principalmente gobernanza, estructura administrativa, recursos e infraestructura, población beneficiaria y procesos administrativos. La información se obtuvo de un análisis de gabinete profundo proveniente de distintas fuentes, desde los documentos programáticos de cada programa, estadísticas oficiales de la cuenta pública, de la Secretaría de Salud, instituciones internacionales como la OMS, la OPS, y algunas nacionales que presentan datos esenciales para la investigación como el CONEVAL, el INEGI, la Auditoría Superior de la Federación, entre otras. Por otro lado, para darle un punto de contraste que nos permitiera triangular la información obtenida de los documentos normativos y programáticos mencionados, realizamos una entrevista semiestructurada a una persona que ha ocupado puestos de alto nivel en los tres programas, por lo que resulta un informante clave que, de primera mano y desde una visión personal de los cambios administrativos, nos genera una perspectiva crítica e institucional. De igual manera, presentamos un breve análisis interpretativo y comparativo de una serie de encuestas realizadas a usuarios de los tres programas para tener una perspectiva más con respecto al funcionamiento de los programas desde el punto de vista de los usuarios.

4.1 Gobernanza en salud

La Gobernanza es un proceso que conlleva un gran esfuerzo de parte de las organizaciones y todos los actores involucrados para tener un sistema bien fortalecido, en nuestro capítulo 2 planteamos la importancia del concepto de gobernanza dentro del sistema de salud, pues, la gobernanza en salud se define por la OMS como el proceso de toma de decisiones y la implementación de políticas de salud, involucrando a diversos actores y asegurando transparencia, responsabilidad y participación (Organización Mundial de la Salud, 2018).

“La OPS enfatiza la importancia de la gobernanza para mejorar la eficiencia y la equidad en los sistemas de salud” (Secretaría de Salud, 2024). Es decir que, es un proceso que conlleva un extenso planeamiento administrativo y de toma de decisiones, así como también, dentro de esta variable, podemos encontrar la existencia de coordinación con otras instituciones, la cual se refiere a un proceso importante para el fortalecimiento del sistema de salud. Tal como lo mencionamos en nuestro capítulo 2, citando a la Secretaría de salud, el concepto de gobernanza es clave para mejorar la eficiencia y la calidad en los sistemas de salud (Secretaría de Salud, 2024).

4.1.1. Gobernanza: coordinación interinstitucional en el Seguro Popular

El modelo de coordinación interinstitucional durante la administración del SP, dadas las fuentes bibliográficas consultadas, funcionaba mediante un enlace de coordinación entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, de igual manera existía coordinación con instituciones privadas que brindaban la atención mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. A raíz del análisis de la información obtenida pudimos recopilar que nuestro entrevistado tenía una postura similar con respecto a los hallazgos bibliográficos, pues mencionaba que el sistema tenía una característica esencial que le permitía funcionar de forma descentralizada, sin embargo los Estados eran los encargados de tomar sus propias decisiones en cuestión de distribución de recursos, personal, etc. Así como también lo menciona el entrevistado, existía coordinación con instituciones privadas, las cuales cubrían un recurso extra que era el Seguro de Gastos Médicos Mayores y entraba el denominado “Seguro médico siglo XXI” que cubría a menores de 5 años, en ese sentido podemos decir que, si existía una fuerte coordinación interinstitucional que mejoraba el funcionamiento del programa, en términos de diseño institucional, esto se vincula con lo expuesto por Huerta (2000), quien sostiene que “el diseño

institucional establece cómo operan y se interpretan las instituciones, ya que determina cómo éstas se interrelacionan para producir un significado o efecto específico”.

Sin embargo su coordinación interinstitucional era limitada por problemas presupuestales y falta de capacidad administrativa en materia de financiamiento en algunas áreas (como el CAUSES, que no se incorporó a fideicomiso, lo que permitió usos indebidos de recursos por algunos estados).

4.1.2 Gobernanza: coordinación interinstitucional en el INSABI

Con la creación del INSABI, no se logró establecer un sistema de salud rígido y funcional, tal como lo menciona nuestro entrevistado, “a mi forma de ver nunca se consolidó”. En nuestro capítulo 2, esto se traduce como el colapso del diseño institucional, pues la coordinación en salud requiere de “actitud positiva hacia ella, o mecanismos coordinadores eficaces, si realmente desean alcanzar sus objetivos” (Sáenz y Cantuarias, 1977, pp. 3). El INSABI presentó la falta tanto de esa actitud como de los mecanismos necesarios para la incorporación de este instrumento.

Nuestro entrevistado enfatiza que el sistema no logró establecer un modelo de gobernanza funcional, es decir, que no se pudo tener una buena coordinación con otras instituciones tanto privadas como gubernamentales, ya que no se establecieron buenos canales de coordinación con Estados ni con otras instituciones federales; en sus palabras, el “INSABI no logró estabilizar nada, prácticamente ahí no tuvimos un modelo de salud”. También menciona que la desarticulación institucional generó un atraso en las capacidades de coordinación pues no hubo continuidad en los mecanismos de auditoría que anteriormente en el Seguro Popular se usaban en el Fondo de protección contra gastos Catastróficos,

ni hubo algún esquema de seguimiento institucional y por lo tanto no se establecieron buenos canales de rendición de cuentas ni monitoreo de resultados para analizar si el programa estaba teniendo un buen funcionamiento o no.

4.1.3 Gobernanza: coordinación interinstitucional en el IMSS-BIENESTAR

El IMSS bienestar está en proceso de consolidación como un órgano operativo nacional y único, es decir, que plantea universalizar la atención para la salud de la población sin seguridad social. Como se ha mencionado, su sistema está centralizado operativamente bajo la autoridad del IMSS, lo que representa que el papel de los estados se ve considerablemente reducido en comparación cómo funcionaba el Seguro Popular y el INSABI.

Actualmente se están generando nuevas formas de coordinación territorial mediante coordinaciones estatales del IMSS Bienestar las cuales funcionan como enlaces entre la Federación y los estados, es decir, que atienden en unidades médicas locales, pero son subordinadas a la Federación. Este modelo está en crecimiento, por lo tanto, enfrenta desafíos en términos de relaciones interinstitucionales. Esto responde al concepto de centralización el cual mencionamos en nuestro capítulo 2, el cual se define según lo que dice Saavedra Rodríguez que es: “una manera de estructurar a los órganos que integran la función pública, de manera jerarquizada, en la que se depositan en el órgano superior central los poderes jurídicos, económicos y políticos” (Saavedra Rodríguez, 2014, p. 151).

Según nuestro entrevistado, este modelo funciona mediante cinco grandes coordinaciones, en donde se destacan principalmente la atención comunitaria y los comités de salud locales (COSABI), en los que la ciudadanía participa activamente, y se cuenta también con la participación de la Secretaría de Bienestar y otras instituciones públicas, esto se vincula con el enfoque de “Salud en todas las políticas” el cual también mencionamos dentro de nuestro apartado teórico del capítulo 2 de esta investigación, definido como “un enfoque para la formulación de políticas que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores” (OPS, s/f). Sin embargo, el entrevistado reconoce que la coordinación interinstitucional sigue en proceso de consolidación y que la carga operativa recae totalmente en el nivel federal, sin embargo, menciona también que esto puede tener sus pros y sus contras pues el centralizar la gobernanza puede mejorar el control de los recursos, de igual manera se debe poner atención en mejorar la respuesta en los tiempos de espera y en integrar algunas otras instituciones que fortalezcan esta coordinación, cuestiones de las que se hablará más adelante.

Cuadro 1. Gobernanza. Coordinación interinstitucional de los distintos programas.					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B
Gobernanza	Coordinación interinstitucional	Establecimiento de relaciones con otras instituciones públicas o privadas para la toma de decisiones, o para la atención médica.	Coordinación con los SESA, a partir de la CNPSS, la Secretaría de Salud e instituciones privadas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.	Relaciones únicamente públicas pues muchos estados no firmaron el convenio de participación.	Coordinación estatal y federal, sin coordinación con instituciones privadas.

4.2 Gobernanza: Coordinación intergubernamental

Dentro del modelo de relaciones intergubernamentales encontramos que tienden a estar presentes mediante una coordinación con instituciones meramente del sector público, las cuales permitirán su funcionamiento, también definidas como: “Las relaciones intergubernamentales (RIG), se definen como los vínculos de coordinación, cooperación, apoyo mutuo e intercambio de acciones que se dan entre dos o más instancias de gobierno” (Pontifes Martínez, 2002, pp.43). Desde nuestra teoría administrativa, se entiende que “la estructura administrativa de un sistema de salud se refiere a la forma en que se organiza, coordina y gestiona el conjunto de instituciones encargadas de implementar la política sanitaria” (Arellano Gault, 2013). Esto explica cuales son los principales canales de coordinación intergubernamental y sus principales funciones.

4.2.1. Coordinación intergubernamental en el Seguro Popular

Dentro del proceso de toma de decisiones del sistema de salud, en la administración del Seguro Popular, existía una fuerte coordinación intergubernamental debido a la necesidad de establecer enlaces entre instituciones públicas y privadas para brindar atención médica a los usuarios, sus relaciones principales eran entre la Secretaría de Salud, la CNPSS, los SESA y algunas instituciones privadas. Los estados firman convenios de participación y esto también era representado como una forma de coordinación intergubernamental, este concepto estaba sustentado jurídicamente por la Ley General de Salud, que establece la participación y coordinación entre los actores de gobierno: “Distribuye competencias y establece los casos de

conurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general” (DOF, 1984).

El entrevistado menciona que durante la administración del SP si se llevaba a cabo un proceso de relaciones intergubernamentales pues existía un intercambio interestatal, es decir que la atención médica funcionaba coordinadamente entre los distintos Estados de la república, “por ejemplo, si yo atendía a alguien del estado de México o de Hidalgo; el Estado de México me pagaba por atenderlo, esto se llamaba intercambio interestatal también existía una plataforma donde se subían los casos y se validaban, había otra plataforma que revisaba a los hospitales de alta especialidad como los institutos y entonces todo lo que se mandaba a los institutos por parte de otros estados se les pagaba a estos mismos como el instituto de cancerología, nutrición y eso estaba dentro del capita que se llevaba en los 80 mil millones de pesos que se le designaban al SP, estas eran las 3 plataformas” (Entrevistado 1). Sin embargo, el hecho de que el programa funcionara o no dependía del uso correcto de los recursos a nivel estatal, lo que no siempre se garantizó: “Los estados desviaban recursos para otras cosas que no eran salud” (Entrevistado1). Esta afirmación coincide con lo que se obtuvo en la literatura sobre lo que provoca una descentralización mal implementada, donde se delegan funciones sin asegurar capacidades ni mecanismos de control (Rondinelli, 1981).

Es por eso que el sistema funcionaba en coordinación con otras instituciones gubernamentales, de esta manera es como se daban las características de funcionamiento descentralizado, es decir que las decisiones no solo se concentraban en un solo lugar, sino que se repartía un poco de autonomía a cada estado de la república.

4.2.2 Coordinación intergubernamental en el INSABI

Este sistema pretendía reducir la participación del Estado y transitar a un modelo centralizado, posteriormente surge la principal ruptura de los mecanismos de coordinación intergubernamental, es decir, todas las instituciones que formaban parte del Seguro Popular pasaron a formar parte del nuevo modelo centralizado en la Federación. Este nuevo modelo no tenía instrumentos para establecer acuerdos entre gobiernos estatales, puesto que algunos estados no se incorporaron a la nueva coordinación, lo cual dio lugar a una fragmentación institucional así como también una falla en el diseño organizacional, el cual dentro de nuestro marco teórico presentamos con la definición de Huerta, “El diseño institucional establece cómo operan y se interpretan las instituciones, implica como primer paso la elección de instituciones que se encuentran correlacionadas por su objeto” (Huerta, 2000).

El entrevistado señaló que no se logró generar una buena coordinación efectiva con los gobiernos estatales ya que se dirigió hacia el camino de intentar centralizar la compra de insumos y medicamentos, esto provocó que no existiera un modelo operativo claro tras la desaparición del SP y en palabras del entrevistado, el “INSABI no logró estabilizar nada, prácticamente ahí no tuvimos un modelo de salud ”.

4.2.3 Coordinación intergubernamental en el IMSS-BIENESTAR

Este modelo funciona mediante una reconfiguración de los antiguos modelos de atención, pues la federación se encarga del control operativo y financiero, y los servicios de atención médica son transferidos al IMSS-Bienestar, lo que significa que los estados ya no tienen autonomía de gestión ni de atención en materia de salud para la población abierta. Según datos obtenidos de la entrevista, la federación no transfiere presupuesto directamente a los estados, sino que entrega

bienes en especie: “la federación dice, te voy a dar los medicamentos, el equipo radiológico, y el instrumental” (Entrevistado 1). Desde este punto se puede ver como la participación por parte de los Estados se ve reducida, así como también la ciudadana, a pesar de la reciente creación de los COSABIS para fomentar esta participación, el modelo aún está en crecimiento.

El entrevistado menciona que las funciones están centralizadas desde la federación, igualmente dice que hay cosas buenas y malas pues el pro de que esté centralizado es que los recursos están mejor controlados y el contra es que la respuesta que dan los Estados es más lenta. Es así como se relaciona con el concepto teórico de la desconcentración, el cual abordamos previamente en nuestro capítulo 2 con la definición de Saavedra que dice: “La desconcentración consiste en el traslado parcial de la competencia y el poder decisorio de un órgano superior a uno inferior, conservando la relación de jerarquía entre ambos” (Saavedra Rodríguez, 2014, p. 153). Una de las recomendaciones del entrevistado es que, como el modelo está en proceso de maduración, se puede buscar una forma de ser más eficiente en cuestiones de atención primaria en salud, buscando mayor participación interinstitucional e intergubernamental para mejorar la eficiencia del programa.

Cuadro 2. Gobernanza. Coordinación intergubernamental					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B

Gobernanza	Coordinación intergubernamental	Coordinación entre la federación y los Estados de la república para la toma de decisiones y para la dispersión de recursos.	Existencia de coordinación intergubernamental a través de convenios de coordinación	No había una buena coordinación intergubernamental pues no todos los estados firmaron el convenio de participación	Convenios de transferencias de servicios estatales de salud en donde básicamente se centralizan todos los procesos y mecanismos de toma de decisiones
------------	---------------------------------	---	---	--	---

4.3 Gobernanza: Mecanismo administrativo de toma de decisiones (centralización/descentralización)

El concepto de centralización y descentralización representa un modelo de toma de decisiones, al hablar de centralización nos referimos a la capacidad de toma de decisiones en las que el poder se concentra en una sola organización o grupo de personas “La concepción de un orden jurídico centralizado implica que todas sus

normas tengan la misma esfera espacial de validez, es decir, que sean válidas en todo el territorio sobre el cual se extienden" (Kelsen Hans, s/f, pp.119).

A diferencia de este modelo, el modelo de descentralización es aquel en el que la toma de decisiones llega a ser coordinada entre otras instituciones, Estados, etc. Es decir que, la capacidad de toma de decisiones ya no recaerá en una sola institución o individuo.

4.3.1. Mecanismo administrativo de toma de decisiones en el Seguro Popular

Durante el periodo del Seguro Popular (SP), la toma de decisiones se realizaba de manera descentralizada, modelo que también se aplicaba dentro de su sistema administrativo. La Secretaría de Salud era responsable de contratar al personal, administrar los recursos, adquirir medicamentos y gestionar la infraestructura. Sin embargo, cada estado contaba con un Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), el cual se encargaba de coordinar todo lo relacionado con los recursos asignados a su entidad. Estos organismos permitían que cada estado tomara decisiones de forma autónoma en función de sus necesidades y prioridades locales.

Nuestro entrevistado confirma que el Seguro Popular permitió el funcionamiento de una descentralización efectiva, pues se encargaba de asignar los recursos directamente a los estados y estos a su vez eran los responsables de brindar la atención médica, así como también poseían autonomía de gestión y administrativa. Subraya que el componente CAUSES manejaba alrededor de 80,000 mil millones de pesos que se distribuían a los Estados para atender individualmente a cada persona, sin embargo, menciona que al no incorporar el CAUSES a un fideicomiso encargado de controlar el presupuesto que se recibía, esto ocasionó que los estados desviaran los recursos para otros fines y que por lo tanto se fuera

debilitando el modelo del SP. De igual manera también contaba con elementos centralizados pues existía el Fondo de Gastos Catastróficos, el cual tenía reglas estrictas de operación y fue uno de los componentes más auditados y transparentes del programa según nuestro entrevistado.

4.3.2 Mecanismo administrativo de toma de decisiones en el INSABI

El INSABI fue creado como un modelo centralizado, y el que posterior a la desaparición del Seguro Popular no hubo una transición institucional clara, lo que dejó a los estados sin recursos ni lineamientos precisos que siguieran este cambio institucional. Aunque el modelo pretendía coordinarse con otros estados y otras instituciones cómo funcionaba anteriormente el Seguro Popular, este no logró consolidar mecanismos efectivos y concretos de algún modelo insrtitucional específico, por lo que la provisión de servicios quedó en un modelo centralizado pero con falta de organización administrativa; también aseguró que “los estados no recibieron los recursos necesarios y empezaron a perder la calidad de los servicios”. El entrevistado afirma que el INSABI nunca logró consolidarse como un modelo de salud bien establecido, aunque su concepción inicial era apoyar a los estados mediante compras centralizadas de medicamentos, contratación de personal, insumos, infraestructura, esto no se logró eficazmente y como resultado estos dejaron de recibir los recursos suficientes, lo que provocó la caída de calidad de los servicios de atención. También afirma que la desaparición de los fideicomisos y del modelo contra gastos catastróficos provocó que aumentara el gasto de bolsillo de un 33% hasta un 70 u 80%, afectando especialmente a la población sin seguridad social, en palabras del entrevistado, "INSABI no logró estabilizar nada prácticamente ahí no tuvimos un modelo de salud". Según cifras oficiales que comparan lo que dice el entrevistado “El gasto de bolsillo per cápita en salud aumentó en un 74 % entre 2022 y 2023, lo que representa un incremento de

aproximadamente 957 pesos por persona” (México Evalúa, 2023). El gasto de bolsillo como ya hemos mencionado anteriormente, es una consecuencia de la falta de suministros médicos en los sistemas de salud públicos, pues ocasiona que las personas recurran a la necesidad de comprar insumos, materiales, consultas, etc, en proveedores o vendedores externos a los servicios de salud gratuitos. Esto provoca que la población con más necesidad económica, tienda a realizar gastos mayores y de bolsillo, por el hecho de que no hay suficiente infraestructura en el sistema de salud mexicano.

4.3.3 Mecanismo administrativo de toma de decisiones del IMSS-BIENESTAR

En su comparación con la llegada del cambio administrativo del IMSS bienestar, esta institución se presenta como un modelo centralizado en donde la federación es la responsable de comprar medicamentos e insumos, equipamiento así como también de la gestión de infraestructura; a diferencia del Seguro Popular, los recursos ya no se transfieren en efectivo a los estados sino en especie (es decir en suministros de cualquier tipo) lo cual busca tener mayor control sobre el uso y de esta forma evitar desvíos de presupuesto. Nuestro entrevistado confirma que el IMSS-Bienestar adoptó un enfoque centralizado en donde los insumos, medicamentos y equipamiento los adquiere directamente la federación y ellos los reciben en forma de especie como lo mencionamos anteriormente, también comenta que este modelo tiene ventajas positivas como lo son tener una mejor vigilancia en el uso de los recursos y de esta forma existe menor posibilidad de que haya desviaciones por parte de los estados, afirmando que no se usan los recursos como deberían de, sin embargo esto también conlleva riesgos, como lo son: “Centralizar el sistema hace que las respuestas hacia las instituciones de los gobiernos del Estado no sean tan oportunas como esperaríamos” (Entrevistado 1).

Desde su perspectiva la entrega de recursos no financieros han vuelto más lento el proceso de respuesta a las necesidades de las personas, es decir que las instituciones y los estados tardan más tiempo en responder a la atención de los usuarios, también reconoce que el modelo está en una etapa de **conciliación**, no obstante, el modelo también incorpora el concepto de desconcentración técnica a través de la participación de las población y la creación de los COSABIS (Comités de Salud para el Bienestar), con los que se busca retomar una lógica territorial participativa. Esto coincide con la definición de desconcentración, al mantenerse los niveles jerárquicos dentro de la administración federal para trasladar parte de la ejecución a órganos operativos en los territorios, como se plantea en el marco teórico dentro de nuestro capítulo 2, “la desconcentración consiste en el traslado parcial de la competencia y el poder decisorio de un órgano superior a uno inferior, conservando la relación de jerarquía entre ambos” (Saavedra Rodríguez, 2014, p. 153).

“IMSS bienestar es un bebé” por lo que enfrenta muchos retos estructurales (Entrevistado 1).

Cuadro 3. Gobernanza. Centralización y descentralización					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B

Gobernanza	Mecanismo administrativo de toma de decisiones (centralización/descentralización).	Estructura de toma de decisiones centralizada/descentralizada.	Modelo descentralizado aunque sus recursos eran principalmente federales.	Era un modelo centralizado o, por lo tanto los estados tenían poca o nula participación en la toma de decisiones.	Modelo centralizado o pero los estados tienen poca participación dentro de los COSABI.
------------	--	--	---	---	--

4.4 Gobernanza: mecanismos de control interno y externo

Los mecanismos de control institucional dentro del funcionamiento del sistema de salud, son fundamentales para generar mecanismos de rendición de cuentas y transparencia, así como también para la creación de estándares de calidad y la protección de los derechos de sus trabajadores y la población derechohabiente. Esto se ve reflejado dentro de los mecanismos internos y externos que se crean dentro de las instituciones de salud, tal como lo planteamos con la definición de Arellano, Gault dentro del capítulo 1 del presente trabajo de investigación: “Los mecanismos de control y vigilancia en salud deben permitir la participación de la ciudadanía en la supervisión de los servicios, así como contar con canales

institucionales de retroalimentación, denuncia y transparencia” (Arellano Gault, 2013).

Esto se puede aplicar con medidas institucionales mediante herramientas al alcance de los usuarios , en cuanto a la creación de plataformas de quejas, de control interno y externo, así como también otras herramientas que permitan promover los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas

4.4.1 Mecanismos de control interno y externo en el Seguro Popular

Durante el funcionamiento del SP, si existían algunos mecanismos que promovieron el control interno y externo del sistema, plataformas como la Nacional para quejas y denuncias, la cual se vinculaba con la Comisión Nacional de Protección social en salud y con las Comisiones Estatales, además existían algunos otros mecanismos de control como lo eran su línea telefónica para quejas y ayuda a los usuarios, los módulos de afiliación, etc. El entrevistado confirma que los mecanismos de control dentro del Seguro Popular eran bastante buenos, pues también menciona que “sí había una plataforma. Había un número, había módulos donde podías levantar una queja, y sí se hacían investigaciones. Incluso llegaban a separar gente por corrupción o por maltrato”. Lo que refleja que el sistema operativo y administrativo del Seguro Popular era eficiente, aunque aun era necesario realizar algunas mejoras en cuanto la creación de plataformas digitales y otras herramientas al alcance de toda la población usuaria.

4.4.2 Mecanismos de control interno y externo en el INSABI

Según la plataforma web del INSABI, se pusieron a disposición de la ciudadanía algunos mecanismos para reportar negligencias y atender quejas, como el Centro de Atención Telefónica (CAT): Teléfono: 800 76 78 527, Correo electrónico:

atencionciudadanainsabi@insabi.gob.mx, sus redes sociales mediante Facebook: [INSABI_mx](#) y Twitter: [@INSABI_mx](#) (INSABI, 2021).

Sin embargo, esto contradice un punto que mencina nuestro entrevistado al respecto pues menciona que “No había una plataforma. Si tú querías poner una queja, no sabías dónde. Nadie te contestaba. En muchos lugares, ni siquiera sabían a quién reportar”. Como podemos observar, el entrevistado menciona que estas plataformas muchas veces no tenían respuesta clara hacía la ciudadanía, haciendo que sus mecanismos de control externo fueran nulos y poco eficientes.

4.4.3 Mecanismos de control interno y externo en el IMSS-BIENESTAR

El modelo del IMSS-Bienestar ha comenzado a establecer mecanismos de control interno para la recepción de quejas y ayuda a la población, dentro de la plataforma oficial del IMSS-B podemos encontrar algunos mecanismos por los cuales se puede presentar la queja, mediante Teléfono: 800 298 11 50, Whatssap 55-53-20-01-79 y al correo electrónico :siemprecontigo@imssbienestar.gob.mx. (IMSS-BIENESTAR, s/f). Nuestro entrevistado menciona que en efecto “Ahora hay algunos canales para presentar quejas, sobre todo en hospitales, pero no todos los usuarios saben que existen, y no hay una plataforma nacional visible como la del SP”. Para él una de las principales cuestiones que hacen que el sistema no funcione de manera adecuada, es la desinformación de la población usuaria, pues al no saber que tienen derecho de acceso a una plataforma de quejas, la desinformación hace que no se presente la inconformidad y por lo tanto no hay una manera de retroalimentar el funcionamiento del programa con base en las opiniones de la ciudadanía.

Cuadro 4. Gobernanza: Control interno y externo

Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B
Gobernanza	Control interno y externo	Existencia de plataforma para quejas y denuncias en funcionamiento.	Contaba con una Línea nacional de atención al usuario del SP, cada REPSS tenía su propio mecanismo local de quejas,	Portal del INSABI para quejas y sugerencias.	Utiliza el sistema de quejas y denuncias del IMSS (SIDECE), y cada unidad médica está obligada a contar con buzones, registro de quejas y acceso a la plataforma nacional del IMSS-B.

4.5 Modelo de atención en Salud y enfoque de política pública en salud

Dentro del modelo de política pública se define que: “Una política pública en salud implica un conjunto articulado de decisiones estratégicas y operativas, adoptadas por el Estado, orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las desigualdades mediante intervenciones institucionales sostenidas en el tiempo” (Gómez, Dantés et al., 2011, p. 13). Tal como se expuso en el capítulo 1, en el que se abordó el sistema de salud mexicano, el concepto de política se divide comúnmente en distintas categorías, entre ellas la política social y la política universal. Ambas forman parte del marco general de la política en salud, particularmente aquella que constituye el eje central de esta investigación: la orientada a brindar servicios de atención médica a la población abierta. Asimismo, Reyes-Morales et al. (2024, p. 631) destacan que: “El diseño e implementación de políticas públicas debe considerar las condiciones del sistema, los actores sociales, las capacidades operativas y los determinantes sociales de la salud”.

4.5.1 El enfoque de política pública en salud del Seguro Popular

El Seguro Popular representó una política pública innovadora en salud puesto que fue la primera en incorporar el modelo de la atención primaria en salud, el cual incorporó principios de protección financiera, cobertura universal y equidad e igualdad para la población abierta. También incluyó principios como el de reducir el gasto de bolsillo para las familias que no contaban con ningún tipo de aseguramiento social, ofrecer un catálogo explícito de servicios denominado

CAUSES y el modelo de gastos catastróficos para por último pretender avanzar hacia la universalización del acceso a los servicios de salud.

El entrevistado afirma que el SP funcionaba únicamente como un sistema de protección financiera en salud, lo que confirmamos con los hallazgos bibliográficos pues funcionaba mediante un enfoque de derecho universal, pero condicionado por una cobertura presupuestal o como el entrevistado lo llama: “Cápita individual para cubrir la atención médica”. Cumpliendo de esta manera el concepto de restricción presupuestal que mencionamos en nuestro trabajo de investigación, específicamente en el primer capítulo, “la política pública se implementa en función de la disponibilidad de recursos y la medición de resultados” (Arellano Gault, 2013). Lo que quiere decir que los recursos si son un limitante para cumplir una serie de objetivos propuestos en función de las metas que se busca cumplir.

4.5.2 El enfoque de política pública en salud del INSABI

Se presentó como una política pública en salud enfocada en pretender lograr la universalización de los servicios de salud, principalmente para la población abierta, sin embargo tuvo un sistema operativo muy poco capaz de afrontar los cambios tras desaparecer el SP, en donde su modelo de financiamiento se caracterizaba por ser centralizado, es decir que todos los recursos los concentraba la federación. Sin embargo este enfoque tuvo cuestiones que limitaron su efectividad pues no habían reglas de operación claras ni mecanismos institucionales que fortalecieran el enfoque de política pública en salud. Tal como lo afirma el entrevistado “El INSABI quería dar todo, sin restricciones, pero no tenía un modelo de atención ni reglas. No sabía ni a quién atendía ni cuánto costaba”.

Se propuso un política pública enfocada en el acceso universal, pero no se pudo mantener este enfoque debido a la falra de reorganización administartiva y que no existían reglas de operación bien delimitadas, tampoco había un sistema gestión

establecido o mecanismos de rendición de cuentas, tal como lo refleja la teoría de la implementación de las políticas públicas; esto se realciona con lo que Sabatier y Mazmanian (1980) denominan como una “falla de implementación”, cuando una política que pretende ser la más importante no es acompañada de instrumentos, coordinación y capacidades institucionales.

4.5.3 El enfoque de Política Pública en salud del IMSS-Bienestar

Este modelo en pleno desarrollo, busca implementar características anteriores de otros programas como lo fue el SP, recuperando los principios de la APS y el enfoque comunitario de la salud. El entrevistado afirma que “ahora se está intentando retomar lo comunitario, ir a las casas, hacer cartografía, priorizar enfermedades por comunidad. Eso sí puede ayudar, si se consolida”. Lo cual desde la teoría de la política pública presenta un enfoque de medicina comunitaria, con una articulación centralizada y esto puede dificultar los mecanismos de acción de las unidades que brindan la atención médica, tal como lo menciona Reyes y Morales: “El diseño de políticas públicas debe considerar tanto los aspectos técnicos como los políticos e institucionales que hacen posible su ejecución y permanencia” (Reyes-Morales et al., 2024, p. 632).

Cuadro 5.Modelo de atención en salud. Enfoque de Política pública en salud					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B

Modelo de atención en salud	Enfoque de política pública en salud	Enfoque de política pública (de protección financiera, o de acceso universal a la salud; de gastos catastróficos o de prevención primaria en salud, etc.).	Enfoque de protección financiera en salud y aseguramiento mediante un modelo tripartita, incorporando el modelo de atención de la APS.	Aspiración a un acceso universal a la salud sin aseguramiento; el foco dejó de ser la "protección financiera" para centrarse en la universalización de los servicios.	Enfoque de cobertura universal gratuita, enfocada en la atención preventiva y comunitaria de la salud.
-----------------------------	--------------------------------------	--	--	---	--

4.6 Modelo de atención en salud: mecanismos de afiliación y

Los mecanismos de afiliación son procesos fundamentales dentro del sistema de salud, pues facilita el acceso de la personas a los servicios de salud, según lo que incorporamos en nuestro marco teórico con respecto a lo que dice (Vargas Gutierrez 2023), “la afiliación es también un mecanismo de inclusión social, al

constituir la vía de incorporación formal al sistema de protección social en salud”. Convirtiéndose de esta forma en parte de la política pública y posteriormente en una herramienta operativa que el Estado utilizara para cumplir sus objetivos, como lo señala Salazar Vargas (2013).

4.6.1 Mecanismos de afiliación del Seguro Popular

El modelo de afiliación que se utilizaba en este sistema era mediante un modelo formal y documentado en donde las personas podían inscribirse a través de los módulos del REPSS ubicados en los centros de salud o algunas ferias de afiliación. La afiliación se renovaba cada tres años y estaba sujeta a la validación de la condición socioeconómica del beneficiario puesto que las aportaciones se realizaban tripartitamente, es decir que una parte la daba el estado, otra parte la institución de salud y una muy pequeña parte era dada por el beneficiario. Se sustentaba mediante un modelo no contributivo y esto dependía de cómo los estados llevaban este proceso, cada afiliado recibía una póliza que los acreditaba como beneficiarios y si le asignaba una unidad médica en la que se subdividían los tres niveles de atención, es decir que el primer nivel de atención era ubicado en los centros de salud y otras instituciones, posteriormente seguía la atención de segundo nivel que era principalmente para dar diagnóstico y por último las instituciones de tercer nivel que eran las encargadas de llevar el tratamiento, aquí es donde se encuentran las especialidades médicas y los institutos como el de cancerología.

El entrevistado menciona que el Seguro Popular funcionaba bajo un esquema en donde cada persona tenía un cápita, es decir que contaba con un registro individual y nominal que vinculaba a cada afiliado con recursos específicos, "uno de los grandes logros del SP fue que cada persona tenía un cápita, es decir, que cada persona tenía dinero para tener una protección de gastos en salud". Además,

menciona que este registro era la base para el pago a los Estados por cada persona atendida, lo que generaba incentivos para mantener actualizado el padrón de beneficiarios y mejorar el seguimiento médico.

4.6.2 Mecanismos de afiliación del INSABI

A raíz de la eliminación del seguro popular, uno de los cambios más significativos durante la administración del INSABI fue la eliminación del mecanismo de afiliación y en su lugar surgió un modelo de atención universal sin necesidad de registrar al afiliado con base en el principio de atención gratuita y universal para todas las personas sin inseguridad social, sin embargo, la falta de un patrón nominal de beneficiarios generó dificultades dentro de la gestión administración y planeación de los recursos, además de que el sistema tuvo dificultades para identificar las necesidades específicas de la población. El entrevistado menciona que el INSABI no estableció un modelo de afiliación claro y gracias a esto se generó incertidumbre operativa “La gente no estaba cubierta”. Por lo tanto, al no tener una afiliación formal la población se debilitó y el vínculo entre las instituciones y el beneficiario también.

4.6.3 Mecanismos de afiliación del IMSS-Bienestar

El programa no funciona mediante un proceso de afiliación sino que opera bajo un modelo de cobertura universal en donde no se requiere un método de afiliación individual, sino que la población sin inseguridad social debe ser atendida por el simple hecho de vivir en las zonas que cubre el programa. El modelo mide mediante censos comunitarios, diagnósticos participativos y mapeo territorial realizados por equipos médicos comunitarios para identificar a la población atendida. Sin embargo,

el hecho de qué no exista un proceso de afiliación individual puede dificultar el seguimiento del paciente y puede aumentar la mala gestión y consecuentemente generar riesgos en salud.

El entrevistado explica que el IMSS Bienestar está retomando una lógica que se centra en la atención comunitaria y territorial, es decir que está adaptando un modelo preventivo en el que se realiza un diagnóstico de salud por localidad, "el comité de salud participa, hacen un diagnóstico de salud y priorizan cada centro de salud, el cual tiene su propio comité formado por la misma población". Esto implica que la identificación de beneficiarios no dependa de una afiliación documental, sino de un proceso participativo local, en el que se identifican las necesidades prioritarias de la ciudadanía y se atienden de manera integral.

Cuadro 6. Modelo de atención en salud. Mecanismos de afiliación

Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B
Modelos de atención en salud	Mecanismos de afiliación	Mecanismos de afiliación y selección de personas beneficiarias	Proceso de inscripción formal a través del Régimen Estatal de Protección social en salud (REPSS). Las personas beneficiarias podían estar dentro del programa por 3 años	Dada su aspiración "universalista", no se necesitaba un proceso de afiliación.	No se necesita proceso de afiliación debido a su modelo de funcionamiento universalista.

4.7 Modelo de atención en salud: Población objetivo y tipos de beneficiarios

Un modelo de atención en salud, está caracterizado por la prestación de servicios médicos, pero no solo es eso, también es que se respete el acceso a la atención con dignidad y que la posibilidad de salvaguardar los derechos de sus beneficiarios esté siempre presente en la atención a los usuarios. Dentro de nuestro trabajo de investigación, esto está relacionado con la población objetivo a la que están dirigidos estos servicios, los cuales son en específico aquella población que no tiene seguridad social, es decir la denominada población abierta. Tal como lo cita Arellano, Gault “Una política pública orientada a la garantía del derecho a la salud debe identificar claramente a su población objetivo y asegurar mecanismos de seguimiento y atención continua” (Arellano, Gault, 2013).

4.7.1 Promedio de personas afiliadas en los dos últimos años de referencia a nivel nacional en el SP

El Seguro Popular operaba bajo un modelo de aseguramiento en donde se requería la filiación formal mediante una póliza que se tenía que renovar cada 3 años, y estos beneficiario se registraban en un padrón nominal nacional, para calcular específicamente cual es el número de personas afiliadas durante los últimos dos

años de funcionamiento del SP, realizamos un análisis de datos obtenidos en plataformas oficiales, para posteriormente calcular un promedio de los datos consultados, a continuación se presenta el procedimiento representativo paso a paso:

Según datos de la Auditoría Superior de la Federación, el año de 2018 el número de personas afiliadas al SP fue de 53,530,359 personas (ASF, 2020). Y entonces para el año de 2019 según datos del IMCO, habían un total de 51,000,000 millones personas afiliadas (IMCO, 2019). Por lo tanto para calcular el promedio realizaremos el siguiente procedimiento: 53,530,359 de personas que había en (2018) + 51,000,000 millones de personas que había en (2019) = 104,530,359 millones de personas.

Posteriormente este resultado lo dividiremos entre los últimos dos años de funcionamiento del programa y nos da un total de $104,530,359 / 2 = 52,265,179.5$ millones de personas afiliadas al SP durante los últimos dos años de funcionamiento del programa.

Resulta interesante ver como el número de personas que estuvieron afiliadas durante los últimos dos años de funcionamiento del SP, fue en aumento, ahora que calculamos el promedio de ambos periodos y podemos compararlos.

4.7.2 Promedio de personas afiliadas al INSABI durante los últimos dos años de funcionamiento del programa.

El INSABI funcionó mediante un modelo de aseguramiento enfocado en la universalización de los servicios de atención, por lo tanto no existía una plataforma oficial que presentará el padrón nominal de beneficiarios del INSABI.

Por lo tanto, el promedio que calculamos a continuación es meramente una aproximación de datos obtenidos bibliográficamente y no de fuentes oficiales proporcionadas por el mismo instituto.

Según Davila A. El número de personas que atendió el INSABI en el año de 2020 fue de 26.9 millones de personas (Davila, A. 2021). Mientras que en el año de 2021 según datos del CONEVAL fue de 25.8 millones de afiliados (CONEVAL,2021). Por lo tanto para calcular un promedio en total debemos realizar la siguiente operación: $26.9 + 25.8 / 2 = 26.35$ millones de personas afiliados durante los dos últimos años de operación del INSABI.

Como podemos observar el número de personas afiliadas durante estos dos últimos años de funcionamiento, fue muchísimo menor de lo que se representa en el SP, de esta manera nos permitimos decir que esto ocurrió debido a la falta de mecanismos de administración interna y la poca capacidad para crear un sistema viable para sustituir al Seguro Popular en materia de cobertura y atención médica.

4.7.3 Promedio de personas afiliadas al IMSS-BIENESTAR durante los últimos dos años de funcionamiento del programa.

El IMSS-BIENESTAR funciona como un modelo centralizado y busca la atención universal de los servicios de salud. Para calcular el promedio de número de personas afiliadas durante los años de 2022 y 2023.

Para el año de 2022, según el IMSS para el año de 2022 habían 21.8 millones de personas atendidas por el IMSS-Bienestar (IMSS,2023). Posteriormente para el año de 2023, según datos del IMSS, se atendieron un total de 53.2 millones de personas (IMSS, 2023). Por lo tanto para realizar el promedio debemos realizar las siguientes operaciones: $(21.8 + 53.2) \div 2 = 37.5$ millones de personas.

Como podemos notar, el número de personas atendidas incluso resulta mayor del que presentó el INSABI durante sus últimos dos años de funcionamiento, lo que visibiliza la falta de mecanismos para mantener el modelo de salud que construyó el SP, debido a que el número de personas que se atendían en el SP era mucho mayor. Así como también podemos ver un aumento alarmante del número de personas que aun con la creación de estos modelos de salud, permanecen como un porcentaje de la población que no cuenta con seguridad social (población abierta).

Cuadro 7. Modelo de atención en salud. Población objetivo y tipos de beneficiarios					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B

Modelos de atención en salud	Población objetivo y tipo de beneficiarios	Promedio de personas afiliadas en los dos últimos años de referencia a nivel nacional en el SP, INSABI e IMSS-Bienestar, respectivamente.	52, 265,179.5 millones de personas afiliadas según el promedio de los últimos dos años de funcionamiento del SP	25.35 millones de personas afiliadas según el promedio de funcionamiento de los dos últimos años de funcionamiento del INSABI	37.5 millones de personas afiliadas según el promedio de funcionamiento de los dos últimos años de funcionamiento.
------------------------------	--	---	---	---	--

4.8 Modelo de atención en salud: régimen de aseguramiento

El modelo de aseguramiento se refiere a que tipo de vínculo se tiene entre las personas y las instituciones de salud, es decir, en qué medida un prestador de servicios le solicita a la persona beneficiaria el pago de una cuota para cubrir sus requerimientos médicos, dentro del modelo de sistemas públicos existen dos tipos de aseguramiento, contributivo y no contributivo. Según como lo planteamos en el trabajo de investigación, bajo la afirmación de Arellano Gault “El aseguramiento en

salud constituye una forma de vincular jurídicamente a las personas con un sistema de protección, y puede estar basado en aportaciones o en el principio de solidaridad financiado por el Estado” (Arellano, Gault, 2013).

4.8.1 Régimen de financiamiento no contributivo del Seguro Popular

El SP funcionaba mediante un modelo de financiamiento no contributivo de aseguramiento financiero por parte del estado, sin embargo el usuario si debía pagar una pequeña cantidad por sus servicios, esto mediante el análisis de sus ingresos anuales y esta aportación no era para todos los usuarios. Los demás recursos eran financiados tripartitamente, es decir que una parte la financiaba el estado, otra parte la federación y la pequeña parte era de los beneficiarios.

Nuestro entrevistado menciona que “Era un modelo no contributivo, no necesitaba estar en el IMSS O ISSSTE. El gobierno pagaba por ti, por eso te afiliabas”.

Además se establecía una cuota familiar opcional para algunos sectores de la población, aunque más del 90% de los afiliados estaban exentos por su nivel de ingresos (CNPSS, 2018).

4.8.2 Régimen de financiamiento no contributivo del INSABI

El modelo de financiamiento del INSABI funcionaba de forma no contributiva, ya que su modelo de atención planteaba la universalización de los servicios de salud, y sin necesidad de registrarse o afiliarse.

El entrevistado criticó este modelo pues dice que “No había aseguramiento, ya no había padrón, no había póliza, ni cuota. Se dijo que era universal pero en la práctica no sabías a quién le tocaba que”. Este modelo rompió con el enfoque de aseguramiento del SP para convertirlo en un sistema de atención para la población abierta, lo que tras la desaparición abrupta del SP, generó incertidumbre y dificultó el acceso a los servicios para la población.

4.8.3 Régimen de aseguramiento no contributivo del IMSS-BIENESTAR

El modelo del IMSS-Bienestar funciona mediante un modelo no contributivo, basado en la universalización de los servicios, con un financiamiento totalmente federal y en donde se centralizan las funciones. Sin embargo, aún no se ha formalizado un régimen de aseguramiento como tal. Según el entrevistado “Es no contributivo, pero todavía no tiene forma de aseguramiento. No hay padrón, no hay una póliza, pero ya hay presencia federal. Lo que hay es territorio y operación”.

Cuadro 8. Modelo de atención en salud. Régimen de aseguramiento					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B
Modelo de atención en salud	Régimen de aseguramiento	Régimen contributivo o no contributivo	Modelo no contributivo , pero con cuotas tripartitas	No contributivo	No contributivo

4.9 Estructura administrativa: Marco normativo

Un marco normativo tiene como principal función regular y organizar el funcionamiento de una institución o sistema a través de la creación de leyes, reglamentos y normativa esencial para el fortalecimiento del sistema, tal como lo mencionamos en nuestro primer capítulo cuando hablamos de la principal normativa que debería incluir un sistema de salud, centrándonos en México, en el “que deberá incluir leyes, códigos, reglamentos, decretos de creación, manuales administrativos, reglas de operación, criterios, políticas, entre otros” (Cámara de diputados, s/f). En el ámbito de la salud el marco normativo busca tener control de las instituciones y el personal que forma parte del sistema de salud, así como también de proteger los derechos de las personas y del personal que labora en las instituciones de salud.

4.9.1 Principal marco normativo del Seguro Popular

El Seguro Popular tuvo una base jurídica sólida y su principal normativa fue la Ley General de Salud que dio creación al SP en el año de 2003 y creó el sistema de protección social en salud SPSS, que tenía una modalidad no contributiva para personas sin seguridad social, tal como lo mencionamos anteriormente “La reforma de 2003 a la Ley General de Salud institucionalizó el SPSS, generando una arquitectura jurídica que brindaba certeza, lineamientos, mecanismos de control y evaluación” (Secretaría de Salud, 2005).

Algunos de sus principales instrumentos normativos fueron la ley general de salud, reglamento del SPSS, los lineamientos emitidos por la Comisión nacional de protección social en salud, las reglas de operación del fondo de protección social contra gastos catastróficos y algunos convenios entre estados y federación. Este

marco permitió institucionalizar los mecanismos de afiliación, financiamiento, cobertura y control.

El entrevistado menciona que el Seguro Popular tenía una estructura jurídica bien definida y estaba sustentada a base de fideicomisos y reglas claras de operación, en específico el caso del fondo de gastos catastróficos, "ese dinero no se podía tocar y era únicamente para el uso de las enfermedades catastróficas". De igual forma menciona que el marco normativo permitió generar auditorías para los mecanismos de transparencia, es decir de rendición de cuentas y especialmente en el seguro médico siglo XXI quien fue supervisado por el Banco Mundial. El entrevistado afirma que su marco normativo era tan fuerte que permitía que el programa tuviera normas estrictas de cumplimiento y otras cuestiones, "El Seguro Popular tenía todo un andamiaje normativo: pólizas, plataforma, reglas, metas, convenios".

4.9.2 Principal marco normativo del INSABI

El INSABI no tuvo un sistema jurídico bien establecido, sin embargo fue creado mediante la reforma a la ley General de salud en el año 2019 la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019, en el que se elimina el marco legal de Seguro Popular y algunos de sus principales instrumentos jurídicos fueron el decreto de creación del INSABI, la reforma a los artículos 77 de la ley general de salud y algunos acuerdos con entidades federativas, sin embargo no tuvo reglas de operación claras ni un diseño normativo operativo bien establecido. El entrevistado menciona que el INSABI no logró estructurarse jurídicamente pues tras la eliminación del Seguro Popular no había una buena instrumentalización de la sustitución lo cual afectó la operación del sistema y debilitó

la capacidad de financiamiento y coordinación, desde su experiencia no hubo una transición normativa sólida; sino una ruptura institucional que dejó a muchos estados sin una guía clara de acción, en sus palabras, “el INSABI no tenía reglas de operación. No tenía una plataforma, ni sistema, ni padrones, ni indicadores. Estaba operando sin estructura”. Esto contradice completamente el principio de legalidad y de construcción de un marco normativo estable, el cual incluimos dentro de nuestro marco teórico, pues según Arellano Gault: “La falta de un marco normativo adecuado produce descoordinación y pérdida de rumbo en la operación de políticas públicas complejas” (Arellano Gault, 2013). Lo cual refleja que la falta de marco normativo bien establecido en la operacionalización del INSABI, generó confusión en torno al cumplimiento de metas y operaciones de la institución.

4.9.3 Principal marco Normativo del IMSS-Bienestar

El IMSS-Bienestar siendo un modelo de creación vigente, aún está en proceso de conformación de una ley propia que lo establezca como el sistema nacional para la población sin seguridad social, sin embargo su operación se sustenta con algunos marcos jurídicos como el convenio de adhesión que se firmó entre los estados y la federación, las modificaciones administrativas dentro del IMSS para que fuera la unidad operativa responsable de coordinar al IMSS-BIENESTAR, los lineamientos operativos y técnicos emitidos por el propio IMSS y la Secretaría de salud, así como algunos acuerdos ejecutivos y decretos estatales para la transparencia de infraestructura personal y recursos. Aun le hace falta la creación de un marco jurídico propio y que cumpla con las características adecuadas para su funcionamiento tal como lo mencionamos dentro de este trabajo de investigación, “Un marco normativo robusto debe contemplar no sólo la existencia legal del programa, sino sus reglas operativas, mecanismos de rendición de cuentas y protocolos de monitoreo”. Por lo tanto, las características del modelo normativo del

IMSS-BIENESTAR tienen que fortalecerse para cumplir con las necesidades de su población.

Sin embargo se han generado diversos cuestionamientos sobre la falta de modelos jurídicos y la ausencia de una ley general específica para consolidar el programa como una política de Estado. El entrevistado reconoce que el IMSS-Bienestar opera con un Marco normativo en construcción es decir que no está bien establecido a pesar de que existe una estructura organizativa clara y que está en funcionamiento, sin embargo aún no se cuenta con una base legal como la que tenía el seguro popular, "IMSS Bienestar es un bebé todavía esto se va a ir mejorando conforme el sistema vaya madurando". Subraya que la operación se basa más en decisiones administrativas y lineamientos internos más que en una ley formal es por eso que existe una debilidad si se está buscando una política de salud sólida y que esté sujeta a rendición de cuentas a nivel nacional.

Cuadro 9.Estructura Administrativa. Marco Normativo					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B

Estructura administrativa	Marco Normativo	Principales instrumentos normativos que dan origen y certeza a la política de salud	Ley general de salud, reglas de operación del SP, CAUSES, Fondo de protección contra gastos catastróficos, convenios entre Estados-Federación	Reforma de la ley general de salud en el año de 2019, acuerdo con el que se establece el INSABI.	Reforma a la ley general de salud del año 2022 y 2023 para dar creación al IMSS-B, convenios de transferencia entre estados-federación y lineamientos internos del IMSS.
---------------------------	-----------------	---	---	--	--

4.10 Estructura administrativa: disponibilidad de personal médico

La estructura administrativa de un sistema de salud define cómo se organiza y se relacionan los actores y los recursos que permiten el pleno funcionamiento del sistema de salud. Según Arellano Gault (2013), “una estructura institucional eficiente debe responder a las necesidades poblacionales, articular los niveles de atención, distribuir responsabilidades, y asegurar la disponibilidad de insumos y recursos humanos”.

4.10.1 Disponibilidad de recursos humanos en salud en el Seguro Popular

Durante el funcionamiento del Seguro Popular, la operación de los servicios de salud recaía principalmente en los estados, los cuales se encargaban de proveer y contratar al personal que atendía las unidades médicas del Seguro Popular. El entrevistado menciona que “cada estado tenía la responsabilidad de contratar a su personal, de pagarles, de tener médicos en sus centros de salud. Algunos lo hacían bien, otros no tanto”. Asimismo el funcionamiento descentralizado del programa ocasionaba que no todos los estados contratarán la misma cantidad de personal y por lo tanto no se tenía la misma disponibilidad de recursos para todos los estados. Como señala la OPS (2021), uno de los retos en América Latina ha sido la precarización del empleo en salud, fenómeno observado también durante el SP.

4.10.2 Disponibilidad de recursos humanos en salud del INSABI

La estructura funcional del INSABI no logró consolidar una buena formación administrativa de personal dentro de sus unidades tras la ruptura abrupta y desaparición del seguro popular, por lo que no se pudo consolidar un buen sistema de salud. Tal como lo afirma el entrevistado: “INSABI no contrató médicos, ni regularizó a los que ya estaban, ni tenía una estrategia de personal. Los centros de salud se quedaron sin gente”.

Esto cumple con la teoría que mencionamos en nuestro capítulo 1, en donde hablamos de la falla de diseño institucional, “el diseño institucional implica la elección de estructuras y capacidades administrativas acordes con los objetivos de política pública” (Huerta, 2000). Es por eso que podemos afirmar que la estructura administrativa del INSABI no pudo consolidarse con respecto al concepto de diseño institucional.

4.10.3 Disponibilidad de recursos humanos en salud del IMSS-Bienestar

Este nuevo modelo planteó centralizar la contratación de personal y la estructura administrativa, por lo tanto la federación está encargada de suministrar los recursos del IMSS Bienestar. El entrevistado afirma que “Ahora ya se está contratando directamente desde la federación, ya no son los estados quienes contratan. Se está regularizando a muchos, aunque no a todos”.

Sin embargo uno de los principales retos es que la cantidad de médicos contratados principalmente en las zonas rurales y que presentan porcentajes elevados de déficit económico, no son suficientes, por lo tanto ocasiona que la población se quede sin atención médica debido a la falta de personal médico. La OPS afirma que “La distribución desigual del personal médico entre zonas rurales y urbanas sigue siendo uno de los principales obstáculos para el acceso equitativo a servicios de salud” (OPS, 2021).

Cuadro 10. Estructura Administrativa. Disponibilidad de Recursos Humanos para la atención médica (personal médico)

Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B
Estructura Administrativa	Disponibilidad de Recursos Humanos para la atención médica (personal médico)	Número de médicos por cada mil pacientes durante los últimos dos años de funcionamiento del SP, INSABI e IMSS-B, según corresponda.	Según el INEGI y SSA 2019, en SP había alrededor de 46,000 médicos trabajando, y según el CNPSS y el CONEVAL en 2019 habían 53 millones de afiliados lo que nos da: $46,000 / 53,000,000 \times 1,000 = 0.868$ médicos por cada 1,000 afiliados	Para el INSABI en el año de 2022 según la ENSANUT y la ASF, la plantilla nacional de médicos para población sin seguridad social era de 42,000 y 45,000. Según el CONAPO y la ENSANUT había 40 millones de personas sin seguridad social, por lo tanto: $43,000 / 40,000,000 \times 1,000 = 1.075$ médicos	Para el periodo de 2024 había alrededor de 55,000 médicos trabajando en el IMSS-B y 53 millones de personas sin seguridad social atendidas por el IMSS-B, por lo tanto: $55,000 / 53,000,000 \times 1,000 = 1.0377$ médicos por cada mil pacientes

				por cada mil pacientes	
--	--	--	--	------------------------------	--

4.11 Estructura administrativa: Productividad del personal médico

La productividad del personal médico es un indicador que mide la eficiencia del personal de salud, así como también la calidad de los servicios; según la OMS dentro de la bibliografía recabada se define como "la relación entre el número de actos médicos realizados (consultas, intervenciones, visitas) y el tiempo laboral disponible del personal, ajustado por nivel de atención y complejidad " (OMS, 2010).

4.11.1 Productividad del personal médico durante el SP en los periodos de 2019 y 2020

Durante el periodo de 2019 según el coneval se realizaron 270 millones consultas (CONEVAL 2018), "Evaluación de Consistencia y Resultados del SP 2017,2018", y según la ASF habían 46,000 médicos brindando la atención en el SP. Ahora realizaremos una operación representativa para calcular las horas de atención aproximadas: primero tenemos que calcular las 40 horas que labora a la semana cada médico aproximadamente $\times 48$ semanas = 1,920 horas /al año por médico, posteriormente 1,920 que son las horas totales $\times 1,000$ médicos = 1,920,000. Posteriormente los $270,000,000 / 46,000 \times 1,000 = 5,869,565.217$ consultas. Luego dividimos $5,869,565.217 / 1,920,000 = 3.0571$ consultas por hora (1,000 médicos). Estos datos son meramente representativos con el fin de entender mejor esta investigación, sin embargo dentro de este análisis podemos notar que si bien no se

dispone de un indicador concreto (como consultas por hora médica), sí existían un número bastante grande de consultas por cada mil médicos. Es por eso que es necesario hablar de la necesidad del personal médico para salvaguardar su integridad intelectual y social, debido a la carga excesiva de trabajo, también es importante que se ponga más énfasis en mejorar la calidad de los servicios de salud, pero eso incluye aumentar los salarios del personal, así como también reducir las horas de trabajo o en todo caso mejorar las condiciones laborales para que el personal se sienta capaz de realizar sus actividades.

4.11.2 Productividad del personal médico durante el INSABI en los periodos de 2022 y 2023

Durante el periodo de 2022 según el ENSATU hubieron 200 millones de consultas (contando los decesos por la pandemia de COVID 19), y según el ASF 2022 habían 43,000 médicos sin plantilla consolidada, por lo que se tendrían que multiplicar las 40 horas que se laboran a la semana x 48 semanas = 1,920 horas por médico x 1000 médicos= 1,920,000 horas por 1,000 médicos. Posteriormente 200. millones de consultas / 43,000 médicos x 1,000 = 4,651,162.79 consultas, por último los 4,651,162.79 consultas / 1,920,000 horas = 2.4224 consultas por hora x 1,000 médicos. Siendo un análisis meramente representativo, es importante para analizar cómo es que el número de consultas que se brindaron fue menor que el representado por el SP.

4.11.3 Productividad del personal médico durante el IMSS-Bienestar en el año de 2024

Durante el periodo del 2024 se dieron 310 millones de consultas según datos del informe presidencial en mayo de ese mismo año, y habían 55,000 médicos según

el reporte federal del IMSS-BIENESTAR 2024. por lo que tendríamos que calcular las 40 horas laboradas a la semana x 48 semanas =1,920 hrs x 1,000 médicos= 1,920,000 horas por 1,000 médicos. Después los 310,000,000 consultas / 55,000 médicos x1,000 = 5,636,363 consultas y por último 5,636,363 / 1,920,000 =2.936 consultas por hora (1,000 médicos). Por último tenemos el análisis de datos representativos del IMSS-Bienestar en el que nos podemos dar cuenta que es de cualquier manera, un dato mucho menor al que representa el SP.

Cuadro 11.Estructura Administrativa. Productividad del personal médico					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B

Estructura Administrativa	Productividad del personal médico	Total de consultas entre el total de horas laboradas por cada 1,000 médicos durante los últimos dos años de operaciones del SP, INSABI, IMSS-B	3.0571 consultas por hora (1,000 médicos).	2.4224 consultas por hora x 1,000 médicos.	2.966 consultas por hora x 1,000 médicos.
---------------------------	-----------------------------------	--	--	--	---

4.12 Estructura administrativa: calidad de la atención y valoración al personal de los servicios de salud

El concepto de calidad de la atención médica dentro de un sistema de atención en salud, tiene una fuerte relación con lo que también se refiere a la percepción de las población que usan los servicios, es decir, la calidad de atención, la satisfacción de los usuarios, etc. Dentro de nuestro marco teórico pudimos identificar el concepto de calidad de los servicios con lo que dice Avedi Donabedian, “La calidad de la atención médica debe evaluarse a partir de tres componentes: la estructura, el proceso y el resultado” (Avedis Donabedian, 1990).

4.12.1 Número de quejas en el Seguro popular (2019)

Dentro del modelo de quejas presentadas ante las plataformas oficiales, nos centraremos en las que se presentaron ante la CONAMED, la cual es la institución encargada de recibir todos los asuntos relacionados a la atención médica para darles seguimiento. Realizamos un análisis representativo del SP, en donde tomamos datos estadísticos realizados en el año de 2019, en el cuadro que presenta “Número de gestiones inmediatas y quejas concluidas según sector e institución médica involucrada”.

Para el año de 2019, tenemos tres categorías las cuales se dividen por instituciones frente a las que se presentaron las quejas, en este caso nos iremos por el apartado de instituciones que atienden a población sin seguridad social, asumiendo que es donde se encuentran las instituciones que forman parte del Seguro Popular en el año de 2019, dicho esto tenemos a continuación tres sub apartados, el primero es Gestiones inmediatas, el segundo es quejas concluidas y por último Dictámenes. Posteriormente realizamos el análisis que consta de sumar el número de quejas para cada fila y tenemos los siguientes resultados.

En la primera fila para la categoría de Gestiones inmediatas fueron $31 + 2 + 37 = 70$, para la categoría de quejas concluidas fueron $35 + 8 + 28 = 71$, para la categoría de Dictámenes fueron $22 + 3 + 9 = 34$.

Los datos obtenidos de quejas según cada categoría fueron: 70 quejas para Gestiones inmediatas, 71 quejas para Quejas concluidas y por último 34 quejas para Dictámenes. Estos datos están representados a nivel nacional por unidad médica, específicamente las que atienden únicamente a personas que no tienen seguridad social.

Con respecto a estos datos, nuestro entrevistado no menciona un dato específico sobre la categoría anterior, sin embargo menciona que la población usuaria del SP, reaccionaba de forma positiva en cuanto a la variable de atención y valoración al

personal médico, él menciona que “Existía una estructura sólida de rendición de cuentas, especialmente en los programas auditados por Hacienda y organismos internacionales (como el Banco Mundial). La población se sentía mayormente satisfecha, pues no tenía que pagar por estudios o medicamentos”. Por lo tanto con respecto a los hallazgos obtenidos bibliográficamente y la entrevista realizada, podemos decir que la aceptación de las personas hacía el personal médico, resultó buena aunque de igual manera, si se presentaba un número considerable de quejas ante la CONAMED, lo que resulta interesante al realizar el análisis comparativo con los otros programas.

4.12.2 Número de quejas en el INSABI (2022)

Dentro de este análisis también nos centramos en la información proporcionada por la CONAMED, es un análisis representativo para conocer un poco sobre el número de quejas que se presentaron ante la institución en el año de 2022 el fue el último año de funcionamiento del INSABI, según los datos obtuvimos que para el año de 2022, tenemos tres categorías las cuales se dividen por instituciones frente a las que se presentaron las quejas, en este caso nos iremos por el apartado de instituciones que atienden a población sin seguridad social, asumiendo que es donde se encuentran las instituciones que forman parte del INSABI en el periodo de 2022, dicho esto tenemos a continuación tres sub apartados, el primero es Gestiones inmediatas, el segundo es quejas concluidas y por último Dictámenes. Posteriormente realizamos el análisis que consta de sumar el número de quejas para cada fila y tenemos los siguientes resultados.

En la primera fila para la categoría de Gestiones inmediatas fueron $16 + 0 + 11 = 27$, para la categoría de quejas concluidas fueron $34 + 0 + 15 = 49$, para la categoría de Dictámenes fueron $39 + 5 + 2 = 46$.

Los datos que obtuvimos para la categoría de gestiones inmediatas fueron de 27 quejas, para la categoría de quejas concluidas fueron de 49 quejas y por último para la categoría de dictámenes fueron de 46 quejas; Podemos decir que en comparación con el SP, resulta un número menor, sin embargo esto también podría deberse a que dentro del INSABI, no existían muchos mecanismos de transparencia o quejas, puesto que puede ser una característica para que las personas no hayan podido presentar quejas de manera formal. En comparación con lo que menciona el entrevistado, el confirma que durante este periodo aumentó la insatisfacción hacia las labores del personal médico dentro de las instituciones del INSABI.

4.12.3 Número de quejas presentadas en el IMSS-Bienestar (2023)

A continuación presentamos un análisis representativo con datos oficiales de la CONAMED para comparar el número de quejas presentadas a nivel nacional en el año de 2023, esto ya que fue el periodo en que se planteó eliminar al INSABI y darle creación al IMSS-BIENESTAR, lo que presentaría el nivel de aceptación de las personas tras el cambio de administración de los servicios de salud. Según los datos obtuvimos que para el año de 2023, existen tres categorías, las cuales se dividen por instituciones frente a las que se presentaron las quejas, en este caso nos iremos por el apartado de instituciones que atienden a población sin seguridad social, asumiendo que es donde se encuentran las instituciones que forman parte del IMSS-BIENESTAR en el periodo de 2023, dicho esto tenemos a continuación tres sub apartados, el primero es Gestiones inmediatas, el segundo es quejas concluidas y por último Dictámenes. Posteriormente realizamos el análisis que consta de sumar el número de quejas para cada fila y tenemos los siguientes resultados.

en la primera fila para la categoría de Gestiones inmediatas fueron $72 + 25 + 27 = 124$, para la categoría de quejas concluidas fueron $27 + 6 + 18 = 51$, para la categoría de Dictámenes fueron $53 + 3 + 4 = 60$.

Por consiguiente obtuvimos los resultados de gestiones inmediatas que dio un total de 124 quejas, en quejas concluidas un total de 51 quejas y para dictámenes un total de 60 quejas.

Realizando un análisis comparativo con los otros programas pudimos notar que este fue el programa que más obtuvo quejas presentadas ante la CONAMED, a pesar de haber sido su primer año de funcionamiento, con respecto a esto presentamos una diferencia en comparación con los resultados estadísticos generados en este análisis y lo que plantea nuestro entrevistado, pues él menciona que “uno de los principales motivos de insatisfacción actual son los medicamentos, las quejas pueden estar concentradas en el abasto y no tanto en el trato del personal médico”.

Cuadro 12.Estructura Administrativa. Calidad de la atención y valoración al personal médico					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B

Estructura Administrativa	Calidad de la atención y valoración al personal de los servicios de salud	Número de quejas presentadas en las plataformas oficiales con respecto a la atención médica	70 quejas para Gestiones inmediatas, 71 quejas para quejas concluidas y por último 34 quejas para Dictámenes	gestiones inmediatas fueron de 27 quejas, para la categoría de quejas concluidas fueron de 49 quejas y por último para la categoría de dictámenes fueron de 46 quejas	gestiones inmediatas 124 quejas, en quejas concluidas un total de 51 quejas y para dictámenes un total de 60 quejas.
---------------------------	---	---	--	---	--

4.13 Estructura administrativa: presupuesto y asignación de los recursos

La asignación presupuestal está ligada al mecanismo de estructura administrativa e incluso al de gobernanza, pues es un proceso clave en donde se ven reflejadas las prioridades del sistema para mejorar sus medidas de transparencia y que su capacidad de respuesta sea más efectiva. De acuerdo a lo planteado dentro de nuestro marco teórico, Arellano Gault propone que “El financiamiento público en salud debe corresponder a criterios de equidad y eficiencia, con mecanismos claros que vinculen recursos con resultados esperados” (Arellano Gault, 2013).

4.13.1 Mecanismos de asignación presupuestal del Seguro Popular

Dentro del SP existía un modelo de financiamiento per cápita, es decir que había un presupuesto ya asignado para cada persona afiliada, así como se menciona en la Ley General de Salud: “La comisión Nacional de Protección Social en Salud transfiere recursos financieros a las entidades federativas con base en el número de afiliados registrados y mediante una fórmula per cápita” (CNPSS, 2018, p. 32).

Esto concuerda con la afirmación del entrevistado, el cual dice “En el Seguro Popular tenías una póliza, y por cada persona afiliada se asignaba un recurso, ese dinero iba al Estado, si no había afiliado, no había dinero”.

Además en el artículo 77 bis 11 de la Ley General de Salud se detallan los criterios y requisitos para la asignación de los recursos (Cámara de diputados, 2019).

4.13.2 Mecanismos de asignación presupuestal del INSABI

A diferencia del modelo que seguía el SP, el nuevo modelo del INSABI eliminó el padrón de afiliación por lo que ya no existiría la asignación de recursos per cápita para cada afiliado, en su lugar según el CONEVAL: “La ausencia de un padrón nominal de beneficiarios, así como la falta de reglas de operación y lineamientos claros para la asignación de recursos, limitó el seguimiento efectivo del gasto” (CONEVAL, 2021, pp.47).

Tal como lo afirma el entrevistado, “El INSABI no tenía fórmula, daba recursos a los estados pero no sabíamos bien cómo se repartían, no había metas, no había incentivos, no había reglas claras”. Por consecuencia debido a la eliminación tan abrupta del Seguro Popular no existió la formulación de reglas claras o recursos que sustituyeran al SP.

4.13.3 Mecanismos de asignación presupuestal del IMSS-BIENESTAR

A diferencia del Seguro Popular el modelo del IMSS bienestar funciona siguiendo un enfoque centralizado en donde se presenta un mayor control institucional, es decir que tampoco opera mediante la fórmula per cápita y los recursos se gestionan directamente desde la federación en la secretaría de salud y principalmente los gestiona el IMSS.

“El IMSS ahora administra de forma directa los recursos humanos, materiales y financieros en las entidades federativas adheridas al programa IMSS-Bienestar” (IMSS, 2023). El entrevistado afirma que ahora hay una mejor ejecución del presupuesto, lo que quiere decir que los desvíos ya no son tan consecuentes como antes, esto desde su perspectiva, tal como sucedía anteriormente en el Seguro Popular, puesto que “Ahora hay más control, el IMSS maneja el presupuesto ya no se le dan al Estado sino que el IMSS paga directamente a médicos, compra y contrata en ese orden”. Sin embargo aún no se ha logrado establecer un mecanismo efectivo en cuanto a la asignación presupuestal, tanto como el del SP.

Cuadro 13.Estructura Administrativa. Presupuesto y asignación de los recursos					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B

Estructura Administrativa	Presupuesto y asignación de los recursos	Mecanismos de asignación presupuestal	Afiliación per-cápita, régimen de aseguramiento descentralizado, también mediante el FPGC y los FASSA	La distribución dependía de la repartición de recursos por parte de la federación	Convenios entre Estado-Federación, el financiamiento proviene del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) vía IMSS, pero con etiquetado específico para IMSS-Bienestar, el presupuesto se asigna por la federación con base en las necesidades del propio sistema
---------------------------	--	---------------------------------------	---	---	---

4.14 Estructura administrativa :modelo de compras públicas en salud

El modelo de compras en salud refleja la capacidad del Estado para garantizar disponibilidad, acceso, eficiencia en el gasto y transparencia. Como lo señalamos en nuestro marco teórico, la descentralización de compras públicas puede generar flexibilidad, pero también fragmentación y corrupción. En comparación con esto, la centralización puede mejorar precios y trazabilidad, aunque reduce autonomía local (Arellano Gault, 2013).

4.14.1 Compra de medicamentos descentralizada en el Seguro Popular

Durante el SP, el modelo compra de medicamentos era descentralizado, esto quiere decir que los estados recibían el presupuesto y ellos eran los encargados de realizar las compras, esto mediante los FASSA. El entrevistado confirmó que así funcionaba este proceso ya que afirma que “Cada estado compraba por su cuenta, A veces bien, otras veces no, había estados que de plano no tenían ni paracetamol”.

De igual manera lo presentamos en nuestro capítulo sobre la creación del SP, y recabamos que la Auditoría Superior de la Federación, incluso varias veces reportó la falta de entrega de los suministros, en muchos estados en donde funcionaba el programa, lo que confirma que muchos de ellos no repartían adecuadamente los recursos o no los usaban de forma correcta para comprar los suministros necesarios para las unidades de atención.

4.14.2 Compra de medicamentos centralizada en el INSABI

Tras la desaparición del SP y con la creación del INSABI, se buscó seguir un nuevo modelo de compras centralizadas, en donde la oficialía mayor de Hacienda era la encargada de realizar las compras de medicamentos y de los UNOPS, según el informe de la SHCP “Las compras a través de UNOPS enfrentaron demoras

significativas en la entrega de medicamentos esenciales, afectando gravemente el abasto en hospitales públicos” (IMCO, 2022).

El entrevistado confirma que “Fue centralizado, pero un desastre. Nadie sabía quién compraba, cuando llegaban los medicamentos ni donde estaban”.

4.14.3 Compra de medicamentos centralizada en el IMSS-BIENESTAR

El modelo del IMSS-BIENESTAR funciona mediante la compra centralizada de insumos, mediante la coordinación del IMSS. Zoe Robledo quien es el director del IMSS-Bienestar, afirmó públicamente que “El IMSS adquiere de forma centralizada los medicamentos e insumos, y los distribuye directamente a las unidades médicas del sistema Bienestar” (La Jornada, 2023).

El entrevistado afirma que el modelo de centralizar la compra de insumos y recursos, resulta más eficiente ya que de esta manera ya no habrá desvíos de recursos o desafíos en cuanto a la cobertura, “Ahora por lo menos sabes quién compra, qué medicamentos deben llegar, y el IMSS se encarga. Hay más orden que antes”.

Cuadro 14.Estructura Administrativa. Modelo de compras públicas en salud					
Categoría general	Variable	Indicador	Seguro Popular	INSABI	IMSS-B

Estructura Administrativa	Presupuesto y asignación de los recursos	Compra de medicamentos centralizada o descentralizada	Sistema de compra descentralizado, responsabilidad de la Secretaría de Salud, los FASSA y los REPSS.	La compra de medicamentos era centralizada, a través de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) y la Secretaría de Hacienda (SHCP).	Esquema centralizado, las compras se gestionan directamente desde el IMSS, con apoyo de BIRMEX (Biológicos y Reactivos de México) como operador logístico.
---------------------------	--	---	--	---	--

Este análisis nos permitió identificar distintas perspectivas con respecto a lo que plantean los autores que recabamos bibliográficamente en nuestro texto, así como también comparar los hallazgos obtenidos en la entrevista realizada a nuestro actor clave, encontrando de esta forma distintas características que muchas veces no concordaron aunque en otro punto sí funcionaron, a través de las distintas categorías que dieron forma a la creación de una matriz de variables y categorías que nos permitió ver de manera más clara, cuáles fueron los principales hallazgos de esta investigación. Dentro del SP pudimos ver que algunos hallazgos importantes dentro de nuestro recuento bibliográfico, los cuales fueron principalmente en la categoría de Estructura administrativa, siendo una

característica que no solo ha afectado al sistema del SP, sino también al INSABI y al IMSS-B, puesto que en esta categoría encontramos la compra de medicamentos, la atención médica, entre otras cuestiones que son las que principalmente han afectado a la población, y lo vimos en las estadísticas oficiales que pudimos recabar pues nos permitieron realizar un análisis comparativo de las tres instituciones. Dejando como conclusión que el principal enfoque de los programas creados, no solo tiene que tener un enfoque en materia de cobertura, sino en preservar la calidad de los servicios de atención, cuestión que se ha perdido debido al principal cuestionamiento de esta investigación, dados los cambios administrativos que obligan a las instituciones de salud a hacer un cambio total de su sistema funcional.

Conclusiones

La presente investigación fue creada debido a una inquietud académica por comparar tres modelos institucionales de salud en México, específicamente para la población abierta, pero además también por una inquietud personal de los investigadores, tras ser una cuestión de la cual hemos estado arraigados desde el nacimiento y ver como, desde una perspectiva propia, los sistemas de salud para la población que carece de servicios médicos gratuitos, se han visto entorpecidos por las transformaciones del sistema y cómo estos han afectado a las personas que necesitan de los servicios, incluso a las personas que los brindan, como el personal médico, administrativo y por supuesto, las investigadoras e investigadores que intentamos darle un rostro a la gente que necesita ser escuchada, para visibilizar la existencia de una problemática que ha existido durante tantos años y que el Estado no ha podido resolver.

Dicho esto, las conclusiones que presentamos a continuación, son consecuencia de un arduo trabajo de investigación que recaba los hallazgos más importantes en materia de cambios administrativos, posteriores a la desaparición y creación de nuevos modelos de atención médica que han surgido a lo largo del nacimiento de un sistema de salud que busca enfocarse en la atención de las personas que no cuentan con ningún tipo de aseguramiento médico.

El objetivo principal de nuestro trabajo de investigación es conocer cuáles han sido los principales cambios administrativos derivados de la transición del Seguro Popular al INSABI y posteriormente al IMSS-Bienestar, y cuales han sido sus principales consecuencias en la calidad de los servicios de salud para la población sin seguridad social. Habiendo citado textualmente nuestro objetivo general de la presente investigación, es importante mencionar que desde nuestra perspectiva si

se logró cumplir con el objetivo que guiaba este trabajo, puesto que, realizamos una exhaustiva acumulación de datos que permitieron formar un análisis bibliográfico y de trabajo de campo, de las tres principales instituciones que permean esta investigación, en primer lugar obtuvimos información relevante del Seguro Popular, desde el planteamiento de las bases que le dieron creación, hasta su consolidación y por último su desaparición en el año de 2022, siendo uno de los instrumentos creados más importantes para la política de salud en nuestro país. Posteriormente nos enfocamos en la creación del INSABI, y el inicio de una política en salud completamente nueva, en donde se plantea desaparecer el antiguo modelo de funcionamiento del SP, hasta llegar a su consolidación formalmente, la cual duró 3 años de funcionamiento y por último su desaparición. De igual manera, realizamos un análisis de datos enfocado en la creación del IMSS-Bienestar, institución que surge tras la desaparición del INSABI, dando como resultado, un cambio administrativo y estructural de todo el sistema de salud, hasta la actualidad en el año de 2025, programa que sigue en funcionamiento y pretende institucionalizar los servicios de salud universales.

Los objetivos específicos que planteamos al inicio de la investigación, buscaban guiar de manera estructurada, la sistematización de este trabajo de investigación; a continuación mencionaremos cada uno de ellos y plantearemos si este fue resuelto o no y en qué medida fue importante para el análisis documental de la investigación:

- Analizar el derecho a la salud, sus normativas y el concepto de población abierta.

Podemos mencionar que el análisis al derecho a la salud, sí tuvo fuertes implicaciones dentro de nuestro trabajo de investigación, ya que el concepto de salud se plantea de manera primordial para realizar la investigación, nosotros nos

guiamos de la definición de salud dada por la OMS, la cual plantea que la salud no es solo la ausencia de una enfermedad sino también una condición que depende del bienestar físico, psicológico e incluso económico del ser humano. Dentro de las normativas del derecho a la salud encontramos distintas instituciones que abarcan el marco legal de la política de salud en México, algunas de las normativas que podemos encontrar vigentes están presentes en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos principalmente en el artículo 123, así como también su reforma al artículo cuarto, la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su Artículo 25, el pacto internacional de derechos económicos sociales y culturales y la conferencia de alma ata, estos son algunos de los mecanismos. Mediante los cuales se rige normativamente el derecho a la salud en nuestro país. De igual forma se le da cumplimiento mediante la Ley General de Salud, la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, la ley del IMSS, la ley del ISSSTE, la ley de los institutos nacionales de salud, el reglamento de la Ley General de Salud, el reglamento de los insumos para la salud, los organismos reguladores como la COFEPRIS, el CENSIA, etc. Y en cuanto al concepto de población abierta podemos decir que es una de las principales características mediante las cuales funcionarán los tres programas analizados en el presente trabajo, puesto que hace referencia a aquella población que no cuenta con servicios de salud y que se denomina población abierta.

- Conocer los mecanismos con los que fue creado el seguro popular, INSABI e IMSS-Bienestar.

Este punto se resolvió principalmente dentro del capítulo 2, en donde hablamos de la creación de cada uno de los tres programas. En primera instancia tenemos la creación del SP y para conocer los mecanismos mediante los que fue creado, tuvimos que realizar un análisis riguroso de los antecedentes que dieron creación a

esta institución, aquellos que comienzan desde la institucionalización de los servicios de salud remontándonos al México posrevolucionario. Posteriormente se plantean los principales mecanismos mediante los que fue creado el SP, los cuales fueron mecanismos de financiamiento, disponibilidad de personal médico, compras públicas y abasto de medicamentos. Este objetivo también se cumplió a través del análisis de indicadores clave y de la revisión de fuentes oficiales. Se demostró que el Seguro Popular otorgó autonomía a cada uno de los estados para tomar sus propias decisiones en cuestiones de administración, lo que debido a nuestros hallazgos de trabajo de campo, descubrimos que, habían ciertas irregularidades puesto que muchos de estos estados no compraban lo que debían y desviaban los recursos para otros fines, el INSABI centralizó compras pero falló en la distribución, y el IMSS-Bienestar ha logrado mejorar el abasto de medicamentos y la asignación presupuestal gracias a un control operativo más consolidado, aunque todavía enfrenta desafíos en zonas rurales y con menor infraestructura.

- Describir y caracterizar los componentes institucionales y administrativos que conforman al Seguro Popular, INSABI e IMSS-Bienestar.

Este objetivo se resolvió mediante la recuperación exhaustiva de fuentes bibliográficas, en donde realizamos una descripción completa de los componentes institucionales de cada uno de los tres modelos de atención, comenzando por el SP, en donde identificamos su marco legal, sus mecanismos de afiliación, su principal estructura de financiamiento (en este caso resultó ser un modelo tripartita) y su modelo descentralizado en cuanto a la repartición de recursos y manejo de la estructura administrativa. Posteriormente realizamos un análisis del modelo del INSABI, en donde vimos como su creación implicó la desaparición del SP y su modelo de afiliación, no tuvo un buen modelo de reglas de operación, así como también se dificultó la compra de suministros debido a su modelo centralizado, así como una debilidad administrativa de sus estructuras.

En el caso del IMSS-Bienestar, surgió como un modelo centralizado igual que el INSABI pero enfocado en el acceso a los servicios mediante universalización, dando como resultado la creación de un nuevo modelo completamente diferente al del SP.

- Analizar las condiciones de los servicios de atención de la salud, de cada periodo administrativo

En el último objetivo, se logró reunir y analizar datos esenciales sobre los aspectos más importantes de los servicios de atención para cada institución, desde el Seguro Popular hasta llegar al IMSS-Bienestar. En primer lugar sobre la cobertura obtuvimos que el SP utilizó mecanismos de afiliación específicos que funcionaban para medir el cápita que se le designaba a cada persona, en cambio el INSABI eliminó este modelo de afiliación y lo transformó en uno de acceso universal, por consiguiente después de la desaparición de este modelo y la creación del IMSS-B, se pretende seguir con el modelo de universalización de los servicios aunque con un modelo de registros por unidad médica, lo cual es más eficiente que el modelo del INSABI aunque no suficiente como el modelo del SP. En cuestiones de la calidad de la atención tuvimos demasiados hallazgos tanto bibliográficos como de trabajo de campo, en donde documentamos el colapso del abasto de medicamentos desde el INSABI, posteriormente en el modelo del IMSS-B vamos teniendo mejoras progresivas, sin embargo podemos ver que esto evidencia condiciones muy distintas entre cada modelo, pero como lo menciona el entrevistado, esto ha sido un problema que ha existido desde siempre y que ha causado indignación en la población, incluso desde el funcionamiento del SP.

En cuanto a los objetivos logrados, enfocándonos en la inconformidad que planteamos en la hipótesis de nuestro trabajo, en donde planteamos que la transición del Seguro Popular al INSABI/ IMSS Bienestar, ha generado cambios

administrativos como la reorganización operativa, que han afectado negativamente la calidad de los servicios de salud, al ofrecer poca cobertura de atención y dificultades para acceder a la atención médica. Con respecto a esto, podemos decir que nuestra hipótesis si se cumplió debido a los hallazgos que logramos recuperar y haciendo el análisis comparativo el cual sustentamos con fuentes oficiales, marcos normativos clave, entrevistas y evidencia recabada de cada uno de estos mecanismos, podemos afirmar que la hipótesis que planteamos al inicio de esta investigación, se confirma, sin embargo puede ser refutada o comentada con respecto a lo mencionan otros autores. Se encontró que la desaparición del SP y la falta normativa de la posterior creación del INSABI, provocaron un deterioro en aspectos esenciales como el abasto de medicamentos, la capacidad de atención de los pacientes y sobre todo perjudicaron el acceso y la calidad de los servicios de atención de las personas sin seguridad social. Aunque el modelo actual del IMSS-Bienestar ha comenzado a corregir algunas de estas fallas, los efectos negativos que se han venido acumulando de las transiciones anteriores, complica que existan mejoras en aspectos como el abasto de medicamentos, la desigualdad de acceso para toda la población que necesita estos servicios, las limitaciones en materia de fragmentación institucional y otras problemáticas que han surgido desde la desaparición de los otros modelos de atención, han causado que a la nueva administración le resulte un gran desafío el arreglar todas las dificultades que los otros programas no pudieron resolver. Por lo tanto, los hallazgos respaldan nuestra hipótesis al demostrar que los cambios de administración tras la creación o desaparición de los modelos de atención de la salud para la población abierta, han tenido consecuencias negativas en la atención médica brindada a la población objetivo.

Como conclusión final, podemos decir que, esta investigación permitió comprender desde una perspectiva crítica, institucional y comparativa, las principales transformaciones que ha atravesado el sistema de salud mexicano, a través de los

tres modelos que dieron paso a una de las principales transformaciones del sistema de salud para proveer de servicios médicos a la población sin seguridad social. Cada uno de ellos representó no solo una estructura administrativa distinta, sino una visión política y administrativa propia para garantizar el derecho a la salud de la población abierta.

El análisis de sus componentes normativos, operativos, financieros, de gestión, operativos, da como resultado la forma en que se diseñan las políticas de salud y cómo estas pueden tener efectos en cuanto a las condiciones de acceso, atención y calidad de los servicios médicos. El Seguro Popular ofrecía un modelo bien estructurado aunque desigual en cuestiones de cobertura y otras cuestiones que no pudieron ser resueltas, el INSABI mostró cómo se pueden encontrar riesgos dentro de su modelo administrativo y por lo tanto eso hizo que no fuera funcional, en comparación con esto el IMSS bienestar plantea un modelo que pretende ser más sólido operativamente, sin embargo enfrenta retos importantes en su implementación.

A través de nuestros objetivos pudimos describir, caracterizar y analizar cada uno de estos modelos desde una perspectiva técnica y teórica, sin embargo, principalmente desde una perspectiva ética, reconociendo que cada uno de los componentes son importantes para formar una buena administración. De esta manera podemos reconocer que fue un arduo trabajo, puesto que al ser instituciones completamente distintas y creadas con fines completamente distintos, su objetivo principal siempre fue brindar servicios de salud para la población sin seguridad social, hay que reconocer que cada uno de estos modelos operó de manera distinta; sin embargo el enfoque es el mismo, lograr que la población sin acceso a servicios médicos gratuitos, tenga las mismas condiciones de acceso y de atención que cualquier otra persona, de esta forma se podrá garantizar su derecho de acceso a la salud.

Bibliografía

- Aracena, et al. (2011). *El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación*. Scielo, Cuernavaca, México. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000004
- Arellano Gault, D., Culebro Moreno, J. E., Blanco, F., & Zamudio, E. (2022). *Políticas de salud* (1ª ed.). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Cuajimalpa.
- Auditoría Superior de la Federación. (2020, 27 de febrero). *El Seguro Popular dejó sin atención a 14.5 millones de personas, revela ASF*. Expansión Política. <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/02/27/el-seguro-popular-dejo-sin-atencion-a-14-5-millones-de-personas-revela-asf>
- ASF (2015). *Política pública del primer nivel de atención en salud*. Auditoría Superior de la Federación, Ciudad de México.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Auditoría Superior de la Federación. (2009). *Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009: Seguro Popular*. https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo5/10_SEGURO%20POPULAR_a.pdf
- Becerra, M., & Posada, J. (2021). *Importancia de una APS fortalecida ante crisis sanitarias*.

- Becerra-Posada, F. (2021). *Lecciones aprendidas sobre la Atención Primaria de Salud en América Latina tras la pandemia de COVID-19*. Revista Panamericana de Salud Pública.
- Taibo, B. (2016). *Corazonadas*. Planeta.
- Bossert, T. (1998). *Coordinación en los sistemas de salud*.
- CONEVAL. (2022). *Evaluación de los programas sociales: IMSS-Bienestar*. Ciudad de México: CONEVAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2022). *Evaluación Estratégica de Salud. Primer informe* (Primera edición, septiembre 2022). Disponible en: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Evaluacion_Estrategica_de_Salud_informe_2022.aspx
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). (2021). *De Seguro Popular a INSABI: Mayor población con menor atención*. CIEP. Recuperado de https://ciep.mx/wp-content/uploads/2021/06/evolucion_insabi-2.pdf
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2015). *Programa de Acción Específico del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (PAE 2013–2018)*. Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/es/documentos/programa-de-accion-especifico-del-centro-nacional-de-excelencia-tecnologica-en-salud>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). (2023). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo* (citado en El Financiero). El Financiero.
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP). (2023). *Análisis de las reformas a la Ley General de Salud en materia de prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las*

personas sin seguridad social. Cámara de Diputados.
<https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/documento/2023/cefp0312023.pdf>

- Cardona, Acosta, Bertone (2013). *Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010)*. Gaceta Sanitaria, Barcelona.
- Cámara de Diputados. (s.f.). *Artículo 70, fracción I: Marco normativo*. Plataforma Nacional de Transparencia.
<http://pot.diputados.gob.mx/Obligaciones-de-Ley/Articulo-70/I.-Marco-Normativo>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2021). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2021). *Ley de los Institutos Nacionales de Salud*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LINS.pdf>
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. (2023). *Gasto federal en salud. Nota informativa No. 048/2023*. Cámara de Diputados. <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2023/notacefp0482023.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). *Sistema de protección social en salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI* [Informe técnico]. CEIPP- IEPSM, CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2021). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2020*. <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM>

- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). (2022, 31 de enero). *De Seguro Popular a INSABI: mayor población con menor atención*. <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>
- Chávez, Julia y Padilla, Margarito (2013). *Administración pública y políticas de salud*. Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública, México.
- Chertorivski-Woldenberg, S. (2011). *Seguro Popular: logros y perspectivas*. Gaceta Médica de México.
- CNDH (2015). *El derecho a la salud*. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, D.F.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2025). Derecho a la protección de la salud. <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derecho-la-proteccion-de-la-salud>
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
- CONEVAL. (2019). *Evaluación de diseño con trabajo de campo: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI*. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documentos/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2023). *Evaluación del derecho a la salud 2023*. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documentos/E_Derecho_Salud_2023.pdf
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (2020). *Reglamento de Insumos para la Salud*. Diario Oficial de la Federación. <https://www.dof.gob.mx>

- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). (2020). *Reglamento de Insumos para la Salud*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5617242
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(Suppl 2), S220–S232. <https://doi.org/10.21149/spm.v53i0.5043>
- Díaz-Portillo, J. A. (2021). *El INSABI en México: Avances y retos en la atención primaria en salud*. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 63(2), 115-128.
- Dávila, A. (2021, julio 31). *El fracaso del INSABI*. Buzos de la Noticia. <https://buzos.com.mx/noticia/el-fracaso-del-insabi>
- De la Torre, R. (2022). *Insabi, pandemia y esperanza de vida*. Nexos. <https://www.nexos.com.mx/?p=68120>
- Diario Oficial de la Federación. (2023). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones en materia de prestación de servicios de salud, y se ordena la integración del INSABI al IMSS- Bienestar.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (1984). *Ley General de Salud*. Publicada el 7 de febrero de 1984. Secretaría de Gobernación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Del Carmen Sara, J. C. (2019). Capacidad resolutive: piedra angular del fortalecimiento de los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 285–287. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>
- Edwin Herazo (2014). *La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia*. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 32.
- Ewig, C., & Hernández, J. A. (2019). La protección social en América Latina: desafíos y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Política Social*, 18(2), 145-160. <https://doi.org/10.18359/rtps.42698>

- Estébanez, Pilar (2002). *Exclusión social y salud*. Icaria Editorial, España.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- Flamand, Laura y Moreno, Carlos (2014). *Seguro Popular y federalismo en México: Un análisis de política pública*. CIDE, México, D.F.
- Flamand, Laura y Moreno, Carlos (2021). *Desigualdad en la atención de la salud en México*. En: De la Torre, R., Rodríguez-Orega, E., & Soloaga, I. *Política social y bienestar*. Librería CIDE.
- Frenk, J. (2004). *La planeación estratégica y la evaluación en salud*. Salud Pública de México, 46(6), 525–529. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2004/sal046l.pdf>
- Frenk, J. (2011). *La salud como derecho ciudadano*. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), S170–S177. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Knaul, F. M. (2009). *La transición del sistema de salud en México: progresos y desafíos*. The Lancet.
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Knaul, F. M. (2019). *El sistema de salud en México: de la fragmentación a la universalidad*. Salud Pública de México, 184-190.
- Frenk, J., et al. (2003). *The health system in Mexico: From fragmentation to universal coverage*. The Lancet, 362(9396), 1667–1674.
- Frenk, Julio y Gómez, Octavio (2008). *Para entender el sistema de salud de México*. Nostra Ediciones, México, D.F.
- Frenk, Liguori, Sepúlveda (1995). *Salud y Derechos Humanos*. Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Gobierno de la Ciudad de México. (s.f.). *Catálogo de servicios del Seguro Popular*. http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/seguro_popular/index/catalogoservicios.php

- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2010). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(Suppl 2), S220–S232. <https://doi.org/10.21149/spm.v53i0.5043>
- Gómez-Dantés, O., Frenk, J., & Knaul, F. M. (2011). *Política pública en salud: fundamentos y propuestas*. Fundación Mexicana para la Salud.
- Gómez-Dantés, O., Wirtz, V. J., Reich, M. R., & Garrido-Latorre, F. (2020). *Una nueva entidad para la coordinación de los servicios públicos de salud en México: el INSABI*. *Health Systems & Reform*, 6(1), e1846768. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1846768> .
- Gobierno de México. (2019, 29 de noviembre). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud* [Diario Oficial de la Federación]. https://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/prog_leg/Prog_leg_LXIV/059_DOF_29nov19.pdf.
- Gobierno de México. (2023). *IMSS-Bienestar: El nuevo modelo de salud en México*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud>
- González, I. (2018). *Indicadores en salud: antecedentes, definición y clasificación*. *Revista de Sanidad Militar*, 72(4), 329–335. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000400329
- González-Block, M. A., & López-Cervantes, M. (2011). *El Sistema de Protección Social en Salud de México: desempeño y perspectivas*. *Salud Pública de México*, 53(suppl 4), s586–s593.
- Gómez, Sesma, et al. (2011). *Sistema de salud en México*. CISS, Cuernavaca, Morelos.
- Gordillo, A. (2006). *Tratado de Derecho Administrativo, Tomo 2: La Defensa del Usuario y del Administrado* (8ª ed.). Fundación de Derecho Administrativo.

- Gutiérrez, P., Pérez, O. L., & Martínez, J. (2025). Diferenciación de servicios médicos en un sistema de salud segmentado. *Ciencia Latina*, 14(2), 45–58. Recuperado de <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/16845>
- Gwatkin, Wagstaff & Yazbeck (2005). *Llegar a los pobres: Con salud, nutrición y servicios de población*. Banco Mundial, Colombia.
- Huerta Ochoa, C. (2000). Constitución y diseño institucional. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. <https://revistas.juridicas.unam.mx/>
- Huber, E., & Stephens, J. D. (2001). *Development and crisis of the welfare state: Parties and policies in global markets*. University of Chicago Press.
- Inoue Cervantes, A., Pérez Román, M. P., & Carpio Cortés, C. (2024). INSABI: avances y retrocesos en la política de salud para fomentar el desarrollo social en México. En S. de la Vega Estrada (Coord.), *Empobrecimiento y desigualdad regional: causalidades y efectos* (pp. 113–130). Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto de Investigaciones Económicas; Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional. ru.iiec.unam.mx
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (2017). Aspectos éticos en la atención médica. <https://incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eticaatencionmedica.html>
- IMSS-Bienestar. (2025). *Estatuto Orgánico del Organismo Público Descentralizado IMSS-BIENESTAR* (última mod. 19-03-2025). Gobierno de México. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/Estatuto_Organico_IMSS_Bienestar.pdf
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). *¿Qué es el INSABI?* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/insabi/es/articulos/que-es-el-insabi>.

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2021). *Ley del Seguro Social*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
- IMSS (2023). *IMSS: Horizonte del bienestar social para el México del siglo XXI*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas (2013). *La fragmentación del sistema nacional de salud*. UNAM, Ciudad de México.
- Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO). (2019). *Sube y baja de los recursos para la salud*. <https://imco.org.mx/sube-y-baja-de-los-recursos-para-salud>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución, 2020*. Censo de Población y Vivienda 2020. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2021). *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. Diario Oficial de la Federación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (s.f.). *Aspectos éticos en la atención médica*. <https://incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eticaatencionmedica.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). *A propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de*

octubre). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_LuchaCMama24.pdf

- José Santos (2014). *La vacunación en México en el marco de las décadas de las vacunas: logros y desafíos*. Gaceta Médica de México, 150(3), 180–183.
- Knaul, [et.al](#) (2012). The quest for universal health coverage: Achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259–1279. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)
- Kornblit, A. L., & Mendes Diz, A. M. (2000). *La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Contenidos curriculares* (1ª ed.). Grupo Editor Aique.
- Lira Romero, J. M. (2025). La rectoría de la salud corresponde al IMSS-Bienestar? *Salud Pública de México*, 67(2), marzo-abril.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Revista Internacional de Salud Pública, 58(1), 5–14.
- Laurell, et al. (2004). *La reforma del sector salud en México: 20 años de uso de un diagnóstico equivocado*. Salud Pública de México, 491–497. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2004/sal046l.pdf>
- López Arellano, O., & López Moreno, S. (Coords.). (2015). *Derecho a la salud en México* (1ª ed.). Universidad Autónoma Metropolitana.
- López Puig, P., García Milian, A. J., Segredo Pérez, A. M., Alonso Carbonell, L., & Santana Felipe, A. (2014). Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4), 249–258. https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662014000400002&script=sci_abstract
- López Arellano, Gil Blanco (1994). *Modelos socio médicos en salud pública: coincidencias y desencuentros*. UAM-Xochimilco, México.

- Lynn, L. E., Heinrich, C. J., & Hill, C. J. (2000). Studying governance and public management: Challenges and prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 233–261. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jopart.a024270>
- M.A. del Pilar Suarez (2009). *Aspectos fundamentales de los DESC*. En Molina (ed.), *Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, (pp. 66–113). Editorial Kimpres Ltda.
- México Evalúa. (2024, agosto 15). *Las paradojas del gasto en salud a junio 2024*. Números de Erario.
- Méndez Méndez, J. S., & Llanos Guerrero, A. (2021, junio 21). *De Seguro Popular a INSABI: Mayor población con menor atención*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>
- Mesa-Lago, C. (2015). Reformas estructurales y re-reformas de pensiones, y sus efectos en el bienestar social: el caso de Chile. *Política y Sociedad*, 52(3), 719-739. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/download/45378/47856/94111>
- Molinar Horcasitas, J. F. (2005). *Salud y política en México: entrevistas con actores clave*. Secretaría de Salud y Editorial Siglo XXI.
- Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* [Tratado]. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

- Nigenda, G. (2013). *El desarrollo de los recursos humanos en salud en México: una agenda para la política sectorial*. Salud Pública de México, https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55n2/v55n2a13.pdf
- Nivaldo Linares, Oliva López (2012). *Inequidades en la salud en México*. Gaceta Médica de México.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre la salud en el mundo 2018: La cobertura sanitaria universal*. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565536>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Recuperado de <https://biblioteca.hegoa.ehu.eus/downloads/15783/%2Fsystem%2Fpdf%2F273%2FInforme sobre la Salud en el Mundo 2006.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- OMS (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*.
- OMS (2008). *La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Guía para la elaboración de planes de salud*. Recuperado

de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-LEG-EMC_2010Spa.pdf

- OPS (2013). *Cobertura universal en salud*. Organización Panamericana de la Salud, México, D.F.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/sa4.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en salud: un marco de acción para las Américas*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/OPS_Cobertura_Universal_Salud_Equidad.pdf
- OPS y OMS (2013). *Cobertura universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. Organización Panamericana de la Salud, México.
- Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *Salud universal*. <https://www.paho.org/es/salud-universal#:~:text=Salud%20universal%20consiste%20en%20garantizar,y%20sin%20sufrir%20dificultades%20financieras>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*. OPS. <https://www.paho.org>
- Pontifes Martínez, A. (2002). *Relaciones intergubernamentales*. *Gaceta Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal*, (65), 43–59. <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/gaceta-mexicana/article/viewFile/25094/22500>.
- Ramiro López (2024). *El derecho humano a la salud: acepciones e implicaciones en la historia de la salud en México*. Universidad de Limoges.
- Rodríguez Ana, et al. (1998). *Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX*. Scielo, Brasil.

- Rosa Ma. de la Torre (s.f.). *El derecho a la salud*.
- Robledo Zoe (2024). La transformación del sistema de salud Mexicano, Salud Publica de Mex, Ciudad de México.
- Rubén Ardila (2003). *Calidad de vida: una visión integradora*. Revista Latinoamericana de Psicología, Colombia.
- Reyes-Morales, H. (2024). La atención primaria como eje del sistema nacional de salud. *Salud Pública de México*, 66(5), 631–636. <https://doi.org/10.21149/15744>
- Saavedra, N., Galván, J., Pérez, A., & Berenzon, S. (2014). *Saberes y decires acerca del Seguro Popular*. UAM Xochimilco. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/352/352>
- Sáenz, L., & Cantuarias, E. (1977). La coordinación en los sistemas de servicios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 83(3), 1–13. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/hcr/n12-131977/art2.pdf>
- Saavedra, N., Berenzon, S., Pérez, A., & Galván, J. (2014). *Saberes y decires acerca del Seguro Popular. Un estudio en centros de Primer Nivel de Atención de la Ciudad de México*. *Salud Problema*, 8(15), 25-36. Recuperado de <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/34206>
- Santos, J. (2014). *La vacunación en México en el marco de las décadas de las vacunas: logros y desafíos*. *Gaceta Médica de México*, 150(3), 180–183.
- Secretaría de Salud. (2023). *Sistema de Salud para el Bienestar: Informe de avances 2023*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud>
- Secretaría de Salud / Salud Pública de México. (2005). *Sistema de Protección Social en Salud: origen, operación y efectos*. *Salud Pública de México*, 47(Supl. 1), S27-S39. (El artículo encontrado en Redalyc con descripción del SPSS)

- Secretaría de Salud. (2019). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSA_M_170718.pdf
- Secretaría de Salud. (2015). *Salud en México*. Dirección General de Calidad en Salud. Recuperado de https://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_segunda_edicion.pdf
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2023). *Propuesta de Plan de Trabajo 2023-2027*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814403/Prop-Plan-Trab-InGer-Garcia-Pena.pdf>
- Suárez Sebastián, M. del P. (2009). *Derechos económicos, sociales y culturales* (p. 62). Academia Judicial de Chile.
- Vargas, 2014, *Modelos de protección social en salud en América Latina*, p 88.
- Vargas Gutiérrez, M. (2023). *IMSS-Bienestar: entre el derecho a la salud y la recentralización de los servicios públicos de salud en México*. *El Trimestre Económico*, 90(359), 693–716.
- Van der Stuyft, P. (2008). *La atención médica en tres niveles*. Universidad de Gante.
- Vélez, Á. (2007). *Determinantes sociales y económicos de la salud y la enfermedad*. *Revista Ciencias de la Salud*, 99–116.
- World Bank. (2004). *Resource Allocation and Purchasing in Health Systems*. Documento preparado para el proyecto del Banco Mundial sobre Asignación de Recursos y Compras en Sistemas de Salud. Recuperado de <https://documents1.worldbank.org/curated/en/451071468762912145/pdf/315940HNP0Chap1enRAforHlthEqtyFinal.pdf>

- World Health Organization. (2018). *Health systems governance (tema) – Universal Health Coverage*. Recuperado de <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage/health-systems-governance>

ANEXOS

Anexo 1. Comparativa del gasto en salud en México

Como podemos ver interpretado en el grafico 1, en el año 2008 el gasto total destinado al sector salud fue del 46.7 %. Sin embargo, este ha tenido un aumento lento en los últimos años. Desde 1990, el gasto se encontraba en un porcentaje total del 40.4 %, lo que quiere decir que aumentó casi 7 puntos porcentuales en 10 años. En el año 2008, el gasto era de 330,339 millones de pesos, el cual se dividió en: SSa (45.2 %), IMSS (42 %) y, por último, ISSSTE (9.7 %) (Gómez et al., 2010).

Para el sector privado, en el año 2007 el gasto destinado al sector salud representó el 54.6 % del gasto total en salud. “Alrededor del 93 % de este gasto son pagos de bolsillo y el 7 % corresponde al pago de primas de seguros médicos privados” (Gómez et al., 2010, p. 226).

Como podemos observar, a diferencia de otros países, México tiene el mayor índice de gasto de bolsillo. El gasto de bolsillo se refiere a todas aquellas consultas externas o materiales que se compran por fuera de los servicios que ofrecen los sistemas de salud públicos; es decir, aquellos gastos que corren por cuenta del ciudadano, pero que, en última instancia, están destinados a servicios médicos privados (Gómez Dantés et al., 2010, p. 226).

Esto quiere decir que, a pesar de la creación de servicios de salud encargados de brindar atención médica a la población abierta, las cifras nos muestran que aún existen personas que siguen incurriendo en un alto gasto de bolsillo. Esto puede

deberse a diversos factores que afectan al sistema de salud en México, como la falta de materiales para atender a toda la población y, por ende, la limitada capacidad para distribuir medicamentos.

Sin embargo, gracias a cifras oficiales recabadas de un análisis estadístico del periodo 2000 a 2015, se pudo observar una disminución constante en el número de personas que no tenían acceso a los servicios médicos: “En este sentido, con base en datos censales, esta carencia se redujo 42 puntos porcentuales del 2000 al 2015 (de 58.6 % a 16.7 %); no obstante, esta disminución continua en el país se interrumpió en el año de 2018. De tal manera que la carencia por acceso a los servicios de salud a nivel nacional pasó de 16.2 % en 2018 a 28.2 % en 2020” (CONEVAL, 2023, p. 11).

Gráfica que representa el Gasto total en salud en 2000 y 2008

Cuadro 3

Indicador en México	Año	Datos
Gasto total en salud como % del PIB	2000	5.1%
Gasto total en salud como % del PIB	2008	5.9%

Fuente: Elaboración Propia con datos de Gómez Dantes et.al. 2010

Gráfica que representa el gasto en salud como porcentaje del PIB en América Latina

Cuadro 4

Indicador	Año	Datos
México, gasto total en salud como % del PIB	2008	5.9%
Argentina, gasto total en salud como % del PIB	2008	9.8%
Colombia, gasto total en salud como % del PIB	2008	7.4%
Costa Rica, gasto total en salud como % del PIB	2008	8.1%
Uruguay, gasto total en salud como % del PIB	2008	8.2%
Promedio Latinoamericano de gasto en salud como % del PIB	2008	6.9%

Fuente: Elaboración Propia con datos de Gómez Dantes et.al. 2010

Gráfica que representa el gasto Per cápita en salud en México, periodo 2007-2008

Cuadro 5

Indicador México	Año	Datos
Gasto público Per-Cápita en salud	2007	US\$ ppp 415.4
Gasto per cápita en salud	2008	US\$ ppp 890

Fuente: Elaboración Propia con datos de Gómez Dantes et.al. 2010

Gráfica que representa la variación del gasto en salud

Tabla 6

Indicador	Año	Datos
Gasto público en salud como % del gasto total (México, 1990)	1990	40.4%
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total (México, 2008)	2008	46.7%
Gasto público en salud total (México, 2008)	2008	330,339 millones de pesos (30 millones de dólares)
Distribución del gasto público en salud	2008	SSA: 45.2% IMSS: 42% ISSSTE: 9.7%

Fuente: Elaboración Propia con datos de Gómez Dantes et.al. 2010.

Tabla 7. Cuadro de Categorías y variables que explican el funcionamiento de las instituciones de salud en Gobernanza del SP, INSABI e IMSS-BIENESTAR.

Categoría	Variables	Indicadores	Seguro Popular	INSABI	IMSS-Bienestar	Resultados entrevista doctor Javier Lozano Seguro Popular	Resultados entrevista Dr. Javier Lozano INSABI	Resultados entrevistado IMSS-Bienestar
Gobernanza	Coordinación interinstitucional	Establecimiento de relaciones con otras instituciones públicas o privadas para la toma de decisiones y/o para la atención médica.	Coordinación con los SESA, a partir de la CNPSS, la Secretaría de salud e instituciones privadas por el FPCGC	Relaciones únicamente públicas pues muchos Estados no firmaron el convenio de participación.	Coordinación estatal y federal, sin coordinación con instituciones privadas.	Existían convenios de portabilidad con IMSS e ISSSTE, el Seguro Siglo XXI estaba vinculado con financiamiento del Banco Mundial.	En opinión del entrevistado no se logró establecer una red efectiva de relaciones interinstitucionales. Los estados de la república no recibieron los recursos necesarios.	A través de los Comités de Salud (COSABI) los cuales son comités de salud para el bienestar, formados por la misma población y se encargan de mejorar el funcionamiento de los servicios de salud, funcionan mediante la Secretaría de Bienestar, ciudadanía e IMSS-Bienestar, la creación de programas regionales como el del Río Balsas y Justicia Social, implican la colaboración interinstitucional para atacar la marginación.
Gobernanza	Coordinación intergubernamental	Coordinación entre la federación y los Estados de la república para la toma de decisiones y para la dispersión de recursos.	Existencia de coordinación intergubernamental a través de convenios de coordinación	No había una buena coordinación intergubernamental pues no todos los estados firmaron el convenio de participación	Convenios de transferencia de servicios estatales de salud en donde básicamente se centralizan todos los procesos y mecanismos de toma de decisiones.	Esquema de financiamiento mixto con transferencias federales a los estados, calculadas por cápita, los recursos estaban destinados a fondos específicos: CAUSES, Gastos Catastróficos, Siglo XXI, con reglas claras de operación, y relativa autonomía estatal.	No logró establecer una coordinación efectiva con los estados. Se pretendía que la federación proporcionara insumos, medicamentos y recursos, pero los estados no recibieron lo necesario para operar.	La coordinación intergubernamental es mínima, dado que se basa en un modelo centralizado, en el que la federación no transfiere recursos monetarios a los estados, sino insumos en especie (medicamentos, equipo, infraestructura).
Gobernanza	Mecanismo administrativo de toma de decisiones (centralización/descentralización)	Estructura de toma de decisiones centralizada/descentralizada	Modelo descentralizado aunque sus recursos eran principalmente federales, mediante los REPSS.	Era un modelo centralizado, por lo tanto los estados tenían poca o nula participación en la toma de decisiones.	Modelo centralizado pero los Estados y la población tienen poca participación dentro de los COSABI.	Funcionaba con un modelo descentralizado, cada estado tenía relativa autonomía en la gestión.	Según el entrevistado no se consolidó ni como un modelo centralizado ni como uno descentralizado, generando confusión operativa.	Estructura fuertemente centralizada, el modelo implica que los estados dependan completamente de lo que la federación les entregue.
Gobernanza	Control interno y externo	Existencia de plataforma para quejas y denuncias en funcionamiento.	Línea nacional de atención al usuario del SP, cada REPSS tenía su propio mecanismo local de quejas,	Se creó el portal del INSABI con una sección de quejas en línea.	Utiliza el sistema de quejas y denuncias del IMSS (SIDE), y cada unidad médica está obligada a contar con buzón, registro de quejas y acceso a la plataforma,	No se menciona ninguna plataforma formal de quejas por unidad médica.	No se menciona existencia ni funcionamiento de plataformas de quejas y denuncias por unidad médica	Se realizan supervisiones y diagnósticos en unidades de segundo y tercer nivel, y que hay procesos de vigilancia de calidad y seguridad del paciente para evitar eventos adversos. Sin embargo, no refiere un mecanismo o plataforma disponible para usuarios a nivel de unidad médica para presentar quejas.

Tabla 8. Cuadro de Categorías y variables que explican el funcionamiento de las instituciones de salud en Modelo de atención en salud del SP, INSABI e IMSS-BIENESTAR, (continuación).

Categoría	Variables	Indicadores	Seguro Popular	INSABI	IMSS-Bienestar	Resultados entrevista doctor Javier Lozano Seguro Popular	Resultados entrevista Dr. Javier Lozano INSABI	Resultados entrevistado IMSS-Bienestar
Modelo de atención en salud	Régimen de aseguramiento	Régimen contributivo o no contributivo	Modelo no contributivo, pero con cuotas tripartitas	No contributivo	No contributivo	No contributivo, cada persona afiliada tenía asignado un capital financiado con recursos públicos federales y estatales.	No contributivo, sin embargo, al fracasar en su operación y eliminar fideicomisos, se incrementó el gasto de bolsillo de los pacientes, afectando su gratuidad efectiva	No contributivo. Los insumos, medicamentos y equipamiento se entregan en especie desde la federación a las unidades.
Modelo de atención en salud	Enfoque de política pública en salud	Enfoque de política pública (de protección financiera, o de acceso universal a la salud; de gastos catastróficos o de prevención primaria en salud, etc.).	Enfoque de protección financiera en salud y aseguramiento mediante un modelo tripartita, incorporando el modelo de atención de la APS	Aspiración a un acceso universal a la salud sin aseguramiento; el foco dejó de ser la "protección financiera" para centrarse en los servicios universales	Enfoque de cobertura universal gratuita, enfocada en la atención preventiva y comunitaria de la salud.	Su enfoque principal fue la protección financiera y la cobertura universal progresiva.	Aunque se planteó como un modelo de acceso universal y gratuito, en la práctica no logró consolidar su enfoque.	Se basa en un modelo de acceso universal a la salud, con un giro importante hacia la prevención primaria y la medicina comunitaria.
Modelo de atención en salud	Mecanismos de afiliación y selección de personas beneficiarias	Mecanismos de afiliación y selección de personas beneficiarias	Proceso de inscripción formal a través del Régimen Estatal de Protección social en salud (REPSS). Las personas beneficiarias podían estar dentro del programa por 3 años	Dada su aspiración "universalista", no se necesitaba un proceso de afiliación, el único criterio era no contar con seguridad social.	No se necesita proceso de afiliación; sin embargo cuenta con un padrón nominal a partir de los registros de población sin seguridad social.	Según el entrevistado existía un mecanismo claro de afiliación individual, donde cada persona tenía un capítulo asignado, la afiliación se formalizaba mediante documentación, se emitía una póliza de afiliación y había sistemas que registraban y validaban beneficiarios.	No implementó un sistema formal de afiliación: se prometió atención universal sin necesidad de afiliarse, pero en la práctica esto generó confusión e informalidad.	Según el entrevistado la atención es por universalidad: se busca atender a toda persona sin seguridad social, se realizan diagnósticos comunitarios y acciones territoriales a través de equipos de salud y comités (COSABI), pero aún falta consolidar una plataforma de identificación nominal.
Modelo de atención en salud	Población objetivo y tipo de beneficiarios	Promedio de personas afiliadas en los dos últimos años de referencia a nivel nacional en el SP, INSABI e IMSS-Bienestar, respectivamente.	52, 265,179.5 millones de personas afiliadas según el promedio de los últimos dos años de funcionamiento del SP.	25.35 millones de personas afiliadas según el promedio de funcionamiento de los dos últimos años de funcionamiento del INSABI.	37.5 millones de personas afiliadas según el promedio de funcionamiento de los dos últimos años de funcionamiento.	NO HAY INFORMACIÓN // NO APLICA	NO HAY INFORMACIÓN // NO APLICA	NO HAY INFORMACIÓN // NO APLICA

Tabla 9. Cuadro de Categorías y variables que explican el funcionamiento de las instituciones de salud en Estructura Administrativa del SP, INSABI e IMSS-BIENESTAR. (Continuación).

Estructura Administrativa	Marco normativo	Principales instrumentos normativos que dan origen y certeza a la política de salud	Ley general de salud, reglas de operación del SP, CAUSES, Fondo de protección contra gastos catastróficos, convenios entre Estados-Federación.	Reforma de la ley general de salud en el año de 2019, acuerdo con el que se establece el INSABI.	Reforma a la ley general de salud del año 2022 y 2023 para dar creación al IMSS-B, convenios de transferencia entre estados-federación y lineamientos internos del IMSS.	Tenía instrumentos normativos claros y estructurados emdiante las hojas de afiliación a aususraios, la carta de corresponsabilidad para aceptar las condiciones del programa, las reglas de operación, los conevnios federacion-estados, el CAUSES y el de gastos catastróficos, su instrumento de creacion en el año de 2003	Aunque se creó mediante decreto, no logró establecer reglas operativas claras.	El modelo actual busca centralizar operaciones y se rige por lineamientos internos del IMSS-Bienestar, pero aún está en desarrollo su normatividad formal como organismo autónomo.
Estructura administrativa	Disponibilidad de Recursos Humanos para la atención médica (personal médico)	Número de médicos por cada mil pacientes durante los últimos dos años de funcionamiento del SP, INSABI e IMSS-B, según corresponda.	0.868 medicos por cada 1,000 afiliados	0.66 médicos por cada mil pacientes	1.0377 médicos por cada mil pacientes	No logró completar las plantillas de recursos humanos en muchas entidades. La dotación de médicos y personal de salud era insuficiente, sobre todo en zonas rurales o marginadas.	Se produjo un deterioro en la dotación de personal médico, en parte por la falta de coordinación y recursos a nivel estatal.	Se reconoce que aún no se ha alcanzado una cobertura adecuada, pero el modelo está enfocado en fortalecer la medicina preventiva y ampliar el personal comunitario.
Estructura administrativa	Productividad del personal médico	Total de consultas entre el total de horas laboradas por cada 1,000 médicos durante los últimos dos años de operaciones del SP,INSABI, IMSS-B	3.0571 consultas por hora (1,000 médicos).	2.4224 consultas por hora x 1,000 médicos.	2.966 consultas por hora x 1,000 médicos	La operación era más ágil debido a que los estados tenían autonomía operativa y financiera.	Se eliminaron fondos esenciales y se desorganizó el sistema de atención, lo que causó demoras e inestabilidad en la atención médica.	El modelo prioriza la medicina preventiva y comunitaria, con la intención de descongestionar los hospitales a largo plazo, pero aún no se ha consolidado.
Estructura administrativa	Calidad de la atención y valoración al personal de los servicios de salud	Número de quejas presentadas en las plataformas oficiales con respecto a la atención médica	70 quejas para Gestiones inmediatas, 71 quejas para quejas concluidas y por último 34 quejas para Dictámenes	Gestiones inmediatas fueron de 27 quejas, para la categoría de quejas concluidas fueron de 49 quejas y por último para la categoría de dictámenes fueron de 46 quejas.	Gestiones inmediatas 124 quejas, en quejas concluidas un total de 51 quejas y para dictámenes un total de 60 quejas.	Existía una estructura sólida de rendición de cuentas, especialmente en los programas auditados por Hacienda y organismos internacionales (como el Banco Mundial). La población se sentía mayormente satisfecha, pues no tenía que pagar por estudios o medicamentos.	La insatisfacción ciudadana aumentó significativamente.	Uno de los principales motivos de insatisfacción actual son los medicamentos, las quejas pueden estar concentradas en el abasto y no tanto en el trato del personal médico.
Estructura administrativa	Presupuesto y asignación de los recursos	Mecanismos de asignación presupuestal	Afiliación per-cápita, régimen de aseguramiento descentralizado, también con mediante el FPGC y los FASSA	La distribución dependía de la repartición de recursos por parte de la federación	Convenios entre Estado-Federación,El financiamiento proviene del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) vía IMSS, pero con etiquetado específico para IMSS-Bienestar, el presupuesto se asigna por la federacion con base en las necesidades del propio sistema	Contaba con recursos limitados pero con esquemas definidos: aproximadamente 80 mil millones de pesos en CAUSES enviados a los estados, un fideicomiso de 12 mil millones para gastos catastróficos, y el Seguro Médico Siglo XXI. Se reconoce que los recursos no alcanzaban para cubrir todos los servicios (por ejemplo, insuficiencia renal requería 40 mil millones y solo había 12 mil). Además, había problemas por no poder blindar financieramente el CAUSES en fideicomiso, lo que permitió desvío de recursos estatales.	Intentó implementar un modelo centralizado parcial, donde la federación compraba medicamentos e insumos y enviaba recursos a los estados, pero no se consolidó.	Actualmente opera con un modelo totalmente centralizado, ya no se transfiere dinero en efectivo a las entidades, sino insumos y servicios.
Estructura Administrativa	Modelo de compras publicas en salud	Compra de medicamentos centralizada o descentralizada	Sistema de compra descentralizado, responsabilidad de la secretaria de salud, los FASSA y los REPSS.	La compra de medicamentos era centralizada, a través de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) y la Secretaría de Hacienda (SHCP).	Esquema centralizado compras se gestionan directamente desde el IMSS, con apoyo de BIRMEX (Biológicos y Reactivos de México) como operador logístico	Descentralizada. los recursos del CAUSES (~80 mil millones de pesos) se enviaban a los estados, quienes se encargaban de comprar medicamentos e insumos localmente.	Se intentó una centralización parcial de la compra de medicamentos, donde la federación buscaba adquirirlos y distribuirlos a los estados, pero según el entrevistado, no se logró consolidar.	compra centralizada, la federación compra los medicamentos e insumos y los entrega en especie a los estados.