

**SISTEMA DE SALUD MEXICANO:
DE LA DESCENTRALIZACIÓN HACIA
LA RE-CENTRALIZACIÓN***

MEXICAN HEALTH SYSTEM:
FROM DECENTRALIZATION TO RE-CENTRALIZATION

SYSTÈME DE SANTÉ MEXICAIN:
DE LA DÉCENTRALISATION À LA RECENTRALISATION

María Magaly VARGAS-RUIZ*

RESUMEN: En México, el sistema de salud es esencial dentro de las responsabilidades del Estado. Históricamente, se han implementado modificaciones en su estructura en la búsqueda de eficientar su operación, y con ello contribuir a la equidad y a la justicia social. El objetivo de este trabajo fue analizar el impacto de la última modificación orgánico-estructural realizada al sistema de salud relativa a la recentralización de los servicios de salud. A través de un análisis legislativo de la última modificación al sistema de salud y de investigación documental por el periodo 1970-2018, se identificaron los principales cambios organizacionales y su impacto. Se encontró que el proceso de recentralizar propuesto no está bien definido, prevaleciendo el establecimiento de acuerdos de coordinación entre el gobierno federal y las entidades federativas. Se concluye que la propuesta de recentralizar a través del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar se limita a una modificación en la denominación, ya que continúa sustentada en la concurrencia con las entidades federativas;

* Recibido el 11 de mayo de 2022 y aceptado para su publicación el 13 de septiembre de 2022.

** Programa de Becas Posdoctorales, Coordinación de Humanidades, Instituto de Investigaciones Jurídicas-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México, México. Autor de correspondencia: mm.vargasruiz@gmail.com

Este trabajo fue realizado con el apoyo del Programa de Becas Posdoctorales de la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo la tutoría de la doctora María del Pilar Hernández Martínez, adscrita al Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Coordinación de Humanidades.



por lo que no representa una transformación sustancial para superar la fragmentación del sistema, ya que la recentralización implica la búsqueda de mecanismos legales, de organización y financiamiento que impacten en la mejora de su desempeño.

Palabras claves: organización del sistema de salud, descentralización, recentralización.

ABSTRACT: In Mexico, the health system is essential within the responsibilities of the State. Historically, modifications implemented in its structure in the search to make its operation more efficient, and thereby contribute to equity and social justice. The objective of this work was to analyze the impact of the last organic-structural modification made to the Health System related to the re-centralization of health services. Through a legislative analysis of the last modification to the health system and documentary research for the period 1970-2018, the main organizational changes and their impact were identified. It was found that the proposed re-centralization process is not well defined, prevailing on the establishment of coordination agreements between the federal government and the states. In conclusions the proposal to re-centralize through the National Institute of Health for Welfare, is limited to a change in the denomination, since it continues supported by the concurrence with the federal entities. Therefore, it does not represent a substantial transformation to overcome the fragmentation of the system, since re-centralization implies the search for legal, organizational and financing mechanisms that have an impact on improving its performance.

Keyword: health system, decentralization, centralization.

RÉSUMÉ: Au Mexique, le système de santé est essentiel dans le cadre des responsabilités de l'État. Historiquement, des modifications ont été apportées à sa structure dans le but de rendre son fonctionnement plus efficace, et ainsi contribuer à l'équité et à la justice sociale. L'objectif de ce travail était d'analyser l'impact de la dernière modification organique-structurelle apportée au système de santé liée à la recentralisation des services de santé. A travers une analyse législative de la dernière modification du système de santé et une recherche documentaire pour la période 1970-2018, les principaux changements organisationnels et leurs impacts ont été identifiés. Il a été constaté que le processus de recentralisation proposé n'est pas bien défini, prévalant l'établissement d'accords de coordination entre le gouvernement fédéral et les États. Il est conclu que la proposition de recentralisation à travers l'Institut national de

la santé pour le bien-être se limite à un changement de dénomination, car elle continue d'être soutenue par l'accord avec les entités fédérales; par conséquent, cela ne représente pas une transformation substantielle pour surmonter la fragmentation du système, puisque la recentralisation implique la recherche de mécanismes jurídicos, organisationnels et financieros qui ont un impact sur l'amélioration de sa performance.

Mots clés: organisation du système de santé, décentralisation, recentralisation.

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Organización de los sistemas de salud.* III. *De la descentralización hacia la re-centralización.* IV. *Conclusiones.* V. *Referencias bibliográficas.*

I. INTRODUCCIÓN

Desde la década de los setenta, con la Declaración de Alma-Ata, se reconocieron los valores que deben sustentar los sistemas de salud: equidad, justicia social, derecho a una mejor atención para todos, participación y solidaridad; en la búsqueda de su logro resulta importante eficientar su operación y garantizar su sustentabilidad a través de su diseño organizacional.

Garantizar que los sistemas de salud respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados conlleva una reorientación y reformas sustanciales a los sistemas de salud; asimismo, requiere de una fuerte articulación con otros sectores implicados en el cumplimiento de los derechos sociales interrelacionados, como es el caso de la educación, la alimentación, la vivienda, entre otros.

El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de la última modificación orgánico-estructural realizada al sistema de salud relativa a la recentralización de los servicios de salud.

Se consideró importante abordar este tema debido al relevante papel que juega el sistema de salud en la disminución de las desigualdades, dados sus vínculos con el desarrollo social y económico; sin embargo, a lo largo de su historia no se han logrado los objetivos relativos a la equidad y justicia social debido a sus características organizacionales, que obstaculizan su óptimo desempeño.

Este trabajo se integra de los siguientes apartados: en el primero, se presentan los antecedentes de la necesidad de conformación de los sistemas de

salud, así como los relativos a la organización y evolución del sistema de salud mexicano del periodo 1970-2018; en el siguiente, se expone el proceso de descentralización y la propuesta de su federalización o recentralización, para finalizar con la exposición de las conclusiones de los principales hallazgos.

II. ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

En este apartado se presentan los antecedentes de la necesidad de creación de un sistema de salud en el contexto internacional, así como la organización y evolución del sistema de salud mexicano a partir de sus estrategias, planes y ejes por el periodo de 1970 a 2018, como marco de referencia para el mejor entendimiento de la estructura a través de la que ha operado.

1. *Antecedentes de la organización de los sistemas de salud*

El sistema de salud es definido como la red de servicios con el objetivo de proporcionar a la población un nivel óptimo de salud, para proteger el riesgo de enfermedad, para satisfacer las necesidades individuales de salud y la distribución de los servicios de salud de manera equitativa. Sus funciones incluyen la prestación de servicios de salud, financiamiento, generación de recursos, supervisión y regulación.¹

El primer antecedente de la conformación de un sistema de salud es posterior a la Primera Guerra Mundial, cuando en Reino Unido se reconoció la necesidad de reorganización de los gobiernos y, por lo tanto, de los sistemas de salud, bajo el principio de cobertura universal, entendido como el aseguramiento de los servicios de salud a toda la comunidad.

En este contexto, el Informe Dawson de Penn fue emitido en 1920, derivado de la urgencia por el establecimiento metódico de una política de salud constructiva, y la importancia de la vinculación del gobierno local con los servicios médicos y las necesidades de salud de la comunidad. Las recomendaciones de este Informe estaban dirigidas a ofrecer mejores servicios tanto para la atención de las necesidades de salud como para asegurar la adquisición de infraestructura (edificios y equipos), la organización de servicios de salud correlacionados, asequibles y de calidad; la coordinación entre la medicina preventiva y curativa, y el respeto a la libertad de acción para el médico y el paciente.

¹ Pan American Health Organization, *Biblioteca Virtual. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)*, 2020.

Este Informe fue el primer precedente de la organización de los servicios de salud, clasificados en domiciliarios versus institucionales, e individuales versus públicos; articulados hacia centros primarios de salud con distinta complejidad y tamaño de acuerdo con las condiciones locales y situación geográfica (rural o urbana), que otorgaban medicina curativa y preventiva. Estos centros primarios tenían como base un centro secundario de salud, para la atención de los casos complicados o especiales. Paralelamente, se implementaron servicios complementarios como parte esencial del esquema, vinculados con los centros primarios y secundarios. Este movimiento intentó aportar respuestas racionales, basadas en datos científicos y con visión de futuro, a las necesidades sanitarias y a esas expectativas sociales.²

Más adelante, en la década de los setenta, con la Declaración de Alma-Ata, surgida del movimiento en pro de la Atención Primaria de Salud (APS), se establecen los valores que deben buscar los sistemas de salud: la equidad, la justicia social y el derecho a una salud para todos. Estas recomendaciones otorgaban a los Estados la responsabilidad de la mejora de las condiciones de la salud de su población, mediante la organización de sistemas de salud basados en la APS, así como el aseguramiento de recursos humanos, financieros y materiales que garantizaran su adecuada operación.³

Los valores de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud continúan vigentes; sin embargo, son aún un reto a pesar de los avances en salud en el ámbito global. Estas premisas aún se constituyen como un reto, dado que los sistemas de salud no son totalmente eficientes debido a defectos evitables; esto se observa diariamente con los obstáculos de acceso a la atención en salud y la falta de cobertura de los servicios esenciales de salud, como la cobertura de los esquemas de vacunación completos, las diferencias en las tasas de mortalidad infantil entre las áreas rurales y urbanas, o el empobrecimiento generado por los pagos de bolsillo, entre otros.⁴

² Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines, *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920*, trad. Dawson, Report on the Future Provision of Medical Allied Services, 1920, por la Oficina Sanitaria Panamericana. Publicado con el permiso de H. M. Stationery Office, Londres. Propiedad del Gobierno del Reino Unido. Publicación científica, núm. 93, Organización Panamericana para la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS, 1964.

³ Ejecutivo, C., *Evaluación: actualización y proyecto de plan de trabajo para 2020-2021* (núm. EB146/38 Add.1), Organización Mundial de la Salud, 2019, p. 3.

⁴ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2009, pp. 6-8.

La APS ha promovido una importante cooperación técnica internacional generadora de políticas públicas, bajo premisas de acceso, cobertura y capacidad resolutiva universales, al constituirse como el eje conductor para la organización de los sistemas de salud y el establecimiento de los resultados en salud a obtener dadas las características y el contexto del sistema de salud (abiertos, flexibles, intersectoriales).⁵

Los sistemas de salud han sido influidos por los cambios globales; las crisis económicas y políticas plantean a los servicios estatales e institucionales el reto de garantizar la cobertura universal que implica el acceso a los servicios de salud y su financiamiento, lo que limita su capacidad de respuesta, y obstaculiza el cumplimiento de los objetivos de la salud para todos por medio de la atención primaria, establecidos en la Declaración de Alma-Ata. En ese contexto, se implementa la agenda de renovación de la APS con las premisas:⁶

1. Valorar los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS.
2. Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos al servicio de las necesidades de salud de la población, y
3. Desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad.⁷

Considera además la necesidad de introducir mecanismos de rendición de cuentas y transparencia, que permitan la participación social en la búsqueda de soluciones e innovaciones para hacer efectivo el derecho a la salud, tanto en las instancias nacionales como supranacionales.

En este marco, el sistema de salud se constituye como un subsistema dentro del sistema económico; con independencia del modelo económico, todos los sistemas de salud están sujetos a un grado más o menos importante de intervencionismo y regulación por parte de los poderes públicos respecto al qué, cómo y para quién se produce. En ese sentido, la mayoría de los sistemas de salud se encuentran entre los públicos, totalmente otorgados por el Esta-

⁵ Rovere, M., “La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora”, *Salúde em Debate*, 2018, núm. 42, pp. 325 y 326.

⁶ Organización Mundial de la Salud, “Informe sobre la salud en el mundo 2008...”, *cit.*, p. 8. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Salud Universal*, 2020.

⁷ Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, *Informe de la Comisión de Alto Nivel*, edición revisada, OPS, 2019, pp. 14 y 15.

do, y los privados; en cada tipo de organización el Estado asume un mayor o menor protagonismo en la regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud, y en el establecimiento de un conjunto de prestaciones.⁸

En México, el Sistema Nacional de Salud data de 1943, con la creación de sus principales instituciones: la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SS), y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); a lo largo de su historia, la fragmentación ha sido la principal característica organizacional, la cual segmenta sus principales funciones (regulación, financiamiento, operación), así como la población objetivo a atender.⁹

El sistema de salud mexicano se integra de tres subsectores: la seguridad social a cargo del IMSS; los servicios de salud pública de la Secretaría de Salud y el privado. Cada uno tiene la responsabilidad del financiamiento y prestación de los servicios de salud en los distintos niveles de atención, a través de las instituciones que los conforman, sin articulación entre ellos.¹⁰ El gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, ha sido el responsable de la función regulatoria.

2. Evolución del sistema de salud mexicano: 1970-2018

Durante el sexenio 1970-1976, en el Plan Nacional de Salud se enmarcaron todas las actividades a desarrollarse en este sector; con el fin de que tuviera un seguimiento transexenal, se definió también el PNS correspondiente al periodo 1977-1983. Se desglosó en veinte programas y 56 subprogramas; asimismo, se complementó con los 32 planes correspondientes a cada una de las entidades federativas. La relevancia de este Plan fue el establecimiento de nuevas bases para la planeación y la programación de acciones en salud; asimismo, incorporó la responsabilidad social a todos los niveles; además, se recomendó la constitución del sistema nacional de hospitales.¹¹

En este periodo, la integración federal de las instituciones hospitalarias se re-configuró, con el fin de permitir que las erogaciones realizadas en este

⁸ Rovira, J. *et al.*, “Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación”, en *Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación*, 2000, p. 110.

⁹ Secretaría de Salud, *Salud México 2006. Información para la rendición de cuentas*, México, 2007.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Perfil del sistema de servicios de salud*, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, México, 1998.

¹¹ Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983, 3 vols., México, SSA, Talleres Gráficas de la Nación, 1974.

aspecto por las entidades federativas se transfirieran a los presupuestos de los servicios coordinados de salud pública, para reforzar sus programas, en especial en el medio rural, lo que significó la centralización de sus recursos. En este periodo se implementaron las casas de salud, en pequeñas comunidades rurales, como centros para orientar los programas de carácter higiénico de la localidad y ofrecer atención médica elemental, las cuales servían también de apoyo a brigadas médicas móviles.

Una de sus principales premisas fue que la población sin recursos económicos recibiera servicios de salud en forma gratuita, sin límite, en los establecimientos de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA), y en una porción de la capacidad instalada de otros servicios oficiales y privados. La relevancia de este Plan se sustenta en la ampliación de la cobertura de atención médica al sector rural, así como la disposición de un nuevo equipo integrado por personas de la misma comunidad con funciones fundamentalmente preventivas, clasificados en tres tipos: el técnico en salud, el promotor de salud y el personal empírico previamente capacitado.

En los aspectos relativos a la legislación sanitaria, se propuso el fortalecimiento del fundamento jurídico para uniformar los principios técnicos y los procedimientos que garantizaran la salud, la asistencia y la seguridad social de toda la población, a través de la unificación de todos los principios y procedimientos, a fin de favorecer la coordinación, en todos los reglamentos, normas técnicas, instructivos y demás disposiciones dictadas en el campo de la salubridad, la asistencia y la seguridad social.

En este periodo, las políticas en salud se enfocaron a la prevención y promoción a la salud, higiene y saneamiento, a la erradicación y control de enfermedades transmisibles y degenerativas, así como de accidentes; a la ampliación de la cobertura de la atención; además, se consideraron para la investigación y la formación de recursos humanos.

En el siguiente sexenio, la política en salud se centró en la descentralización de los servicios del sector salud, establecida en el Programa Nacional de Salud 1977-1986.¹² Se señaló como prioridad dar plena vigencia al derecho a la salud para lograr el bienestar físico, mental y social de los mexicanos, para lo que se requeriría el incremento de los servicios curativos y de rehabilitación.¹³

¹² Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social (1978-1982)*, México, Subsecretaría de Planeación, 1979, pp. 1-32.

¹³ Cámara de Diputados, *Informes Presidenciales-José López Portillo*, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2006.

3. *La estructura institucional*

En 1984 se inicia formalmente el proceso de descentralización y se promulga la Ley General de Salud, en la que se establecen las facultades del gobierno federal y las concurrentes de las entidades federativas; en este marco, en 1986 se modifica la denominación de la Secretaría a Secretaría de Salud. Lo anterior, se implementa a través de dos etapas; en la primera, de coordinación programática, se desconcentra hacia los estados la Dirección de los Servicios Coordinados de Salud Pública, así como la coordinación de los programas IMSS-Coplamar y de la Secretaría de Salud; en la segunda, denominada “de integración orgánica”, se otorga a las entidades federativas la dirección, coordinación y operación de los servicios que se prestan a la población abierta (la atención médica, la salud pública y el control sanitario).¹⁴

Con el fin de establecer y consolidar el sistema de salud, en este periodo se diseñó su estructura, que agrupa a todas las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, con el fin de implementar políticas generales, evitar la duplicidad de servicios, establecer metas de alcance nacional y para la descentralización de los servicios. Se establece la separación de competencias entre la federación y las entidades federativas bajo la adopción de una coordinación programática de acuerdo con normas y sistemas establecidos por la Secretaría de Salud, la cual comenzó por la unificación en cada estado, de las instituciones encargadas de otorgar servicios a población abierta.

En ese marco, el Programa Sectorial de Salud se enfocó en hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, a través de cinco estrategias macro: la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la movilidad social. Además de cuatro estrategias micro: el financiamiento, la investigación en salud, la formación de recursos humanos, y los insumos para la salud. Los principales logros en salud reportados se enfocaron en la integración de un sistema nacional de salud para garantizar una cobertura nacional de los servicios, para incrementar la participación de las entidades federativas y los municipios en la prestación y administración de servicios médicos de primero y segundo nivel.¹⁵

Durante el periodo 1988-1994 se mantuvo la estrategia descentralizadora; no obstante, se centralizaron recursos para la implementación del Programa

¹⁴ Chávez, A. H., *¿Hacia un nuevo federalismo?*, Fondo de Cultura Económica, 2016.

¹⁵ Cámara de Diputados, *Informes Presidenciales-Miguel de la Madrid Hurtado*, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2012.

Nacional de Solidaridad y la creación de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), así como para construir y administrar hospitales a través de IMSS-Solidaridad.¹⁶ El objetivo del área de atención médica fue contribuir a elevar el nivel de salud y bienestar de los grupos vulnerables, mediante el otorgamiento en el primer nivel de atención del paquete básico de servicios de salud, a través del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). El paquete básico, integrado de intervenciones, se enfocó a las necesidades de los grupos más vulnerables, y a las diez principales causas de mortalidad.¹⁷

En el siguiente sexenio, las principales políticas de salud se vincularon con la reorganización del sistema, con el fin de ampliar la cobertura y prestar servicios eficientes y de calidad a la población, contenidas en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. En 1995, México inicia un proceso de reforma, que incluye la descentralización administrativa, la profesionalización de los servidores públicos, la modernización de la gestión pública, la simplificación y adecuación del marco normativo y la actualización de la legislación en materia de responsabilidades de los servidores públicos.

Con esta reforma se identifica la necesidad del fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial, con énfasis en las relaciones con los demás sectores del desarrollo y con los responsables de la planeación nacional. Las políticas de salud se contemplan dentro del marco del desarrollo humano sostenible y de la renovación de la estrategia de Salud para Todos; considera a la salud y a la educación como pilares para el bienestar de la población, considera que los resultados de las acciones del sector salud se multiplican con estrategias intersectoriales.¹⁸ Cabe mencionar que durante el periodo 1984-2000 se dio prioridad a la implementación y fortalecimiento de la descentralización de los servicios de salud.

Posteriormente, en la administración pública federal (APF) 2000-2006, la política social se dirige hacia el logro de la equidad, la calidad y la protección financiera; el Programa Nacional de Salud 2001-2006 “La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud”, señala la importancia de promover la creación de capacidades básicas, patrimoniales y de protec-

¹⁶ Chávez, A. H., *op. cit.*

¹⁷ Secretaría de Salud, Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura, *Diario Oficial de la Federación*, 23 de abril de 1999. Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, Informe de Ejecución*. 1998. Decreto por el que se aprueba el “Programa Nacional de Salud 2013-2018”, *Diario Oficial de la Federación*, 12 de diciembre de 2013.

¹⁸ Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, México, 1996.

ción contra riesgos sanitarios.¹⁹ En ese contexto, se implementan propuestas jurídicas sustantivas y estructurales a la Ley General de Salud, en tres dimensiones de la protección de la salud: 1) la protección contra riesgos a la salud; 2) la protección de los usuarios de los servicios de salud, y 3) la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).²⁰ Esta modificación implicó la reorganización del sistema de salud más importante de la institución de la Secretaría de Salud, con la creación del Seguro Popular como ente financiador de los servicios de salud a la población sin seguridad social.²¹

La reforma de 2003 a la LGS “democratización de la salud” se implementó como estrategia para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud; el concepto rector de esta modificación enmarca la atención de la salud como un derecho social. En este marco, propuso la reorganización horizontal de las funciones básicas del sistema de salud: rectoría, financiamiento y prestación. Se enfocó en el fortalecimiento de la función rectora de la Secretaría de Salud; prioriza la universalización del derecho al financiamiento público para la protección de la salud; asimismo, fortaleció la oferta de servicios. El 1o. de enero de 2004 entró en operación el Sistema de Protección Social en Salud, diseñado para financiar servicios de APS (no especializados), como eje principal ejecutorio para garantizar el seguro universal.²²

Durante su existencia, la fragmentación del sistema de salud, y la duplicidad de funciones, fueron sus principales características, lo que representó un obstáculo para garantizar la cobertura universal y mejorar la calidad de los servicios de salud públicos, a pesar de su contribución en el incremento del gasto público en salud a través del Seguro Popular y Oportunidades.²³

¹⁹ Secretaría de Salud, *Memoria Documental. Aportes Normativos en el Ejercicio del Derecho de la Salud 2001-2006*, México, 2007.

Cámara de Diputados, *Informes Presidenciales – Vicente Fox Quesada*, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2006.

²⁰ Cámara de Diputados, *Informes Presidenciales – Ernesto Zedillo Ponce de León*, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2006.

²¹ Knaul, F. M. *et al.*, “Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México”, *Salud Pública de México*, 2013, núm. 55, pp. 207-235.

²² Gómez-Dantés, O. y Frenk, J., “Ethics and Public Health: definition of priorities in the Mexican Health Reform”, *Acta Bioeth*, 2020, vol. 26, núm. 2, p. 191; Knaul, F. *et al.*, *Financiamiento justo y protección social universal. La reforma estructural del sistema de salud en México*, Secretaría de Salud, 2004, pp. 13-49.

²³ Narro Robles, J. *et al.*, “Hacia un nuevo modelo de seguridad social”, *Economía UNAM*, 2010, vol. 7, núm. 20, p. 26.

Para el siguiente sexenio, los principales objetivos contenidos en el PNS 2007-2012 se enfocaron a “mejorar las condiciones de salud de la población”, “reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas” y “garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país”.²⁴ Con el fin de promover la atención preventiva y garantizar la cobertura integral de servicios de salud a la población infantil mexicana (menores de cinco años) no derechohabiente de alguna institución de seguridad social, se implementó el 1 de diciembre de 2006 el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), como una política de salud complementaria a los programas de salud pública y de vacunación universal, a través del que se proporcionó una cobertura adicional en padecimientos no contemplados por el Sistema de Protección Social en Salud y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; consideró además acciones intersectoriales en materia de salud con el Programa Desarrollo Humano Oportunidades.²⁵

Durante la APF 2013-2018, como estrategia general del Programa Nacional de Desarrollo se contempló “elevar la productividad para llevar a México a su máximo potencial”; a través de cinco metas nacionales como guía para la acción gubernamental: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global; asimismo, contó con tres estrategias transversales: Democratizar la productividad, Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 contempló seis objetivos, 39 estrategias y 274 líneas de acción; alineadas a la meta nacional México Incluyente, con el fin de “asegurar a los mexicanos el acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud”, mediante la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal que articule las acciones de protección, promoción y prevención para el mejoramiento de la salud, principalmente de la población vulnerable. Este Programa tuvo los siguientes objetivos: consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; reducir los riesgos

²⁴ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, 2007.

²⁵ Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Médico para una Nueva Generación para el ejercicio fiscal 2008, *Diario Oficial de la Federación*, 21 de marzo de 2008; Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo, *Seguro Médico para una Nueva Generación/ Seguro Médico Siglo XXI, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Ficha de Monitoreo 2012-2013*, Coneval, 2012.

que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud; avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.²⁶

Al cierre de 2019, el SPSS operaba a través de tres programas: el Seguro Popular como mecanismo de ejecución para la atención médica; el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), para otorgar acceso a servicios médicos de alta especialidad, y el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI). El Cabeme se había transformado en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), que integraba 294 intervenciones, de las cuales se garantizaba su atención a través del acceso a la red de servicios de salud acreditada, clasificadas en los siguientes grupos de cobertura: medicina preventiva, cirugía general, ginecología, medicina general y de especialidad, neurodesarrollo, odontología, planificación familiar, traumatología y ortopedia, urgencias médicas y nutrición. Este Catálogo contempló intervenciones de alto costo, que eran financiadas por el FPGC, así como las cubiertas por el SMSXXI.²⁷

4. Una nueva modificación estructural

Desde 2000, el sistema de salud mexicano no había sido modificado hasta inicios de la administración pública federal 2018-2024, cuando se impulsó la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) el 29 de noviembre de 2019, en sustitución de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). A través del Insabi como organismo descentralizado de la APF, con personalidad jurídica y patrimonios propios, sectorizado a la Secretaría de Salud, se prevé garantizar la gratuidad de los servicios de salud mediante el otorgamiento de medicamentos y otros insumos asociados a la atención. Esta propuesta considera la provisión de servicios de salud en el primero y segundo nivel de atención a toda la población sin seguridad social, independientemente de su estatus migratorio. Lo anterior implica el fortalecimiento del primer nivel de atención, y de la función rectora, dirigidas a una adecuada integración y articulación de las instituciones que integran el Sistema Nacio-

²⁶ Secretaría de Salud, Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de Salud 2013-2018, *Diario Oficial de la Federación*, 12 de diciembre de 2013.

²⁷ Secretaría de Salud, *Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes)*, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019.

nal de Salud, así como lograr un financiamiento suficiente y adecuado para su operación.²⁸

En este marco, es responsabilidad de la Secretaría de Salud, auxiliada del Insabi, la organización de las acciones para la gratuidad de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos que requiera la atención a la población sin seguridad social,²⁹ para lo que se redefine la competencia entre la Federación y las entidades federativas, correspondiendo a la Federación por sí, o a través del Instituto de Salud para el Bienestar, la formulación del programa estratégico en el que se defina la progresividad en la cobertura de los servicios y el modelo de atención, así como el establecimiento del modelo nacional de los acuerdos de coordinación para la ejecución por parte de las entidades federativas coordinadas, de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.³⁰

III. DE LA DESCENTRALIZACIÓN HACIA LA RE-CENTRALIZACIÓN

En este apartado se expone el proceso de descentralización y el impacto que éste ha tenido en la operación del sistema de salud desde su implementación; se abordan los posibles efectos de revertir dicho proceso con la modificación estructural basada en la “federalización” propuesta en la presente APF 2018-2024.

Durante la segunda mitad del siglo XIX se fortaleció el centralismo dentro del sistema federal como medida para tener un mayor control y un poder arbitrario hacia los estados, lo que resultó en una resistencia en la colaboración entre los diferentes niveles de gobierno, situación que se expandió hacia las instituciones federales.³¹

Ruiz-Massieu apuntó que al ser programático el derecho a la salud, la acción en salud federal requiere del concurso de los demás niveles de gobierno (el estatal y el municipal) a través de formas de colaboración, que implican

²⁸ Secretaría de Salud, 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*, 29 de noviembre de 2019.

Ley General de Salud (LGS), “Última reforma publicada”, artículos 77, bis 35 y 35 b, *Diario Oficial de la Federación*, 4 de diciembre de 2020.

²⁹ *Ibidem*, artículo 77, bis 2.

³⁰ *Ibidem*, artículo 77, bis 5 y 6.

³¹ Chávez, A. H., “¿Hacia un nuevo federalismo?...”, *cit.* p. 16.

una responsabilidad institucional compartida. Señaló que al no estar precisada la distribución de competencias, en 1973 se centralizó la salubridad general, proceso que se trató de revertir en 1983, a través de la descentralización, con el fin de establecer la concurrencia entre la federación y las entidades federativas, correspondiendo a estas últimas la salubridad local, y en concurrencia con la federación, la salubridad general; con esta modificación, la distribución de competencias se realizó mediante convenios de coordinación. Sin embargo, los servicios de salud de la seguridad social continuaron basados en la capacidad contributiva dependiente del estatus laboral.³²

En este contexto, en 1984 se inicia en México el proceso de descentralización de los servicios de salud, a través de dos etapas: la programática y la orgánica. Este proceso implicó la separación de competencias entre la federación y las entidades federativas, bajo la implementación de una coordinación programática de acuerdo con normas y sistemas establecidos por la Secretaría de Salud, que comenzó con la unificación en cada estado de las instituciones encargadas de otorgar servicios a población abierta.³³

El proceso de descentralización fue impulsado desde el nivel central por razones políticas, fiscales y administrativas, con el fin de fortalecer el federalismo al aumentar la participación en el poder político de las entidades federativas; ampliar la cobertura a través de la prestación de servicios de salud a la población abierta más eficientes y de calidad, adecuados a su contexto local; promover una mayor participación de las entidades federativas en la toma de decisiones, así como en el financiamiento de la salud de su población. El proceso de descentralización se caracterizó por su gradualidad; en la primera fase se descentralizaron las facultades operativas, pero no los recursos, hasta la creación o fortalecimiento de las capacidades locales para su control y ejecución.³⁴

³² Ruiz-Massieu, F. J. F., “El derecho a la protección de la salud y la responsabilidad del Estado”, *Salud Pública*, Mex., núm. 27, 1985, pp. 3-9; Ruiz-Massieu, F. J. F., “El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección a la salud”, *Salud Pública*, Mex, vol. 25, núm. 4, 1983, pp. 351-358.

³³ Chávez, A. H., “¿Hacia un nuevo federalismo?...”, *cit.* pp. 160 y 161.

³⁴ Ornelas, C., “La descentralización de los servicios de educación y salud en México”, *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana-LC/L*, núm. 1132, 1998, pp. 84-87 y 198 disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31149/S9800076_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Cardozo-Brum, M. I., “La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política”, *Gestión y Política Pública*, julio-diciembre de 1993, vol. II, núm. 2, pp. 369 y 370, disponible en: http://repositorio-digital.cide.edu/bitstream/handle/11651/2782/CBM_Vol.II_No.II_2dosem.pdf?sequence=1

En este contexto, durante el periodo 1984-2000 se dio prioridad a la descentralización de los servicios de salud, como la principal estrategia para la ampliación de la cobertura y mejora de la eficiencia y la calidad de la atención; se dirigieron esfuerzos y recursos al fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial; asimismo, se les otorgaron a las entidades federativas las capacidades técnicas y de infraestructura mediante la reforma del sistema de salud, que implicó su reorganización administrativa.

El proceso descentralizador se sustenta en la importancia de la distribución de competencias a través de acuerdos de coordinación para su operatividad; actualmente, en México la distribución de competencias se establece mediante el sistema de ordenación de normas que articulan los distintos niveles de gobierno, las cuales se rigen bajo el principio de la supremacía de la Constitución y de las reglas de colisión entre el derecho federal y el local. Este modelo regula las relaciones de colaboración del sistema federal mexicano, y es aplicable a salud; se encuentra establecido en el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución, que dispone: “La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...”; la fracción XVI del artículo 73 otorga facultad al Congreso de la Unión para “dictar leyes en materia de salubridad general de la República”.³⁵

La distribución de competencias del sistema federal mexicano es compleja, pero flexible; se basa en la colaboración bajo un esquema centralizado que regula las relaciones de colaboración de carácter vertical (regímenes competenciales de coordinación y concurrencia). No obstante, la práctica real del federalismo mexicano ha dependido de las relaciones intergubernamentales, que flexibilizan la distribución formal de competencias; en este marco, las relaciones intergubernamentales se han dado principalmente bajo la intervención y dirección de la federación.

A través de la facultad para determinar el alcance de su competencia en materia de salud, se otorga a la Federación el poder de dirección; corresponde al Congreso de la Unión dictar las leyes que establecen la participación de las entidades federativas en la prestación del servicio público de salubridad general, así como la definición del tipo de relaciones de colaboración entre los tres niveles de gobierno. Esto es congruente con la Ley General de Salud (LGS), que considera entre sus objetos de regulación en el artículo 1o. “...la concu-

³⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4o., disponible en: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos>.

rrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”; además, define lo que ha de considerarse como salubridad general; determina la conformación del sistema nacional de salud, integrado por las dependencias y entidades de la administración pública federal y local, personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, y los mecanismos de coordinación de acciones.

En el artículo 7o. de la última reforma a la LGS se establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud es responsabilidad de la Secretaría de Salud, con facultades de regulación y coordinación, consistentes en establecer y conducir la política nacional en materia de salud; las relativas a la organización, coordinación, evaluación y financiamiento de la prestación de atención médica. El Sistema Nacional de Salud, a cargo de la Secretaría de Salud, también tiene entre sus facultades las correspondientes al desarrollo de investigación en salud, e incorporación, sistemas de información en salud, y uso de tecnología de la información, así como las relacionadas con la formación y capacitación de los recursos humanos para la salud y la promoción de la participación comunitaria en el cuidado de su salud, además de las relativas a la prevención y promoción de la salud.³⁶

La última reforma a la LGS en su artículo 9o. establece que los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, con lo que corresponde a las entidades federativas la planeación, organización y desarrollo de los sistemas estatales de salud en sus circunscripciones territoriales; con la participación programática en el Sistema Nacional de Salud, y acciones de descentralización a los municipios, con el apoyo de la Federación, a través de la Secretaría de Salud.

Asimismo, en la LGS, en el capítulo II del título segundo, se establecen las reglas sobre la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; los mecanismos de coordinación para la prestación de servicios de salubridad general, mediante acuerdos de coordinación se regula en los artículos 18 al 22.

En este contexto, la APF 2018-2014 propone la reorganización del sistema para garantizar la gratuidad de la atención y los medicamentos a partir de la federalización o recentralización de los servicios de salud, así como de la transformación del modelo de producción y abasto, para lo que se contempla una “política de Estado integral e intersectorial”, que implica el fortalecimiento

³⁶ Ley General de Salud (LGS), última reforma publicada..., *cit.*, artículo 7o.

to y reorganización del primer nivel de atención y el fomento del uso racional de medicamentos.³⁷

El Programa Sectorial de Salud 2019-2024 se deriva del PND 2019-2024, y contempla el establecimiento de un sistema único, público y gratuito que integre todos los servicios públicos de salud, a través de una reforma estructural a la LGS para la ampliación progresiva del acceso a los servicios de salud, con un enfoque de derechos humanos y de ciclo de vida, considerando las características socioeconómicas, demográficas y regionales de los mexicanos.

La creación del Insabi es el mecanismo para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud y medicamentos gratuitos a la población sin seguridad social. En esta estrategia se identifica la descentralización, la fragmentación y la falta de coordinación del sector salud; el acceso limitado e inequitativo a los servicios de salud, así como la disponibilidad parcial de medicamentos, como las principales causas de la baja cobertura y protección social en salud; el aumento del gasto del bolsillo, y el incremento en el costo de los medicamentos, lo que sustenta el impulso de la reforma integral de la LGS.

Del análisis legal desarrollado en este trabajo se encuentra que se realizará a través del Insabi, al otorgarle mediante decreto, atribuciones para organizar, operar, supervisar y evaluar los servicios de salud de primer y segundo nivel para la población sin seguridad social, a través del establecimiento de acuerdos de coordinación en los que las entidades estatales ceden a la federación estas facultades.³⁸ Sin embargo, no contar con la normatividad secundaria implica la carencia de bases legales que guíen el proceso de centralización.

En este marco, propone acciones dirigidas a la federalización progresiva de los sistemas de salud como principal estrategia para la garantía del acceso a los servicios de salud para la población sin seguridad social, a través del

³⁷ Secretaría de Salud, “Programa Sectorial de Salud 2019-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, 17 de agosto de 2020, disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020. Ejecutivo Federal, “Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024”, pp. 3-6, *Diario Oficial de la Federación*, 12 de julio de 2019, disponible en: <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/plan-nacional-desarrollo.html>. Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), *Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud*, 2a. ed., Secretaría de Salud, 2020, pp. 33-66 y 93-103, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf.

³⁸ Secretaría de Salud, “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*, 29 de noviembre de 2019.

Gómez-Dantés, O., “Descentralización de la salud”, *Nexos*, 1 de julio de 2021, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=57778>.

Programa IMSS-Bienestar, para lo que prevé la organización de los recursos financieros, humanos y materiales de origen federal y estatal conforme a este proceso de federalización o recentralización, así como la promoción de la vinculación interinstitucional en la integración y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

Cabe mencionar que el actualmente denominado IMSS-Bienestar, históricamente a cargo del IMSS, cuenta con una red de servicios para apoyar la ampliación de la cobertura principalmente en zonas marginadas, instaurados en el sexenio de 1988-1994; sin embargo, dada su antigüedad resulta necesario considerar sus capacidades de infraestructura y recursos. Por otro lado, en la legislación revisada no se encuentra la definición de su articulación con el Insabi como responsable del acceso universal a los servicios de salud y medicamentos gratuitos a la población sin seguridad social.

En lo que respecta a las implicaciones jurídico-institucionales de este proceso re-centralizador, se tiene que considerar que la salud se regula por reglas establecidas por el gobierno federal, a través de una ley federal: la Ley General de Salud, que es aplicable en los distintos niveles de gobierno, ya que establece las reglas para su operación; esto es, norma las facultades, responsabilidades y competencias de los órganos gubernamentales que participan en las distintas funciones del sistema de salud; en este marco, la recentralización debería haberse iniciado con la definición y establecimiento de las bases jurídicas que guiarán la reestructura orgánico-programática de las instituciones que conforman el Sistema de Nacional de Salud; esto, debido a que la distribución de competencias se ha sustentado en la colaboración entre los diferentes niveles de gobierno, y presenta una verticalidad respecto a la planeación, dirección y coordinación (función rectora); no así en lo relativo a la operación de los servicios de salud.

Desde la perspectiva político-institucional, el sistema federal mexicano es complejo, definido por las características de la organización estatal, a través de la que diferentes órganos y dependencias públicas de los distintos niveles de gobierno ejercen en un régimen descentralizado tanto actos de autoridad como funciones de ejecución y operación. Esto, dada la complejidad del sistema político mexicano, que requiere de la intervención de los distintos niveles de gobierno para la ejecución de las políticas públicas; en ese marco, a pesar de su organización piramidal, las relaciones entre el gobierno federal y las entidades federativas requieren de la colaboración intergubernamental.³⁹

³⁹ Chávez, A. H., *¿Hacia un nuevo federalismo?...*, cit., pp. 31 y 124.

Respecto a la dimensión institucional, por su magnitud, la gestión pública de los servicios de salud conlleva una complejidad técnica y operativa; en este marco, la propuesta de recentralizar los sistemas estatales de salud puede resultar en el debilitamiento de la función rectora de la Secretaría de Salud, al verse saturada por las cuestiones administrativas y de organización que implica la operación de los servicios de salud.

Por otro lado, el sistema de salud, como responsable de la garantía del derecho a la protección de la salud, requiere de un eje normativo y programático que ordene de manera integral y no fraccionada las actividades, bienes y servicios, lo que implica una reformulación jurídica a partir de la definición de los alcances de este derecho, a fin de que sea exigible, orientadas hacia dos fines: contenidos normativos que permitan el desarrollo de las funciones constitucionales, y la determinación de las provisiones presupuestales que permitan a las autoridades administrativas contar con los recursos necesarios para la prestación del derecho a la salud.⁴⁰

En resumen, federalizar la salud tiene implicaciones jurídico-constitucionales, ya que conlleva la definición de facultades atribuidas a la federación y a las entidades federativas, así como la distribución de competencias entre los órganos federales y locales, lo que implica su modificación a nivel constitucional; esto, con el fin de normar lo relativo a la concurrencia y la participación entre los distintos niveles de gobierno, ya que implica una consentida relación de subordinación de las entidades federativas al gobierno federal, que requiere del acuerdo político-institucional para la reorganización vertical o piramidal similar a la década de los ochenta antes del proceso de descentralización (1984); en ese sentido, el contexto en el que se implementa esta propuesta centralizadora es más de orden político, lo que podría ser una debilidad, al no considerarse el consenso y análisis de las instituciones que conforman el sistema.

Por lo anterior, la sola voluntad de un actor político, sin una adecuada planeación del proceso de recentralización, no otorga por sí misma el andamiaje legal ni las capacidades técnicas y de infraestructura al gobierno federal para la gestión y operación de los servicios de salud dirigidos a la población abierta, a cargo de las entidades federativas desde hace aproximadamente treinta años en la mayoría de los casos, lo que podría traducirse en un retroceso en la participación de las entidades estatales en la toma de decisiones y en el fi-

⁴⁰ Martín, A. C., “Garantía institucional, dimensión institucional y derecho fundamental: balance jurisprudencial”, *Teoría y Realidad Constitucional*, 2009, núm. 23, pp. 149-188.

nanciamiento, así como un impacto negativo en la eficiencia y calidad de los servicios de salud y falta de oportunidad del abasto de insumos prioritarios como son los medicamentos.

IV. CONCLUSIONES

En la búsqueda del logro de objetivos del sistema de salud, debe considerarse lo propuesto en la Declaración de Alma-Ata, acerca del fortalecimiento de la atención primaria de la salud, con el fin de resolver un mayor porcentaje de los problemas de salud a menor costo. Esto resulta importante en el momento de diseñar e implementar políticas públicas, con el fin de enfocar los recursos hacia acciones de mayor impacto potencial para disminuir las desigualdades en el acceso a la salud, e impactar en los resultados en salud y en las condiciones de vida.

En ese contexto, desde la década de los ochenta se ha modificado el sistema de salud; sin embargo, a pesar de sustentarse en los valores de universalidad y equidad, estas modificaciones no han logrado superar los principales retos que enfrenta como resultado de su fragmentación; esto es, no se cuenta con un sistema unificado o integrado que garantice el acceso a la población, independientemente de su estatus laboral, lo que conlleva a diversas desigualdades tanto en el acceso como en los resultados en salud.

La estructura fragmentada del sistema de salud representa el principal obstáculo en México para el logro de la garantía institucional de la protección del derecho a la salud. Lo anterior, resulta en una falta de integración y articulación interinstitucional, así como en una heterogeneidad en la oferta de los servicios de salud respecto a la disponibilidad, accesibilidad, tipo, calidad y costo, lo cual genera desigualdad en los resultados en salud.

A lo largo de la historia del sistema de salud mexicano se han identificado las principales problemáticas presentadas según su característica orgánico-estructural; antes de la descentralización, el sistema centralizado presentaba desde resistencia a la colaboración entre los diferentes niveles de gobierno, hasta ineficiencia en la toma de decisiones ante las diversas necesidades de salud de la población mexicana.

En ese contexto, en la década de los ochenta se impulsó la descentralización como medida para fortalecer el federalismo, al aumentar la participación de las entidades federativas en la toma de decisiones y en el financiamiento, y ampliar la cobertura de los servicios de salud adecuada al contexto local.

El proceso de descentralización se sustentó en la concurrencia entre la federación y las entidades federativas, y se otorgó a las entidades federativas la responsabilidad de los servicios de salud del primer y segundo nivel de atención para la población abierta, mediante la concurrencia, correspondiendo al gobierno federal la definición del modelo de atención y el financiamiento.

Como se expuso a lo largo de este trabajo, la última reforma al Sistema Nacional de Salud contempla la recentralización de los servicios de salud a la población sin seguridad social o no derechohabiente; con estos antecedentes, se puede prever que reemergerán las problemáticas prevalentes en la década de los ochenta antes de la descentralización, por lo que resulta necesario anticiparse con la implementación de estrategias para su abolición, tales como la definición de mecanismos para fortalecer el vínculo entre el gobierno federal y las entidades estatales; lo anterior, al continuar operándose a través de los acuerdos de coordinación; esto es, en la concurrencia.

Al contrario del proceso de descentralización que se dio en dos etapas en los década de los ochenta, esta última modificación se inicia con la etapa orgánica mediante la creación del Insabi; sin embargo, continúa a cargo de las entidades federativas la operación de los servicios; paralelamente, se recentraliza la coordinación del ahora denominado IMSS-Bienestar, a fin de otorgarle mayores facultades de coordinación para la dirección y coordinación de la atención médica, así como para la construcción y administración de hospitales a la población no derechohabiente por su estatus laboral. No obstante que la provisión de servicios de salud en el primero y segundo nivel de atención a toda la población sin seguridad social, independientemente de su estatus migratorio, es una de las justificaciones que sustentan la creación del Insabi, con lo que se observa una duplicidad en la responsabilidad interinstitucional a nivel federal (entre el Insabi y el IMSS), lo que representa una contradicción en la reorganización del sistema de salud planteada en la última reforma.

Cabe mencionar que esta propuesta implica un retorno a una estructura similar a la de hace casi cuarenta años, con lo que se infiere que se tendrán los mismos resultados; en otras palabras, no se eliminan los problemas orgánicos, programático-estructurales del sistema de salud que obstaculizan el logro de sus objetivos ante el debilitamiento de la intervención del Estado por la falta de claridad en la definición de las responsabilidades y mecanismos de coordinación entre las diferentes entidades y niveles de gobierno. Al prevalecer las características de la organización centralizada, señalado anteriormente por Medina-Peña: saturación de los servicios de salud; falta planeación y de eficacia en la operación de los servicios; disolución de la responsabilidad entre las

entidades centralizadoras de los servicios, debilitamiento de las facultades de las autoridades locales, lo que impactará en la oportunidad para la adecuada toma de decisiones para la atención de los problemas locales.⁴¹

En este contexto, no es clara la contribución de la recentralización para superar los desafíos prevalentes en el sistema de salud mexicano relacionados con su sustentabilidad y eficiencia, tales como la necesidad del fortalecimiento de la APS; garantía de la protección financiera del derecho a la salud, aseguramiento de los recursos humanos y financieros suficientes para la adecuada operación de los servicios, mejora de la eficiencia del gasto público en salud, fortalecimiento de las relaciones de colaboración intersectoriales y de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno. De los principales componentes estructurales analizados, se concluye:

Cambio estructural del sistema de salud. En lo relativo a la organización estructural del sistema de salud, se encontró que con la creación del Insabi no se está contribuyendo a eliminar la fragmentación del sistema de salud en México, dado que prevalece el acceso a los servicios de acuerdo con la capacidad de pago y estatus laboral, así como la heterogeneidad en el tipo y la calidad de los servicios y las prestaciones, dependiente de su financiamiento. La última reforma a la LGS conserva el precepto de que la garantía del derecho a la protección de la salud corresponde al Estado; además, se mantiene el concepto de atención médica integral; asimismo, se adiciona considerar los determinantes sociales de la población y dar prioridad a la población vulnerable, con lo cual se alinea con la nueva declaración de Alma-Ata; sin embargo, se deben buscar estrategias adicionales para su logro, enfocadas a eliminar la fragmentación del sistema de salud, y no limitarse a modificaciones denominativas.

A pesar de que en el modelo de atención considera su operación a través de redes, como estrategia para garantizar el acceso universal a la atención médica, deja a un lado algunos aspectos cruciales para la salud derivados de los derechos humanos, como la educación, la alimentación y la vivienda; es decir, se observa que este planteamiento limita el derecho a la salud al acceso a la atención médica, por lo que carece de una dimensión integral de salud. Esto, debido a que la última modificación estructural del sistema de salud mexicano no supera su segmentación orgánico-programática, lo que seguirá siendo el principal factor para la obtención de resultados desiguales en salud con sus consecuentes efectos en la estratificación social, principalmente a la población vulnerable.

⁴¹ Medina-Peña, L., *Invencción del sistema político mexicano. Forma de gobernabilidad en México en el siglo XIX*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2007, p. 152.

En resumen, la última modificación al sistema de salud mexicano con la creación del Insabi, impulsada principalmente desde el contexto político, parece limitada e inoperante desde el punto de vista del derecho social, en el sentido de que no garantiza la protección del derecho a la salud por parte del Estado, al enfocarse al acceso a los servicios de salud; lo anterior, debido a que no se trata de una transformación estructural bajo los valores de integralidad y universalidad del sistema de salud como el principal responsable, que asegure el acceso equitativo a la atención independientemente del estatus laboral y geográfico, lo cual no es un reto menor, ya que conlleva la búsqueda de la sustentabilidad financiera y estrategias para redefinir la participación entre el gobierno federal y las entidades federativas, así como la integración y articulación de todas las instituciones y niveles de atención que lo conforman en los diferentes niveles de gobierno.

Federalización. La descentralización implicó un proceso durante varios sexenios para fortalecer la función rectora de la Secretaría de Salud federal en lo relativo a la organización, planeación, coordinación y evaluación de los servicios. Por otra parte, se buscó el fortalecimiento de los servicios estatales de salud (SESA) en lo que respecta a la operación de los servicios de salud en el nivel primario y secundario.

Con la recentralización de los recursos a cargo ahora de las entidades federativas para la operación de los SESA, planteada en la última reforma a la LGS y en el Plan 2019-2024, no se observa un proceso planeado que defina el regreso programático de los servicios de salud a cargo ahora de las entidades estatales hacia el gobierno federal; asimismo, tampoco es claro respecto a la federalización orgánica de la dirección, coordinación y operación de los servicios de salud que se prestan a la población abierta, los cuales incluyen la atención médica, la salud pública, así como la regulación y el control sanitario.

En ese sentido, federalizar o recentralizar implica un retroceso en los esfuerzos y recursos invertidos; asimismo, al establecerse de manera general en el PNS 2019-2024, no se especifica cómo se realizaría el proceso, para contar con el acuerdo político, y lograr una organización, coordinación y financiamiento óptimos; asimismo, la sola voluntad política no dota a la federación de las capacidades para la gestión y operación de los servicios de salud.

Se concluye que con la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar no se modificó sustancialmente el sistema de salud, ya que se limita a una modificación en la denominación, por lo que no representa una transformación para superar la fragmentación como su principal reto en la garantía de la gratuidad y la universalidad del derecho a protección de la sa-

lud; lo anterior implica la búsqueda de mecanismos legales, de organización y financiamiento que impacten en la mejora de su desempeño, dadas las características del sistema político mexicano.

Además, cabe mencionar que el presente trabajo se enfocó al análisis de la LGS como marco legal vigente, por lo que no contempla el estudio de la legislación secundaria como parte del marco jurídico; lo anterior, debido a que a la fecha de revisión no se había modificado en su totalidad, ya que la última actualización encontrada del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 17 de diciembre de 2014; asimismo, no se encontró actualizado el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud;⁴² en ese contexto, no fue posible analizar si se le otorgan las atribuciones necesarias, su congruencia con otros marcos jurídicos, o si considera mecanismos de control o monitoreo, ni su interrelación con otra legislación para identificar posible sobrerregulación y superposición de leyes.

Finalmente, se sugiere el desarrollo de investigación futura que complemente variables de otro tipo relacionadas con la sustentabilidad del sistema de salud, como las relativas al financiamiento (fuentes, asignación, distribución y ejecución de recursos presupuestales), y a los fondos (de aportaciones para los servicios de salud a la comunidad, y de salud para el bienestar), así como las de transparencia, supervisión, control y fiscalización.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuerdo por el que se aprueba el Programa Nacional de Salud 2013-2018, 12 de diciembre 2013, disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/4123/decreto.pdf>.

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Médico para una Nueva Generación para el ejercicio fiscal 2008, *Diario Oficial de la Federación*, 21 de marzo de 2008, http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5032276&fecha=31/03/2008

CÁMARA DE DIPUTADOS, “Informes presidenciales – Ernesto Zedillo Ponce de León”, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2006.

⁴² Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 2018, disponible en: http://dgrh.salud.gob.mx/Normatividad/Reglamento_Interno_Secretaria_Salud-DOF_%207-02-2018.pdf.

- CÁMARA DE DIPUTADOS, “Informes presidenciales-Vicente Fox Quesada”, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2006.
- CÁMARA DE DIPUTADOS, “Informes presidenciales-José López Portillo”, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2006.
- CÁMARA DE DIPUTADOS, “Informes presidenciales-Miguel de la Madrid Hurtado”, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2012.
- CARDOZO-BRUM, M. I., “La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política”, *Gestión y Política Pública*, vol. II, núm. 2, julio-diciembre de 1993, disponible en: http://repositorio-digital.cide.edu/bitstream/handle/11651/2782/CBM_Vol.II_No.II_2dosem.pdf?sequence=1.
- CHÁVEZ, A. H., *¿Hacia un nuevo federalismo?*, Fondo de Cultura Económica, 2016.
- Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines, “Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920”, trad. Dawson Report on the Future Provision of Medical Allied Services, 1920, Oficina Sanitaria Panamericana. Publicado con el permiso de H.M. Stationery Office, Londres. Propiedad del Gobierno del Reino Unido. Publicación científica núm. 93.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo, “Seguro Médico para una Nueva Generación/Seguro Médico Siglo XXI, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Ficha de Monitoreo 2012-2013”, CONEVAL, 2012, disponible en: https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha_Monitoreo_2012/SALUD/12_S201_FM.pdf.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4o., disponible en: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos>.
- 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, 29 de noviembre de 2019, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lins/LINS_ref10_29nov19.pdf.
- EJECUTIVO, C., *Evaluación: actualización y proyecto de plan de trabajo para 2020-2021 (No. EB146/38 Add.1)*, Organización Mundial de la Salud, 2019, pp. 2-15, disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwba/pdf_files/EB146/B146_38Add1-sp.pdf.

- GÓMEZ-DANTÉS, O. y FRENK, J., “Ethics and Public Health: definition of priorities in the Mexican Health Reform”, *Acta Bioeth*, 2020, vol. 26, núm. 2), disponible en: <https://revistahistoriaindigena.ucbile.cl/index.php/AB/article/view/59888>.
- GÓMEZ-DANTÉS, O., “Descentralización de la salud”, *Nexos*, 1 de julio de 2021, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=57778>.
- INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR, *Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la atención primaria de salud*, Secretaría de Salud, 2a. ed., 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf.
- KNAUL, F. et al., *Financiamiento justo y protección social universal. La reforma estructural del sistema de salud en México*, Secretaría de Salud, 2004, disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2050697.
- KNAUL, F. M. et al., “Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México”, *Salud Pública de México*, 2013, núm. 55, disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55n2/v55n2a13.pdf.
- Ley General de Salud, 4 de diciembre de 2020, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf.
- Ley General de Salud, 8 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://legislacion.sjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=yfVZCb0lzyksx2HBZO2THzPCeco7EyCO1y3hYjCc1+r0wYoruRr41gShJBGHot5G>.
- MEDINA-PEÑA, L., *Invencción del sistema político mexicano. Forma de gobernabilidad en México en el siglo XIX*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2007.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*, 2009, disponible en: <https://www.who.int/wbr/2008/es/>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “Perfil del sistema de servicios de salud”, *Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud*, México, 1998.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, Informe de la Comisión de Alto Nivel, 2019, disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275320778> y <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2020, https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es.
- ORNELAS, C., “La descentralización de los servicios de educación y salud en México”, *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, 1998, disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31149/S9800076_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, “Biblioteca Virtual. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)”, 2020, disponible en: <http://decs2020.bvsa-lud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, México, 1996.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, 12 de julio de 2019, disponible en: <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/plan-nacional-desarrollo.html>.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, 12 de julio de 2019, disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019.
- Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983, 3 vols., México, SSA, Talleres Gráficas de la Nación, 1974.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, “Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000”, Informe de Ejecución, 1998.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, 7 de febrero de 2018, disponible en: http://dgrh.salud.gob.mx/Normatividad/Reglamento_Interno_Secretaria_Salud-DOF_%207-02-2018.pdf.
- ROVERE, M., “La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora”, *Saúde em Debate*, 2018, núm. 42, disponible en: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/315-327/>.
- ROVIRA, J. *et al.*, “Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación”, *Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación*, 2000.
- RUIZ-MASSIEU, J. F., “El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección a la salud”, *Salud Pública*, México, 1983, vol. 25, núm. 4.
- RUIZ-MASSIEU, J. F., “El derecho a la protección de la salud y la responsabilidad del Estado”, *Salud Pública*, México, 1985, núm. 27.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, “Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social (1978-1982)”, *Subsecretaría de Planeación*, México, 1979.

- SECRETARÍA DE SALUD, *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura*, 23 de abril de 1999.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)*, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019. Disponible en: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2019_Publicación.pdf.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Memoria Documental. Aportes Normativos en el Ejercicio del Derecho de la Salud 2001-2006*, México, 2007.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, 2007, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Programa Sectorial de Salud 2019-2024*, 17 de agosto de 2020, disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Salud México 2006. Información para la rendición de cuentas*, México, 2007.