

# EL CAMINO DEL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO HACIA LA UNIVERSALIDAD

*Lucero Briyi Aguilar Sánchez<sup>1</sup>.*

Tener una visión general de las principales etapas por las cuales ha transitado el sistema de salud en México, nos permitirá analizar la tendencia de las políticas de salud<sup>2</sup>, así como comprender mejor el sistema de salud actual, este escrito pretende llegar a ello sintetizando las principales características de lo que se denomina “Sistema Nacional de Salud” que ha venido construyendo el Estado mexicano desde cuando menos la etapa posrevolucionaria, es decir, desde hace casi un siglo, para algunos sus sectores. El interés no es profundizar en cada una de ellas, sino delinear los rasgos principales en su trayectoria y los logros más relevantes, así como los retos pendientes.

## **Evolución del sistema de Salud en México. Un breve panorama.**

Durante el siglo XIX en México no se concebía a los hospitales como instituciones médicas y por ende ni la medicina como una profesión sino que las funciones de los hospitales públicos y privados eran de índole caritativo, particular y en muchas ocasiones religioso. Posterior a la independencia, debido a la desequilibrio político presente en el país, fue que las instituciones pasaron a ser de carácter asistencial (Frenk, 2008).

Es por ello que ha inicios del siglo XX la política de salud estaba a cargo de la Secretaría de Gobernación la cual estaba orientada básicamente en tres sentidos; el control de bienes que incidían en la salud; llevar el control y medición de las enfermedades presentes en la sociedad, y además de proporcionar atención curativa a través de la Dirección General de Beneficencia Pública (Frenk, 2008).

Al terminar la revolución el panorama de salud no era nada alentador, todo ello debido a la concentración de los servicios de salud en la Ciudad de México, en los puertos y fronteras. Lo que dio origen a que el Artículo 127 de la Constitución de 1917 fuera reformado a fin de

---

<sup>1</sup> Estudiante del noveno semestre de la Licenciatura en Desarrollo Regional del Departamento de Gestión Pública y Desarrollo de la División de Ciencias Sociales y Humanidades del Campus León de la Universidad de Guanajuato

<sup>2</sup> Se define a las políticas de salud como el marco en el cual tanto los individuos, las organizaciones, las empresas y la sociedad en general puede ejercitar su derecho a la salud.

fortalecer la autoridad sanitaria; así se creó el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad cuyas funciones fueron dictar proponer y poner en práctica acciones de salubridad general (Urbina, 2006).

En 1920 se establecieron unidades sanitarias cooperativas en estados y municipios, estas fueron el antecedente de los servicios coordinados de salud pública. Ulteriormente en 1937, como resultado de la integración de la Dirección de Beneficencia Pública del Distrito Federal y el Departamento Autónomo de Asistencia Social e Infantil nace la Secretaría de Asistencia Pública y se pasa de la beneficencia a la asistencia a cargo del estado (Soberón, 1983).

Es así que se inició el proceso de concebir un sistema de salud que fuera capaz de proveer de servicios médicos a la población a nivel nacional a fin de subsanar la devastada situación que dejó la Revolución en el país así como generar las condiciones necesarias que permitirían que el país se levantara de la crisis que se vivió en aquella época.

Aunado a la creación de estas dependencias, en la misma época se reformó el Art. 123 constitucional cuya modificación transfirió al patrón la responsabilidad de garantizar condiciones higiénicas y de seguridad laboral. Lo que permitió más adelante el surgimiento de la Seguridad Social. A la postre en 1922 se creó la Escuela de Salud Pública de México con fines formativos en áreas sanitarias (Urbina, 2006).

Ahora bien aunque en el papel ya se había formalizado como obligación patronal el otorgar prestaciones, fue de 1943 a 1959 cuando el sistema público de salud mexicano crea las instituciones que guiarían la salud del país: la Secretaría Salubridad y Asistencia (fusión entre la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad), el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Hospital Infantil de México y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que serían las que guiarían la salud durante esa época (Frenk, Sepúlveda, Gómez Dantés & Knaul, 2003).

El surgimiento de estas instituciones se da a la par del nacimiento de un nuevo ciclo de desarrollo económico del país y respondiendo a las demandas de la creciente industrialización. El sistema de salud en México desde sus inicios presentó una marcada división entre el sector formal asegurado y el sector informal no asegurado, ya que el Sistema Nacional de Salud solamente cubría a las personas que se encontraran trabajando y que estuvieran cotizando en el Instituto del Seguro Social o familiares vinculados a la institución. Al inicio, el sistema de

salud únicamente proporcionó atención médica al 4.3% de la población total del país (Ver Cuadro 1).

Para el resto de la población no existía oferta pública alguna de seguridad social que cubriera la solicitud de este servicio y como respuesta a la demanda de la ciudadanía a finales de los años 60's se comienza a ampliar la cobertura dirigida a ese sector de la población desprotegido. Esta situación incrementó los costos de mantenimiento debido a la creciente demanda y por ende la necesidad de adquirir equipo tecnológico para la atención integral de los ciudadanos en las unidades médicas. Sin embargo el sistema fue incapaz de brindar la atención a toda la población por lo que en las zonas rurales las familias tuvieron que cubrir con sus recursos la atención médica que se ofrecía por parte del sector privado, que en esos momentos no era del todo regular y funcional (Frenk, 1997).

Si bien aumentaron los costos se logró un avance en cuanto a la situación que se tuvo 20 años atrás, ya que la cobertura de atención médica paso de 4.3 % en 1950 al 25% en 1970, no obstante aún las deficiencias seguían presentes ya que por cada mil habitantes había únicamente 0.4 médicos. En cuanto a infraestructura se tenían a nivel nacional únicamente 4,092 unidades médicas (Ver Cuadro 1).

**Cuadro 1. Población asegurada de 1950 al 2005 según la institución de salud.**

| <b>Año</b> | <b>Población Total</b> | <b>Total de Asegurados</b> | <b>IMSS</b> | <b>ISSSTE</b> | <b>PEMEX</b> | <b>SEDENA</b> | <b>SEMAR</b> | <b>Seguro Popular</b> |
|------------|------------------------|----------------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|--------------|-----------------------|
| 1950       | 25,791,017             | 1,111,544                  | 974,105     | -             | 137,439      | -             | -            | -                     |
| 1960       | 34,923,129             | 4,016,563                  | 3,340,390   | 487,742       | 188,431      | -             | -            | -                     |
| 1970       | 48,225,238             | 12,195,991                 | 9,895,629   | 1,347,470     | 327,184      | 268,811       | 78,728       | -                     |
| 1980       | 66,846,833             | 30,773,184                 | 24,125,307  | 4,985,108     | 646,516      | 342,535       | 143,097      | -                     |
| 1990       | 81,249,645             | 48,028,003                 | 38,575,140  | 8,073,672     | 897,337      | 317,805       | 164,049      | -                     |
| 1995       | 91,158,290             | 45,723,840                 | 34,323,844  | 9,246,265     | 518,552      | 315,550       | 216,310      | 1,103,319             |
| 2000       | 97,483,412             | 59,231,330                 | 46,533,924  | 10,065,861    | 647,036      | 489,477       | 187,028      | 1,308,004             |
| 2005       | 103,263,388            | 69,313,759                 | 44,960,509  | 10,602,046    | 707,581      | 201,375       | 1,437,387    | 11,404,861            |

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI.

Haciendo frente a la insuficiencia de cobertura, recursos y capacidad para cubrir las demandas de servicio de salud de la sociedad aunado a los cambios epidemiológicos presentes, se provocó que la población sin atención médica recurriera a las instituciones privadas cuyos servicios ofrecidos no estaban regulados y eran de mala calidad. Estas condiciones contribuyeron a tomar la decisión de reformar el sistema y en 1978 se crea el Sistema Nacional de Salud Pública como resultado del diseño de políticas y programas basados en la situación real de la sociedad, así como en evaluaciones respecto a la cobertura de servicios del sistema existente. A partir de entonces el objetivo del nuevo sistema estuvo encaminado a extender los servicios básicos de salud a la población pobre de las zonas rurales y urbanas mediante la puesta en marcha de programas de investigación y de enseñanza, a fin de aumentar la calidad asistencial del mismo (Frenk, Sepúlveda, Gómez Dantés y Knaul, 2003).

### **Las últimas décadas. Los cambios estructurales.**

Posterior a la reforma en 1980 el sistema de salud logró aumentar un 21% la cobertura ya que proporcionó atención médica al 46% de la población además disponía de 7,983 unidades médicas y por cada mil habitantes había 2.4 médicos, personal insuficiente para dar respuesta a la demanda de servicios de salud (Ver Cuadro 1).

Ahora bien, las funciones en las que se propuso el Sistema Nacional de Salud para cumplir su objetivo fueron:

- Amparar y solucionar los problemas de salud de la población.
- Garantizar la atención médica a los derechohabientes de las instituciones de salud pública.
- Cubrir las necesidades médicas de la ciudadanía.
- Impulsar la economía mediante el consumo de los insumos necesarios para la construcción y funcionamiento de las unidades hospitalarias. Desde los medicamentos hasta el material sanitario, de curación, esterilidad y de higiene que requieren las unidades médicas.

El sistema de salud desde el principio orientó su quehacer en salud hacia la solución de los problemas existentes así como situaciones coyunturales pero sin considerar los factores que estaban provocando la problemática y sin iniciar su intervención sobre procesos correctivos y a

la vez preventivos, lo que habría llevado al fortalecimiento del sistema en infraestructura, insumos, personal médico, entre otros.

No obstante durante la crisis de 1982 con la disminución en el nivel de vida de la población y su efecto en la salud, el gobierno transfirió recursos para la atención médica a los sectores más pobres y además impulsó programas de preventivos y de salud pública. El Banco Mundial se suma a estos esfuerzos apoyando en la mejora de la infraestructura de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca. Estas mejoras al sistema no dieron los frutos esperados debido a que se enfrentaron principalmente a dos problemas, por un lado la falta de medicamentos y por otro la ignorancia de la población debido a factores culturales. En 1984 con la Ley General de Salud el Estado se compromete a proporcionar asistencia social así como regularizar el sector público y privado que promueva servicios de salud (Cámara de Diputados, 1984; Soberón-Acevedo, Martínez-Narváez 1996).

A la postre, con el propósito de brindar servicios de calidad e incrementar la participación de la ciudadanía en el cuidado de su salud es que nuevamente se reforma el sistema. Se modifica la Ley del Instituto Mexicano de Seguridad Social con lo cual se transfieren a las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) y aseguradoras la responsabilidad de administrar el capital y pagar las pensiones, por otro lado se implementa el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) que posteriormente sería el programa Oportunidades, cuyo principal objetivo fue proporcionar cobertura con fines de salud, nutrición y educación a la población que no perteneciera a las instituciones de seguridad social (Nigenda, Troncoso, Arreola, López, González, 2003).

La Carta Magna de 1982 estableció el antecedente que señalaba como responsabilidad fundamental del Estado realizar la planeación nacional y que a la postre se decretó formalmente en la Ley de Planeación de 1992, que el Poder Ejecutivo Federal se constituyera como el responsable de elaborar un plan nacional de desarrollo, del cual se desprenderían programas sectoriales, regionales y especiales. Para lo que surgieron los programas nacionales de salud como el mecanismo guía para la elaboración de propuestas de políticas generales y a su vez de las políticas de salud integradas en los programas sectoriales. Fue así que a partir del sexenio de Miguel de la Madrid se inició la elaboración de los planes regionales de desarrollo del cual se desprendió el Programa Nacional de Salud de 1984-1988 (Urbina, 2006).

Este programa inicia enfrentando una condición poco alentadora en atención en salud, puesto que el 36.8% de la población nacional no tenía acceso a servicios de salud. Esta situación era

atribuida básicamente a la centralización para la toma de decisiones, de recursos humanos y materiales, aunado a la presencia de un sistema de salud heterogéneo que carecía de sistemas de planeación, programación y evaluación.

Es en este sentido que el programa se erigió bajo dos estrategias; por un lado la estrategia *general* la cual estaba enfocada a los servicios de salud y por el otro lado la estrategia *instrumental* orientada a reformular la estructura administrativa, organizativa e informativa; es así que de estas estrategias se desprendieron diecisiete programas los cuales se enumeran enseguida:

1. Atención Médica.
2. Atención Materno-Infantil.
3. Salud Mental.
4. Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes.
5. Educación para la Salud.
6. Nutrición.
7. Salud Ocupacional.
8. Contra las Adicciones.
9. Salud Ambiental.
10. Saneamiento Básico.
11. Control y Vigilancia Sanitaria.
12. Planificación Familiar.
13. Asistencia Social.
14. Investigación para la Salud.
15. Formación y Desarrollo de Recursos para la Salud.
16. Información.
17. Insumos para la Salud.

Estos programas fueron la guía a seguir para las propuestas de los siguientes programas de salud. Al inicio de este programa el sistema de salud contaba con 10,124 unidades médicas en las que laboraban 66,958 médicos y 132,875 paramédicos y para 1989 al terminar el periodo de este programa las unidades médicas y el personal médico y paramédico aumentó solamente un 20% lo que originó que más de diez millones de mexicanos ingresaran al sistema de seguridad social a servicios de salud (Coronado, 2004).

Si bien la descentralización dio inicio en el periodo anterior, en el Programa Nacional de 1990-1994, con la experiencia del anterior retomó este proceso de manera muy superficial, por otro lado la atención continuó siendo curativa, la demanda superó a la oferta, lo que generó la saturación de las instituciones, frente a esta problemática. No obstante por primera vez se consideró la atención médica como un derecho universal, para lo cual se desarrolló una política a fin de darle cumplimiento mediante el reforzamiento de las instituciones de salud así como del sistema organizativo, centrando su atención en estos puntos es que generaron ocho programas mismos que permitirían abordar estratégicamente las dificultades de salud, dichos programas se enuncian enseguida:

1. Programa para el fomento de la cultura de la salud.
2. Programa para el acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad.
3. Programa de atención a la salud en casos de desastre.
4. Programa de salud mental.
5. Programas de salud ambiental y de control y vigilancia sanitarios.
6. Programa para la regulación del crecimiento demográfico.
7. Programa para el impulso de la asistencia social.

Estos programas estuvieron sustentados en seis estrategias a saber: la primera se orientó básicamente hacia el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, la segunda se centró reforzar y ampliar los sistemas locales de salud, el cometido de la tercera fue darle continuidad al proceso de descentralización iniciado con el anterior programa, la cuarta propuso modernizar y facilitar los sistemas administrativos; la quinta planteo fortalecer la forma de organizar y operar de los servicios de salud y finalmente la sexta estrategia acentuó cuán importante es la participación de la sociedad (SSA, 1990).

En 1990 el sistema de salud tenía registrados a 48,028,003 habitantes de 81,249,645, es decir un 59% de la población contaba con algún tipo de seguridad social, sin embargo, este porcentaje se redujo en un nueve puntos porcentuales en los cinco años subsecuentes, esta situación evidenció a que el programa nacional de salud de 1990-1994 no dio los frutos esperados tan rápido como se planeó, ya que no se alcanzaron las metas planteadas (Ver Cuadro 1), básicamente porque no se previó el rápido crecimiento demográfico, lo que propicio que se saliera de las manos esta situación, sencillamente porque con el aumentó acelerado de la población no se tuvo la capacidad para cubrir la demanda, misma que fue disfrazada y

justificada por la imprecisión de los sistemas de información. Ahora bien, la aportación del gobierno para la población asegurada fue del 75.1% mientras que para la población sin seguridad fue del 24.9%. Todavía una amplia y marcada diferencia entre ambos sectores de la población.

Más tarde con el Programa Nacional de Salud de 1995-2000, retomando la Ley de Planeación, se dirigió hacia la reformulación de la estructura organizativa, administrativa y normativa tan necesaria y poco abordada para el buen funcionamiento del sistema. Fue así que se inició realizando un trabajo conjunto Federación y Estado en reuniones de consulta a fin de evitar la duplicidad de esfuerzos en determinadas áreas por un lado y descuido de otras situación, todo ello debido a la marcada segmentación y autonomía entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSA), que se venía dando desde programas anteriores, debido a la notable resistencia a la descentralización administrativa que era la principal barrera para la toma de decisiones. Aunada a la falta de regulación de las instituciones en todos sentidos pero muy puntualmente en lo que a eficiencia y calidad se refiere.

Este programa tomó como base para la elaboración de su propuesta las experiencias de los programas anteriores, orientando sus objetivos hacia la promoción de calidad y eficiencia. Al concluir este periodo se logró terminare el inconcluso proceso de descentralización, el cual fundamentalmente fue una desconcentración de capacidades de administración central a los estados. Fue así que reconvirtió el sistema hacia un modelo nuevo, en el cual la Secretaría de Salud (SSA) logró concentrar el papel rector y normativo del sector salud, permitiendo la transformación de las instituciones de seguridad social apoyada en las necesidades de salud presentes en esos momentos, lo cual se expresó en otros ocho programas:

1. Programa de promoción y fomento de la salud.
2. Programa de salud infantil y escolar.
3. Programa de salud reproductiva.
4. Programa de salud de las poblaciones adulta y anciana.
5. Otros programas de salud para la población general.
6. Programas regionales.
7. Fomento sanitario.
8. Asistencia social.

A su vez de cada programa se desprendieron varios subprogramas que atenderían mediante acciones específicas la problemática en salud en esa época. En el año 2000 al terminar el periodo de este programa el 60% de la población estaba asegurada y el número de médicos por cada mil habitantes aumento a 4.1, las unidades médicas pasaron de 15,525 a 19,099 una diferencia menor al 20% (ISSSTE, 1996) (Ver Cuadro 1).

A la postre en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 dió continuidad a las líneas de trabajo del programa anterior, cuya visión fue constituir un sistema de salud universal<sup>3</sup> eficiente, de alta calidad y estrechamente ligado al desarrollo integral de la población y del país, fue así que de éste se desprendieron una serie de estrategias y programas que coadyuvaron a dibujar el panorama esperado (Urbina, 2006)

#### Estrategias de Acción:

1. Vincular a la salud con el desarrollo económico.
2. Reducir los rezagos en salud que afecten a los pobres.
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la república.
6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud.
7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud.
8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud.
9. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

De cada estrategia se desprendieron una serie de programas mismos que fueron el instrumento que sustentó las estrategias y líneas de acción que se propuso el entonces Secretario de Salud Julio Frenk (SSA, 2001).

Básicamente la política que vino a reafirmar la idea de acceso universal a los servicios de salud cuyo primer antecedente se encontró en el programa de 1994-2000 y quedó estipulado con la Reforma en el 2003 de la legislación de salud y la Ley General de Salud en la cual se estableció el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS) mismo que entra en operación el 1 de enero del 2004. No obstante, el Seguro

---

<sup>3</sup> Un sistema que le permita a todas las personas sin distinción alguna hacer valer su derecho a la protección de la salud (Frenk, 2008).

Popular inicia actividades sin considerar como requisito que la infraestructura médica (recursos médicos, materiales, administrativos, etc.) ha sido insuficiente para atender a la población que no está afiliada al IMSS al ISSSTE o que no cuenta con los recursos para atenderse en las instituciones médicas privadas (Calva, 2007).

Los argumentos del Seguro Popular estuvieron orientados básicamente en dos sentidos: el primero garantizar la atención en salud como derecho establecido en la constitución y en el otro los recursos económicos estarían definidos conforme a los afiliados (SSA, 2001).

Para el 2005 el número de asegurados aumento únicamente en un 7% y el aumento en el personal médico y paramédico paso de 404,113 a 470,303 es decir el incremento fue de 14% (Ver Cuadro 2).

**Cuadro 2. Unidades médicas y personal médico y paramédico de 1970 al 2005.**

| <b>Año</b> | <b>Unidades Médicas</b> | <b>Total</b> | <b>Médicos</b> | <b>Paramédico</b> |
|------------|-------------------------|--------------|----------------|-------------------|
| 1970       | 4,092                   | 61,093       | 23,002         | 38,091            |
| 1980       | 7,983                   | 163,142      | 61,084         | 102,058           |
| 1990       | 13,174                  | 276,708      | 89,842         | 186,866           |
| 1995       | 15,525                  | 345,200      | 119,433        | 225,767           |
| 2000       | 19,099                  | 404,113      | 140,629        | 263,484           |
| 2005       | 19,911                  | 470,303      | 155,855        | 314,448           |

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI.

Ahora bien, curiosamente los programas de salud de 1984-1988, 1990-1994, 1995-2000, 2001-2006 por un lado persiguieron en esencia el mismo objetivo que giró en torno a mejorar la atención y calidad de los servicios de salud, prevenir y controlar enfermedades, regular el crecimiento demográfico, proteger el medio ambiente y control sanitario y propiciar el bienestar

social mediante la asistencia social. Y el sistema de salud a través de los programas de salud logró controlar el crecimiento demográfico, las enfermedades y las condiciones sanitarias, así como desarrollar un sistema de vacunación fuerte y constante que permitió prevenir el brote de las epidemias que atacaron a la población en etapas anteriores y que causaron innumerables muertes (Urbina, 2006).

En cuanto a la protección del medio ambiente, no fue un tema ni un problema que debiera ser asumido por la Secretaría de Salud (SSA) en su totalidad, pues incluía un trabajo en conjunto con las dependencias encargadas de la problemática ambiental.

Y por el otro lado, se señalaban como limitaciones para el acceso y cobertura de servicios de salud los siguientes factores:

- Condiciones geográficas. Orografía de difícil acceso físico.
- Desigual distribución de la población.
- Alta dispersión de localidades.
- Falta de vías de comunicación en buen estado.
- Inequitativa distribución de los recursos para la salud.
- Marco regulatorio y normativo deficiente.

Las barreras que refieren los programas como justificación de la falta de acceso y cobertura se atribuyen a las desigualdades de carácter geográfico, de distribución poblacional, de recursos así como la deficiencia de infraestructura de comunicación entre las comunidades, municipios y estados no obstante el problema más grave y de mayor importancia es el que el sistema no lograra crear un marco legal sólido y bien definido que le permitiera regular el funcionamiento de las instituciones de salud.

Otro factor importante que no consideraron los programas de salud es que si bien se dio la descentralización de la atención médica hacia los estados, no fue completa ya que en cuanto a la aportación básicamente de recursos económicos prevalece concentrada en la Federación,

que ha sido quien provee en más del 80% al sistema, conforme a los últimos datos mismos, que se aprecian claramente en el cuadro que aparece líneas posteriores (Ver Cuadro 3).

Retomando ahora el Programa Nacional de Salud 2007-2012 el cual da seguimiento a sus antecesores e incorpora a sus objetivos factores importantes como la calidez en la atención, proporcionar de manera oportuna de insumos y a su vez reforzar los recursos físicos y materiales, sigue un conjunto de estrategias que en su base parte de las predecesoras e incluye en la propuesta la implantación de sistemas de calidad así como mecanismos de planeación, gestión y evaluación del sistema de atención. A su vez impulsa la inversión en tecnología e investigación y además sugiere un financiamiento equilibrado y sostenible. Situación que ha tenido poco avance, ya que se puede observar que la mayor parte de la aportación del gasto público sigue a cargo en más del 80% de la federación y menos del 20% por parte de los estados (SSA, 2007) (Ver Cuadro 3).

Las estrategias que plantea el Programa Nacional de Salud 2007-2012 son:

1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios.
2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades.
3. Situar la calidad en la agenda permanente, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud.
4. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.
5. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de salud.
6. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona.
7. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector.
8. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.

Estas estrategias se dividen en un conjunto de líneas de acción las cuales darán la pauta para alcanzar los objetivos y metas propuestos en el programa (SSA, 2007).

**Cuadro 3. Aportación estatal y la federal al gasto en salud para población no asegurada.**

| <b>Año</b> | <b>Aportación Federal (%)</b> | <b>Aportación Estatal (%)</b> |
|------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 2001       | 85.6                          | 14.4                          |
| 2002       | 82.7                          | 17.3                          |
| 2003       | 84.0                          | 16.0                          |
| 2004       | 82.5                          | 17.5                          |
| 2005       | 83.7                          | 16.3                          |
| 2007       | 84.1                          | 15.9                          |
| 2008       | 83.5                          | 16.6                          |

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud (SSA).

Si se pudiera hacer un resumen de los principales problemas, que por años han prevalecido en el sistema de salud mexicano, se mencionarían los siguientes:

En primer lugar que México tiene un Estado sumamente frágil y que no ha sido capaz de regular y garantizar de manera equitativa el acceso a los servicios de salud a la a la totalidad de la población. Después de medio siglo de esfuerzo en el sector, todavía existen millones de mexicanos sin acceso al sistema (Calva, 2007).

Por otro lado, es más que evidente la enorme diferencia de los salarios ofrecidos en el sector público y el sector privado debido a que el sector público ha prevalecido la limitación de recursos, debido a la desigual distribución y participación de los tres niveles de gobierno; esta situación ha orillado a que la mayoría de los médicos y enfermeras opten por prestar sus servicios en instancias médicas privadas o en otros casos laboran en ambos sectores (Calva, 2007).

En México ha dado inicio desde el 2004 la reconversión hacia un sistema universal de salud falta mucho por hacer para llegar a cristalizar ese objetivo.

## Conclusiones.

La historia de las instituciones de salud pública surgidas de la Revolución Mexicana ha sido compleja por las diversas circunstancias en las que se crearon entre ellas la situación devastada que habían dejado a su paso los enfrentamientos armados, la excesiva concentración de las dependencias de salud en el centro del país, el surgimiento de la seguridad social orientada a la población trabajadora como estrategia para impulsar el desarrollo económico del país.

La sectorización de los segmentos que conforman al “sistema” se ha hecho más y más evidente conforme los distintos gobiernos que se han sucedido en el país, debido a que se les permitió a IMSS e ISSSTE autonomía situación inducida por la falta de regulación así como la resistencia a la descentralización por parte de la Secretaría de Salud (SSA).

Las diversas políticas en cada periodo analizado y su evidente similitud, pero al mismo tiempo su diferente peso y número, han evidenciado un visión de muy corto plazo, tal vez con la excepción de los periodos más recientes que comprende a partir del año 2000 en el cual se inicia la reconversión del sistema de seguridad social limitado hacia un sistema en el cual la protección a la salud se asume como un derecho, lo que ha permitido que surgimiento a la luz pública de un conjunto de estructuras de seguridad social oscilantes y sin una misión compartida, cuando de salud pública de los mexicanos se trata.

Todo ello nos permite pensar que las buenas intenciones no han sido suficientes. La burocratización del sector y la dificultad tan grande para realizar reformas de fondo en él se hacen claras al comparar sus logros y al dejar claro que la administración pública en salud se ha encontrado más interesada en mantener su *status* que en evaluarse a sí misma y corregir su rumbo hacia fines y logros de largo plazo.

Probablemente para que México llegue tener un sistema universal de salud que cubra las expectativas sociales, una atención de que sea de calidad y calidez en la atención, eficiente y con un sistema normativo sólido probablemente se requieran cien años más cuyos costos económicos y sociales seguramente serán altos.

Gracias.

## Referencias.

**Calva, José Luis.** (Coord.). (2007). *Agenda para el desarrollo: Derechos y políticas sociales, Vol.12.* México. Miguel Ángel Porrúa- UNAM. p. 192-202

Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión (1984). Ley General de Salud. Consultado el 29 de noviembre de 2009 desde <http://www.diputados.gob.mx>

**Coronado Ramírez, José Luis.** (2004). *Políticas públicas de atención primaria a la salud en la frontera norte de México. El caso de Tijuana.* Tesis de Doctorado no publicada, El Colegio de la Frontera Norte.

**Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O. & Knaul F.** (2003). Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *The Lancet*, 362(15): 1667-1671.

**Frenk J.** (ed.) (1997). *Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas.* México D.F. Fundación Mexicana para la Salud.

**Frenk, Julio y Gómez Dantés, Octavio.** (2008). *El sistema de salud de México.* México. Nostra Ediciones.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (1996). Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Extraído el 27 de agosto de 2010 desde <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/336/11.htm?s=iste>

**Nigenda, Gustavo, Valdez, Rosario, Ávila, Leticia y Ruiz, José Arturo.** (2002). *Descentralización y programas de salud reproductiva.* México. Fundación Mexicana para la Salud.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1990). Programa Nacional de Salud 1990-1994. México

Secretaría de Salud. (2001). *Indicadores de Resultado: México 2001.* Consultado el 25 de agosto de 2010 desde:

[http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR\\_2008.xls](http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR_2008.xls)

Secretaría de Salud. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. Consultado el 30 de septiembre de 2010 desde:

[http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluación/publicaciones/pns\\_2001-2006/pns2001-006.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluación/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf)

Secretaría de Salud. (2002). Indicadores de Resultado: México 2002. Consultado el 25 de agosto de 2010 desde:

[http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR\\_2008.xls](http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR_2008.xls)

Secretaría de Salud. (2003). Indicadores de Resultado: México 2003. Consultado el 25 de agosto de 2010 desde:

[http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR\\_2008.xls](http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR_2008.xls)

Secretaría de Salud. (2004). Indicadores de Resultado: México 2004. Consultado el 25 de agosto de 2010 desde:

[http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR\\_2008.xls](http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR_2008.xls)

Secretaría de Salud. (2005). Indicadores de Resultado: México 2005. Consultado el 25 de agosto de 2010 desde:

[http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR\\_2008.xls](http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR_2008.xls)

Secretaría de Salud. (2007). Indicadores de Resultado: México 2007. Consultado el 25 de agosto de 2010 desde:

[http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR\\_2008.xls](http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR_2008.xls)

Secretaría de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2001-2007. Consultado el 02 de septiembre de 2010 desde [http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf)

Secretaría de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Extraído el 25 de agosto de 2010 desde <http://portal.salud.gob.mx>

Secretaría de Salud. (2008). Indicadores de Resultado: México 2008. Consultado el 25 de agosto de 2010 desde [http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR\\_2008.xls](http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/indicadores/IR_2008.xls)

**Soberón Acevedo G. y Martínez-Narváez G.** (1996). La descentralización de los Servicios de Salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública de México*, 38 (5): 371-378.

**Soberón, Guillermo, Ruiz, L., Ferrando, G., Gómez Moreno, Laguna, J., Valadés, D. y A. G. de Wit .** (1983). *Hacia un sistema nacional de salud*. México. Fondo de Cultura Económica-UNAM. p. 48-49.

**Urbina Fuentes, Manuel, Moguel Ancheita, Alba, Muñiz Martelón, Melba Elena y Solís Urdaibay, José Antonio.** (Coords.) (2006). *La experiencia mexicana en salud pública oportunidad y rumbo para el tercer milenio*. México. Fondo de Cultura Económica.