

## Las Políticas de Salud Neoliberales y su Impacto en la Pandemia de la Covid-19 en México

**Georgina Contreras Landgrave<sup>1</sup>**

[gcontrerasl@uaemex.mx](mailto:gcontrerasl@uaemex.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-0353-5970>

Universidad Autónoma del Estado de México

**Oscar Dónovan Casas Patiño**

[odcasasp@uaemex.mx](mailto:odcasasp@uaemex.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

Universidad Autónoma del Estado de México

**Miguel A. García González**

[garcia@hs-furtwangen.de](mailto:garcia@hs-furtwangen.de)

<https://orcid.org/0009-0007-1026-2177>

Hochschule Furtwangen, Furtwangen  
University

**Víctor Manuel Durán López**

[vmduranl@uaemex.mx](mailto:vmduranl@uaemex.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-8457-5711>

Universidad Autónoma del Estado de México

### RESUMEN

En México desde 1983 han existido normatividad y programas de salud donde se consideran las acciones preventivas de las enfermedades. Sin embargo, ante la pandemia México reportó un número muy alto de muertes debido a comorbilidades por lo que aquí se propone identificar las políticas de salud neoliberales y su impacto en la pandemia de la covid-19 en México. La investigación fue cualitativa, descriptiva, retrospectiva y documental. Se realizó un análisis de documentos emitidos en el ámbito nacional, tales como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1983, 6 normas oficiales de salud, la Ley General de Salud y los programas nacionales de salud emitidos durante el periodo 1984 -2018. Se concluye que en los diferentes documentos rectores emitidos por las administraciones federales (1983- 2018), si bien se mencionó como una estrategia el atender las prioridades en salud, en ningún momento se plantearon como objetivos la aplicación de medidas preventivas de las enfermedades que presentaba la población. Si se hubieran implementado no hubiesen existido las comorbilidades que causaron tantas muertes durante la pandemia de la COVID-19.

**Palabras clave:** *políticas de salud; comorbilidades; covid-19.*

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [gcontrerasl@uaemex.mx](mailto:gcontrerasl@uaemex.mx)

# Neoliberal Health Policies and their Impact on the Covid-19 Pandemic in Mexico

## ABSTRACT

In Mexico since 1983 there have been regulations and health programs where preventive actions of diseases are considered. However, in the face of the pandemic, Mexico reported a very high number of deaths due to comorbidities, so here it was proposed to identify neoliberal health policies and their impact on the covid-19 pandemic in Mexico. The research was qualitative, descriptive, retrospective and documentary. An analysis of documents issued at the national level such as the Political Constitution of the United Mexican States of 1983, 6 official health standards, the General Health Law and the national health programs issued during the period 1984 -2018 was carried out. It is concluded that in the different guiding documents issued by the federal administrations (1983-2018), although it was mentioned as a strategy to address health priorities, at no time were the application of preventive measures of the diseases presented by the population raised as objectives. If they had been implemented, the comorbidities that caused so many deaths during the COVID-19 pandemic would not have existed.

**Keywords:** *health policies; comorbidities; covid-19.*

*Artículo recibido 31 agosto 2023*

*Aceptado para publicación: 31 agosto 2023*

## INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019 en un comunicado realizado por el gobierno de China, se notificaron 44 personas enfermas, de las cuales 11 tenían un estado grave. Fue a principios del mes de enero del año 2020 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró sobre el brote de neumonía causado por un agente desconocido (World Health Organization, 2020). Días después el 19 de enero se reportó que el agente causal era un coronavirus el SARS-CoV-2. Fue hasta el 30 de enero cuando la OMS dictó la Declaratoria de Emergencia de Salud Pública por este nuevo virus y el 11 de marzo dictó ya la Declaratoria de pandemia.

En México, en la noche del 27 de febrero de 2020, se notificó el primer caso del virus SARS-CoV-2 y el primer fallecimiento se registró el 18 de marzo 2020 (Camhaji, 2020). Fue el 23 de marzo cuando el ministerio de salud mexicano hizo pública la declaratoria de la Jornada Nacional de Sana Distancia. Con esta declaratoria iniciaron las acciones de medidas sanitarias y distanciamiento social para disminuir los contagios. Para el 1º de abril de ese mismo año se declaró la emergencia sanitaria en el país (Sáenz, 2021).

La pandemia de la COVID 19 puso sobre la mesa la situación de los sistemas de salud de todos los países del mundo. Se pudo identificar la serie de debilidades que presentaron ante la demanda de atención de las poblaciones, convirtiéndose en un desafío para la prestación de servicios de salud, tal fue el caso del sistema nacional mexicano.

México enfrentó la pandemia de COVID-19 con datos que lo colocaron entre los países más afectados del mundo por el número de muertes, tanto por la epidemia como por el exceso de mortalidad (Gobierno de México, 2020). Si bien las causas fueron multifactoriales en lo que respecta al estado de salud de las personas que enfermaron se pueden considerar los datos oficiales los cuales reportan que la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y la diabetes fueron las comorbilidades asociadas a las defunciones (SSA, 2019).

Al respecto, según fuentes oficiales mexicanas al 07 de mayo de 2023, el país reportó que 7'595,635 habían dado positivo a la enfermedad, de las cuales 333,961 perdieron la vida. De este grupo, 38.47% fueron hombres y 61.53% mujeres. En los registros se aprecia que presentaron comorbilidades como hipertensión 44.24%, diabetes 36.69%, obesidad 20.43% y tabaquismo 7.41% (Gobierno de México,

2023); comorbilidades que orillaron al estado de agravamiento de los enfermos determinando en gran medida su deceso.

Estas cifras pusieron a México dentro de los primeros lugares en el mundo por mortalidad causada por COVID-19. Si bien la OMS ha reconocido un aumento de las enfermedades mencionadas a nivel mundial, México ocupó los primeros lugares, por lo que aquí se cuestiona cuáles fueron las causas que originaron ese aumento en el número de casos en la población mexicana a diferencia de otros países.

En noviembre del año 2020, el director de la OMS solicitó a las autoridades mexicanas que tomaran en serio la situación causante de la pandemia ya que el número de casos era preocupante; enfatizando que las personas necesitan mensajes claros para que no hubiera confusión, mensajes en los cuales las autoridades den cumplimiento a las recomendaciones señaladas como es el uso de mascarillas, el gel-alcohol y la sana distancia (OMS en Capital 21 Web, 2020).

Se sabe que en México han existido la normatividad y los programas en los cuales se consideran las acciones preventivas de las enfermedades que se consideraron como comorbilidades, sin embargo, llama la atención que a pesar de su existencia las enfermedades estuvieron presentes teniendo una fuerte influencia en el estado de salud-enfermedad de la población. Esta situación se convirtió en presión para las instituciones de salud por lo que aquí se propone como objetivo identificar las políticas de salud neoliberales y su impacto en la pandemia de la covid-19 en México.

## **METODOLOGÍA**

La investigación fue cualitativa, con un alcance descriptivo, debido a la revisión y análisis de diferentes documentos oficiales emitidos previamente a la aparición de la pandemia. Lo anterior la caracteriza como retrospectiva pudiéndose afirmar que fue documental y reflexiva. Se realizó un abordaje macro revisando documentos emitidos en el ámbito nacional mexicano tales como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1983, las normas oficiales de salud: “Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes”; “Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones”; “Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial”; “Promoción y educación para la salud en materia alimentaria”; “Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias” y “Para el manejo integral de la obesidad”, la Ley General de Salud así como los programas nacionales de salud emitidos durante el periodo 1984 -2018.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **La reforma a las políticas de salud**

Para dar cumplimiento al objetivo planteado, resultó necesario hacer una rápida revisión retrospectiva en donde se analizaron algunas acciones de gobierno que se realizaron en los anteriores años a la aparición de la pandemia, específicamente en los últimos 30 años.

A nivel mundial, en el último cuarto del siglo XX, se habló que el Estado en su conjunto se encontraba en una situación de crisis, motivada por la ineficacia, improductividad y los costos elevados de operación, situación que fundamentó la “Reforma del Estado”. Los impulsores de este cambio sostuvieron que la crisis generó la necesidad de realizar la Reforma para lograr la modernización del Estado; ésta fue sugerida por organismos internacionales como el Banco Mundial, quien apoyándose en el modelo del Reino Unido obligó a los países a realizarla (Tetelboin y Granados, 2000). Esta reforma obligó a los gobiernos a realizar tales acciones, sin considerar las características propias de los países, su devenir histórico y aún menos sus necesidades, presionando a los países a emprenderla, sin garantizar resultados positivos donde la población del país se vea beneficiada.

La reforma implicó cambios fundamentales en el modelo económico y político de los países, a quienes se les sugirió la reestructuración del gasto público en materia social. Se argumentó que la Reforma del Estado, pretendía hacer más eficiente su función a través de tres estrategias: la privatización, la focalización y la descentralización.

Para llegar a la privatización se proyectó reconstruir la función del Estado en torno al mercado, disminuyendo notablemente su intervención y permitiendo la participación del capital privado en la atención de las necesidades de la población. Para esto se requirió de la desregulación de actividades emitiendo y modificando la normatividad existente. La segunda estrategia fue la focalización de los programas sociales con alta externalidad, donde las acciones son paliativas, limitadas y discrecionales y solamente participa el Estado con el objeto de garantizar un mínimo de intervenciones y aliviar los efectos que reproduce el modelo económico. Con esta estrategia, el Estado produjo los servicios que los agentes privados no pudieron, o quisieron atender o los que la sociedad ha llamado bienes públicos. En estos programas, los pobres fueron atendidos por el Estado bajo los principios de caridad asistencial (Contreras y Tetelboin, 2011). Para esto, el discurso de los funcionarios justificó la focalización de los

recursos y las acciones, basándose en la aplicación selectiva de los beneficios, consintiendo que estos se dirigieran a los grupos más vulnerables (López y Blanco, 2001). La tercera estrategia es la descentralización, aquí se han transmitido las funciones, responsabilidades y decisiones a los gobiernos locales. En los últimos tiempos se ha fortalecido la participación de la sociedad, pretendiendo llegar a los individuos, argumentado para ello el pleno derecho de los ciudadanos a ejercer la libertad de elegir sus proveedores de servicios. Con la descentralización de los servicios de salud a los gobiernos locales, el Estado federal adquirió solamente la responsabilidad de ejecutar programas focalizados dirigidos a los grupos de extrema pobreza (Contreras y Tetelboin, 2011). En esta estrategia desafortunadamente los gobiernos locales estuvieron desprovistos de la planeación necesaria en varios de las ocasiones, así como no pudieron garantizar la capacidad técnica de los servicios otorgados, creando organismos públicos descentralizados sin consolidar su integración con los servicios ya existente (Secretaría de Salud, 2020).

Por lo anterior se puede afirmar que la Reforma del Estado implementada en México resultó ser una presión externa ante la crisis económica que vivía el país. Las estrategias indicadas por los organismos financieros internacionales tales como la desregulación donde el Estado se retiró de actividades previamente implementadas y se permitió la participación del capital privado, la descentralización y la focalización (Contreras y Tetelboin, 2011), mismas que se realizaron sin considerar sus efectos.

En el área de la salud, también se tuvo la aplicación de estas estrategias. Según el Banco Mundial (BM), en el informe “Invertir en Salud” afirmó que el Estado es incapaz, ineficiente y frecuentemente inequitativo para satisfacer las necesidades de la población siendo los gastos tan altos que no deben ser financiados con recursos públicos, por lo que la salud pertenece al ámbito privado (BM, 1993).

En el caso de México la estrategia de descentralización se llevó a cabo durante los años 80's y 90's, poniendo como responsabilidades de los servicios de salud a los gobiernos locales priorizando las necesidades de salud y atendiendo a la población a través de programas con intervenciones esenciales. Para dar inicio a la Reforma del Estado, se modificó el artículo 4°. De la Constitución Mexicana en el año de 1983 en la cual se plasmó:

*“toda persona tiene derecho a la protección de la salud. 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 genera”.*

Con la modificación del artículo 4°. Constitucional el Estado “reconoció” como una garantía individual la protección de la salud, aceptando intrínsecamente la obligación de garantizarla mediante el diseño e implementación de políticas y programas.

Con lo anterior al año siguiente se expidió la Ley General de Salud, en este documento fue donde se distribuyeron las competencias entre la federación y los gobiernos locales para el otorgamiento de los servicios de salud a la población siendo este uno de sus objetivos (Soberón y Martínez, 1996).

Otro documento que se emitió con este fin fue la Ley General de Salud (LGS) documento federal que contiene las distintas partes del Sistema Nacional de Salud y sus competencias. Una característica en esta estructura es que en ella está claramente marcada la descentralización de las funciones a los gobiernos locales. También están indicados los principales programas o acciones que se realizarán en todo el país de manera obligada en toda la estructura del Sistema Nacional de Salud conformada por los 32 Sistemas Estatales de Salud.

En el discurso oficial se manejó al proceso de descentralización como parte del nuevo federalismo. En él, se planteó la descentralización con el objetivo de consolidar los Sistemas Estatales de Salud y que fueran capaces de responder, con mayor agilidad y eficiencia, a las necesidades de salud propias de cada entidad. Para lograrlo se emitió el “Decreto de Descentralización” en el que se estableció que la administración de los servicios de salud prestados por la Secretaría de Salud (SSA) a nivel nacional se dirigiría a los estados con sujeción al programa al que se refiere el mismo decreto...” (SSA, 1984a).

Una componente fundamental de la descentralización de los servicios de salud fue:

*“la redefinición del financiamiento a través de dos tendencias: a) el incremento y reorientación de los recursos federales y estatales y b) la diversificación de las fuentes de financiamiento que involucra convenios de cofinanciamiento y aportaciones directas de la sociedad”. “A los gobiernos estatales se les obligó a participar hasta con el 20 % del costo total de los proyectos de inversión y con el 30 % como contraparte de los recursos financieros que la SSA transfirió como Programa de Desarrollo Regional” (López y Blanco, 1993).*

Un año después de la emisión de la LGS, se inició la emisión de documentos normativos que establecieron las nuevas responsabilidades de los integrantes del Sistema Nacional de Salud en el

otorgamiento de los servicios (Contreras y Tetelboin, 2011). Tal fue el caso del conjunto de Normas Oficiales de Salud donde se establecieron los protocolos de atención específica a las principales enfermedades que afectan a la población mexicana. Estas disposiciones contienen información sobre especificaciones, procedimientos y metodología que permiten establecer parámetros medibles, evitando así riesgos a la población.

Estas normas son de observancia obligatoria en todos los servicios de salud del país y deben ser cumplidas por cualquier prestador del servicio de salud o institución del Sistema Nacional de Salud incluyendo a los servicios privados (Contreras-Landgrave, Tetelboin-Henrion, & López-Gutiérrez, 2013). Las normas son expedidas y publicadas en el Diario Oficial de la Federación entrando en vigor al día siguiente de su publicación.

Las normas que se relacionan con las comorbilidades asociadas a la COVID-19 en México, plantean actividades de prevención, diagnóstico y control de las enfermedades. Ejemplos de ello son las relacionadas con la diabetes, las adicciones, la hipertensión arterial, la alimentación, las dislipidemias y la obesidad.

Al hacer la revisión de estas normas sobre tres puntos en particular como son: la prevención, las actividades de promoción de la salud y las de detección, se puede apreciar que de las seis enfermedades que se comportaron como comorbilidades en la COVID-19, cuatro sí las menciona (diabetes, adicciones, hipertensión arterial, y dislipidemias), mientras que la de promoción y educación alimentaria no menciona las actividades de promoción de la salud y sobre la prevención y la detección no aplica. Finalmente, la que atiende el manejo integral de la obesidad solamente indica acciones de prevención, no así en las acciones de promoción de la salud y la detección (Tabla 1).

**Tabla 1.** Información contenida en las NOM sobre acciones de prevención, de promoción de la salud y de detección

Norma Oficial Mexicana	Prevención	Promoción de la salud	Detección
NOM 015-SSA2-1994 “Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes”;	Sí	Sí	No
NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones	Sí	Sí	Sí
NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial	Sí	Sí	Sí
Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias;	Sí	Sí	Sí
NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.	N/A	No	N/A
NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad	X	No	No

*Elaboración propia. Fuentes: Diario Oficial de la Federación y Listado de normas oficiales mexicanas de la secretaria de salud <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>*

Llama la atención que, en México, siendo la obesidad una de las principales enfermedades que se comportó como comorbilidad de la pandemia, en el texto de la norma oficial correspondiente no presenta actividades de promoción (como la educación para la salud) ni de detección. Otra reflexión que se convierte en obligatoria es la de considerar que las normas fueron publicadas en el periodo comprendido del 1994 a 2012 por lo que las acciones mencionadas debieron haber tenido un impacto positivo en la población y no existir las enfermedades como comorbilidades en la pandemia.

Para atender las necesidades de salud de la población, también se creó una serie de programas federales, los cuales fueron específicos en sus acciones y al mismo tiempo se complementaron para su ejecución con las estructuras de salud de las entidades federativas.

En 1985 para atender las necesidades de salud de la población, se creó una serie de programas federales con especificidad en sus acciones y se complementaron para su ejecución con las estructuras de salud de las entidades federativas. Uno de estos programas fue el Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA) que dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud 1984-1988, operó como instrumento de apoyo al proceso de descentralización de 14 entidades federativas y se extendió en 1988 a todas las demás, fortaleciendo así la coordinación

programática (Instituto de Salud del Estado de México [ISEM], 2008). El proceso de descentralización se detuvo, por varias razones, entre otras porque en varias entidades federativas se observó un retroceso en el funcionamiento de los servicios (Menéndez, 2005) y porque los gobiernos locales no estaban en condiciones de asumir la responsabilidad. El MASPA tuvo como propósito elevar el nivel de salud de la “población objetivo”, a fin de mejorar la calidad de los servicios. Combinó elementos y acciones articuladas, con estructuras y programas definidos y con normas específicas para su funcionamiento, por lo que se constituyó en el instrumento para la prestación de servicios destinados a la población abierta.

Con el propósito de fortalecer la descentralización de los servicios de salud contemplada en el Plan Nacional de Desarrollo, en 1989 se llevó a cabo el proyecto estratégico de fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias para que funcionaran como instancias coordinadoras de los Sistemas Estatales de Salud. Durante los años 1989 – 1990 se ejecutó la fase piloto del proyecto, con la programación y asignación de recursos que le permitieron operar como órgano técnico-administrativo, ejerciendo el liderazgo y coordinación con las instituciones del ámbito local del Sector Salud y los organismos de otros sectores involucrados en la atención de salud (ISEM, 2005). Sin embargo, el avance que se tenía en el proceso de descentralización se detuvo y se volvieron a centralizar la toma de decisiones manteniéndose los programas preventivos que se venían realizando (Fajardo, Carrillo y Neri, 2002).

### **Los programas nacionales de salud 1984 - 2018**

En México, al inicio de cada periodo presidencial (seis años) se emite el Plan Nacional de Desarrollo el cual es un documento donde el Gobierno presenta cuáles son los problemas nacionales identificados, las soluciones que propone realizar para su atención, así como los objetivos prioritarios. El plan contiene las líneas principales de los distintos sectores. Derivado de este documento a su vez se emiten por sectores los programas específicos como lo son (en el caso del Sector Salud) los Programas o Planes Nacionales de Salud. Estos documentos son publicados en el Diario Oficial de la Federación que es el órgano oficial de difusión del gobierno federal. Cabe mencionar que, a lo largo del periodo del presente estudio, estos documentos tuvieron pequeños cambios en su nombre, pero se puede identificar que todos se refieren a lo mismo.

Dentro del periodo de estudio comprendido en esta investigación, se considera el Programa Nacional de Salud (PNS) 1984-1988 éste fue el primer programa que se emitió en México, debido a la puesta en marcha de la Reforma del Estado. Este PNS planteó como propósito el elevar el nivel de salud de la población, procurando la plena cobertura de los servicios de salud dando una preferencia en el primer nivel de atención para mejorar su calidad básica y la protección social de grupos vulnerables mediante la consolidación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud eficiente. Este programa se compuso de cuatro partes fundamentales: el diagnóstico general; los objetivos, las metas y las estrategias generales complementándose con programas de acción, proyectos, estrategias específicas y vertientes de instrumentación (SSA, 1984b).

En este periodo la estrategia de mayor importancia fue precisamente el proceso de descentralización como parte de la reorganización de los servicios locales y la protección a la salud, en donde el derecho social fue desvirtuado, al subordinarse la política social al proyecto de reestructuración económica y al prevalecer la lógica de política neoliberal (López y Blanco, 2001).

Por su parte el Programa Nacional de Salud 1990-1994 proyectó:

*"...impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios".*

**A través de seis políticas:**

- *el fomento de la cultura de la salud,*
- *el acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad,*
- *la prevención y control de enfermedades y accidentes,*
- *la protección del medio ambiente y saneamiento básico,*
- *la contribución a la regulación del crecimiento demográfico y el impulso a la asistencia social (SEGOB, 1991).*

**Para su cumplimiento también enunció 6 estrategias:**

- *la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud,*
- *el fortalecimiento de los sistemas locales de salud,*

- *la descentralización de los servicios de salud,*
- *la modernización y simplificación administrativas,*
- *la coordinación intersectorial y participación de la comunidad.*

**Lo anterior lo propuso cumplir mediante la implementación de programas de acción específicos atendiendo a las necesidades de la población como:**

- *programas para el acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad;*
- *para la prevención y el control de enfermedades y accidentes;*
- *de atención a la salud en casos de desastre; de salud mental;*
- *de salud ambiental y de control y vigilancia sanitarios;*
- *para la regulación del crecimiento demográfico;*
- *para el impulso de la asistencia social y programas para el fomento de la cultura de la salud (SEGOB, 1991).*

En la administración 1994-2000 el programa se denominó Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 en él se reportaron como principales problemas: la insuficiente calidad y limitada eficiencia, la segmentación e insuficiente coordinación, el centralismo, **la cobertura insuficiente por lo que se listaron 4 objetivos a cumplir:**

- *Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.*
- *Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal.*
- *Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes.*
- *Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas que actualmente tiene acceso limitado o nulo.*

Este programa tuvo como propósito dar cumplimiento al artículo 4o. constitucional y la Ley General de Salud, superando limitaciones, reorganizando el gasto en salud, estableciendo criterios generales para hacer más eficientes los servicios de salud de las instituciones, reforzando los recursos destinados al fomento de una vida saludable, los programas de medicina preventiva y garantizando el abasto de los

medicamentos, insumos esenciales y los recursos humanos. Todo lo anterior aplicado a programas específicos como vacunación, nutrición y salud reproductiva (SEGOB,1996).

De manera complementaria en el año de 1997 surgió el programa PROGRESA constituido por tres áreas para intervenir: la educación, la alimentación y la salud; planteándose en este último aspecto, la atención básica a la salud de todos los miembros de la familia, fomentando un cambio en la orientación y utilización de los servicios de salud, con la participación, tanto de las familias como de las instituciones proveedoras de servicios, que derive en una actitud preventiva el fomento en el autocuidado de la salud y la adecuada vigilancia de la nutrición familiar (Secretaría de Desarrollo Social, s/f).

Los servicios de atención brindados a la población, estuvieron enmarcados por un conjunto muy limitado de acciones denominado: “Paquete Básico Garantizado de Salud”. El restringido cuadro de medicamentos tuvo relación con el número muy restringido de enfermedades atendidas por lo que fue muy reducida la cobertura de riesgos de salud y además de mala calidad (Boltvinik, Damián y Jaramillo, 2019).

En el sexenio que inició el año 2000 continuaron las políticas sociales caracterizándose por la ejecución de programas focalizados. En el discurso de la toma de posesión del presidente entrante, cuando se refirió al campo de la salud, manifestó ya la idea de un seguro público universal, con tres retos: la equidad, la calidad y la protección. Por su parte, la Secretaría de Salud emitió el Programa Nacional de Salud en el cual se planteó como objetivos:

- a) mejorar las condiciones de salud de los mexicanos,*
- b) Abatir las desigualdades en salud,*
- c) Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud,*
- d) Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y*
- e) Fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas*

Para dar cumplimiento al primer objetivo se estableció una estrategia denominada: “*Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades*”; se consideró disminuir la prevalencia de diabetes, controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión, y disminuir la adicción al tabaco y al alcohol entre otras líneas de acción.

Ya iniciada la administración federal, la Secretaría de Salud promovió el establecimiento de un

programa con el objetivo de implementar medidas para establecer un mecanismo de protección financiera en salud para población sin seguridad social. En él, se ofreció una opción con criterios de aseguramiento público a sectores de la población que por su condición laboral y socioeconómica no eran derechohabientes de las instituciones de seguridad social como el IMSS, ISSSTE entre otras. Además, se planeó proteger a las familias contra incidentes de altos gastos en salud, contra los momentos de reducción temporal en su capacidad financiera general mismos que arriesgan la capacidad de financiar la salud, con lo que se pretendió ayudar a garantizar la salud que en tiempos críticos donde coincidan eventos de enfermedad (Knaul, Arreola-Ornelas & Méndez, 2005).

Fue indispensable generar el marco normativo nacional para su operación y cumplimiento inmediato en todo el territorio mexicano. En este caso en el año 2003 se modificó la Ley General de Salud, modificación que tomó tiempo y debates legislativos en ambas cámaras (Diputados y Senadores) en donde el grupo opositor encabezado por el Diputado López González quien fue integrante de la Comisión de Seguridad Social del Congreso y Tesorero del Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS declaró *“es pura demagogia, se le ha pedido a Julio Frenk (Ministro de Salud) que nos explique cómo va a funcionar, sin embargo, se ha ido por la libre y no ha dado una explicación real, y dice que va a hacer planes piloto”* (Luna en Contreras-Landgrave y Tetelboin-Henrion, 2011).

Debido a que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) no tenía un sustento normativo y mientras en las cámaras legislativas se realizaron los debates correspondientes para su autorización, el SPSS contó con una fase de prueba o piloto denominada Seguro Popular. Esta etapa inició en febrero de 2002 en cinco entidades federativas y concluyó en diciembre de 2003. Fue a partir de enero de 2004 cuando inició la vigencia del marco normativo del SPSS entrando en vigor la modificación de la Ley General de Salud donde se incluyó el título tercero bis, “De la protección social en salud”, el cual integró diversos capítulos. En estos se repartieron 41 artículos a los que se les agregó el prefijo “bis” sin embargo se le siguió nombrando Seguro Popular (Contreras y Tetelboin, 2011).

Este sistema inició en el año de 2003 después de contar con una etapa de prueba en donde se le denominó Seguro Popular y para su cumplimiento en todo el territorio del país fue preciso realizar modificaciones a la Ley General de Salud específicamente en el artículo 77.

### **La Ley General de Salud lo definió como:**

*un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención (SSA, 2004).*

### **Se argumentó que la reforma buscó corregir cinco grandes desequilibrios financieros que caracterizaron al sistema de salud**

- 1) el bajo nivel de gasto general;*
- 2) la dependencia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento;*
- 3) la distribución inequitativa de recursos entre asegurados y no asegurados, así como entre estados;*
- 4) el desigual esfuerzo financiero que realizan las diferentes entidades, y*
- 5) la proporción decreciente del gasto dedicado a la inversión.*

La reforma incluyó doce innovaciones divididas en innovaciones financieras y de rendición de cuentas.

Las primeras seis se relacionan con temas de financiamiento y las otras seis se relacionan con los elementos de información y rendición de cuentas (tabla 2).

**Tabla 2.** *Innovaciones de la reforma*

	<b>FINANCIERAS</b>
1.	Financiamiento adecuado de los servicios de salud pública:
2.	Protección contra gastos catastróficos en el sistema de salud
3.	Asignación de recursos por medio de una fórmula que reduce las desigualdades entre estados
4.	Presupuestos democráticos
5.	Beneficios macro y micro-económicos
6.	Plan maestro para el desarrollo de la infraestructura y la inversión

RENDICIÓN DE CUENTAS	
7.	Padrón auditable de familias beneficiarias
8.	Uso de evidencias
9.	Monitoreo y evaluación rigurosos
10.	Participación efectiva de los sectores no lucrativo y privado
11.	Mecanismos de compensación entre estados y proveedores
12.	Amplio consenso político

*Elaboración propia. Fuente: Financiamiento justo y protección social universal. 2004*

Al inicio del informe “Informe sobre de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013. Valoración de la información de desempeño presentada por el programa del Seguro Popular” realizado por el CONEVAL se afirma que el Seguro Popular fue el componente operativo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual fungió como un mecanismo financiero con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población que no tenía seguridad social con lo que se pretendió evitar que esta población realizara gastos catastróficos ligados a problemas de salud. En él se presentan datos en torno a gastos catastróficos, cobertura, presupuesto. Se comenta además su alineación con el Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012, los recursos humanos disponibles y sus condiciones laborales, la calidad de la atención. (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2014).

Se argumenta que el Seguro Popular fue la acción pública más emblemática y mejor financiada del último sexenio y que *está respondiendo positivamente a una serie de observaciones y evaluaciones*. De igual manera se reconoce que es necesario que las evaluaciones y los estudios relevantes se hagan públicos y que existió una brecha entre lo afirmado por las publicaciones oficiales y la percepción del público sobre el acceso efectivo y la calidad de la atención.

El CONEVAL considera a la “Matriz de Indicadores para Resultados” (MIR) como una herramienta que permite a los tomadores de decisiones contar con información concreta respecto al desempeño de un programa. Estos indicadores deben asegurar el seguimiento de los logros alcanzados a lo largo del desarrollo del programa. El organismo afirma que un sistema de cuenta pública orientada a resultados debe disponer de información sobre el desempeño de los programas; y la información que muestre el uso de los recursos públicos para solucionar la problemática para la cual fueron creados. La información debe ser estratégica y considerar los logros alcanzados durante la gestión del programa, así como los

resultados intermedios y finales de la intervención sobre la población (CONEVAL, 2013).

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 contó con cinco objetivos, diez estrategias y 74 líneas de acción. Los cinco objetivos fueron 1. mejorar las condiciones de salud de la población; 2. reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; 3. prestar servicios de salud con calidad y seguridad; 4. evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y 5. garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país. De lo anterior se diseñaron 10 estrategias:

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 del Sistema Nacional de Salud*
4. *Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud*
5. *Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud*
6. *Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud*
7. *Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona*
8. *Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector*
9. *Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos*
10. *Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios*

Este documento presentó datos sobre las principales causas de muerte en hombre y mujeres. En él se ubicó a la diabetes mellitus y a las enfermedades isquémicas del corazón como las dos causas principales y en tercer lugar a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres y a la cirrosis en el caso de los hombres (SSA, 2007).

**Un sexenio después, los objetivos que planteó el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 fueron:**

1. *Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades*
2. *Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad*
3. *Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida*
4. *Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país*
5. *Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud*
6. *Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud*

De estos objetivos se derivan tres estrategias transversales a saber: “perspectiva de género”, “democratizar la productividad” y “gobierno cercano y moderno” y a su vez líneas de acción.

Dentro de las estrategias se leen:

- *Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario*
- *Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*
- *Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones (SSA, 2013)*

Si bien es cierto que para que la población tenga salud, es necesario que los servicios de salud cuenten con los recursos humanos y los materiales (donde se incluya además la aplicación de los adelantos tecnológicos en este campo), así como los insumos necesarios para dar la atención requerida, no se deben perder de vista que se tiene que identificar cuáles son las metas a cumplir en la salud de la población. Es notorio que en ninguno de los documentos esto último no se planteó.

Con la entrada del gobierno federal 2018- 2024, se tuvo otra alternancia en el poder, lo cual generó cambios dentro del modelo de gobernar y se auto denominó “La cuarta transformación”.

En el campo de la salud el 8 de mayo del año 2020 se modificó el artículo 4º. Constitucional que en la actualidad dice:

*Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. 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, conforme a lo que dispone la fracción*

*XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (SEGOB, 2020).*

**Como parte de los documentos de planificación sexenal de igual forma se emitió el Programa Sectorial de Salud 2019 – 2024. Este documento presenta 5 objetivos:**

- 1. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.*
- 2. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.*
- 3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.*
- 4. Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.*
- 5. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.*

De los anteriores objetivos se desprenden 26 estrategias prioritarias y 201 acciones puntuales.

Se puede observar que desde el año de 1984 los documentos que han conducido el quehacer del sector salud han planteado como objetivo una serie de acciones en donde se identifican cuáles fueron y son (incluyendo la administración federal que está por terminar en el año 2024) los caminos para la atención del estado de salud y enfermedad de la población mexicana.

A un año dos meses de haber tomado posición esta administración tuvo el reto de enfrentarse a la aparición de la COVID-19, situación en salud que lo tuvo que afrontar con el sistema de salud existente. Previo a esta situación, en las dos últimas evaluaciones, realizada por la Secretaría de Salud en los años 2017 y 2018 a los SES quedaron registradas: la carencia de medicamentos e insumos, la falta de personal, la sobrecarga de servicios y las malas condiciones en las que frecuentemente se encuentran estas unidades médicas (SSA, 2020).

## **CONCLUSIONES**

Como resultado de la crisis económica que sufrió el país y el endeudamiento al que se recurrió por presiones internacionales se realizó la Reforma del Estado en 1983, iniciando con la modificación del documento rector en México como lo fue la Constitución Política Mexicana elevando a derecho constitucional el derecho a la protección de la salud. Esta modificación permitió la emisión de diferentes documentos normativos como la Ley General de Salud y las Normas Oficiales de Salud que estuvieron encaminadas a descentralizar los servicios de salud a los gobiernos locales. En 1994 cuando continuó este proceso de descentralización, se permitió la participación del sector privado en funciones antes destinadas al Estado. Para el año 2003, con la entrada del Seguro Popular se enfatizó el discurso de la mejora del acceso y los servicios para los pobres como afirmó Álvarez (2020); pero al existir esta omisión, se perdió de vista la prevención y control de las enfermedades especialmente la obesidad, la diabetes, la hipertensión, la dislipidemia y las adicciones permitiendo el aumento de su incidencia, situación que puso a toda la población en situación vulnerable ante la aparición de la COVID-19.

En los diferentes documentos rectores revisados sobre la implementación de la política de salud en las administraciones federales, si bien se mencionó como una estrategia el atender las prioridades en salud, en ningún momento se planteó como objetivo la aplicación de medidas preventivas a las enfermedades que presentaba la población y la necesidad de mejorar las estadísticas de morbimortalidad. Por lo anterior se puede afirmar que es indispensable diseñar e implementar programas interinstitucionales en donde se promuevan y fomenten los estilos de vida saludable y el autocuidado de la salud. Es necesario que, en todos los documentos rectores, se presente dentro de sus objetivos de estos el atender las necesidades en salud de la población. También debe existir una correlación en cada una de sus partes,

identificando las estrategias necesarias para dar seguimiento a las acciones y se realizar permanentemente su evaluación.

Por otra parte es necesario la participación activa de la población para que la promoción de la salud y la educación para la salud cobren importancia, siendo éstas parte de las acciones preventivas que permiten el autocuidado de la salud. Además, no se debe dejar de considerar que la situación de salud de la población, es el resultado del proceso socio-histórico del individuo, la familia y la comunidad por lo que es crucial atender los determinantes de la salud, así como la determinación social tal como es considerado desde la Salud Colectiva.

En el tema aquí estudiado, se tuvo un acercamiento al área de políticas de la salud en México, correlacionando la corriente internacional que se ha venido implementado en el país desde hace ya más de cuarenta años con los programas que se implementaron en el pasado reciente y la presencia de las comorbilidades durante la pandemia de la COVID-19. Esta corriente llamada neoliberal generó la emisión de documentos rectores y para su implementación se plantearon diversas estrategias. En el campo de la salud la mayoría de ellas se han referido al financiamiento del sector, pero ninguna habla de la mejora de la salud de la población.

Como una garantía individual y un derecho de la población, la protección de la salud es una responsabilidad del Estado, al ser éste el encargado del interés público. Esta acción la debe realizar mediante el diseño e implementación de políticas públicas destinadas a atender las necesidades de la población. En el periodo de estudio 1983 – 2018 existió un cambio en la doctrina política de las administraciones que las encabezaron, contribuyeron todas al cumplimiento de las indicaciones de los organismos internacionales indicaciones que tuvieron un enfoque financiero, sin plantearse la mejora de la salud de la población, lo que además se convirtió en el incumplimiento del artículo 4<sup>a</sup>. Constitucional. Es notorio y concluyente que en México las enfermedades metabólicas pre existentes a la pandemia de la COVID-19, representaron un problema de salud pública y que las políticas de salud neoliberales aplicadas previamente, no fueron las adecuadas ya que impactaron negativamente contribuyendo las comorbilidades a cobrar muertes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Díaz, J.A. (2020). Retos para el sistema de salud ante la pandemia de COVID\_19 en: México ante el covid-19: acciones y retos. Medel Palma, C., Rodríguez Nava, A., Jiménez Bustos, G.R. y Martínez Rojas Rustrián, R.
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial (1993)*. Invertir en salud. Indicadores del Desarrollo Mundial, Washington.
- Boltvinik, J., Damián, A. y Jaramillo-Molina, M.E. (2019). Crónica de un fracaso anunciado. Ha llegado la hora de remplazar el Progres-Oportunidades-Prospera (POP). En Hernández Licon, Gonzalo, De la Garza, Thania, Zamudio, Janet. y Yaschine, Iliana (coords.) (2019). El Progres-Oportunidades-Prospera, a 20 años de su creación. Ciudad de México: CONEVAL.
- Camhaji, E. (2020). México confirma su primera muerte por coronavirus y pone en marcha un plan de ayuda en desastres. El País, México 19 marzo 2020 <https://tinyurl.com/2gjz4g7>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL). (2013). Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores de Resultados. ISBN 978-607-95986-4-8
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL). (2014). Informe sobre de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013 denominado. Valoración de la información de desempeño presentada por el programa del Seguro Popular. <https://tinyurl.com/259lxx6y>
- Contreras-Landgrave, G. y Tetelboin-Henrion, C. (2011). El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10 (21), 10-32. <https://tinyurl.com/2js982nh>
- Contreras-Landgrave, G., Tetelboin-Henrion, C. & López-Gutiérrez, LR. (2013). La opinión de los participantes sobre la reforma de la política de salud: un estudio en los servicios locales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 143-162. Retrieved May 24, 2023 <https://tinyurl.com/2mtsjjg5>
- Fajardo Ortíz, G., Carrillo, A.M. y Neri Vela, R. (2002). Perspectiva Histórica de atención a la salud en México de (1902) – (2002). Ed. OPS. IBN 970- 32-0409-0:
- Gobierno de México. (2020). Exceso de mortalidad en

- México, <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico>.
- Gobierno de México (2023). COVID-19 México. Información General. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DOView>
- Instituto de Salud del Estado de México [ISEM]. (2005). Instituto de Salud den Estado de México. Manual de organización para Coordinaciones Municipales.
- Instituto de Salud del Estado de México [ISEM]. (2008). Instituto de Salud den Estado de México. *Manual de organización tipo de Centro de Salud*.
- Knaul, Felicia Marie, Arreola-Ornelas, Héctor, & Méndez, Oscar. (2005). Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. *Salud Pública de México*, 47(6), 430-439.
- Laurell AC. (2003). What does Latin Aamerican social medicine do when it governs? The case of the Mexico City government. *Am J Public Health*. 2003 Dec;93(12):2028-31. doi: 10.2105/ajph.93.12.2028. PMID: 14652327; PMCID: PMC1448145.
- López Arellano, O. y Blanco Gil, J. (1993). La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta. 1ª. Ed. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- López Arellano, Oliva y Blanco Gil, José. (2001). La polarización de la política de salud en México. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 17(1):43-54, jan-fev. Brasil.
- Menéndez, E.L. (2005). Políticas del Sector Salud Mexicano (1980 – 2004): Ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Revista Salud Colectiva*. Mayo-agosto, año/1, número 002. Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2020). Por Covid-19, “Situación en México es muy preocupante”: OMS; pide tomarlo en serio. En capital 21 WEB. Citado el 06 marzo 2023. <https://tinyurl.com/2oyg2h59>
- Presidencia de la República. (2014). Decreto por el cual se crea PROSPERA Programa de Inclusión social. <https://tinyurl.com/2rxz6kt6>
- Sáenz Guzmán, C. (2021). ‘Línea de tiempo COVID-19’; a un año del primer caso en México. En Capital 21. <https://tinyurl.com/2hl5aqcf>
- Secretaría de Desarrollo Social (S/F). Progresá. Programa de Educación, Salud y Alimentación (México: SEDESOL).

Secretaría de Gobernación. Gobernación (SEGOB). (1991). Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Mediano Plazo denominado Programa Nacional de Salud 1990-1994. <https://tinyurl.com/2p7mfkq>

Secretaría de Gobernación. Gobernación (SEGOB). (1996). Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. <https://tinyurl.com/2p5zk14d>

Secretaría de Gobernación. Gobernación (SEGOB). (2007). Programa de Reforma del Sector Salud 2007-2012. <https://tinyurl.com/2p5zk14d>

Secretaría de Gobernación. (2013). Programa de Reforma del Sector Salud 2013 a 2018. <https://tinyurl.com/2ffx6was>

Secretaría de Gobernación (SEGOB). (2020). Decreto por el que se reforma el artículo 4º. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos <https://tinyurl.com/229zaaur>

Secretaría de Salud (SSA). (S/F). *Listado de normas oficiales mexicanas de la secretaria de salud*. <https://tinyurl.com/2znrkhna>.

Secretaría de Salud (SSA). (1984a). Secretaría de Salud. Decreto de Descentralización. *Diario Oficial de la Federación*. Artículo 1º. 07 marzo (1984).

Secretaría de Salud (SSA). (1984b). Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 1984-1988. *Diario Oficial de la Federación*: <https://tinyurl.com/2nxoyruy>

Secretaría de Salud (SSA). (1991). Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 1990-1994. *Diario Oficial de la Federación*. <https://tinyurl.com/2hrh3ajd>

Secretaría de Salud (SSA) (2019) Veinte principales causas de enfermedad Nacional. <https://tinyurl.com/2ft7ut5n>

SSA, (2004) *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*. 1ª. Ed. (2004).

Secretaría de Salud (SSA). (21- junio 2004). Ley General de Salud, artículo 77 bis. 1. México. <https://tinyurl.com/2msuxduf>

Secretaría de Salud (SSA). (2020). Programa Sectorial de Salud 2020-2024. <https://tinyurl.com/2nvdtek8>

Soberón Acevedo, G. y Martínez Narváez, G. (1996). *La Descentralización de los servicios de salud*

en México en la década de los ochenta. Extracto de la Conferencia Magistral presentada con motivo del X Aniversario de la Descentralización de los Servicios de Salud en el Municipio de Acapulco, Guerrero, México, 14 de julio de 1995. Salud Pública Méx (1996); Vol. 38(5):371-378. México.

Tetelboin, C y Granados, J A. (2000) “Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México”. Argumentos 35:45-58. UAM. Abril. México.

World Health Organization (2020). Geneva. Pneumonia of unknown cause – China.