



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: TESIS

**“COMUNICACIÓN POLÍTICA EN MATERIA DE POLÍTICA DE SALUD
DE 2003 A 2020: DEL SEGURO POPULAR AL INSABI”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN CIENCIAS POLÍTICAS

P R E S E N T A

MAURICIO ALBERTO CISNEROS CONTRERAS

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. CRISTINA MARTÍNEZ PÉREZ**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

**“COMUNICACIÓN POLÍTICA EN MATERIA DE POLÍTICA DE SALUD DE
2003 A 2020: DEL SEGURO POPULAR AL INSABI”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN CIENCIAS POLÍTICAS

P R E S E N T A

MAURICIO ALBERTO CISNEROS CONTRERAS

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. CRISTINA MARTÍNEZ PÉREZ**

CUERNAVACA, MORELOS



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

**“COMUNICACIÓN POLÍTICA EN MATERIA DE POLÍTICA DE SALUD DE
2003 A 2020: DEL SEGURO POPULAR AL INSABI”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN CIENCIAS POLÍTICAS

P R E S E N T A

MAURICIO ALBERTO CISNEROS CONTRERAS

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. CRISTINA MARTÍNEZ PÉREZ**

CUERNAVACA, MORELOS

A las diosas y dioses del rock que siempre me han acompañado en esta vida, sinrazón

*Through the fish-eyed lens of tear-stained eyes
And far from flying high in clear blue skies
I'm spiraling down to the hole in the ground where I hide
If you negotiate the minefield in the drive
And beat the dogs and cheat the cold electronic eyes
And if you make it past the shotguns in the hall
... He wonders if you're sleeping with your new found faith*

Could anybody love him?

Or is it just a crazy dream?

And if I show you my dark side

Will you still hold me tonight?

And if I open my heart to you

And show you my weak side

What would you do?

Pink Floyd

Routine was the theme

He'd wake up, wash and pour himself into uniform

Something he hadn't imagined being

As the merging traffic passed

He found himself staring down

At his own hands

Not remembering the change

Not recalling the plan

Was it?...

He was okay

But wondering

About wandering

Was it age?

By consequence?

Or was he moved sleight of hand?

Mondays were made to fall

Lost on a road he knew by heart

It was like a book he read in his sleep, endlessly

Sometimes he hid in his radio

Watching others pull into their homes

While he was drifting

Pearl Jam

AGRADECIMIENTOS

Esta vida no tendría sentido sin los demás, somos un rompecabezas de millones de piezas y en efecto estamos hechos de momentos, de risas, alegrías, tristezas, cada pieza representa un momento único e irrepetible, no sería Mauricio sin el aporte del otro, la proximidad sólo se entiende cuando construimos entre todos, no es el logro de uno ni de unos cuantos, es el logro de todos, atrás hay toda una carga que retiene la pared y contiene la represa, (emocional, física, económica objetivos y metas que hemos alcanzado), sin esa red de apoyo no se puede lograr nada.

Es extraordinario y maravilloso el momento que se me presentaron en mi vida, Trinidad, Eliú y Luz Celia-chela, cada uno en situaciones importantes, gracias totales por su generosidad, comprensión, cuidado, sobre todo por el amor y cariño que me han brindado, probablemente no sería Mauricio sin su guía.

A Cristina por creer y confiar en mi en esta investigación de tesis, mil gracias por las facilidades, la sencillez y la disposición, por sus consejos y conocimiento siempre en pro de compartirlos, por ampliarme el campo de análisis en la ciencia política más allá de la reflexión banal y teórica, por inculcar la sagacidad y la determinación para llegar a la excelencia, realizando comentarios, sugerencias y críticas oportunas para un mejor desarrollo.

A mis amigos que en los días más grisáceos y sulfurosos siempre estuvieron ahí, aquellos días interminables en la universidad y spa, hablando de cualquier tema, tratando de entender la vida mundana y hacerla más digerible, conquistando las cimas y las veredas.

Gracias infinitas a Gerardo por inducirme en el mundo de los poetas malditos, poetas por encontrar en las palabras y las pláticas el alivio de ser muchas personas y a la vez nada en este mundo posmoderno que nos asfixia y nos carcome, malditos en cultivar el gozo y el placer en el exceso, de estar, de sonreír, de sobre saltos, gestionarlos, aunque sea por un instante en las antípodas, cierto te extraño, espero nos ser burgués escribiendo estas líneas para ti.

A Luis por compartir miles de vidas e instantes en un lapso tan corto pero vasto e infinito, ha sido una de las cosas más increíbles conocerte en la etapa universitaria, tantas preguntas nos hemos hecho, incluso hemos desafiado la idealización de las cosas, hemos disfrutado, otras tantas nos subordinamos a lo cotidiano, hemos caminado bajo el sol buscando los sentires y pensamientos, nos hemos sumergido bajo el fango encontrando la cerrazón y lo heterodoxo de mi ser, hemos

descrito las disertaciones que nos llevan a lugares cerrados, incluso hemos alcanzado las estrellas descifrando el misterio de las relaciones poliamorosas, gracias por abrirme un poco de tu vida y por ser mi amigo; gracias por guiarme del otro lado del jardín y estar un poco menos cegado ante los colores que se me presentan, para ti gratitud y amor.

Fernanda Alegría, aunque en estos momentos existe un exilio, te pienso y te tengo presente, no deja de hacer eco todas las risas que pasamos, literal me regalaste un poco de tu alegría durante todo el trayecto en la universidad, ¿cómo es que surge la demencia? aquí estamos y en tanto no deje de escribir serás y mientras no deje de agradecer tu amistad tiene sentido, allí donde no se nubla y se oscurece la relación Fernanda/Mauricio y la verdad, queda el tiempo que de la destrucción, la impermanencia, un continuum, ausentes pero presentes.

Sidney tu presencia ha sido relevante para mí, no sólo en el ámbito académico sino en lo relacional, siempre dispuesta a mostrarme tu lado más cálido; por estar en mi momento más endeble, por soportar mi versión más vomitiva, por compartirme tus logros, tus anécdotas, tu vida, los chismes, por incluirme en tu agenda académica fashionista elitista, en la agenda de amigos, en la rodadas, en las parties, por cuestionarme en la manera en que me relaciono contigo, por hacerme preguntas muy densas, gran parte de esta tesis te lo debo a tu motivación incondicional, a tus consejos, en un principio cuando te conté sobre la tesis, fuiste la primera en compartirme libros sobre política pública y eso fue un gran paro para que esta investigación se concluyera, es bonito compartir desde la empatía, confianza y el cariño, por enseñarme a escucharme, validarme, por inventar otros caminos, otros. Confesionario 2.0, espero tener la misma dedicación, disciplina, ser centrado como tú en el ámbito académico, eres una guía y gurú en todos los aspectos.

Agradezco la posibilidad y las condiciones materiales que me permitieron acceder a la universidad pública, por permitirme descubrir nuevos horizontes y conocimiento, debemos apostar por crear nuevos espacios desde las diferencias, sólo así podemos enfrentar nuestros egos, fomentar una universidad pública no con más educación enseñando lo que se debe hacer, por el contrario, practicando lo que no se debe hacer; reflexionando, cuestionando, irrumpiendo, sugestionando las ideas, plasmando las inquietudes, trasgrediendo toda norma social, regresar a esa condición infeliz que nos impulse accionar.

A Teresa Hernández Salas por enseñarme a existir y resistir, por posicionarme a partir de creer y no dejar que las dudas se hicieran cargo de mí, por la reciprocidad y empatía no sólo en lo académico, también en lo personal, por soportar una que otra locura en clase, por abogar por mí en el diplomado a pesar de las condiciones nada presentable, por invitarme a pensar en clave sociológica.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ESTRUCTURA DE LA TESIS	5
I Objetivos	6
II Objetivos específicos	6
III Preguntas de investigación	7
IV Metodología	7
V Hipótesis	9
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	11
1.1 La comunicación	11
1.2. La comunicación política	18
1.3 Framing	22
1.4 La política pública como acción de gobierno	27
1.5 Las políticas públicas	30
1.5.1 El estudio de las Políticas Públicas	31
1.5.2 El ciclo de las políticas públicas	35
1.5.2.1 Surgimiento del problema	36
1.5.2.2 Definición de la agenda	37
1.5.2.3 Formulación o diseño de la política pública	43
1.5.2.4 Implementación de la política pública	44
1.5.2.5 Evaluación de la política pública	45
1.5.2.6 Factores de finalización o de cambios en la orientación de la política pública	46
Conclusiones	51
CAPÍTULO 2. LA POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO COMO POLÍTICA SOCIAL	52
2.1 La política social en México	52
2.2 Política Social y derecho a la salud	58
2.3 Evolución histórica de la política pública en materia de salud	61
2.3.1 Seguro Popular como programa de política social	65
2.3.2 Del Seguro Popular al INSABI	66

Conclusiones	70
CAPÍTULO 3. FUNCIONAMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO DEL SEGURO POPULAR Y PROCESO DE TRANSICIÓN AL INSABI	72
3.1 El Sistema de Protección Social en Salud : Seguro Popular	72
3.1.1 Diseño del Seguro Popular	75
3.1.2 Proceso de implementación del Seguro Popular	76
3.1.3 Principales hallazgos de las evaluaciones del Seguro Popular	83
3.2 Diseño del INSABI	95
3.2.1 Resultados preliminares	103
3.3 Similitudes y diferencias entre el Seguro Popular y el INSABI	106
3.4. Criterios en la sustitución de Seguro Popular por INSABI	113
3.5 Impacto en la gestión de la pandemia SARS-CoV-2.	115
Conclusiones	119
CAPÍTULO 4. LAS PRINCIPALES LÍNEAS DISCURSIVAS DEL SEGURO POPULAR	121
4.1 Cronología del discurso sobre el Seguro Popular	121
4.2 Proceso de construcción de la comunicación política en materia Seguro Popular	128
4.3 Estudios, hallazgos y evidencias en la construcción de la comunicación política en materia de salud y Seguro Popular	141
Conclusiones	153
CAPÍTULO 5 LA DISPUTA POR LA AGENDA SALUD ENTRE CREADORES Y DETRACTORES	157
5.1 La disputa por la agenda de salud entre el gobierno y los grupos opositores	157
5.1.2 En materia legislativa	160
5.2 .2 En los procesos electorales a nivel federal 2006, 2012 y 2018	166
5.3.3 En los escándalos de corrupción de Seguro Popular	176
Conclusiones	213
CONCLUSIONES FINALES	215
BIBLIOGRAFÍA	220
LEGISLACIÓN EXAMINADA	238

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro1.Evaluación de impacto del seguro popular	90
Cuadro2. Determinaciones sociales y ambientales de la salud	99

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1. Marco del régimen de política pública	39
Esquema 2. Fijación de la agenda	41
Esquema 3. Marco jurídico e institucional del Seguro Popular	78
Esquema 4. Fondo de financiamiento de salud, Seguro Popular	83
Esquema 5. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA, mecanismo de financiamiento, FONSABI	101
Esquema 6. Uso, asignación y distribución del gasto en salud para la prestación gratuita de servicios de salud, mediante el FINSABI	103

ÍNDICE DE IMAGEN

Imagen 1. Estructura e integración del Sistema Nacional de salud	68
--	----

INTRODUCCIÓN

El tema central de este trabajo se centra en los procesos de construcción de discursos y estrategias de comunicación política en cuatro momentos cruciales en materia de política de salud en México, primero, el diseño e implementación en 2003 de la Comisión Nacional de Protección Social de Salud¹, segundo, su funcionamiento por cerca de 17 años, tercero, su disolución en 2020 y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar².

La mayoría de los estudios y/o investigaciones acerca de las políticas públicas son de corte cuantitativo, y no desde una perspectiva de comunicación política. Poco es el ámbito de la comunicación política que se toma como medida de estudio en la elaboración de las políticas públicas, la importancia de esta investigación es conocer los discursos políticos que detonaron la permanencia y después la desaparición del Seguro Popular, así como la implementación del INSABI.

La ciencia política como objeto de estudio tiende a ser lineal y unilateral al momento de abordar los hechos sociales, conceptos como el ciclo de políticas públicas, teoría general del Estado desde la perspectiva jurídico/legal, la comunicación tradicional emisor/receptor, limitan la capacidad de investigación, son de uso común que en poco ayudan a dimensionar y visibilizar las problemáticas presentes, no se pretende eliminar o excluir los conceptos, sino por el contrario analizar de manera exhaustiva, que por su carácter de ciencias social sea esta multidisciplinario, transdisciplinario, interseccional se acerque lo más posible al objeto de estudio y a responder la pregunta de investigación.

La importancia y relevancia de la investigación radica en tres hechos importantes, primero la creación y desaparición del Seguro Popular, de forma unilateral y sin un debate público de los pros y contras en la reformulación del sistema de salud, sin tomar y considerar en cuenta las repercusiones en la población, la implementación del INSABI sin tener de por medio reglas de operación que garantice el funcionamiento en el sistema de salud, absorbiendo las funciones del Seguro Popular mediante la reforma del 2019 a la Ley General de Salud y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, las medidas anteriores pueden ser un catalizador que deje de manifiesto la

¹Al que se le nombrará en este trabajo como Seguro Popular.

²Al que se le nombrará en este trabajo como INSABI.



pésima planeación e implementación de la salud y entrever el fracaso de la política de salud, INSABI.

La política de salud, 2020, respecto con los datos construidos por el CONEVAL, que muestran el estado actual del acceso a los servicios de salud, reflejan la coyuntura que se vive en el país. Los contrastes en la calidad de los servicios de salud pública son evidentes, cuya principal variable es el poder adquisitivo de los usuarios. La pandemia exacerbó las desigualdades y visibilizó la ineficiencia institucional para prestar servicios de primer nivel de salud a la sociedad, la nula operatividad para generar un plan de salud derivado de la pandemia, la descoordinación del gobierno federal y estatal y las deficiencias en los servicios primarios para diagnósticos y atención oportuna.

Las cifras de exceso de mortalidad de la pandemia han dejado en descubierto las vulnerabilidades en materia de salud en México; sumado al acelerado proceso de envejecimiento y la prevalencia de enfermedades crónicas-degenerativas en la población mexicana que debería colocar la agenda de salud en uno de los temas centrales de la agenda política en las próximas décadas.

El Sistema Nacional de Salud en México está conformado por tres tipos de servicios, uno para población asegurada, ligada a prestaciones laborales y otro para población abierta o no asegurada y por último, los servicios de salud que ofrece el sector privado, del cual se derivan entre asegurados y no asegurados a la seguridad social.

Para abordar los objetivos de la tesis, profundizar en los antecedentes de uno de los que fueran los pilares del sistema de salud: el Seguro Popular, el programa de salud no ligado a las prestaciones laborales que permitió la incorporación de beneficiarios fuera del sistema IMSS, ISSSTE y a los servicios médicos de las fuerzas armadas y de las paraestatales, y el contraste entre la evidencia que muestra las evaluaciones realizadas y la forma en la se dio por concluido.

La encuesta de nacional de salud y nutrición, ENSANUT del 2020 nos dice que los servicios de salud a nivel nacional, el “56% de la población se atendió en servicios privados, 36.8%



en un consultorio, clínica u hospital privado y 19.2% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF), 21.7% en IMSS, 15.1% en Secretaría de Salud, SS, 4.4% en ISSSTE y 2.8% en otros”.³

Entre los datos relevantes que la ENSANUT 2020, arroja es que los servicios de salud se concentran más en la región frontera, un 58.8%, estado de México el 59.1% y centro con 57.5%. en contraste, la menor proporción se encuentra en las regiones pacífico-centro 52.3% y pacífico-sur 52.9%. Según esta encuesta los motivos de los usuarios de los servicios de salud para elegir el servicio al que acuden son: en el caso del IMSS o ISSSTE por estar afiliados o contar con derechohabencia es del 29%, la cercanía 22.4%, bajo costo, 11.6%, rapidez 10.9%, y el buen servicio en atención, 9.8%.⁴

Otro indicador a medir fue en del tiempo de espera en el servicio de salud, a nivel nacional el promedio de traslado a la unidad de salud es de 30.1 minutos; 39 minutos promedio de espera en la unidad antes de ser atendido y 29.7 minutos de tiempo de consulta.⁵

Por lo que se coteja en datos proporcionados por la encuesta, los gastos en salud a nivel nacional fueron: “55.1% de la población reportó haber gastado en traslado con una mediana de \$60. El 53.5% tuvo algún gasto en atención, con una mediana de \$200, para medicamentos, 55.9% tuvo algún gasto, con una mediana de \$400. La proporción que gastó en estudios es menor, 16.4%, así como en otros gastos médicos, 7.2%, pero la mediana de gasto fue de \$700 para estudios y de \$500 para otros gastos”.⁶

La percepción de la calidad de la salud va de un 1.5% como mala, 8.1% la califica como regular, el 30.6% la describe como buena y el 59.9% afirma que es de buena a excelente. Si bien es cierto, la percepción de buena a excelente suma casi el 90%, estos datos no nos permiten conocer si está calificación se le otorgo a los servicios del IMSS, al ISSSTE, al Seguro Popular o a los servicios privados.⁷

³ Shamah Levy Teresa, Et, al, “Encuesta nacional de salud y nutrición 2020 sobre Covid-19, resultados nacionales, ENSANUT 2020”, en *Secretaría de Salud, SSA, Instituto Nacional de Salud Pública, INSP*, Cuernavaca, Morelos, 2021, En: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2023/docs/230811_Ensanut2020sobreCovid_Nacionales.pdf, Fecha de consulta: 24 de agosto de 2021, p, 57.

⁴ Ibidem, p, 58.

⁵ Ibidem, p, 59.

⁶ Ibidem, p, 60.

⁷ Ibidem, p, 64.



Por lo que se considera la información de CONEVAL que se concentra en las mediciones de población en los deciles más bajos de ingreso quienes son el porcentaje mayor de población afiliada a Seguro Popular.

Será materia de capítulo 2, pero es importante señalar que el Seguro Popular se diseñó con objetivo de disminuir el empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en materia de salud mediante la afiliación al programa y aumentar la cobertura de salud. En el 2004, cuando se implementó el Seguro Popular había 49 millones de personas sin acceso a los servicios de salud, y solo se destinaba el 5.6% del gasto público en lugar del 6.6% recomendado por la OCDE⁸.

Entre los objetivos de Seguro Popular podemos señalar: 1) financiar los servicios de salud en segundo y tercer nivel, 2) aumentar la cobertura de afiliados a la seguridad social, mediante una cuota que se estimaba por el nivel socioeconómico, dividido en 10 deciles, establecida por encuesta nacional de gastos e ingresos de los hogares, 3) mejorar la calidad y la atención de los servicios de salud, y 4) evaluar las intervenciones de salud mediante un pago anticipado.⁹

Durante el período de implementación de Seguro Popular, CONEVAL fue la institución encargada de evaluar su desempeño, por ejemplo, para medir el grado de eficacia se hicieron mediciones en, 1) disminución en carencias sociales en el periodo del 2008 al 2018, respecto a los servicios de salud la afiliación al seguro popular, represento una reducción de 22.9%, 2) el nivel de afiliación fue gradual y en aumento, de 5 millones en 2004, a 57 millones en 2014, para luego llegar a 51 millones en 2018.¹⁰

Al final el del programa en 2018, la situación cambió radicalmente, según lo reporta el mismo CONEVAL, las carencias sociales en millones de personas respecto a la población con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos, pasó de 17.3 millones a 21.9 millones entre los años 2018 a 2020, y en consecuencia una disminución del acceso a los servicios de salud,

⁸ Cfr, Gálvez Cruz, Ana Laura. El Sistema de Salud en México y el papel del seguro popular. Tesis de licenciatura: Facultad de Economía, UNAM, 2013. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, 2020. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2013/junio/0696630/Index.html>, Fecha de consulta: 7 de septiembre 2021, pp, 30-32.

⁹ Ibidem, pp, 58-59

¹⁰ Cortés Adame, Luis Javier. “La terminación del seguro popular y el diseño del INSABI para atender enfermedades catastróficas en la población sin seguridad social”, Tesis de maestría: Administración y políticas públicas, Centro de investigación y docencia económicas, CIDE, Repositorio digital del CIDE, Ciudad de México, 2021, En: http://mobile.repositoriodigital.cide.edu/bitstream/handle/11651/4479/TESIS_LJCA.pdf?sequence=1&isAlled=y, Fecha de consulta: 14 de septiembre 2021.



en 2018 la cifra era de 20.1 millones; 16.2% para 2020, fue de 35.7 millones, lo que representa el 28.2 %, en relación directa con el acceso a la seguridad social, los datos nos dicen que hubo un decremento, para el 2018 era de del 53.5%, respecto al 2020 fue del 52%.¹¹

La discrepancia entre los detractores del Seguro Popular y la evidencia proporcionada por el INEGI, ENSANUT, CONEVAL, SNS, aunado con las mediciones internacionales en materia de salud, ejecutadas por OCDE, OPS y el CEPAL, en el que mostraban avances significativos en salud en México, esta disonancia entre los ámbitos técnicos y los discursos oficiales cumple con los indicadores establecidos para realizar una investigación a fondo sobre una comunicación política exitosa y la evidencia disponible.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

La investigación está estructurada en cinco capítulos y un apartado de conclusiones, en el capítulo 1 se expone el modelo de análisis de la comunicación de acuerdo al enfoque sistémico Niklas Luhmann; se plantea que la comunicación no parte de procesos lineales (emisor/receptor) ni de acuerdos recíprocos.

Se aborda los conceptos de comunicación, comunicación política y framing de forma diseminada para dar con los procesos comunicativos donde la comunicación no es proceso exclusivo de los actores políticos sino de todos los partícipes que se encuentran en la sociedad.

La política pública como acción de gobierno se lee en clave de solución de problemas teniendo por interés cumplir metas y objetivos, la política pública se analizó desde dos perspectivas concordantes, la integración de una política pública como mecanismo de acciones de gobierno, o sea el estudio de las políticas públicas y dos, como las partes que conforman el ciclo de política pública, todas ellas siendo resultado de decisiones gubernamentales que pasan y atraviesan e intersecan a los actores políticos y a la comunicación.

Respecto al capítulo dos, se aborda la literatura de la política social en México, se describe la evolución de la política de salud en México, desde tres conceptos; la seguridad social, la protección social en salud y el derecho de la salud, conforme al marco normativo, con ello

¹¹ Cfr, Consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social, CONEVAL, "Índice de rezago social 2020", En: https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/IRS_2020/PPT_resultados_IRS_2020.pdf, Fecha de consulta: 17 de junio 2021.



encontramos los mecanismos utilizados en políticas de salud que dieron origen a la implementación del Seguro Popular.

El capítulo tres discute y problematiza la implementación y sustitución del Seguro Popular, los alcances y límites de la política de salud, Seguro Popular; el diseño, los principales hallazgos de las evaluaciones del Seguro Popular, indagamos en tres temas centrales; las similitudes y diferencias técnico administrativas entre el Seguro Popular y el INSABI, en la parte final del capítulo de ahonda sobre los criterios de sustitución del Seguro Popular y el impacto que se efectuó sobre la gestión en la pandemia Covid-19.

En el capítulo cuatro se analizó y se describió, la cronología de los discursos llevado acabo por actores políticos, mostrando los temas que incidieron en el Seguro Popular, en la misma tónica se revisó el proceso de la construcción de la comunicación política a partir de la agenda setting (medios de comunicación). En el quinto capítulo se analizan también, la comunicación política de los actores de los directores generales del Seguro Popular, el secretario de salud y los gobiernos en México (2006-2020).

I Objetivos

La tesis tiene como objetivo general, examinar, describir, analizar y comparar la evolución del proceso comunicativo en materia de salud por parte de las principales autoridades y actores políticos y su influencia e impacto en los cambios institucionales de la política de salud pública de 2003 a 2020.

II Objetivos específicos

a) Describir, analizar y comparar el proceso de construcción de comunicación política de salud, desde la creación del SPSS, Seguro Popular, durante hasta la implementación del INSABI, con base en los enfoques teóricos de Luhmann, Habermas y Goffman.

b) Examinar de manera cronológica la comunicación política y factores discursivos que explican la sustitución del programa de salud, Seguro Popular por el INSABI.

c) Realizar un análisis comparativo de las características en el diseño e implementación entre el Seguro Popular e INSABI y señalar sus diferencias y similitudes, y contrastar estos aspectos técnicos con las estrategias de comunicación que han acompañado a los dos programas.



c) Identificar las ideas principales de las diferentes estrategias de comunicación de los actores políticos, de mayor relevancia, en materia de salud a partir de sus discursos de 2003 a 2020.

III Preguntas de investigación

La tesis busca responder a las preguntas ¿si el reemplazo del Seguro Popular por el Instituto de Salud para el Bienestar, (INSABI) fue resultado de una valoración técnica desde una perspectiva de Políticas Públicas o a los discursos y estrategias de comunicación política-electoral?, ¿cuáles elementos brindaron legitimidad a la acción gubernamental del gobierno del Presidente López Obrador para sustituir el Seguro Popular por el INSABI?, ¿qué elementos discursivos se han insertado en la comunicación política en materia de salud que lograron la sustitución del Seguro Popular al INSABI sin que se hayan registrado respuestas masivas en movilizaciones sociales de la población directamente afectada o respuestas políticas por parte de partidos opositores?

IV Metodología

La presente investigación es descriptiva, explicativa y analítica a la vez que mixta cuantitativa/cualitativa, se observó y se revisó 187 documentos Proporcionó una dimensión socio político e histórica de la comunicación política y la política pública, los indicadores de las fuentes primarias (artículo de en materia de salud, revistas tanto de política pública como de política de salud) permitieron observar.

Se divide en dos la información extraída en documentos, revisión de la literatura en materia de Seguro popular (tesis de licenciatura, maestría y doctorado), revistas especializadas en política pública y política de salud, fuentes fichas técnicas de evaluación de impacto, CONEVAL, la ENSANUT, la encuesta de satisfacción de la CNPSS, OPS, OMS, la revista mexicana de opinión pública las páginas de you tube de la presidencia de la república, la ASF y dos por información del Sistema de Índices de la Hemeroteca Nacional, SIHENA, la Gaceta Parlamentaria, Servicio de Prensa Mexicana, SERPREMEX, Sistema de Información Legislativa, SIL, Servicio de información para para la estadística parlamentaria, INFOPAL, revista proceso.

Se hizo una revisión de manera cronológica de las principales líneas discursiva, tomando como enlace, entrevistas y declaraciones que fueron adjuntadas en dos apartados, primero recolectadas de los medios electrónicos you tube (se escogió este medio, por la inmediatez de la



información, la razón principal, lo esquemático y bien organizada que tiene la información y por el poco acceso a encontrar notas en los periódicos; se encontró mayor y basta información, sobre todo en los medios electrónicos más que en otro medio y dos por periodo analizado, 2004-2020, entre más sea antigua sea la entrevista o declaraciones es más probable que no haya información), dos, por medio de la literatura donde se realizaron dichas entrevistas, se tomó como punto de partida a los actores políticos de la política de salud (Seguro Popular) por el grado de toma de decisión y por qué son los que tuvieron mayor impacto e incidencia en el manejo de la política de Seguro Popular y, por ser los directores generales, estuvo motivada, por ser los reflectores principales en los medios de comunicación, además de indagar sobre ellos.

Los hallazgos se hicieron conforme al indicador de gestión de crisis, lo que permitió observar los factores individuales, contextuales e institucionales de la agenda de salud y de los mecanismos utilizados en la comunicación política, coadyuvó en la construcción de tipologías de notas, nivel críticas, temas, número de mensajes publicitarios; por último se analiza la disputa de la agenda de salud en materia legislativa, en los procesos electorales y en los escándalos de corrupción.

Para la describir, analizar y explicar la construcción de la comunicación del Seguro Popular, se revisó 17 estudios en materia de Seguro Popular y 20 spots o comerciales del Seguro Popular, donde se detalló, los tipos de mensajes difundidos y publicados por el gobierno, los tópicos de los que se habla; evaluar y medir los alcances y límites de la implementación de la política seguro popular y su posterior sustitución por el INSABI, ampliado el panorama.

Se tomo como fuentes de información, principales, El Sistema de Índices de la Hemeroteca Nacional, SIHENA, la Gaceta Parlamentaria, Servicio de Prensa Mexicana, SERPREMEX, Sistema de Información Legislativa, SIL, Servicio de información para para la estadística parlamentaria, INFOPAL, revista proceso.

De manera minuciosa y exhaustiva se revisó cada una de las legislaturas de la cámara de diputados por ser el órgano motor de en la creación de iniciativas de leyes y decretos que posterior pasan a ser de obligatoriedad en el diario oficial, el periodo analizado va des del años 2000 y hasta el año 2020, el hecho de hacerlo así y no de otra manera tuvo como causa, describir, analizar y examinar el número de iniciativas presentadas, para ello se tuvo que construir datos , se cuantificó, y clasifico por partido político, por figura o ente que presento dicha iniciativas y,



por el porcentaje que representa, destacando la importancia o interés que se le da al tema de la salud, y consolidar la postura que obedece más al uso político que a legislar en materia de Seguro Popular, se utilizó un estudio del CIDE para mostrar el tipo de agendas políticas que se aprueban, el número de iniciativas, y los temas de los que habla la agenda setting.

Periodo electoral, se utilizó literatura referida a l agenda de los medios en materia de salud, que permitió esbozar los temas presentes en el periodo electoral; a fin de describir y examinar los temas que se posicionan en la comunicación política y la gestión de os escándalos políticos que se insertan en la agenda setting, para el muestreo se ocupó un periodo que abarca de 2002 a 2020.

Lo primero que se elaboró fue recopilar todas las primeras planas de los principales periódicos, sean estos de derecha/centro/izquierda, para después clasificarlos según el tipo de nota, a favor, en contra o ambiguas, con el propósito de rastrear el número de notas emitidas y detectar si el tema es de interés de la prensa escrita, lo que permitió clasificar el tipo de nota, crítico o poco crítico nada crítico, ver los tipos de temas que se presentan, loa actores que intervienen en él, la cantidad de notas, en la complementación de la recopilación, se enfatiza el uso de you tube (página oficial presidencia de la república) para ser exactos en la descripción y análisis de los spots del Seguro Popular y en los discursos emitidos de los presidentes de la república y los responsables de la política de salud; la última pieza a registrar fue la revista proceso el cual pudo facilitar el análisis y la construcción de datos, que nutrió y se hiciera más rica y basta la recopilación de datos, al estrategia comparativa ayudó a describir la comunicación policia y los escándalos políticos.

En tanto el análisis de conto externo se tomó indicador el modelo de gestión de crisis; permitió observar, describir, explicar y analizar las conductas y patrones formuladas en la comunicación política, ver el uso de los canales de los mensajes, la forma en que se comunicaba y la comprender los significados de los temas emitidos por los actores políticos.

V Hipótesis

La legitimidad para sustituir el Seguro Popular por el INSABI se basa en la construcción de un discurso contra toda la política pública implementada antes del 2018.

El diseño del INSABI no se inserta en el ciclo de política pública; el surgimiento y percepción del problema, la construcción e incorporación de la agenda, formulaciónn o diseño de



la política pública, la implementación y la evaluación, que permite la estabilidad de la política; con base en evidencia científica sustituir políticas aplicadas en planes proyectos o programas, sino a modelos construidos con base en metodologías poco conocidas y compartidas por los expertos en la materia o sin metodología alguna.

El cambio del Seguro Popular por el INSABI es estructural en cuanto a su diseño, objetivos y forma de operar, por lo que no podemos asumir que el cambio es nominal, como en el caso de otros programas o políticas.

La finalización del Seguro Popular ha generado daños colaterales los cuales resultan difícil de medir dado que los impactos negativos pueden ser atribuibles tanto a la pandemia y no al cierre del programa.

Finalmente, el impacto mediático y la resistencia social a la medida de la sustitución de Seguro Popular por INSABI fue mínimo y existió un amplio respaldo social a la estrategia del gobierno que puede explicarse a partir del rezago social al acceso a los servicios de salud y al impacto de una exitosa campaña comunicacional.



CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1 La comunicación

Se aborda una breve definición del concepto de comunicación a fin de poder posibilitar los elementos constitutivos que la componen, el cual nos permite tener un marco descriptivo y analítico de la comunicación política en torno a la política pública de salud en México entre 2003, año en el que se crea el Seguro Popular y el 2020, fecha en el que se sustituye por el INSABI.

Se revisarán los postulados de Niklas Luhmann, Jürgen Habermas y de Erving Goffman, para dilucidar el modelo de comunicación ¹². En un primer acercamiento se utilizaron la teoría sistémica de Niklas Luhmann como soporte y eje central del proceso de comunicación y de la comunicación política, en el segundo paso, el enfocaremos en la acción racional desde la perspectiva de Jürgen Habermas como complemento directo de la comunicación política en torno a las narrativas de la política pública de salud, en el tercero y último movimiento, nos ocuparemos del encuadre y cómo es que se concreta y queda permanente la comunicación en la estructura social.

Se plante el primer punto, la relación entre observar y ser observado; observamos todas las cosas que nos rodean, nos sentimos parte de una comunidad en mayor o menor medida, podemos ver los procesos sociopolíticos que se nos presentan, pero también nos observamos a nosotros mismos, podemos sentir nuestras emociones o cualquier otro suceso que se nos dé, de la misma manera se presenta el proceso opuesto, en todo momento y cada momento somos observados, por otros sujetos.¹³

Espacio y tiempo se conjugan en un presente que aparece y desaparece de manera inmediata y fugaz, una y otra vez de manera inalienable, en eso radica la diferenciación, una selección de distinciones de lo que es o no es, lo uno o lo otro, es lo que nos permite distinguimos de otros sujetos, de otros objetos, de otros hechos/sucesos; sistema/entorno.¹⁴

¹² No es objetivo de este trabajo problematizar o indagar sobre dichas teorías de manera exhaustiva, no es tema ni propósito de la investigación, sino poner de relieve aquellos elementos y/o conceptos que nos permita entender y comprender que es la comunicación.

¹³ Luhmann, Niklas. “La sociedad de la sociedad”. Ed Herder, (colab), Universidad Iberoamericana, México, 2006, pp 5-130.

¹⁴ Ídem



Todo lo distinto a mí es el entorno y todo lo que conforma el entorno; estructuras, elementos, eventos sociales, ajenos a mí, es el sistema. Parece un juego dialéctico en que todo es nada y la nada es todo, objetividades y subjetividades forman parte de las interacciones sociales, un interior y un exterior que se habilita en la esfera social, es decir lo social reproduce lo social, en otras palabras, es lo que designa la fenomenología como sentido; sentido es, captar las cosas/sucesos/hechos tal y como son, con ello se experimenta la reflexión sobre ese algo y sobre uno mismo y a la vez en tanto hecho presente se versa/recursa sobre el hecho dado como sentido. Por lo tanto, no hay un propósito ni un fin, sólo diferenciación ocurrida como sentido.¹⁵

Una vez insertados en el carácter de sentido, donde debe haber algo para que se verse sobre él, puesto que nada surge de la nada, de ahí la diferenciación entre observar y ser observados, lo que permite describir la dinámica existente entre interacciones/organizaciones/sociedad, para ver los elementos que la componen, la socialización que se da entre interacciones/organizaciones/sociedad es a partir de una referencia; (sentido; material, temporal, social) que se da en el proceso de observar/observarse, puesto que a mayor complejidad y diferenciación en la sociedad, mayor la posibilidad de abanico de información infinita, cada sujeto que se sabe incluyente como excluyente del sistema/entorno, pone a su disposición múltiples intereses, disposiciones, estados de ánimos, juicios, prejuicios, animadversiones; guiados por la representación y lo representado de un algo.¹⁶

Hasta ahora hemos usado de manera indiscriminada el concepto sistema-entorno,¹⁷ pasemos a definirlo de manera general a partir de tres condiciones que permite la operatividad de un sistema; clausura operacional, autorreferencia, autopoiesis.¹⁸

Sistema-entorno depende del uno del otro y viceversa, el sistema necesita del entorno y el entorno necesita del sistema, sus operaciones marcan el límite que los hace distinguirse de lo que

¹⁵ Ibidem, pp 27-40.

¹⁶ Hoyo Arana, José Luis. *Contribución teórica de Niklas Luhmann a la ciencia política*. Tesis de doctorado, Facultad de ciencias políticas y sociales, División de estudios de posgrado, UNAM, 2009. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, En: <http://132.248.9.195/ptd2009/abril/0642322/Index.html> Fecha de consulta: 17 de junio 2022.1111

¹⁷ Ibidem, pp 40-54.

¹⁸ Iturriaga Saucó, Emma Selene Ixchel. *Aplicación de ciertos postulados de Niklas Luhmann para la elaboración de discursos políticos*. Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Coordinación de ciencias de la comunicación, UNAM, 2015. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, En: <http://132.248.9.195/ptd2015/noviembre/0737977/Index.html>, Fecha de consulta: 6 de junio 2022.



es sistema y entorno, por lo tanto, sistema como entorno no puede operar fuera de sus límites. El límite es, una relación de independencia entre el sistema y el entorno, el cual requiere de una serie de operaciones propias tanto del entorno como del sistema, se definen de manera recíproca, pero no dependientes, en los sistemas sociales sería la comunicación, en los sistemas psíquicos, el pensamiento.¹⁹

Por otra parte el entorno serán aquellas operaciones del sistema, lo externo al sistema será el entorno, para ejemplificar lo anterior se suscita la construcción de la política pública de salud en tanto entorno del sistema político, que tiene por funcionalidad operativa la toma de decisiones colectivamente vinculante, el sistema-entorno es cerrado, lo que significa que crea sus propias estructuras, elementos, aunado a establecer sus propias funciones que lo constituyen, por lo tanto es autorreferencial, es complejo porque puede seleccionar su operatividad y estructura entre las alternativas; definido como distinción, es diferenciación porque se distingue de los demás subsistemas, social, político, económico, respecto a su función operativa, ésta descripción nos ayuda a ver, la funcionalidad específica de cada subsistema y su relación con su entorno.²⁰

La relación interior/sistema-exterior/entorno. La clausura operacional, hace referencia a las operaciones propias del sistema en tanto que son las operaciones las que se posibilitan y se comprenden por sí mismas, reproduciéndose como operación; observándose desde un interior, interior/sistema.²¹

Pero a la vez requiere de subsistir, de tal manera que identifica su operación per se y su relación con el entorno para así establecer intercambios, retroalimentación entre el sistema-entorno y permita la existencia, por lo que se da un acoplamiento estructural.²² La capacidad de que el sistema se adapte a su medio, parte de la independencia en trazar las estructuras que se relacionen hacia el exterior, surgidas de una selección ocurrida en el interior, las estructuras del sistema caen en el supuesto de acoplarse con el interior y otras con el exterior, debido a la necesidad exclusiva operativa del sistema, entendida como reproducción de sí mismo.²³

¹⁹ Ibidem, pp. 23-53.

²⁰ Ídem

²¹ Ídem

²² Iturriaga Saucó, Emma Selene Ixchel, Op cit., pp. 34-48.

²³ Hoyo Arana, José Luis, Op cit., pp. 111-120.



El entorno determina la característica de los sistemas a partir de un acoplamiento estructural, pero éste no pertenece a él, la diferencia entre sistema-entorno posibilita la existencia del sistema, sólo puede haber operaciones dentro del sistema.²⁴

Para precisar lo escrito líneas arriba, se ejemplifica. El sistema psíquico realiza su función operativa que ella misma reproduce; autopoietica, la conciencia se enlaza por medio del acoplamiento estructural con el sistema social, por medio del lenguaje, efectuando retroalimentación con el sistema social, que suscita la comunicación, dando paso a la función operativa esencial del sistema social.²⁵

Teniendo las bases de la intencionalidad fenomenológica de los elementos sociales, interacciones/organizaciones/sociedad, como referente de sentido; material, temporal y social, desglosando los componentes que definen a los sistemas, pasemos ahora, a la forma en que es posible la sociedad, los vínculos y los elementos que la componen y la hacen posible.²⁶

Lo que nos interesa son los sistemas sociales, los sistemas sociales se constituyen de sentido, el sentido hace posible la interacción entre personas, dada en una realidad bifurcada a partir de entender la diferencias de los otros, cultural, religioso, de género, de opinión, de pensamiento, de habla, de convivencia, de conversar respecto a un tema, en un espacio y tiempo, producto de la autopoiesis en producir y reproducir comunicación.²⁷

Acontecimientos, eventos, objetos, sucesos, que se encuentran en el entorno, es lo que llamamos información, la información se sitúa en un marco de pretensión de validez para quien la percibe como propia y participe de ser asimilada, razón de ser aceptable, verdadero y normal, procesada como validez de algo y pensada como idealización de verdad, veracidad y legitimidad,²⁸ proceso sólo por el cual sucede en el sistema psíquico y que al ser estimulados son seleccionados para ser transmitido al sistema social, con la finalidad de mantener y dar subsistencia al sistema,

²⁴ Ibidem, pp. 131-133.

²⁵ Ibidem, pp. 133- 139.

²⁶ Ídem.

²⁷ Ídem.

²⁸ Uriostegui Carlos, Guadalupe Isabel. *Reflexión para un análisis del discurso a partir de la teoría de la acción comunicativa*. Tesina de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Área de ciencias de la comunicación, UNAM, 2011. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM. En: <http://132.248.9.195/ptb2011/mayo/0669024/Index.html>, Fecha de consulta: 17 de junio 2022.



produciéndose y reproduciéndose de manera autorreferencial y autopoietica, sea través de narrativas, del lenguaje, discursos, signos, señales.²⁹

Así se nos da el primer elemento del proceso de la comunicación, “la información es la selección de un hecho, objeto o suceso múltiples, (política pública de salud, INSABI) de variables infinitas, que son escogidas por el agente que emite la comunicación y notifica la existencia, modalidad o acontecimiento a su interlocutor”.³⁰

La emisión es el segundo elemento del proceso de la comunicación, que puede ser cualquier persona, institución, organización u otro ente o figura,³¹ (voy a meter de manera imparcial como emisor de comunicación al gobierno), quien emite la comunicación/política pública de salud, INSABI (ego/ gobierno de México) espera que su interlocutor (alter/sociedad) entienda lo que quiere decir.³²

La información entrelazada a partir de los pensamientos (sistemas psíquico) construidos por los sujetos, sólo pueden ser concebido por medio del lenguaje, discursos y/o narrativas (sistema social) que tiene por finalidad ser recursivas de sí misma; en el mismo tenor la dimensión material es el conjunto de cosas que le damos un carácter de especificidad y hace que lo podamos distinguir de otros objetos, siendo subsecuente de una dimensión temporal que los coloca en un marco de expectativas y de posibilidades (pasado-futuro) escogidos o seleccionados por un “ego” para participar, comunicar, notificar o dar a conocer algo; entendida como la emisión.³³

Qué es lo que hace que la comunicación sea comunicación; es la imperante necesidad de la comprensión de lo que se ha comunicado, se refiere a la “percepción adecuada de la información por parte del interlocutor, la comprensión es el acto que consuma el proceso de comunicación y supone la diferencia entre la emisión de la información; el acto de notificar y la información, lo dicho por el emisor”.³⁴

La información, la emisión y comprensión son los elementos que hacen posible el proceso de comunicación que conforma y estructura el entorno (sistema psíquico) y el sistema social, el

²⁹ Luhmann, Niklas, Op cit., pp. 615- 634.

³⁰ Hoyo Arana, José Luis, Op cit., p. 118.

³¹ Ídem

³²“Luhmann ocupa el concepto de Mitteilung del verbo mitteilen; participar, comunicar, notificar, dar a conocer”.

³³ Ídem

³⁴ Ibidem, p. 118



sentido es el canal de enlace que permite diferenciarnos como, lo distinto, lo opuesto o lo otro a un alter/ego, pero igual a un mismo sistema, que configura a la sociedad.³⁵

No hay fuera de la comunicación, todo lo social se produce y se reproduce a través de la comunicación,³⁶ por lo que la forma de operar de la sociedad es por medio de la comunicación, esto se entiende porque es un sistema cerrado, sólo se da dentro del sistema social, dentro de sus propias operaciones,³⁷ definidas como la autopoiesis, es autorreferencial por que los elementos comunicativos se entrelazan el uno al otro, de manera indiscriminada, proceso por el cual, es necesario que la comunicación para diversificar y hacer funcionar a la sociedad, defina que un elemento de comunicación sea previo y después subsiguiente, procedente y consecuente para procesar otra comunicación.³⁸

Autorreferencial, en el hecho de que el sistema, puede distinguir aquellas operaciones que le son propias al entorno y otras que pertenecen al sistema; la comunicación sólo produce comunicación, puesto que parte de la noción en reproducir los elementos que le son distintivos.³⁹

Una vez agotados la información, la emisión y la comprensión, deviene la diferencia entre el acto de notificar (información) y lo dicho por el emisor (información), referida a la comprensión de lo comunicado, información y participación o desde otra perspectiva, participar de la información en la percepción de un valor sobre el contenido y los motivos de la información.⁴⁰

Es así cómo se inserta la doble contingencia, dada por un código binario; sí/no, se entiende aquello o no se entiende, se percibe de una manera o de otra, la aceptación o el rechazo,⁴¹ la misma comprensión deja residuos para amalgamar una posible recopilación de una información anterior y posterior colocándose en dos posibilidades; una primera posible posibilidad puede ser cuando la información sólo recae en el sujeto que emitió la información, entrando en el umbral de la duda; por que no hay o no existen datos suficientes para verificar tal información, o mediante parámetros

³⁵ Luhmann, Niklas, Op cit., pp. 27-39.

³⁶ Ídem

³⁷ Lince Campillo, Rosa María. "Reflexiones acerca del concepto de comunicación. en Niklas Luhmann" *en estudios políticos*, núm. 21, mayo- agosto 1999. pp 23-32.

³⁸ Ibidem, pp. 24-27.

³⁹ Iturriaga Sauco, Emma Selene Ixchel, Op cit., pp. 23-53.

⁴⁰ Ibidem, pp. 27-34.

⁴¹ Luhmann, Niklas, Op cit., pp. 155-160



de referencia (sean estos, construcción de datos estadísticos, testimonios de terceros, experiencia propia sobre algo, observación física).⁴²

Se puede decir que la doble contingencia es fijada en un primer paso por la información y la interpretación, por una construcción de la información y por la interpretación; se concatenan de forma inherente unívoca y nunca de otra manera; ya sea por la información, contraparte, dudas, variables dadas en el entorno-sistema, cambio del tema por uno actual, distorsionando la información emitida y la reducción de la improbable comunicación, de esta manera la doble contingencia es recursiva de sus propios elementos, en tanto contingente e impredecible; lo que se planteó como una política pública de salud para otorgar los servicios de salud de primer nivel de manera universal, termina siendo lo opuesto, como un problema del programa neoliberal, colocando la posibilidad del tercero excluido; o es información “verdadera” o es “falsa” o es carente de sentido.⁴³

Elementos constitutivos de la comunicación:

1) evento improbable; parte de la noción, en donde la comunicación consta de tres partes, la información, la emisión y la comprensión, siendo la comprensión la que condensa el proceso de comunicación en tanto comunicación, puesto que la capacidad de observar y observarse hace la notable disección entre diferenciarse entre sujetos, objetos, sucesos, eventos sociales, dado paso a que se coloque múltiples y variadas escasas posibilidades de entendimiento, de ahí parte que la comunicación sea un evento improbable.⁴⁴

2) diferenciación; hace referencia en distinguir entre la selección de una información, ya sea hecho, suceso, evento social, acontecimientos, objetos y la participación de esa información, con el objetivo de producir comunicación, lo que hace distinguirse de los demás sistemas como característica de su funcionalidad operativa propia.⁴⁵

⁴² Hoyo Arana, José Luis, Op cit., pp. 118-123.

⁴³ Vidal Pont, Josep. “La comunicación de Jürgen Habermas y el construccionismo sistémico de Niklas Luhmann: posibilidades de un paradigma de síntesis”, en *Revista, Red de revistas científicas de América latina, el caribe, España y Portugal, Universidad del Zulia*, Venezuela, Venezuela, Macaraibo, núm. 3, vol. 24, julio-septiembre, 2015, pp 23-14.

⁴⁴ Hoyo Arana, José Luis, Op cit., pp. 177-188.

⁴⁵ *Ibidem*, pp 177- 179.



3) autopoiesis; nos referimos como el sistema social se construye de manera recursiva sobre sus propios elementos que le dan funcionamiento y autonomía de subsistencia en tanto comunicación, la comunicación por tanto se reproduce y se reproduce articulando el sistema social, integrada mediante la capacidad relacional de observar y observarse a sí mismo.⁴⁶

4) inmediatez; en ese mismo tenor, la comunicación una vez presentada, requiere de eventos repetitivos para poder reproducir más comunicación de manera subsecuente una y otra vez, de manera que una información presentada como algo dado, aparece bajo otra forma, gracias a la repetición del horizonte de sucesos presentados en la sociedad.⁴⁷

5) atemporalidad; la comunicación se manifiesta independientemente del contexto en el que se dé, del territorio o de la influencia de cierta ideología, atemporalidad se establece de manera necesaria y esencial como proceso social, es y se da en el sistema social; la forma en que es posible la sociedad, sólo es a través del proceso de la comunicación.⁴⁸

1.2. La comunicación política

En los párrafos anteriores se hizo mención sobre el concepto de comunicación, ahora se describirá, delimitará y analizará la comunicación política. Se distinguirán las diferencias entre política, Estado y gobierno a fin de dilucidar sus características, la aportación de Niklas Luhmann nos ayudará a entender la relación de observar la funcionalidad operativa que le compete a cada sistema y a cada subsistema.

Por lo tanto, el Estado, desde una perspectiva teórica y filosófica, le otorga un sentido de validez como concepto central a partir de ideas que lo describen de manera limitada, insertándose en un marco axiológico que depende de paradigmas de causalidad, la diferencia entre Estado y sociedad es imperceptible porque obedece a la semántica de un cierto contexto o tiempo.⁴⁹

Se puede entrever que el concepto de Estado no es invariable; se da mediante una evolución en la sociedad al tratar de integrar una acción funcional que permita expresarse como Estado; éste

⁴⁶ Ídem

⁴⁷ Ídem

⁴⁸ Luhmann, Niklas, Poder, Ed. Anthropos, España, 1995. En <https://dl.pdfcookie.com/download-file/niklas-luhmannpoder3lkzgg55mqlk?hash=3006f271e52d94995b253ef2a1ed3d46&key=dmMrdGIMQIdtV1dyWjRDVfdMRWJtdz09>, fecha de consulta: 2 de junio 2022, pp 43-62.

⁴⁹ Hernández Arteaga, Laura. “El Estado en la sociología política de Niklas Luhmann”, en *Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México*, 2020. pp 9-42.



proceso le da atributos que le son propios y los hace distinguirse de los demás elementos (economía, religión, etc); a) como designación de un orden político; b) el Estado como una organización y c) como portador legítimo del uso de la violencia sobre la ilegítima o la marcada diferencia de las sociedades mundiales en una representación segmentaria de Estados-territorios.⁵⁰

El Estado desde un análisis sistémico sólo se puede dar en tanto autorreferencia y autopoiesis; es una autodescripción del sistema político, que tiene por finalidad informar, reflexionar, controlar la validez de sus operaciones, para mantenerse, producirse y reproducirse.⁵¹

Una vez teniendo sus elementos que le son propios y su descripción, pasemos a describir cuál es el enfoque funcional del sistema político y del Estado; el Estado tiene por función operativa la centralización del poder en tanto medios de comunicación simbólicamente generalizados que lo liga con la sociedad,⁵² por el otro lado el sistema político tiene por función operativa la toma de decisiones colectivamente vinculante, la relación entre entorno-sistema (la política como subsistema del entorno de sus elementos y en interacción con el sistema social, a su vez la política entorno del sistema social), le es posible seleccionar la información (sistema-entorno) e incorporar en una lógica operativa para así procesarla en las estructuras, en sus elementos y en las instituciones.⁵³

“El Estado, como expresión por excelencia de la sociedad moderna, es concebido como una fórmula de unidad para la autodescripción del sistema político de la sociedad; es una paradoja que el propio sistema político produce con objeto de aprehender su unidad como un conjunto de comunicaciones recursivas y autónomas. Al reflejarse en sí y para sí como Estado, el sistema político confiere cierto tipo de orden reconocible a su propia forma absolutamente contingente y autónoma, lo cual posibilita que la comunicación política se simplifique a sí misma y otorgue un punto de referencia sólido para la interacción entre personas y entre organizaciones. Precisamente, la descripción común de la política centrada en el Estado se justifica por el énfasis que se pone en las relaciones entre seres humanos y no en los problemas sociales como tales”.⁵⁴

⁵⁰ Idem

⁵¹ Iturriaga Sauco, Emma Selene Ixchel, Op cit., pp 61-70.

⁵² Hoyo Arana, José Luis, Op cit., p.186

⁵³ Hernández Arteaga, Laura, Op cit., pp. 33-35

⁵⁴ Ibidem, p. 24.



Para que se dé comunicación política, se parte de un marco de pretensión de validez que sólo le compete de manera exclusiva al sistema político, entendida como los elementos constitutivos y operativos del sistema político.

1) diferenciación, se delinea en reconocer la función propia de poder, el cual consta de afirmar la distinción entre sistema-entorno respecto a las funciones operativas de éstos, el éxito de la diferenciación radica en la efectividad operacional del poder entendida como la comprensión de su función social y de su código comunicativo que deviene en medios de comunicación simbólicamente generalizados.⁵⁵

2) autonomía del poder político; nos referimos a que el sistema político debe distinguirse y ser conocido ante los demás sistemas, sus vínculos y sus relaciones (entorno) se logra de manera eficiente por el sistema mismo que selecciona, reproduce y se mantiene, con el objetivo de adquirir cierta autonomía en la estructura social que es compleja y diferenciada; la eficacia de la autonomía del poder político radica en los albores de la comunicación, siendo que, la sociedad se compone de comunicaciones entre los sujetos, la autonomía en sí, es recursiva mediante la descripción y reflexión de los símbolos de comunicación, propios del sistema.⁵⁶

3) especificidad funcional; parte del hecho de que el sistema político tiene como prioridad el realizar toma de decisiones colectivamente vinculante,⁵⁷ qué quiere decir vinculante, Niklas Luhmann evoca a Parsons y coloca como eje central de la especificidad funcional del sistema político el concepto de vinculante, que quiere decir, emplear la capacidad de imponer; luego entonces el teorema de la decisión vinculante manifiesta que las expectativas de la sociedad serán afectadas o transformadas bajo la relación gobernante/gobernado, sí y sólo sí, de tal manera que la toma de decisiones colectivamente vinculante se efectúa respecto a la temática de la decisión tomada o respecto a los motivos en el que se fundamenta dicha decisión.⁵⁸

4) selectividad; parte de la premisa que a mayor complejidad del sistema, de la misma magnitud proporcional le corresponde reducir y absorber los problemas y conflictos sociales; las decisiones vinculantes conlleva a seleccionar aquella información presentada en el entorno, en

⁵⁵ Ídem

⁵⁶ Hoyo Arana, José Luis, Op cit., pp, 179-180.

⁵⁷ Ibidem, p. 181.

⁵⁸ Ídem



otros subsistemas u organizaciones para integrarlas como propias, de esta manera verifica y subsume la racionalidad de las decisiones y la racionalidad de los sistemas, en tanto regular y verbalizar el alcance de los conflictos, es decir problematizar y politizar la generalización autorreferencial de su selectividad; otorgar un cierto orden inteligible y viable a la resolución de problemas y conflictos.⁵⁹

5) poder; conviene poner énfasis en el aspecto relacional del poder, en el sentido de que el poder se concibe como una comunicación, donde los puntos del poder convergen en la multiplicidad de opciones, de manera subsecuente sólo se reproduce poder mediante comunicación, la comunicación acentúa su doble contingencia en aceptarla o rechazarla, teniendo como origen autodescriptivo del poder los elementos constitutivos del sistema político que verifica y asimila su carácter relacional, lo podemos encontrar en la organización administrativa.⁶⁰ Por una parte se delinea la distribución del poder y por la otra constata su atribución causal; fijando la distinción entre quienes lo ejercen y quienes lo padecen. El poder se logrado a partir de la semántica de un marco histórico que avala y legítima la fundamentación del Estado, a partir del uso de la violencia, de ahí la fuente y su uso posterior insertado como comunicación, de otra manera no sería posible el poder.⁶¹

6) prevención de riesgos; ante la deficiencia de prever las causas versus efectos de las decisiones y del funcionamiento del sistema político, requiere de la inestabilidad social y del entorno para mantener abierta las opciones vinculantes como una salida del alcance de dicha decisión; integrándose en una doble contingencia suponiendo que puede ser consecuente, ventajosa o en desventaja respecto a la prevención de riesgos del sistema político, adoptando medidas de estabilidad (valores nacionalistas o principios de unidad nacional, intereses de grupos organizacionales; partidos políticos, clase política y/o actores políticos, administración pública, marcos normativos y éticos, reformas de carácter administrativo y uso desmedido de la constitución política) para mantenerse y subsistir como sistema autorreferencial y autopoietico.⁶²

Por lo tanto la comunicación política va a versar y será recursiva al momento de describir sus operaciones funcionales (diferenciación, autonomía del poder político, especificidad funcional,

⁵⁹ Ibidem, p, 184.

⁶⁰ Ibidem, pp 185-186

⁶¹ Hernández Arteaga, Laura, Op cit., pp, 31-35.

⁶² Hoyo Arana, José Luis, Op cit., p, 185-190.



selectividad, poder y prevención de riesgo;), tanto al interior como al exterior (sistema-subsistema, entorno-sistema) de sus elementos, la diferencia entre la política, la administración y la opinión pública, presupone la existencia de una organización estatal que deviene en forma de decisiones y efectos;⁶³ cualquier comunicación que se efectúe en los órganos estatales/administrativos, es comunicación política.⁶⁴

El sistema político se concibe como un sistema autopoietico y autorregulador del ejercicio del poder, dentro del cual todo poder es ejercido por el poder y está, al mismo tiempo, sometido al ejercicio del poder. Se trata ya de un sistema clausurado recursivamente, simétrico y no jerárquico, que hace a la comunicación posible por medio del código simbólico generalizado que es el poder, y su código binario cuyo lado positivo de la forma es tener poder; el negativo, estar fuera del ejercicio del poder".⁶⁵

La comunicación política recae en la función de la capacidad para comunicar decisiones colectivamente vinculantes y ésta sólo se puede garantizar a través de la organización, bajo la misma tónica, cuanto mayor sea la comunicación política mayor será el éxito de transmitir su operatividad y funcionalidad.⁶⁶

1.3 Framing

La organización del sistema social va a depender de la producción y reproducción de comunicación, de esa forma se mantiene y perdura su estabilidad operativa funcional, es decir crea estructuras de expectativas que posibilita la comunicación y que además orienta la operación a socializar diversos roles, de esta manera se compone de interacciones cara a cara, de organizaciones que transfieren de manera jerárquica tareas y roles, puestas en prácticas en procesos comunicativos.⁶⁷

Al interior como al exterior de los sistemas se requiere de una forma de organización que recrea la inclusión y exclusión de sus elementos, permitiendo la retroalimentación con los demás subsistemas; configuran relaciones dependientes pero no mutuas, percepciones recíprocas pero no

⁶³ Hernández Arteaga, Laura, Op cit., p, 22

⁶⁴ Ídem

⁶⁵ Ibidem, p. 28.

⁶⁶ Ídem

⁶⁷ Ibidem, pp, 22-30.



inconexas, por lo que la comprensión del entorno respecto al sistema, propicia la coexistencia en la diferenciación de la función operativa y en la interacción con su entorno; de esta manera surge el Estado como un componente más del sistema social el cual tiene por función organizar las decisiones, sea por el uso histórico (discurso de la verdad), de manera semántica o por la complejidad de la sociedad en integrar una funcionalidad a cada sistema para subsistir en tanto,⁶⁸ “si los problemas sociales son construcciones, es evidente que las condiciones que perjudican a las personas no necesariamente se convierten en problemas”,⁶⁹ pero sí en acciones vinculantes.

El sistema político se observa como una unidad tripartita o tridimensional; a) administrativa; existen arreglos institucionales, mecanismos de control que se efectúa a través del poder político teniendo como finalidad establecer la resolución de problemas y conflictos públicos realizada mediante decisiones, acciones y estrategias colectivamente vinculantes.⁷⁰

La esencia y la forma de empatía con sus sistema/entorno permite el uso del poder (toma de decisiones entre gobernantes y gobernados) en la construcción de gobernanza (governance); esto es, mediante la aplicación de política pública compuesta por procesos de institucionalidad es decir, hábitos y/o prácticas aprendidas e interiorizadas dentro del sistema político para dar cauce a las expectativas sociales entre la organización política y la sociedad; dando paso a la coordinación y al control gobernante/gobernado, siendo autorreflexiva y descriptiva. b) política, se refiere a la fuerza política constituida por los partidos políticos en el que se disputa y compite los mecanismos de control en la organización política; centro y periferia; el centro es la figura político/administrativa donde se realiza las decisiones vinculantes relevantes, planificada en estrategias políticas, programas y proyectos públicos, la periferia obedece a la creación de iniciativas de leyes, modificación o reformas que inciden en la decisiones políticas tomadas por el centro, y c) pública, lo público es el papel que desempeña la democracia en el que convergen todos los actores inmiscuidos en el sistema social, todos los actores inmiscuidos en las decisiones

⁶⁸ Eslava Rincón, Julia Isabel y Puente Burgos, Carlos Arturo. “Análisis de las políticas públicas: una aproximación desde las ciencias sociales” *en centro de proyectos para el desarrollo, CENDEX, (AGDT /DT 003-03)* en: <https://documents.pub/document/eslava-y-puente-poiticas-y-sistemas-sociales-dt-003-03.html?page=1>, Fecha de consulta: 19 de julio 2022, pp. 1-37.

⁶⁹ Edelman, Murray. “La construcción del espectáculo político”, Ed. Manantial, Avellaneda, Argentina, 1991, p. 20.

⁷⁰ Eslava Rincón, Julia Isabel y Puente Burgos, Carlos Arturo, Op cit. pp, 18-22.1



organizadas por el sistema político, sea directa o indirecta. Pública en tanto que define la co-creación de mecanismos de intervención de problemas.⁷¹

En un intento por dilucidar por qué algunas políticas públicas permanecen y otras desaparecen o las sustituyen, algunas otras tienen éxito o fracasan, unas las perciben como hacedoras de buenas intenciones o en contra parte las consideran como hechos de problematización que tiende a politizar y polemizar su función; más allá de datos y evaluación que las califiquen como positivas o con avances marginales, desemboca que la PP en su efecto de solución de problemas, incide de manera directa en cómo se debe realizar acciones y estrategias gubernamentales para aminorar, prevenir, reducir problemas públicos presentes en la sociedad, la PP converge en las dos esferas o en el sistemas social y político de manera recíproca pero excluyente de sus entornos, la interpenetración suscita “la simetría entre la realidad objetiva y la subjetiva no puede ser total. Las dos realidades se corresponden mutuamente, pero no son extendidas, siempre hay más realidad objetiva disponible que la que se actualiza realmente en cualquier conciencia individual, sencillamente porque el contenido de la socialización está determinado por la distribución social del conocimiento”.⁷²

La organización del sistema social y del sistema político determina el sentido de la realidad y por tanto de la experiencia, la construcción social de la realidad es siempre interacción, siempre relacional con uno y con otros sujetos, en ese tenor se presenta el frame, marcos o esquemas interpretativos que enmarcan la experiencia de lo real de distintos modos; los esquemas interpretativos son instrumentos que nos ayudan a observar y comprender lo que sucede, las situaciones dadas en un tiempo exacto y definido, que puede ser dinámico, mutable y cambiante según el evento social que se presente, de esta forma se puede percibir, interpretar y comprender la acción del marco interpretativo, la realidad tanto múltiple como compleja estructura y jerarquiza los cuerpos, la esfera social y las relaciones sociales por medio de roles y tareas o en otras palabras en marcos y/o esquemas primarios, los cuales tienden a transformarse según la interacción/interpenetración/relacional definidos por los sistemas simbólicos, expectativas

⁷¹ Ibidem, pp, 25-27.

⁷² Berger, Peter L y Luckmann, Thomas. “La construcción social de la realidad”, Ed. Amorrortu-editores, Avellaneda, Argentina, 2003, p, 168.



sociales, cognitivos, marcos de pretensión de validez, dando diversos modos de percepción y distintos significados.⁷³

El marco en tanto producción de esquemas, genera interpretación, la interpretación suscita inteligibilidad, lo que facilita el contexto de acción de los grupos sociales, el procesos social del frame da pie a la capacidad reflexiva y a la producción y reproducción de sentido entre las relaciones sociales y su correlato; las estructuras organizacionales y la semiótica social de la producción de significados, el frame redefine regímenes de acción introduciendo, compromiso, convicciones y creencias sobre un carácter interpretativo de lo social y a la inversa, interacciones sociales que desembocan en múltiples maneras de problematización.⁷⁴

La temporalidad juega un papel importante, ya que las interpretaciones y las interacciones de los grupos sociales, organizaciones político administrativas imponen construcciones de sentido recursivas en procesos comunicativos (discursos, narraciones, sistemas de signos, la construcción de un problema público) en un transcurrir presente que se renueva en la capacidad reflexiva de la comprensión de los marcos, cursos de acción.⁷⁵

Los elementos intrínsecos del marco; a) se da, sí y solo sí, mediante interacción social; b) constituye la construcción social de la realidad en la interpretación de lo cotidiano; c) representa estructuras cognitivas, dialógicas e intersubjetivas; e) parte de un conocimiento socialmente compartido, dado y establecido; f) se formula retroalimentación en la comprensión del mundo; g) no es cuestionado ni problemático; h) el actuar interpretativo desencadena formas socialmente aceptables e i) son susceptibles a valoraciones, cambios y redefiniciones.⁷⁶

Los marcos se tematizan en el espacio público como producción de sentido, y el cual son objeto de nuevas interpretaciones y de proponer nuevas definiciones, elaboradas por los grupos sociales a partir de fenómenos sociales, encaminadas por negociaciones y controversias, los eventos sociales de la realidad tienden a volver a actualizar los marcos interpretativos, con ello el accionar colectivo buscan tematizar marcos de pretensiones de validez que sean legítimos, no

⁷³ Goffman, Erving. "Frame analysis, los marcos de la experiencia", Ed. Siglo XXI, Madrid, España, 2006, pp 23-43.

⁷⁴ Caballero, Juan José. "La interacción social en Goffman", en *Universidad Complutense de Madrid*, En: https://reis.cis.es//REIS/PDF/REIS_083_06.pdf, Fecha de consulta: 17 de julio de 2022, pp. 135-137.

⁷⁵ Hemilse Acevedo, Mariela. "Principales críticas conceptuales al frame analysis. del frame al framing" en *Revista, Pilquen, Sección ciencias sociales, Instituto de investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires- CONICET*, Argentina, núm. 2, vol. 16, mayo 2013, pp 1-12.

⁷⁶ Ídem



problemáticos y de consenso, por lo tanto los marcos son pensados como actividades públicas de producción, percepción y circulación de sentido.⁷⁷

La percepción de los marcos interpretativos se da en dos niveles; a) las interacciones se manifiestan en sentidos que se perciben cómo mutuos; y b) la percepción se construye y se aprende. Así el sentido es producto histórico que define lo social, atravesado por lo interaccional y por individual disposicional, es decir valores, y acciones que son percibidos de manera mutua. Los esquemas suponen un orden social, cada orden sensorial, cada orden de sentido fija representaciones y usos que se le da a las percepciones.⁷⁸

La diferenciación genérica de las percepciones, es aprendida en el proceso de socialización y es regida por expectativas sociales que establecen jerarquía y diferencias a esquemas clasificatorios; de esta manera, la construcción social de la realidad, organiza la selección de marcos, de expectativas sociales coincidentes, ejecutada en procesos de rituales, performance y de movimientos, la selección de los marcos irrumpe en los esquemas clasificatorios y su respuesta es la exclusión.⁷⁹

Goffman como Georg Simmel coinciden que las formas de relación e interacción establecen marcos que desempeña atribución de significados y a la vez el acto de interpretación y de percepción es aprendida, la proximidad espacial busca formas sociales de relación delineadas en percepciones mutuas y recíprocas a partir de una posición ideal, fundadas en un orden de interacción y en un mismo foco de atención o evento focal.⁸⁰

Las interacciones se perciben mutuamente por lo que las expectativas son construidas socialmente y contribuyen a establecer formas sociales de relación, bajo la lógica de experiencias y afectos mutuamente condicionantes, los esquemas de percepción son siempre selectiva, esto es, se aprende y son sociales, involucra comportamientos aprendidos y viceversa, como proceso de aprendizaje, ahora bien las interpretaciones y las percepciones está organizada socialmente,

⁷⁷ Ídem

⁷⁸ Sabido Ramos, Olga. “Cuerpo y sentidos: el análisis sociológico de la percepción”, en *Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México*, Ciudad de México, México, mayo 2016, pp 64-79.

⁷⁹ Ídem

⁸⁰ Ídem



generando prácticas y estas prácticas ordena el sistema social, en tanto esquemas, marcos y frame.⁸¹

1.4 La política pública como acción de gobierno

Partimos de dos puntos focales, primero, el sistema político tiene la necesidad de autodescribirse y además dar a conocer su función a través de la comunicación, función que permite disolver de manera tangencial la ene cantidad de problemas y conflictos presentados y al mismo tiempo, permitirse aislarse para mantenerse, mediante la entrada y salida de insumos que del mismo entorno absorbe, nunca de otro sistema que no sea el suyo.⁸²

La interpenetración,⁸³ no es otra cosa que las interacciones entre sistema psíquico con el sistema social, en el mismo tenor las interacciones que se presentan en el sistema psíquico en contacto con el subsistema político, habilita y facilita la construcción de nuevas comunicaciones de manera directa pero no causal, sino de las mismas operaciones funcionales de los sistemas que influye en los ámbitos organizacionales y estatales, relaciones de concordancia en tanto irritaciones y expectativas que suministran a sus operaciones funcionales, la política pública obedece a decisiones colectivamente vinculantes y el sistema social hace hincapié en la comunicación.⁸⁴

Aquellas irritaciones y expectativas se formula en un marco de validez para poder operar, irritaciones que afecta al sistema social, luego entonces una política pública de salud, puede ver sus alcances y efectos sobre dicha acción gubernamental, (construcción del problema y sobre el diseño de la política pública) y expectativas, cuya finalidad es percibir, comunicar y mediatizar la información, el cual funge como medio de pretensión de validez; que posibilita atribuciones de sentido y al mismo tiempo configuran constructos que se establece como acción racional con carácter de razón instrumental,⁸⁵ logrando con éxito condensar las operaciones propias del sistema social y del sistema político; así, el sistema social debe cumplir con sus expectativas por medio de

⁸¹ Ibidem, pp. 75-79.

⁸² Hernández Arteaga, Laura, Op cit, p, 35

⁸³ Corsi, Giancarlo, et al. “Glosario sobre la teoría Social de Niklas Luhmann”, en *Universidad Iberoamericana, (coed), Intitulo tecnológico y de estudios superiores de Occidente, ITESO*, México, D.F. 1996. pp, 99- 100.

⁸⁴ Ídem

⁸⁵ López Pérez, Carolina. “Comunicación y sentimientos desde la Teoría de Sistemas Sociales de Niklas Luhmann”, en *Revista sociológica*, núm. 33, enero-abril 2018, En: <https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v33n93/2007-8358-soc-33-93-53.pdf>, fecha de consulta: 5 de junio 2022. pp 53-86.



la acción racional y el sistema político en efectuar decisiones vinculantes;⁸⁶ por lo tanto sus operaciones, sus actos, sus observaciones y sus interacciones se verifica simultáneamente en el otro como condición de su propia reproducción y viceversa, uno de ellos reproduce las secuencias de su acontecer.⁸⁷

Empecemos por dilucidar la funcionalidad de las políticas públicas dentro de la esfera estatal, la PP tiene por finalidad realizar acciones o estrategias de gobierno para solucionar un problema, las políticas públicas no sólo obedecen a los parámetros sociales, sino que se constituye a sí mismo como instrumento de acción del Estado, reflejada en la toma de decisiones en la formulación de una PP, con ello se justifica la función que tiene el sistema político, que es realizar la toma de decisiones colectivamente vinculante, la política pública es vinculante en cuanto busca la solución de un problema público, la racionalidad instrumental en razón de política pública, será pues, satisfacer las operaciones tanto de las organizaciones políticas como dar a conocer la información de ego sobre alter, la racionalidad va a girar tanto en el interior como en el exterior del sistema-entorno, es decir en el vértice del sistema político y en los actores de la organización que conforman dicho sistema.⁸⁸

Jürgen Habermas pone de manifiesto que la acción racional tiene por función transformar el conocimiento en acción, para lograr ciertos fines concretos, definirlo como cognitivo-instrumental; la racionalidad hace referencia a interiorizar, construir, perfeccionar, instrumentos o medios para alcanzar metas u objetivos, la configuración del marco de pretensión de validez va a obedecer a la acción y a los medios a emplear; por tanto la acción constituye la potestad de la directriz sobre los medios y los fines perseguidos y enseguida verificar la eficacia de los medios usados; en otras palabras se configura la pretensión de la política pública de salud en seleccionar aquellas acciones y/o información que optimice de manera viable la solución de problemas; primero tematizar sobre la decisión realizada y después fijar la idealización de los medios o

⁸⁶ Ortiz Ocaña, Alexander. “La interacción entre los sistemas vivos, psíquicos y sociales en la teoría sistémica de Niklas Luhmann”, en *Praxis filosófica, Universidad de Magdalena, Santa Marta, Colombia*, núm. 52, junio 2021. pp 161-175.

⁸⁷ Ídem

⁸⁸ Hernández Arteaga, Laura, Op cit, pp, 22-30



expectativas de la toma de decisión o bajo la lógica de Habermas, cumplir con los medios-fines establecidos.⁸⁹

Para definir la acción racional, Habermas distingue tres acciones o instrumentos que optimizan alcanzar los medios-fines. 1) acciones estratégicas; la construcción de los medios no debe afectar o alterar los fines que serán inamovibles a partir de algo dado; por lo tanto, se selecciona los instrumentos que conlleve a satisfacer un fin. 2) acciones reguladas normativamente; la colocación de los marcos de validez que justifica los objetivos diseñados, se va a dar por medio de la socialización, normalización e interiorización de las normas jurídico-legales entre gobernante/gobernado o entre sociedad/gobierno o entre sistema social/subsistema político, efectuada a partir de una interdependencia. y 3) acciones expresivas; se manifiesta entre la comunicación y la interdependencia por autodescribir los elementos propios del sistema, en donde los actores políticos interaccionan en las organizaciones político-administrativa; o desde la perspectiva sistémica, el sistema social genera irritación y expectativas al subsistema político, reproduciendo acciones comunicativas y/o expresivas.⁹⁰

La acción racional se define a partir de valores dados o metas y objetivos establecidos a partir de definir la preexistencia del problema y el estado al que se desea llegar para solucionarlo, tiene como intención, insertar una utilidad colectiva en intervenir e influir en la sociedad, donde se prevé la solución de problemas públicos, la acción racional de la PP reside en un marco de validez en proporcionar los medios, fines y metas entre el gobierno quien dispone las formas de llevar a cabo los planes, proyectos y programas mediante un programa partidista (plan nacional, INSABI, servicios de salud y medicamentos gratuitos y programa de atención universal) y entre los actores políticos que implementa la PP; las decisiones en la construcción del problema, la elección de información en el diagnóstico, el enfoque de la valoración del problema, la selección de estrategias a realizar.⁹¹

⁸⁹ Habermas, Jürgen, “Acción comunicativa y razón sin trascendencia”, Ed. Paidós, España, 2012. En: <https://filosofiadela guerra.files.wordpress.com/2020/07/accic3b3ncomunicativayrazc3b3nsintranscendencia.pdf>, fecha de consulta: 18 de mayo 2022.

⁹⁰ Mballa, Louis Valentin “La racionalidad y contexto político-institucional en la ideación de las políticas públicas” en *Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, centro de Estudios Políticos*, México, núm. 45, septiembre-diciembre 2018, 177-202.

⁹¹ Habermas, Jürgen. “Teoría de la acción comunicativa I, Racionalidad de la acción y racionalización social”, Ed. Taurus, España, 1996, pp 43-58.



Versar y transmitir la idea y la percepción de la PP, logrando posicionarse como verdaderos, veraz y legítimo, es decir, darle un carácter racional; disponer y entender el acto; ¿ qué es la política pública de salud ? y la acción de la PP; lo qué sé entiende de ella; se produce y se reproduce en correlato en argumentar y criticar el sistema de validez y el modelo de acción de la PP; el sistema de validez se pregunta bajo qué criterios se formuló la PP de salud y el modo de acción; en tanto la especificidad de la PP o el fin que se busca es, “garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud para la población sin acceso a los servicios de seguridad social, en especial a grupos en situación de vulnerabilidad marginación o discriminación”.⁹²

Por lo tanto la PP de salud o toda política pública cae bajo la lógica de manifestarse como una acción instrumental maximizadora, es instrumental maximizadora porque busca el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud y es racional porque cumple con la función de vinculante; se concatenan aquellos asunto o acontecimientos presentes, el cual busca resolver problemas y conflictos, a la vez que toda decisión de gobierno o acción gubernamental incide e influye de manera directa en la sociedad, ya sea en atender o en ser omisos ante la situación que se presente; atender/omisión.⁹³

1.5 Las políticas públicas

Las características de las políticas públicas en materia de salud, pone de relieve tres recursos esenciales para su formulación; recursos económicos, humanos y de información. Recursos económicos que cuente con la viabilidad de ejecución para su correcta y pronta implementación, recursos humanos que cuenten con un conocimiento experto en la materia a fin de generar expectativas en aras de diseñar y formular nuevas líneas de acción estratégicas para cumplir con los objetivos propuestos en la PP y los recursos de información, adecuados para elaborar y construir parámetros y datos que se puedan medir y evaluar el ciclo de un PP; antes, durante y después de ejecutar una política pública, sin éstos elementos no podría llamarse PP, caen en el supuesto de ser enunciados políticos sin acciones subsecuentes.⁹⁴

⁹² Ídem

⁹³ Jiménez Albornoz, Juan, et al. “La racionalidad de la acción racional”, en *revista central de sociología, Escuela de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central de Chile*, Chile, núm. 8, marzo 2018, pp. 7-30.

⁹⁴ Subirats, Joan, Op cit, pp. 69-92



Por lo que una PP de manera formal consiste; en un conjunto de decisiones y acciones que tienen una coherencia ante el problema público, las cuales están ejecutadas por los políticos, insertadas en arreglos institucionales, traducidas en medidas organizacionales dentro de una administración pública federal, que tiene por hecho influir en la conducta de los grupos sociales, que detona el problema público a resolver.⁹⁵

La PP son acciones gubernamentales, tiene por finalidad atender a una población determinada y dispone de recursos públicos, su finalidad es cumplir la acción de gobierno, mediante la provisión de un servicio público.⁹⁶

Por último, las PP son distributivas, porque disponen de recurso públicos y están encaminadas a resolver las demandas de un grupo social (personas que no tiene derecho a la salud).⁹⁷

1.5.1 El estudio de las Políticas Públicas

La red y dinámica de la esfera política respecto a la administración pública, el funcionamiento de las instituciones gubernamentales en relación con los arreglos y acuerdos establecidos para realizar ciertas actividades, los actores (sociales, ONG, activistas, políticos, medios de comunicación, empresas privadas) en constante conflicto por mediar la construcción de intereses acordes a las necesidades de cada ente para formular y elaborar problemas que le sean resueltos.

Todo ello supone una constante serie de negociaciones y transacciones imbricadas en el juego político y en la consecuencia de acciones públicas, las decisiones políticas se han orientado a mantener el uso instrumental del quehacer político, lo que implica la creación de políticas públicas que den como respuesta gobernanza y legitimidad, lo que involucra resolver problemas y conflictos. En contraparte, al hacer políticas se pueden ver los efectos y las consecuencias en dichos grupos sociales por omisión.

Definir qué se entiende por política pública, hace referencia a que es el Estado quien delinea, determina y construye las acciones públicas a realizar, sin tomar en cuenta a los demás

⁹⁵ Ibidem, p, 36.

⁹⁶ Aguilar, Luis, *política pública*, Ed. Siglo XXI, México, 2011, pp. 61-71.

⁹⁷ Ídem.



actores y a las otras esferas partícipes; político/administrativas y sociales; la política pública (PP) se entiende como acciones o estrategias a resolver sobre un problema público, desde una relación jerárquica se define como top down; el gobierno por políticas o en dirección vertical de abajo hacia arriba; bottom up, donde la construcción del problema deriva desde la esfera social, la premisa gobierno/gobernante por colocar la política pública será vinculante, en el entendido de la implementación y en sus efectos que se tenga sobre la PP.

El hacer políticas depende de las interacciones y de los acuerdos normativos que el Estado ha interiorizado para llegar a acciones institucionales y así darle funcionalidad aquello que define por PP. El Estado inserta conceptos que permite entender las implicaciones del campo de acción y del carácter operacional dados en un espacio; es decir una razón estatal, en donde; a) Policy: lo entendemos como los programas o acciones del gobierno b) Politics: el conflicto, la lucha, la táctica, los procesos, que realizan los actores/sujetos (clase política, administrativa y partidos políticos), por posicionarse, teniendo como fin, alcanzar y conservar el poder y c) Polity: definir, establecer y fijar las reglas por el cual se accede al poder, donde el Estado se dibuja como figura central y a la vez se configura como un ente jurídico/político que se ve representado por medio de las instituciones estatales.⁹⁸

El marco referencial solo nos permite suponer la utilidad de las PP para la resolución de los problemas colectivos, como caminos o acciones que se deben realizar, que va a depender del contexto, de los recursos o de los gobiernos a según de lo que ellos consideren lo idóneo; existen elementos que constituyen lo que es una política pública, una PP, se le ve de manera errónea, como sinónimo de poder político, en cambio sí, como elementos esenciales, descritos por; “la presencia de actores institucionales; la intención de solventar un problema que ha despertado el interés de las autoridades político-administrativas; la adopción de decisiones dotadas de cierta racionalidad acompañadas de las medidas necesarias para su ejecución; el propósito de cambiar u orientar los comportamientos o las conductas de grupos específicos; y la producción de impactos en el sistema social y político”.⁹⁹

⁹⁸ Pastor Albaladejo, Gema, "Elementos conceptuales y analíticos de las políticas públicas", en *Teoría y Práctica de las Políticas Públicas*, Valencia, España, 2014, pp 18-20.

⁹⁹ Ibidem, p. 21.1



El estudio de las políticas públicas se puede analizar desde diferentes posturas teóricas para comprender de manera esquematizada, ordenada y metodológica su aplicación en las ciencias sociales y en la sociedad.

Teoría de Estado: El Estado como figura predominante en el que existen miles de problemas sociales, los absorbe, por tanto, define las áreas de acción de lo público para llevar a cabo políticas vinculantes en aras de resolver demandas sociales, a partir de decisiones racionales de los actores políticos (quiénes definen la agenda política, respecto a un programa de gobierno) en que el Estado establece las líneas estratégicas de acción a implementar.¹⁰⁰

Ahora bien desde una perspectiva del Estado como instrumento de un grupo social, la política pública está relegada a los principios o valores de una clase política que detenta el ejercicio del poder, las decisiones políticas en concordancia con los distintos actores; (sociales, económicos, salud, deporte, cultura) entran en conflicto en delinear y definir lo que es un problema social y con ello establecer sí o no, lo que es un problema público y viceversa, dependiendo de los intereses de cada actor y de la interiorización del Estado para efectuar los canales o los mecanismos del funcionamiento de la acción pública en tanto política pública, es como se va a colocar primero, como demanda social, después como problema público, luego como narrativa política y por último como acción de interés colectivo o política pública.¹⁰¹

Un tercer análisis de las políticas públicas es el énfasis que se le da a los distintos grupos sociales, sectoriales, actores políticos, económicos, privados, respecto al grado de interacción que se tiene con el Estado (neocorporativista, neoinstitucional, clientelar) en la distribución de las tareas y el funcionamiento institucional para realizar acciones o estrategias.

Acción de los poderes públicos: Entender al ámbito colectivo social, para comprender la eficacia y la eficiencia de las políticas públicas, recalando la operatividad y la lógica de acción pública, el Estado deja de ser la figura omnipotente y pasa a ser uno de los muchos entes que conforman la estructura social y del sistema político entendiendo que las decisiones políticas inciden en la sociedad y que éstas son dinámicas y complejas.¹⁰²

¹⁰⁰ Subirats, Joan et al., *Análisis y gestión de políticas públicas*, Ed. Ariel, España, 2008, p. 37.

¹⁰¹ Roth, André-Noel, *Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación*, Ed. Aurora, Colombia, 2009, pp. 57-69.

¹⁰² Subirats, Joan, *Op cit*, pp. 20-23.



Se requiere de una sistematización, orden y metodología a fin de obtener un conocimiento de la realidad social aplicada a partir de la acción pública y entrever la lógica operacional, para entender las diferentes variables (estrategias de los actores respecto a las decisiones de los actores políticos, decisiones humanas/análisis de sistemas, instrumentos y herramientas de interés público, formas institucional de la administración pública/ procedimientos/estructuras, descentralización del poder por factores de reformas administrativas, formación, definición de los Issue problemas/ argumentos, valores, principios que terminan reflejándose en una política pública) de lo que supone el objeto de análisis de las políticas públicas, preguntarnos cómo es el funcionamiento de la política pública a través de la racionalización; predecir o recomendar acciones públicas con el objetivo de mejorarlas.¹⁰³

Evaluación y efectos de las políticas públicas: Ver los resultados y los efectos que tienen en la sociedad, nos puede servir para afinar, mejorar y legitimar aquellos problemas sociales que trata de dar solución las políticas públicas, la evaluación y los efectos parte de una construcción de un modelo explicativo, con la finalidad de crear métodos que se puedan cuantificar, medir, procesar, datos e información aplicadas a la administración pública o al aparato institucional, utilizando como herramienta la estadística (multivariable, comparativo, análisis costo/beneficio), tomando en cuenta la relevancia e influencia de la PP en su proceso de decisión y evaluación.¹⁰⁴

La relación entre la política pública y la administración pública radica en la observancia y cumplimiento de las reglas operativas, leyes, normas y reglamentos expedida por el congreso de la unión y aplicadas por el aparato institucional administrativo; administración pública centralizada (presidencia de la república, secretarías de Estado, órganos desconcentrados y consejería jurídica) que tiene como meta cumplir con la gestión y objetivos establecidos en la constitución, ejecutada y empleada a cargo de las secretarías de Estado; en función a su operación. La esfera de acción de la administración pública centralizada depende de manera directa con el ejecutivo mediante una relación jerárquica en el que se asegura el mando, control, y dirección de las acciones de gobierno.¹⁰⁵

¹⁰³ Ídem

¹⁰⁴ Ibidem, pp. 23-25.

¹⁰⁵ Casar, María Amparo, *Sistema político mexicano*, Ed. Oxford, 2017, pp. 63-66.1



Dado que el proceso de una política pública parte de una programación y de una implementación por parte de la administración pública federal, por los actores políticos o por el poder legislativo, es de su interés central; construir, crear y definir el conjunto de decisiones y de acciones que incide en el comportamiento de una PP y a su vez, dar una resolución a un problema surgido desde la lógica estatal definido como público.¹⁰⁶

Bajo esta perspectiva, la política pública la entendemos como una relación institucional administrativa respecto a las reglas de operación, o las interacciones existentes entre el método operativo y las funciones que realiza el aparato administrativo,¹⁰⁷ no podemos hablar de política pública como un elemento separado de los actores políticos ya que no surgen de la nada, del vacío o de la caridad del Estado, ni mucho menos del ente jurídico/legal.

Las variables entre recursos, actores e instituciones se van a normar de acuerdo a las relaciones de acción; la acción, entendida en integrar un objetivo común en función de ideas compartidas que conducen a conductas y roles con una intencionalidad, encaminadas a proponer, valores e ideas que permite elaborar estrategias y tácticas.¹⁰⁸

En todo caso, la PP son todo menos racionales, sino como un conjunto axiológico, donde podemos interpretar a las políticas públicas como el resultado de las conductas de los actores, el cual está motivado por emociones, afectos, creencias, factores históricos, culturales y no por el análisis del proceso de la PP.¹⁰⁹

1.5.2 El ciclo de las políticas públicas

El ciclo de políticas públicas nos ayuda de manera detallada, analizar el conjunto de acciones y procesos, permite identificar problemas o fallas, cuestionar los actores involucrados, preguntarnos de qué manera se formuló el problema público y así establecer mejores estrategias de solución, lo cual no significa que la PP sea un ciclo continuo, definido o secuencial, más bien, obedece a las interacciones que surgen entre los actores políticos, marco legal e institucional que, delinea de manera descriptiva la cronología de una PP; un programa puede iniciarse antes de su formulación.

¹⁰⁶ Ídem

¹⁰⁷ Subirats, Joan, Op cit, p. 35.

¹⁰⁸ Subirats, Joan, Op cit, p. 53.

¹⁰⁹ Ídem



A manera de esquematizar el ciclo de política pública, tenemos: tres etapas que conforman la PP, programación, implementación y evaluación, 1) programación realizada por la clase o por la administración pública federal, 2) una implementación a cargo de las secretarías de Estado, salud y 3) una evaluación, efectuada por los organismos autónomos (INEGI, CONEVAL, ONG), instituciones académicas, organismos internacionales.¹¹⁰

Podemos establecer un modelo de fases de la PP, a) surgimiento del problema, b) definición de la agenda, c) formulación o diseño de la política pública, d) implementación de la política pública, e) evaluación de la política pública.¹¹¹

1.5.2.1 Surgimiento del problema

La construcción del problema se acentúa en una primera esfera desde el ámbito privado, donde existen cambios sociales que afectan y alteran la percepción de los diferentes grupos sociales, así lo asocian como una problemática o una anomalía dentro de los parámetros sociales, la problemática se establece en lo relacional, en lo cotidiano, en lo individual. Se transforma en social hasta convertirse en colectivo, de ser un problema privado, después social, pasa a ser público.¹¹²

La construcción del problema depende de las condiciones de acceso para instaurarse como problema público, la introducción, regulación y definición del problema se va a dar en una lucha entre actores políticos y sociales por problematizar, el rastrearlo y ponerlo en el radar va a consistir en la capacidad de los diferentes grupos en definirlo, le den sentido y pertenencia a partir de narrativas que sean comunes y universales en difundir los elementos del problema, sobre las causas por el cual se originó, así como también dar las soluciones posibles, para conformarse como un problema de carácter público.¹¹³

Ya que es reconocido el problema, como problema social, se busca una intervención pública, prevista en leyes y reglamentos, el carácter interventor del problema se institucionaliza a partir de la formulación dada al problema, junto con los entes que le dieron promoción, entes que dependen de factores externos como la posición social del grupo que define el problema dentro de

¹¹⁰ Subirats, Joan, Op cit, p. 46.

¹¹¹ Ídem.

¹¹² Roth, André-Noel, Op cit, pp. 57-69.

¹¹³ Ídem



la esfera política, o del carácter social del que es nutrido el problema, ahora bien, los problemas y las soluciones no necesariamente son inclusivos o excluyentes, dependerá de conocer las dimensiones del problema.¹¹⁴

Definir el problema nos permite entrever sus dimensiones y poder cuestionar la realidad, lo que permite recolectar y organizar información para construir datos medibles, censos, entrevistas, estadísticas con el propósito y con la finalidad de comprender cómo funciona el problema, Noel Roth de manera analítica realiza una serie de preguntas para definir el problema.

1.5.2.2 Definición de la agenda

La a posición política de cada actor define su capacidad de actuar, mediar, negociar, acordar, de la incidencia e influencia que se tenga al alcance, para establecer arreglos institucionales, con ello moldear y crear una estructura que coloque la agenda, que compita entre los distintos procesos y agendas, teniendo como variables, los recursos disponibles, el contexto, el juego de los actores políticos, el cual va a depender del interés de cada tema para visibilizar la agenda y la capacidad para adaptarse en las diferentes arenas.¹¹⁵

Hablar de la agenda pública nos remite a la esfera estatal o gubernamental, el cual tendrá la inquietud y se encargará de absorber todos los temas suscitados en la sociedad con la finalidad y el interés de atenderlos de manera pública e inmediata, el ente institucional administrativo se coloca como figura central en construir y colocar la agenda de su interés.¹¹⁶

Por agenda política institucional, entendemos las relaciones de poder que se van a efectuar entre la comunidad política, respecto a la incidencia y relevancia que se tenga para colocarlos en la agenda político institucional, dependerá de la coyuntura nacional e internacional en dar apertura o clausura al problema presentado, de lo que puede resultar que los temas se logren insertar en la agenda, como factor de suma positiva donde el tema sale beneficiado como producto de su coherencia e impacto interiorizado por la comunidad política o trae como efecto una suma cero donde pierda importancia, por ende no hay interés en posicionarla.¹¹⁷

¹¹⁴ Ibidem, pp. 58-60.

¹¹⁵ Subirats, Joan, Op cit, pp. 42-45.

¹¹⁶ Aguilar, Luis, Op cit, pp. 97-105.

¹¹⁷ Cobb, Roger *et al.* "Agenda Building as a Comparative Political Process", en *The American Political Science Review*, vol. 70, núm. 1, marzo, 1976, pp. 126-138.



Desde otra perspectiva, la agenda setting la define y la delinea los medios de comunicación quienes van a establecer la colocación de la agenda, construyendo una narrativa de lo que es la política pública en sí, generando una percepción en la sociedad de lo que creen o es la PP, los medios de comunicación juegan un papel importante porque pueden moldear la opinión pública y colocarla en las diferentes agendas, según la relevancia y la trascendencia del poder mediático sobre los distintos grupos focales a los que va dirigido y los medios o instrumentos (redes sociales, fake news, bots, radio, televisión, periódicos) que ocupa para insertarla en la percepción de las personas. ¹¹⁸

La sociedad es la que establece, propone y enfatiza los temas que va a colocar en la agenda, partimos de un enfoque constructivista que se expresa como un reclamo o queja del colectivo sobre un problema social, dado que no coincide en la coyuntura gubernamental, lo relacional toma relevancia como postura de acción y de presión a partir de visibilizar las necesidades y las demandas de los grupos sociales, definirlos desde y para una perspectiva de la sociedad de forma axiológica es relevante, en cuanto son ellos, la sociedad, quien le da sentido, pertenencia y permanencia a los problemas públicos a partir de valores sociales no atendidos, es hasta entonces que se convierte en un objeto político, demandando acciones concretas, con ello poder ejercer espacios de participación dentro de la agenda.¹¹⁹

La interacción de las tres variables explicativas; actores políticos/intereses, instituciones e ideas se retroalimentan en procesos comunicativos, colocando e insertando framing en las agendas setting, pública y política, el observador pretende ver los resultados y los satisfactores de la política, no es competencia analizar y describir las etapas o el ciclo de política pública sino enfocarse sólo en la construcción de la comunicación política en materia de salud, Seguro Popular. Los actores políticos/intereses, instituciones e ideas tienen poder explicativo, Hoberg nos proporciona cinco pasos; a) establecimiento de la agenda; b) formulación/opositores; c) selección

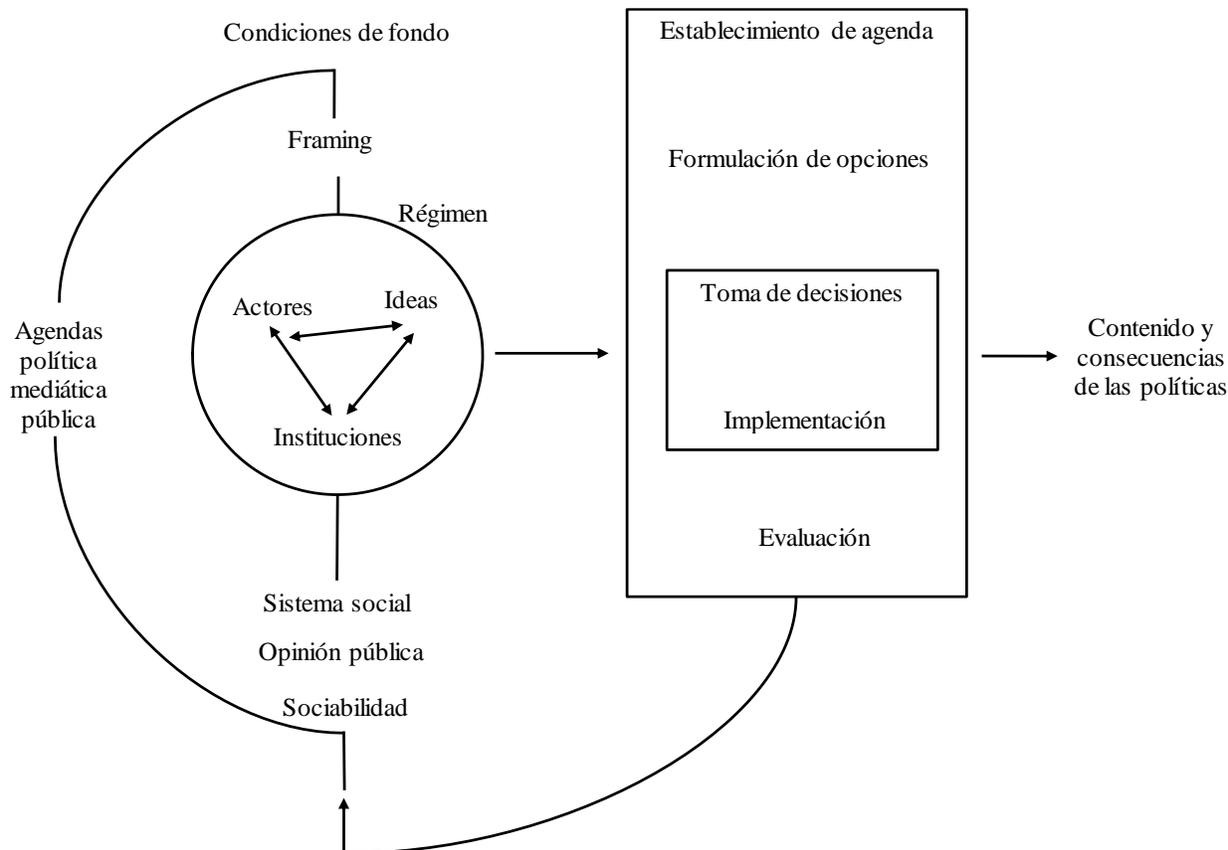
¹¹⁸ Aruguete, Natalia, “Agenda setting y framing, un debate teórico inconcluso”, en *Revista Más poder local, Consejo Nacional de Investigación Científica y Técnica, CONICET, Asociación Latinoamericana de investigadores en Campañas Electorales, ALICE*, Argentina, núm. 30, enero 2017, pp. 36-42.

¹¹⁹ Roth, André-Noel, Op cit, pp. 62-65.



de instrumentos; d) decisión a realizar; y e) implementación o el contenido de las consecuencias, que ayuda a explicar el fenómeno de cambio de política o el cambio de comunicación política.¹²⁰

Esquema 1. Marco del régimen de política pública



Fuente: Hoberg, Marco del régimen de política pública, 2002, p.244

La disputa de la agenda de salud obedece a la construcción social, donde la socialización, lo relacional, las interacciones establecen criterios de modelos de saberes en el que se produce, reproduce y se distribuye conocimiento e información, con ello da sentido y percepción del mundo.

121

Recapitulemos una breve distinción entre la agenda, la agenda pública y la agenda setting. a) por agenda se entiende todos aquellos temas surgidos en la esfera societal que se obtiene de

¹²⁰ Ídem.

¹²¹ Bernadette, Califano, “Los medios de comunicación, las noticias y su influencia sobre el sistema político”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 19, México, 2015, p. 61-78.1



manera jerarquizada y la vez que son problemáticos, en el entendido de que requiere de una solución.

b) por lo tanto la agenda setting será los temas abstraídos de la esfera societal, estructurados bajo la lógica del uso de los medios ya sea como canales o como instrumentos, como actores (parte del sistema político) o como agentes pasivos (emisores de notas) o como constructores de noticias que denota un encuadre hacia la sociedad, la agenda setting enfatiza la reiteración de una nota que perdura en un cierto tiempo, determina de forma ordenada y jerárquica tematizar cierta nota sobre otras.

c) la agenda pública es definida por la percepción que tienen las personas sobre un problema relevante que aqueja a la sociedad y al entorno. ¹²²

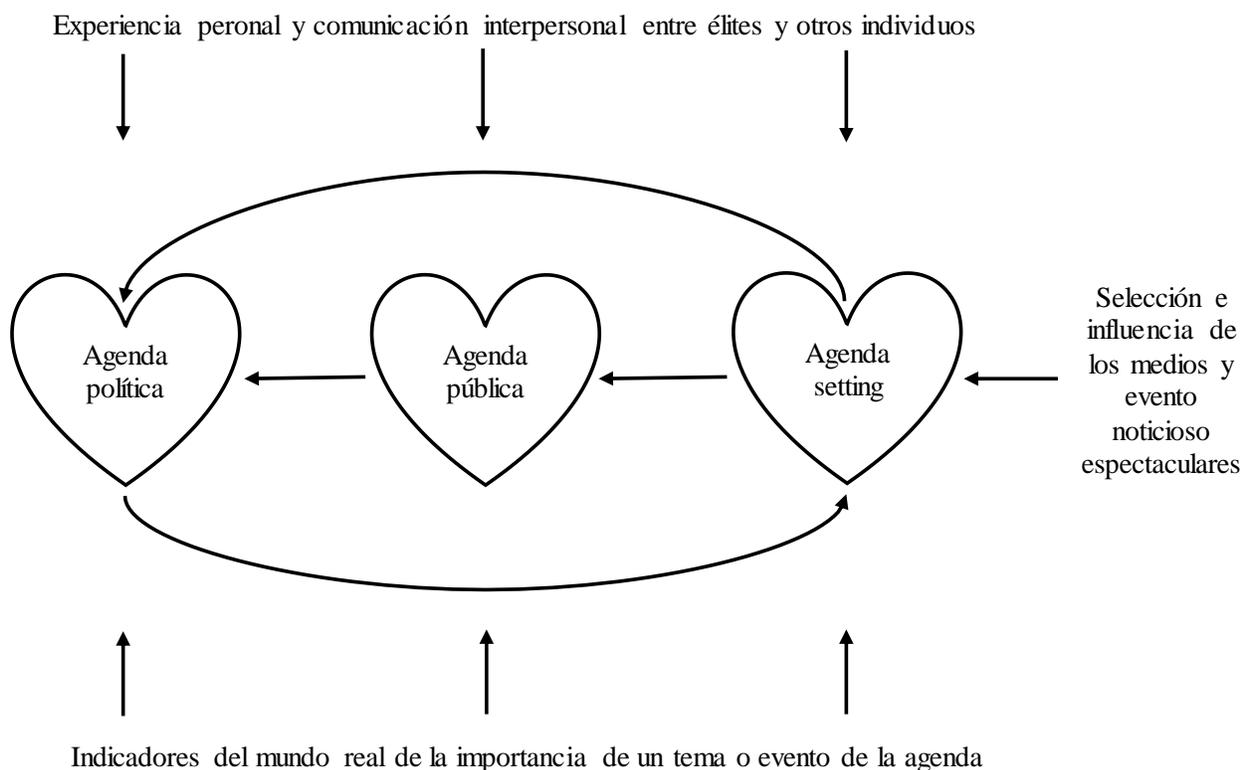
La correlación entre la agenda, la agenda setting, la agenda pública se da en el ejercicio de las operaciones en el intercambio y los procesos comunicativos, de esa manera da lugar a que las personas, es decir lo relacional en tanto formas de comunicación, determina los significados, ¿qué significados?, la o las agendas, por lo tanto, la sociedad es comunicación y la comunicación sólo se da en la sociedad. ¹²³

¹²² Leal Corral, Diego, “Las agendas pública y mediática en México. Estudio preelectoral 2011-2012”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 21, México, 2016, p.13-29.

¹²³ Ídem.



Esquema 2. Fijación de la agenda



Fuente: Rogers y Dearing, 1988, p. 66

Ahora bien la construcción de la agenda política se efectúa mediante dos categorías subsecuentes y dependientes; a) los participantes son los que determinan los asuntos importantes a tratar y b) conjunto de procesos sobre temas sociales de relevancia que son absorbidos por la clase política y pasan a formar parte de la agenda gubernamental, la construcción de la agenda de gobierno está en estrecha relación con las decisiones políticas, la opinión pública y los medios (medios tradicionales; radio, televisión, periódico los medios digitales; redes sociales, fase book, you tube, twitter, periódicos digitales).¹²⁴

Las decisiones de gobierno de carácter relevante teje la agenda dando prioridad a las acciones a realizar y a la elección de los asuntos, por tanto se nutre de las controversias surgidas en la esfera política o sistema político, la percepción que se tiene se manifiesta en un periodo de tiempo, dando lugar a la ene cantidad de preocupaciones legítimas; los temas se selecciona

¹²⁴ Dorantes, Gerardo L, "Opinión pública, medios y construcción de la agenda política", en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm.4, México, 2008, p. 43-72.

jerárquicamente y ordenadamente y la finalidad es dar paso a la acción como primer nivel, en segundo nivel, lo que se debe actuar y por último lo que se tiene que actuar como tercer nivel.¹²⁵

La agenda política parte de la primicia de reconocer y definir un problema dándole el atributo de poder, poder de los temas, o sea el tema de mayor trascendencia dentro de los temas existentes, la política pública conduce a cambios de comportamiento, con ello a la solución de problemas surgido de los temas sociales en el que se establece las causas, las pautas o los parámetros, los actores participantes, sean éstos presiones sociales, opinión pública o los medios, que, conjugados en una ramificación de controversias, direcciona los grupos de intereses dentro del sistema político, tendrán por intención expandir, alcanzar, intensificar y darle visibilidad pública a los asuntos públicos hechas contiendas políticas. La construcción de la agenda política y luego la disputa, delinea los procesos políticos en forma de predecisiones, emanadas del sistema político, que algunos lo llaman informal por que se abastece de los problemas sociales que la misma sociedad define y de la percepción pública.¹²⁶

A manera de esquematizar y de simplificar la construcción y la disputa de la agenda, podemos establecer patrones de acceso de la agenda según sus etapas; a) iniciación; b) especificación; c) expansión y d) entrada o según los modelos de construcción de la agenda; a) iniciativa externa; b) de movilización y c) iniciativa interna.¹²⁷

a) iniciativa externa; grupos no gubernamentales se hacen visibles y expande los temas sociales hasta que son percibidos y luego pasan a convertirse en público y de ahí llega a la agenda formal o agenda de gobierno.¹²⁸

b) de movilización; se articula un agravio y/o conflicto por parte de un grupo promotor, la fuerza que se le da al agravio se transforma en demandas específicas generando presión en la agenda de gobierno, dentro de la agenda de gobierno el alcance de los asuntos existentes pasa a otros nuevos grupos relegando los temas, de esta manera adquieran el status político.¹²⁹

¹²⁵ Molina, Silvia Inés y del Castillo, Vedia, “Posverdad, la estrategia de Satanás”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm.33, México, 2022, p.70-87.1

¹²⁶ Ídem.

¹²⁷ Ídem.

¹²⁸ Ídem.

¹²⁹ Ídem.



c) iniciativa interna; los arreglos institucionales junto con los procesos de políticos dan forma a los temas surgidos en el sistema político, la politización, la reiteración, la visibilidad pública y la tematización entre los diferentes grupos en disputa darán lugar a colocar el tema dentro de la agenda predominante.¹³⁰

1.5.2.3 Formulación o diseño de la política pública

La formulación del diseño de la PP le compete en mayor medida al gobierno, el gobierno priorizará metas y objetivos surgidos de una basta pluralidad de actores inmiscuidos, que de la en cantidad de elecciones de soluciones posibles, se elegirá una por encima de las demás, ésta confrontación se va a dar entre los actores políticos que pueda influir en el proceso de decisión, dentro de las alternativas de las soluciones se establecerá aquella que logre tener las cualidades de intereses y recursos para formular la solución idónea o la más factible, impulsando la legitimación de la soluciones, se busca como intereses principal de la formulación de soluciones, uno, de selecciones alternativas para dar una posible solución a un problema, dos, por lo que existe una situación presente, el ser y una situación deseada, el deber ser, aplicando la solución la más factible.¹³¹

El Estado se encargará de racionalizar, los mecanismos, procesos, las elecciones y las decisiones, ocupando como salvaguarda un procedimiento legal; en el que se ejecuta toma de decisiones con la finalidad de transformar una posible opción (solución) en aras de que la solución se torne una norma oficial, con fuerza y autoridad.¹³²

No obstante, la formulación de la PP puede caer en tres momentos, en una pausa, en un retroceso o en una aceleración, como acción subsecuente entrando en supuestos de no actuar o no querer actuar, decidir no decidir, para ello se debe elaborar una metodología en la formulación de la PP que nos ayude a clarificar los fines y las metas de la PP.¹³³

¹³⁰ Chavarría Suárez, Mario Cruz y Pérez Pérez, Gabriel, “Posverdad: construcción epistémica para la dominación”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 33, México, 2022, p.12-31.1

¹³¹ Ídem

¹³² Ídem

¹³³ Ídem



Una política pública nunca va alcanzar los fines y metas deseados, incertidumbre, pero sí nos sirve para saber el porqué del diseño de la PP, en tanto que los objetivos concretos de la PP nos sirven y nos proporciona información, como una medida operacional del cómo de la PP insertando una serie de fines en el que se espera acercarse a la meta, dando una jerarquía a los fines y a los objetivos. La aplicación de la metodología en la formulación del diseño de PP estima dos niveles, por una parte, la determinación en los niveles de intervención estatal, dos, la justificación de las medidas aplicadas.¹³⁴

La formulación del diseño de la PP motiva a recrear los tiempos en el que se va efectuar las soluciones, metemos un primer concepto que es el de la planificación el cual va establecer a corto y mediano plazo la intervención de las soluciones; el segundo concepto es el plan o planeación; es un instrumento racional que integra el contexto diferencial, los actores políticos y las áreas sectoriales en tiempo determinado, el plan conlleva las acciones públicas y los marcos axiológicos el cual configuran la fijación de un conjunto de objetivos plurianuales, que deben ser prioritarios y coherentes entre sí; para así reducir la incertidumbre y la incoherencia de las políticas sectoriales respecto a sus objetivos. ¹³⁵

1.5.2.4 Implementación de la política pública

Se parte de la noción que la implementación de la PP, son aquellas decisiones políticas que se transforman en servicios públicos, una relación constante y permanente entre política como medio y su realización como fin, por lo tanto, elaborar las explicaciones sobre las causas; podemos definir la implementación como las acciones públicas y privadas, en la realización de objetivos previamente decididos mediante la operatividad de las decisiones.¹³⁶

Para hablar de implementación primero se traza los objetivos y las metas identificados, después se realiza la fase de implementación, una vez definidos los objetivos y las metas se legisla para ser aprobada, ya aprobada se presenta dos situaciones; los factores que contribuyen a la realización de los objetivos y determinar el impacto de las políticas, se enfatiza como relevante medir y explicar el desempeño del programa, ahí radica importancia de la implementación de la

¹³⁴ Ibidem, pp. 68-71

¹³⁵ Roth, André-Noel, Op cit, pp. 80-87.

¹³⁶ Regonini, Gloria, “El estudio de las políticas públicas”, en *Revista Documentación Administrativa*, España, núm. 224-225, octubre 1990-marzo 1991, pp. 60-88.



PP, ver la características de la implementación, la magnitud del cambio y el grado de consenso de dichas metas.¹³⁷

1.5.2.5 Evaluación de la política pública

El objeto de estudio de la evaluación de la PP consiste en poner de relieve la intervención pública sobre la problemática social a mitigar, sobre los efectos producidos por el problema, conocer si existe una cobertura de los servicios del programa respecto a los parámetros de las necesidades sociales.¹³⁸

Se insertará el análisis y estudio de la producción, cantidad y calidad de los bienes, servicios o prestaciones del programa; la otra vertiente de la evaluación de la PP se encarga si están llegando y si se están dirigiendo a la población los servicios.¹³⁹

Surge una pregunta de la evaluación a responder, ¿la población está recibiendo los servicios previstos?, existen factores y condiciones que priorizan la disponibilidad de los servicios; ya sea por la elegibilidad, unos grupos por otros (madres solteras, trabajadores sociales, personas no derechohabientes), por participación (voluntaria, autoselección), dinámicas del funcionamiento del programa, discrecionalidad, por barreras físicas de acceso o por sobre cobertura, el exceso de financiamiento absorbe a población no establecida en el programa.¹⁴⁰

La relación entre los servicios proporcionados y los factores, da cabida a construir información sobre la eficiencia del programa, la continuidad, la modificación y la permanencia, se busca saber a qué público está llegando el programa, bajo que personal, recursos humanos, económicos, la finalidad es retener al mayor número de población hacia el programa, del cual parte que se propone, que medidas que instrumentos, que hipótesis se realizan para darle operatividad a la evaluación de la PP.¹⁴¹

La segunda pregunta a responder hace énfasis en el funcionamiento y la organización del programa, consiste en la premisa fundamental si la organización tiene la suficiente coherencia y consistencia para gestionar, evaluar, organizar, gestionar los resultados previstos del programa ¿el

¹³⁷ Aguilar, Luis, *La implementación de las políticas*, Ed. Porrúa, México, 1993, pp. 93-105.

¹³⁸ Blanca, Lázaro, *Guía práctica 4, Evaluación de la implementación*, Ed. Iválua, Madrid, 2009, pp. 6-17.

¹³⁹ Ídem

¹⁴⁰ Ibidem, pp. 8-11.

¹⁴¹ Ídem



funcionamiento y la organización interna del programa son adecuados?, para su aplicación existen dimensiones que impide de manera directa la intervención pública, no sucede de manera aislada o de la nada, sino en sintonía o en conjunto con otros programas, actividades institucionales/administrativas, actores políticos o del sector privado, que deriva en amalgamar las posibles dimensiones del programa para así entrelazar las actividades para su planificación y ejecución, que pueden ser, recursos económicos y materiales, personal, procesos de producción y prestación de los servicios (de apoyo o facilitadores), estructuras organizativas, planificación, relaciones interorganizativas y de gestión de la calidad.¹⁴²

Existe otra corriente para explicar la evaluación de la PP. La teoría del cambio o del diseño inicial, la evaluación consistirá en la coherencia que se tenga en la ejecución del programa en relación con diseño inicial, poniendo de relieve; el impacto de la intervención pública, el plan de utilización de los servicios por parte de los grupos inmiscuidos o grupos focales y el plan organizativo para la producción y prestación de los servicios, se hace con la intención de mitigar las causas y los efectos que surgen del problema y/o de la necesidad social, derivados de las actividades del programa con el objeto de hacer mejoras y modificaciones, lo que conlleva a identificar el problema e identificar las necesidades sociales no satisfechas, dos, ver las provisiones de una intervención pública, motivado por la modificación del problema social y que tiene como acción subsecuente que es lo que se quiere mejorar del programa.¹⁴³

1.5.2.6 Factores de finalización o de cambios en la orientación de la política pública

El modelo secuencial de la política pública permite analizar de manera separada las fases o etapas de la política y con ello reajustar y evaluar el efecto o el impacto. Determinar los criterios de situación de una política.

Autores como Peter Deleon, Kirkpatrick, Lester y Peterson han esquematizado el modelo de terminación de política pública y colocándola como una etapa más del ciclo de política, dando importancia del por qué hay una situación de sustitución, terminación de PP, algunas veces los

¹⁴² Ibidem, pp. 11-14

¹⁴³ Bustelo, María, “¿Qué tiene de específico la metodología de evaluación?”, en Bañón, Rafael, (coord.), *La evaluación de la acción y de las políticas públicas*, Ed. Díaz de Santos, España, 2003, pp. 2-13.1



factores exógenos llegan a permear en la terminación; la relevancia del contexto, la ideología en la concreción de puntos de terminación de un PP son algunos de los factores.¹⁴⁴

La terminación de una política parte del objeto de estudio de cuatro diferentes factores; a) funciones; b) organizaciones, c) políticas y d) programas gubernamentales.¹⁴⁵

funciones; por funciones entendemos el rol y la responsabilidad del gobierno para efectuar políticas que lleven a una respuesta eficaz la solución de problemas y conflictos.¹⁴⁶

organizaciones; hace referencia a personas, grupos, actores políticos, clase política que se constituyen en instituciones y responden a determinadas necesidades, aquellas decisiones devienen de las necesidades para diseñar, reglar, los mecanismos y las jerarquías de la organización y con ello perdurar en un espacio y tiempo en una PP.¹⁴⁷

políticas; son las estrategias generales aplicadas en una política el cual busca resolver problemas específicos, aunado a que dan origen a las organizaciones.¹⁴⁸

programas, desencadena acciones que limita la política ya que es la manifestación operacional de una política en tanto se puede identificar de mejor manera los objetivos, si existe menor recursos políticos o inversiones pequeñas.¹⁴⁹

En esa misma tónica, Kirkpatrick nos menciona tres supuestos de variables en el modelo de proceso para la terminación de bienes públicos; a) características específicas del programa (duración, visibilidad, complejidad, distribución de los beneficiarios y la base legal); b) ambiente político y c) restricciones particulares o coaliciones que representa obstáculos legales.¹⁵⁰

Bauer Knill nos presenta el marco para analizar la elección de las estrategias de desmantelamiento de políticas, los factores consisten; a) preferencia de los actores políticos, b)

¹⁴⁴ Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Op cit, pp.5-16.

¹⁴⁵ Ídem.

¹⁴⁶ Ídem.

¹⁴⁷ Ídem.

¹⁴⁸ Ídem.

¹⁴⁹ Ídem.

¹⁵⁰ Kirkpatrick, Susan E, James P, Lester y Mark R. Peterson, "The policy termination process: A conceptual framework and application to revenue sharing", *Policy Studies Journal*, vol.16, núm 1.11999. Apud. Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Ídem.



factores externos, como las condiciones macro económicas; c) restricciones y oportunidades y d) factores situacionales de una PP.¹⁵¹

Por otra parte, Graddy y Ye nos proporciona el modelo para la toma de decisión de terminación de políticas; a) factores desencadenantes; b) impactos e intereses y c) estructura del gobierno, por lo que una política parte del análisis relacional de los factores y no de manera aislada, la toma de decisión de terminación de políticas parte de la premisa en la ineficacia o la inefectividad de un programa respecto a sus metas y objetivos.¹⁵²

El modelo de terminación por programas de Peter Deleon, describe tres factores que impulsa la terminación de política, a) financieros; b) políticas y eficiencia gubernamental, ahora bien, por terminación de una apolítica pública entendemos,¹⁵³ “la suspensión o conclusión delibera de funciones, organizaciones, políticas o programas de gobierno, el ajuste de políticas o programas que se han convertido en disfuncionales, redundantes u obsoletos.”¹⁵⁴

a) eficiencia gubernamental; el gobierno federal asume las acciones y las estrategias para implementar PP, en tanto que tienen la capacidad de proporcionar la solución de problemas y reducir los costes, con ello optar por terminar una política, uno los parámetros o criterios de sustitución de política es evaluar los efectos y el impacto de los objetivos y metas, si es efectiva y eficiente, aun cuando los las evaluaciones sean positivas se llega a su terminación o en caso contrario si es ineficiente se decide que continúe.¹⁵⁵

Cuando hay alternativas para proveer un bien o un servicio, ya sea por parte de gobiernos estatales, sociedad civil, actores privados sean lucrativas o no lucrativas, de manera oportuna, eficiente y efectiva, se da el motivo por ineficacia gubernamental el cierre de la política, los pocos incentivos para proporcionar acciones y la poca información disponible para alcanzar las metas origina la sustitución de PP.¹⁵⁶

¹⁵¹ Ídem.

¹⁵² Graddy, Elizabeth A y Ke Ye, When do we “just say no”? policy termination decisions in local hospital services, *Policy Studies Journal*. 2008. Apud. Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Ídem.

¹⁵³ Deleon, Peter, “Public Policy Termination: An End and a Beginning. Policy Analysis”, en *Universidad de California*, vol. 4, núm. 3, 1978, Apud. Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Op cit. pp. 5-16.

¹⁵⁴ Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Op cit, p. 5.1

¹⁵⁵ Íbidem, p. 11.

¹⁵⁶ Deleon, Peter, “Policy evaluation and program termination, *Review of policy research*, Vol. 2, núm. 4, 1983, Apud. Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Ídem, pp. 13-28.1



b) factor financiero; la reducción de gasto gubernamental, obedece a déficits presupuestarios, consolidaciones fiscales, reducciones de ingresos tributarios a causa de crisis de económicas que conlleva a la restricción presupuestal o financiera, la disminución del gasto público se da como medida de ahorro de recursos, en el que se implementa acciones de austeridad dado que los programas o las políticas depende del presupuesto gubernamental, así la PP requiere del consenso tanto del gobierno como de la no reducción del presupuesto que puede llevar a la terminación de la política.¹⁵⁷

La terminación de una política y la rectoría de temas que le compete de manera exclusiva al gobierno, hace que algunos casos, el costo de terminación sea menor que el costo de su no terminación, lo que se traduce en un mayor gasto del que se tenía previsto.¹⁵⁸

Las características específicas del programa; son los componentes que integran al programa, los objetivos y metas, delinean estructura y le da coherencia a la política para su pronta implementación. Ahora bien, las características específicas del programa se dividen en 6 factores que determina la terminación de un apolítica pública, al momento de sustituir una política, nunca se da por un motivo o factor único que lleve a su conclusión es, al contrario, el cúmulo de situaciones que detonen o favorezca su cierre.¹⁵⁹

a) misión; en este sentido, la misión son los objetivos y metas que se han diseñado al momento de realizar acciones que lleve la solución de un problema, la percepción y la pronta intervención le dará un status de legitimación.¹⁶⁰

b) duración, hace mención a la construcción de redes, acuerdos, apoyos, convenios que permite la solvencia de la política en la operación del programa.¹⁶¹

c) visibilidad; en la misma línea, una política será visible al momento de polemizar, problematizar, propiciar eventos focales que tenga repercusión o haga eco en la sociedad, entre más exposición, mayor será los reflectores sobre la política.¹⁶²

¹⁵⁷ Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Op cit, pp. 10-11.

¹⁵⁸ Ídem.

¹⁵⁹ Ibidem, pp.14-15.

¹⁶⁰ Ídem.

¹⁶¹ Ídem.

¹⁶² Ídem.



d) complejidad; es el aspecto por el cual la política es altamente técnica y científica, muchas de las veces se delegan a expertos o a gobiernos el transferir la política, por consiguiente, se dificulta evaluar, cuestionar y procesar. Una política compleja se vuelve tedioso para la sociedad.¹⁶³

e) distribución de los beneficiarios; parte de la premisa en el que una política pública “presenta costos de terminación concentrados y beneficios difusos”, conlleva al grupo focal esté identificado, representado y a su vez tenga mayor aceptación y legitimación respecto al tamaño y grado de la distribución, la percepción de la política y la percepción de los beneficiarios refrenda la postura de no terminar una política.¹⁶⁴

f) base legal; está integrado por leyes y normas jurídicas que blinda y protege a la política pública, el contexto legal se configura de manera jerárquica, será un marco constitucional el que tenga mayor realce y costo social al momento de estar definidos por derechos sociales o de tratados internacionales, que aquellos establecidos por normas, reglamentos o acciones gubernamentales, las restricciones jurídicas previenen que se rompa compromisos y responsabilidades.¹⁶⁵

g) estructuras de mediación política; la constitución de una clase política que se encuentre favorecida de los arreglos institucionales, que esté a favor del gobierno federal y esté armonizado con el Plan Nacional de Desarrollo, tiene la capacidad de afectar, influir e incidir en las decisiones de terminación de programas, colocando actores políticos, intereses, ideología y preferencias dominantes del gobierno; establishment. Las estructuras de mediación política; (cambios en la administración de gobierno, alternancia política, coaliciones para terminar una política, alineación al programa de gobierno, la percepción de una política y la ideología), da coherencia, cohesión y continuidad a los hábitos de organizar la forma legítima de hacer políticas, en este sentido, la influencia será mayor cuando se vea afectados los implementadores y los beneficiarios de una política, dando paso a la terminación, satisfacción, necesidades y valores del gobierno.¹⁶⁶

h) factor discursivo; El proceso de elaboración y de terminación de políticas públicas estará definido y delineado por marcos cognitivos y normativos que refleja la construcción pública de la

¹⁶³ Ídem.

¹⁶⁴ Ídem.

¹⁶⁵ Ídem.

¹⁶⁶ Ídem.1



realidad social y la manera en cómo los hacedores de políticas enfrentan, entiende y solucionan problemas y conflictos públicos, la dinámica entre el proceso de política (toma de decisiones) y el sistema cognitivo posibilita la acción en los asuntos públicos y con ello la selección de instrumentos que influye en la elaboración o terminación de política pública justificada en las exigencias sociales.¹⁶⁷

Conclusiones

En consecuencia, la política pública se orienta en acciones de gobierno mediante programas públicos que son instrumentos puestos en práctica para dar resolución algún problema de interés público o conflicto social, con ello identificar y definir el problema, percibir el problema, seleccionar las soluciones, establecer los objetivos y metas, seleccionar las medidas de acciones e instrumentar la política mediante programas. Para satisfacer el funcionamiento de la PP y generar certidumbre se considera elementos; estabilidad, adaptabilidad, coherencia y coordinación, calidad de implementación y ejecución, orientación hacia el interés colectivo y eficiencia.

La capacidad de que el sistema se adapte a su medio, parte de la independencia en trazar las estructuras que se relacionen hacia el exterior, surgidas de una selección ocurrida en el interior, las estructuras del sistema caen en el supuesto de acoplarse con el interior y otras con el exterior, debido a la necesidad operativa exclusiva del sistema, entendida como reproducción de sí mismo. La PP son acciones gubernamentales, tiene por finalidad atender a una población determinada y dispone de recursos públicos, su finalidad es cumplir la acción de gobierno, mediante la provisión de un servicio público.

¹⁶⁷ Puello Socorrás, Francisco José, “La dimensión cognitiva en las políticas públicas. Interpelación politológica”, en *Revista Universal Nacional*, UNAL, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas y Sociales, Departamento de Ciencias Políticas, Núm. 3, Vol. 2, Colombia, Bogotá, 2007, pp. 71-101.



CAPÍTULO 2. LA POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO COMO POLÍTICA SOCIAL

2.1 La política social en México

Los cambios sociopolíticos en la década de 1970 mostraron el debilitamiento del modelo de desarrollo estabilizador, y el surgimiento del modelo de desarrollo compartido, el poder político seguía concentrado en la figura del presidente como poseedor de las tomas de decisiones e impulsor del programa político sexenal, aunado a la crisis económica mundial a causa por el desequilibrio en el petróleo, lo que llevó a nulas acciones gubernamentales en materia de salud y la inexistente planeación en desarrollo económico.

Las acciones gubernamentales en el periodo de 1970-1982 (Luis Echeverría/López Portillo) crearon mecanismos para aminorar la creciente población en pobreza extrema y los índices de marginalidad en relación con los problemas del acceso a los servicios de salud, el nivel de vida de la sociedad y el empleo, dando paso al programa de inversiones públicas para el desarrollo rural (PIDER), con José López Portillo se implementa la Coordinación general del plan de zonas deprimidas y grupos marginados (COPLAMAR) y el Sistema alimentario mexicano (SAM), que permitiera ampliar la cobertura de seguridad social en zonas rurales y marginal no centralizando los servicios de salud.

El periodo que abarca los años de 1982-1988 hubo cambios relevantes que incidieron en la aplicación de la política de salud en México, la inestabilidad económica y la ingobernabilidad de aquellos años ante el número creciente de demandas, la poca capacidad del sistema político de dar respuesta y el deterioro institucional. Llevaron a cabo acciones de liberalización para dar frente al gasto público y corregir las finanzas gubernamentales mediante una reforma de Estado:

Bajo este cuadro contextual de 1988-1994, se implementó la política social, Programa Nacional de solidaridad, PRONASOL que tenía por estrategias: 1) Solidaridad para el bienestar social, 2) Solidaridad para la producción y 3) Solidaridad y el desarrollo sustentable, y por objetivos: 1) Mejorar las condiciones de vida de los grupos marginados, 2) Promover el desarrollo



regional balanceado y, 3) Promover y fortalecer la participación de las organizaciones sociales y las autoridades locales.¹⁶⁸

Los alcances del programa nacional de solidaridad, PRONASOL, se manifiestan más en acciones políticas que en una relación simétrica entre gobierno federal y estatal a través de los delegados que articulaban los programas sociales, se diseñó toda una red de procedimientos para la aplicación del Programa Nacional de solidaridad, PRONASOL.¹⁶⁹

La secretaría de desarrollo urbano y ecología, SEDUE, junto con la secretaría de programación y presupuesto, SPP se fusionaron para dar paso a la secretaría de desarrollo social, SEDESOL, que se erigía como el principal mecanismo donde se canalizan los recursos presupuestarios, así eliminando cualquier ente intermediario entre los gobernadores y el ejecutivo, reduciendo los trámites burocráticos, ya que su fin era mediante la organización comunitaria, gobierno local o estatal, grupos organizados en concordancia con los funcionarios de PRONASOL que sentaban un proyecto.¹⁷⁰

Los resultados y alcances del programa nacional de solidaridad, PRONASOL a nivel nacional:

En materia de salud se incorporaron 10.5 millones de personas a los servicios de salud, 2) respecto a infraestructura educativa se alcanzó una cobertura para 3.2 millones de estudiantes, lo que significó que se construyeron 81, 350, aulas, laboratorios, talleres y anexos, 3) fondos regionales indígenas, se asignaron 142 fondos de los cuales se realizaron 6801 proyectos en 1127 municipios, 4) programas de desarrollo regional se operaron 16 programas en 12 estados y 395 municipios donde estimaba una población de 9.2 millones de personas.¹⁷¹

Ya para el gobierno encabezado por Carlos Salinas de Gortari, la política social tomó relevancia en la forma de estructurar el programa de gobierno de cada sexenio, a capricho de la clase política, como mecanismo de condicionamiento presupuestal, otorgarle una racionalidad al

¹⁶⁸ Rodríguez, Victoria E, *La descentralización en México, de la reforma municipal a Solidaridad y el nuevo federalismo*, Ed. Fondo de cultura económica, México, D.F, 1997, pp. 161-172.

¹⁶⁹ Ídem

¹⁷⁰ Ídem

¹⁷¹ Ibidem, pp. 169-172.



Estado mediante una intervención de gobierno implementadas por políticas públicas, programas o proyectos, a manera de asistencialismo o en contraparte de relación clientelar.¹⁷²

Sea la forma que tenga, la política social implementada tenía como meta resolver problemas de pobreza extrema, condiciones de vida precaria en los sectores indígenas campesinos y urbano, estableciendo mejoras en materia de vivienda, urbanización, microindustrias, infraestructura en comunicaciones/carreteras, lo cual se colocaba en un programa regulador mediante un gasto focalizado en preservar los apoyos sociales ya no de carácter universal sino a grupos determinados, focalizados.¹⁷³

Para el periodo de 1994-2000 la política social estaba bien delimitada tanto administrativamente como operacionalmente. Se pone en marcha el programa de educación, salud y alimentación, PROGRESA, que viene a suplir el anterior programa instaurando una nueva visión del gobierno, ante los despilfarros del gasto público en los ramos 26 y 33 se implementa acciones, objetivos y estrategias a seguir.

Las estrategias que se efectuaron: 1) desarrollo de capital humano, 2) promoción de oportunidades de ingreso, 3) desarrollo de capital físico; dado que la pobreza seguía en aumento respecto al gobierno, el 60 % de la población vivía en pobreza extrema, de ahí que lo objetivos se trazaron en: 1) deficiencias nutricionales, 2) problemas de salud, 3) limitada inversión en educación.¹⁷⁴

En 1994 cerca de 19 millones de pobres había, lo que es el 21.2%, para el año 2000 eran 23 millones 722 mil 151 personas en pobreza extrema, marginalidad y rezago social, es decir un 24.1% más. Ahora bien, los resultados y los alcances del programa de educación, salud y alimentación, PROGRESA se pueden medir en tres factores:¹⁷⁵

Los parámetros a los que se establecen los países que celebran en los tratados internacionales y que se deben cumplir ya sea en la agenda 2030 o en los programas de gobierno

¹⁷² García Ramos, Violeta, “El papel de la política social en México: entre la pobreza y el olvido, análisis descriptivo sobre la evolución del PRONASOL a OPORTUNIDADES en el municipio de Valle de Chalco Solidaridad” Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2019. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, Ciudad de México, En: <http://132.248.9.195/ptd2019/junio/0790231/Index.html>, Fecha de consulta: 9 de octubre 2021, pp. 32-46.

¹⁷³ Rodríguez, Victoria E, Op cit, pp. 172-175.

¹⁷⁴ Ídem.

¹⁷⁵ Ídem.



implementados, los balances informativos en materia de salud, educación y alimentación, OCDE, PISA.

Cobertura y presupuesto, los objetivos se cumplieron en materia de cobertura, se incrementó los servicios de salud, educación tanto en zonas marginales como rurales, las becas se destinan a jóvenes y niños a nivel primaria y secundaria con la condicionante de asistir a la educación básica, se incentivó las pláticas y los talleres de prevención de la salud, se enfatizó a la población en estado de lactancia, embarazo, y prevención de natalidad, en salubridad se hicieron acciones para disminuir la baja talla y la desnutrición por lo que se llevaron a cabo los objetivos establecidos del programa de educación, salud y alimentación, PROGRESA, no así en materia de infraestructura que se vieron limitados por la escasez de centros de salud o de escuelas para satisfacer las demandas de la población objetivo.¹⁷⁶

Año tras año siguió en aumento cada periodo de aprobación del presupuesto de egresos de la federación para el programa, por lo que no se vio afectado se estima se beneficiaron cerca de 25 mil familias durante el periodo 1994-2000.¹⁷⁷

Rural/urbano, la política social implementada tenía como finalidad dar respuesta a los índices de pobreza, crisis económica y eficientar la relación interinstitucional con el propósito de establecer una estrategia para impulsar la demanda de servicios (ingresos y consumo) y expandir la infraestructura (educativa, de salud y alimenticia) entre la población rural, como hecho problema interiorizadas y racionalizadas por el Estado, en forma de políticas públicas; siendo un problema público.¹⁷⁸

El esquema del programa se integró mediante transferencias monetarias condicionadas en el que se entrega dinero en efectivo, depósitos bancarios o en algunos casos en vales y no en especie, dando acceso a los servicios de salud, educación y alimentación, elevando el consumo básico y el desarrollo del capital humano. Focalización, incorporación, certificación de corresponsabilidades, entrega de apoyos, la focalización trae consigo que los objetivos no se cumplieran ya que segmenta gran parte de la población impidiendo que el rezago social

¹⁷⁶ Levy, Santiago y Rodríguez, Evelyne, Sin herencia de pobreza: el programa Progresa –Oportunidades de México, Ed Planeta Mexicana, en *Banco Interamericano de Desarrollo BID*, México, 2005, pp. 63-77.

¹⁷⁷ Ídem.

¹⁷⁸ Ídem.



disminuyera, pensado que al momento de combatir a la población rural disminuiría la pobreza extrema y generacional dejando de lado a la población urbana que también viven en situaciones de rezago social.¹⁷⁹

La POP 1997-2018: Como parte de la nueva forma de la racionalidad política y estatal; entre el número de demandas de la sociedad y la capacidad de dar respuesta, sobrecargo, las políticas públicas obedecen a la participación de los diferentes entes, federales, estatales, municipales, institucionales, civiles y políticos en posicionar en la agenda legislativa problemas públicos, que de manera eficiente bajo esquemas de identificación, formulación, alternativas, implementación y evaluación, en programas y proyectos derivados en dos vertientes, a) el proceso de las políticas en el que se formulan los problemas, se plantean las opciones y las soluciones y b) dos la racionalidad de resolver problemas específicos, partiendo de la noción de política, como aquella que designa los propósitos y programas de las autoridades públicas en la injerencia gubernamental.¹⁸⁰

La POP surge de manera piloto en 1995, prueba y error, se formalizó en 1997 con el propósito de reducir los niveles de pobreza extrema, impulsar el crecimiento, mejorar el nivel de bienestar de la población, se diseñó una estrategia de política social que incluyó tres áreas: a) desarrollo de capital humano; b) promoción de oportunidades de ingreso y c) desarrollo de capital físico.¹⁸¹

El desarrollo del capital humano de los pobres era, dentro de esta concepción, una pieza fundamental para impulsar su productividad, mejorar la oferta laboral y contribuir al crecimiento económico”. Focalizado para la población de extrema pobreza en los rubros de educación, accesos e infraestructura, deserción escolar, salud, paquete de servicios médicos y medicinas, así como la asistencia de cursos, talleres u otras actividades, y la alimentaria en reducir los niveles de desnutrición, talla baja, adquisición de productos básicos, con ello permitir insertarse en el

¹⁷⁹ De la Garza, Thania, et al, “El progresa-oportunidades a 20 años de su creación” en *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL*, (colab), Universidad Nacional Autónoma de México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Ciudad de México, 2019, pp. 244-306.

¹⁸⁰ Ídem.

¹⁸¹ Ibidem, pp, 30-114.



mercado laboral, productivo y remuneración; promover la igualdad de oportunidades, la movilidad social y contribuir a la ruptura del ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza.¹⁸²

La continuidad del programa el gobierno de Vicente Fox el programa formó parte de la estrategia Contigo en marzo de 2002, cambió de nombre a Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) el nombre se mantuvo en el sexenio de Felipe Calderón como parte de la estrategia Vivir Mejor.

Las modificaciones se centraron en buscar consolidar e incrementar los resultados del programa, expandir la cobertura del programa a localidades semiurbanas y urbanas, con el mismo modelo de intervención de transferencia monetarias utilizado en las zonas rural, la extensión de becas educativas hasta el nivel medio superior y la creación de dos nuevos componentes (Jóvenes con Oportunidades y Apoyo a Adultos Mayores).¹⁸³

En el 2014 el programa de nuevo cambió de nombre a Prospera, programa de inclusión social, y fue parte de sus dos estrategias de política social: la cruzada nacional contra el hambre y la estrategia nacional de inclusión.

Oportunidades: Contigo incluía un conjunto amplio de programas universales y focalizados articulados en cuatro áreas: desarrollo humano, generación de ingreso, acumulación de activos y protección social. Las oportunidades eran parte del área de desarrollo humano.¹⁸⁴

Vivir Mejor buscó ordenar los programas sociales existentes en torno a tres ejes de acción dirigidos prioritariamente a reducir la pobreza y las brechas de desigualdad: desarrollo de capacidades (dentro del cual se incorporó Oportunidades), la creación de una red de protección social para las familias en pobreza o vulnerabilidad y el acceso al empleo formal a través de la coordinación entre la política social y económica.¹⁸⁵

Prospera: La Cruzada Nacional contra el Hambre buscó mejorar la seguridad alimentaria de la población en pobreza extrema alimentaria a través de la coordinación de las acciones de un conjunto amplio de programas sociales, incluyendo Oportunidades. La Estrategia Nacional de

¹⁸² Levy, Santiago y Rodríguez, Evelyne, Op cit, pp. 141-172.

¹⁸³ Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de marzo de 2002.

¹⁸⁴ De la Garza, Thania, et al, Op cit, pp, 30-37.

¹⁸⁵ Ídem.



Inclusión tuvo el objetivo de coordinar acciones entre distintas dependencias gubernamentales para mejorar el ingreso y reducir las carencias asociadas a la medición oficial multidimensional de la pobreza; a) ingreso; b) rezago educativo; c) acceso los servicios de salud; d) accesos a la seguridad social; e) acceso a la alimentación; f) calidad y espacios de la vivienda; g) accesos a servicios básicos en la vivienda y h) grado de cohesión social.¹⁸⁶

2.2 Política Social y derecho a la salud

Después de la revolución mexicana, en un primer intento por resarcir las demandas sociales, el Estado mexicano interiorizó la institucionalización de la regulación de la vida (salud, educación, trabajo) por medio de acciones gubernamentales, que son subsumidas de forma estatal, la consolidación del Estado deviene del cálculo racional del ejercicio del poder político puestas en prácticas en planes, programas o proyectos, insertadas en la estructura social, su objeto de competencia es delinear, remarcar, recortar prácticas o acciones específicamente políticas.¹⁸⁷

El Estado se organizó en un sistema presidencial, en el que predominó el poder ejecutivo representado en un presidente como guía de las decisiones políticas, en la práctica es llevado por la administración pública federal, regido por una estructura federalista de apoyo, constituido por entes municipal, estatal y federal.¹⁸⁸

La razón de Estado emerge en la construcción de una permanencia que permita gobernar; descritas como aquellas políticas unitarias que detenta,¹⁸⁹ así el Estado se inventa y se desdibuja, es lo que existe y lo que no existe, establece leyes y normas y a su vez marca la pauta de la operatividad y la efectividad en reconocer problemas sociales, convertirlos en problemas públicos como suyos, desde una narrativa Estado-nación y en omitir problemas públicos como respuesta de una demanda social.¹⁹⁰

¹⁸⁶ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, “Medición multidimensional de la pobreza en México: un enfoque de bienestar económico y de derechos sociales”, México, D.F, 2014, En: <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/FolletosInstitucionales/Documents/MedicionmultidiMf>, Fecha de consulta: 17 de junio de 2022, pp. 1-14.1

¹⁸⁷ Trejo Álvarez, Marión Nadezhna Ixchel, *Más allá del Estado, biopolítica y biopoder en Michel Foucault*. Tesis de maestría, Facultad de Filosofía y Letras, Programa de maestría y doctorado en filosofía, Instituto de investigaciones filosóficas. UNAM, 2016. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM. En: <http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/0740433/Index.html>, Fecha de consulta: 17 de febrero 2022, pp. 83-86.111

¹⁸⁸ Carpizo, Jorge, *El presidencialismo mexicano*, Ed. Siglo veintiuno, México, 2016, pp. 69-78.

¹⁸⁹ Trejo Álvarez, Marión Nadezhna Ixchel, Op cit, pp- 89-90.11

¹⁹⁰ Ídem.



En 1917 como parte de las exigencias sociales emanadas de la revolución, se introduce la figura de derecho social como aquella protección que debe tener la sociedad; es en el artículo 123 de la CPEUM, en la fracción XXIX donde el Estado otorga una ley de seguro social; “es de utilidad pública la Ley del Seguro social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección de bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares,”¹⁹¹ en primera instancia, el grupo social que le interesa al gobierno son los trabajadores, los trabajadores mediante una relación obrero-patronal, donde se presta las horas trabajo y a cambio el Estado le ofrece prevención social, es decir un conjunto de leyes, normas, instituciones, prestaciones y acceso a los servicios de salud que otorga a los trabajadores y a las familias.

Para 1946 en el foro de derechos económico, sociales y culturales que se celebró en la convención americana de los derechos humanos, la salud pasa a ser no sólo un derecho perteneciente a un solo grupo social, sino que se convierte en universal, para toda la sociedad, es en la declaración universal de los derechos humanos en su artículo 25 que pasa a ser un derecho.¹⁹²

Una vez delineado la salud como derecho universal, el Estado mexicano en su figura de Estado de bienestar, se ve en la necesidad de implementar y ejecutar políticas sociales, ya no desde una óptica de la prevención social, ir más lejos, ir más allá de lo que el Estado puede brindar, hacer arreglos institucionales con la finalidad de proporcionar/garantizar derechos ,(vivienda, salud, educación, trabajo) con el propósito de otorgar gestión de servicios de carácter público, acentuadas en el concepto de seguridad social.¹⁹³

La seguridad social entendida como el acceso a los derechos humanos a fin de proporcionar la buena vida o determinantes básicas de salud; ya sea vivienda, salud, educación, trabajo, sino

¹⁹¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, CPEUM, Art,123, fracción XXIX, 31 de diciembre de 1974.

¹⁹² Moreno Rebollar, Juan Carlos, *Universalización de los servicios de salud en México. Análisis y perspectiva*. Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, UNAM, 2018. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, Ciudad de México, En: <http://132.248.9.195/ptd2018/junio/0775626/Index.html>, Fecha de consulta: 9 de octubre 2021, pp. 24-27, pp. 15-18.

¹⁹³ Ídem.



además de crear las condiciones adecuadas, siendo, físicos, sociales, económicos, contextuales y culturales propiciando el bienestar a toda la sociedad; como fin primario del *welfare state*.¹⁹⁴

Ante el evidente debilitamiento del institucionalismo en organizar y regular las necesidades sociales, es en el periodo sexenal de 1982-1988 donde surge una serie de reformas que reestructura el concepto de salud en México.

Se introduce en 1983, en el artículo 4 de la CPEUM, el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud, es aquí que deja de verse a la salud como figura colectiva y pasa a ser una figura individual, empieza a plasmarse un Plan Nacional de Desarrollo a partir de programas, planes y proyectos encaminados a otorgar servicios de salud al grupo social más precario, que están en extrema pobreza, la política social se focaliza, se sectoriza por grupos prioritarios, el cual da paso a una nueva ley general de seguridad social, y a la descentralización de los servicios de salud por parte de la secretaría de salud; teniendo como fundamento a la población no derechohabiente.¹⁹⁵

La reforma de 1983 a la ley general de salud, no era viable por que no proporcionaba una protección social a la salud, no era claro en cómo acceder a los servicios de salud como derecho y financieramente no era solvente para hacer efectivo el derecho a la salud, por lo que en 2003 se decretó mediante una reforma, la creación del sistema de protección social en salud, en el diario oficial de la federación, ya como figura de protección social, fundamentados en el artículo 4 de la CPEUM y en la ley general de salud en su artículo 71 bis.¹⁹⁶

Por protección social entendemos, el acceso a los servicios de salud, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos, en el primer, segundo y tercer nivel de atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, se cumpla de manera cabal las necesidades de salud de la sociedad, sin costo en la utilización de los servicios.¹⁹⁷

En 2019 se elimina la figura de protección social y da paso al modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la atención primaria de salud, en el que se prioriza la gratuidad a los servicios de salud, proveer y garantizar la salud de la sociedad

¹⁹⁴ Ibidem, pp, 19-22.

¹⁹⁵ Gálvez Cruz, Ana Laura, Op cit, pp. 30-35.

¹⁹⁶ Ídem

¹⁹⁷ Ibidem, pp. 48-50.



y la disponibilidad inmediata de medicamentos, de conformidad en la modificación en la ley general de salud en su artículo 77 bis.¹⁹⁸

El derecho a la salud surge como demanda histórica de las necesidades de la sociedad, de las exigencias sociales en llegar a construir y habitar un estado de bienestar que proporcione derechos a toda la sociedad, como pauta de una acción colectiva, en donde los muchos se convierte en un seguro para adquirir las condiciones mínimas de vida y subsistencia, los problemas sociales dejan de ser aspiraciones y se convierten en problemas públicos; cuya búsqueda y finalidad es asignar flujos de certidumbre, materializados en la prevención social, seguridad social, protección social y derechos universales, que nos interesa y compete a todos.

2.3 Evolución histórica de la política pública en materia de salud

La crisis económica y política de los setenta y ochenta significaron cambios en la administración pública federal, lo que permitió de manera paulatina la descentralización de las actividades del gobierno federal y pasarán a los estados y a los municipios. En lo concerniente a la figura de los estados de la federación, se planteó dotarlos de cierta autonomía, que desembocó en el fortalecimiento administrativo y financiero, así como sanear el déficit de las finanzas públicas y el exceso de intervencionismo por parte del gobierno federal, con la finalidad de ajustar de manera simétrica las participaciones federales y hacer de los estados una recaudación eficiente aplicadas en un sistema nacional de salud en la prestación de servicios.¹⁹⁹

El sistema nacional de salud en México se ha desarrollado a partir de la legitimación y construcción de la constitución política, se materializa la razón de Estado en la conformación de decisiones políticas de alcance social, al momento de crear, unificar y dar cohesión a los grupos sociales a través de acciones gubernamentales e institucionales que permitiera generar desarrollo político, económico y social.²⁰⁰

Así nació la política de salud, teniendo como objetivo, remunerar al trabajador en la consolidación de establecer la seguridad social y recibir prestaciones, se integró un mecanismo de

¹⁹⁸ Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, Art, 77 bis, 30 de marzo de 2022.

¹⁹⁹ Moreno Rebollar, Juan Carlos, Op cit, pp. 20-23.

²⁰⁰ Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de abril de 2019.1



otorgar servicios médicos a los trabajadores por medio de una relación de financiamiento entre el trabajador/patrón y el Estado. Se creó el instituto mexicano de seguridad social, IMSS para dar amplitud a la cobertura al sistema de seguridad social, en 1960 se creó el instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del Estado, ISSSTE.²⁰¹

Reformas a la política de salud: Primera etapa, 1917 CPEUM, art 4, consejo de salubridad general, departamento de salubridad pública, 1931, servicios de higiene rural, 1936, servicios médicos sanitarios ejidales cooperativos, 1937, secretaría de asistencia pública, 1943, Ley de seguro social, departamento de salubridad y asistencia IMSS, 1944, creación de hospitales de tercer nivel, 1960, creación del ISSSTE.²⁰²

Segunda etapa: 1973, población no asegurada; Ley del seguro social, 1974, programa de solidaridad social por cooperación comunitaria, 1977, coordinación general del plan nacional de zonas deprimidas y grupos marginados, COPLAMAR, 1979, IMSS- Oportunidades IMSS-COPLAMAR.²⁰³ Con ello se buscó solventar la demanda de la sociedad en crear y proporcionar infraestructura, atender las enfermedades y la atención médica, mejorando el nivel de vida de la población.

Tercera etapa: 1982, coordinación de los servicios de salud de la presidencia de la república, 1983, promulgación de la ley de general de salud, comité de cooperación del programa IMSS-COPLAMAR, secretaría de salud, servicios estatales de salud, 1984, sistema nacional de salud, SNS, 1985-1987, Creación de 922 unidades médicas rurales y 22 hospitales rurales, 1990, IMSS-SOLIDARIDAD.²⁰⁴

El proceso para construir el sistema nacional de salud se da a partir del sexenio de Miguel la Madrid donde se prioriza la descentralización de las decisiones políticas, ahora pertenecientes a los estados en resolver los problemas de marginalidad y pobreza carentes de acceso de salud, dando mayor cobertura a regiones apartadas del centro. Aspectos como el crecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida, el empleo informal a causa de las crisis económicas, la

²⁰¹ Gálvez Cruz, Ana Laura, Op cit, pp. 30-33.

²⁰² Puente Mayagoitia, Daniela, “Análisis de política pública: El seguro popular”. Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, UNAM, 2013. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, En: <http://132.248.9.195/ptd2013/mayo/0693633/Index.html>, Fecha de consulta: 15 de octubre 2021, pp. 17-19.

²⁰³ Ídem.1

²⁰⁴ Ídem.



centralización de los servicios de salud, y la seguridad social aplicada solo a los trabajadores derechohabientes propiciaron el desabasto y el agotamiento de los servicios de salud, por lo que hizo la liberalización de acciones políticas con carácter de salud en reformar y reestructurar la política de salud.²⁰⁵

Política de desarrollo regional, b) programa de desarrollo regional, c) en 1983, el ejecutivo elaboró, aprobó y publicó la Ley de planeación de desarrollo, d) Sistema nacional de planeación democrática, e) reforma al artículo 115 CPEUM que le da autonomía a los municipios, f) Secretaría de desarrollo urbano y ecología, SEDUE, g) Secretaría de programación y presupuesto, SPP, h) Convenio único de desarrollo, CUD, i) Comité de planeación para el desarrollo estatal, COPLADE.²⁰⁶

Las acciones lejos de resolver los problemas de pobreza en tanto niveles de condiciones de vida se acentuaron. Las medidas se centraron en tres ejes; 1) dar un mayor énfasis a la consolidación del desarrollo en los estados atribuyéndose funciones de administración, presupuestal y de programas sociales mediante el sistema de planeación democrática en el que participan los tres niveles de gobierno y grupos sociales organizados, CUD, 2) Disminución de la desigualdad en áreas rurales con respecto a las zonas urbanas, 3) las transferencia de recursos federales a los estados en la asignación de programas referentes a educación y salud en descentralizar las funciones y promoverlas a los estados. El total de la inversión se estima en 1800 millones de pesos, según datos de la Secretaría de programación y presupuesto, SPP.²⁰⁷

Cuarta etapa: a) 1992, reforma del sistema nacional de salud; b) 1997, modificación a los servicios de salud; c) promulgación de la ley del IMSS; d) creación del programa nacional de educación, salud y alimentación, PROGRESA, 2002; e) programa de desarrollo humano oportunidades, IMSS-OPORTUNIDADES, 2003) decreto de reforma de la ley general de salud.²⁰⁸

La problemática se centró ya no en proporcionar seguridad social, si no en establecer la protección social; es decir otorgar a la población que no cuenta con seguridad de salud, servicios

²⁰⁵ Rodríguez, Victoria E, Op cit, pp, 148-162.

²⁰⁶ Ídem.

²⁰⁷ Ídem.

²⁰⁸ Gálvez Cruz, Ana Laura, Op cit, 39-40.



de salud, así como generar la infraestructura hospitalaria adecuada en atender las enfermedades en centros médicos de alta especialización.²⁰⁹

La política de salud se enfocó en tres aspectos para implementar el sistema nacional de salud :

a) Homogeneizar y universalizar los servicios de salud; el primer paso fue otorgar la responsabilidad a los estados en prestar los servicios de salud mediante la creación de los Servicios estatales de salud en coordinación con la Secretaría de salud quien ejecutaba, planeaba e implementa la política de salud, la finalidad era que la población pudiera acceder a cualquier institución de salud para atenderse no importando que fuera asegurado, dos, asegurar la universalidad de los servicios de salud a toda la población, atendiendo las zonas marginales y de pobreza extrema, instalado en el artículo cuatro de la CPEUM.²¹⁰

b) Descentralizar las decisiones políticas a los estados; la racionalidad gubernamental radica en efficientar los problemas públicos a partir de acciones y estrategias de gobierno, cuyo objetivo es resolver el *Issue*, el Estado ya no es el rector de concentrar la toma de decisiones, por el contrario, es el consenso federal-estatal-municipal quien rige los programas y proyectos a ejecutar incorporados a un plan nacional, que se tiene de guía para cumplir con los objetivos planteados.²¹¹

c) Crear y dotar de mecanismos de fiscalización en los estados, a fin de generar certeza tributaria y distributiva para la aplicación de programas sociales; el objetivo fue solventar mediante la creación de aportaciones del Estado dada a los estados, etiquetado para ejercerlo exclusivamente en materia de salud, participaciones federales entregadas a los estados a través de la figura de los fideicomisos y fondos para atender los servicios de salud, fundamentadas en la ley de coordinación fiscal y el ramo 33 y dar mayor participación a los estados, aumentando la demanda , la cobertura de salud e integrando un servicios estatal de salud.²¹²

²⁰⁹ Puente Mayagoitia, Daniela, Op cit, pp. 36-39.

²¹⁰ Moreno Rebollar, Juan Carlos, Op cit, pp. 24-27.

²¹¹ Rodríguez, Victoria E, Op cit, pp. 89-148.

²¹² Idem.



2.3.1 Seguro Popular como programa de política social

La secretaría de Estado de salud define que en su artículo 39, fracción VI, “planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes”.²¹³

La organización de la APF, está fundamentada en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF), el artículo 90 de la CPEUM nos dice que los negocios o las actividades de la administración federal estarán a cargo de las secretarías de Estado, para su operación y funcionamiento.²¹⁴

Cabe señalar que la formulación o diseño de la política pública le compete al gobierno en tanto políticas públicas o acciones públicas con carácter de interés general, el solucionar las demandas sociales, el gobierno cuenta con un Plan Nacional de Desarrollo,²¹⁵ que marca las estrategias y acciones del programa de gobierno a seguir, tiene a su disposición una administración pública federal, una LOAPF, una Ley General de Desarrollo Social,²¹⁶ una Ley General de Salud,²¹⁷ un Reglamento de la Ley General de Salud²¹⁸, para diseñar, implementar y evaluar posibles políticas públicas.

La política pública para su diseño se inserta un conjunto de factores y recursos (político, información, organizacional, personal, tiempo) de actores (actores políticos, administrativos, grupos objetivos y beneficiarios) que inciden en el contenido de una política pública, de salud, dado que hay una relación directa entre el ejecutivo y las secretarías de Estado, los actores políticos y el presidente se forman intercambios y retroalimentación de recursos; la secretarías de Estado

²¹³ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, artículo 39, fracción VI, 19 de mayo de 2017.

²¹⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, CPEUM, Art, 90, 10 de febrero de 2014.

²¹⁵ Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de abril de 2019.

²¹⁶ Ley General de Desarrollo Social de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de junio de 2018.

²¹⁷ Ley General de Salud, Op cit.

²¹⁸ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, *Diario Oficial de la Federación*. 17 de julio de 2018.



con funciones políticas y administrativas, en su figura de Secretaría de salud, le compete en su artículo 39 de la LOAPF, fracción VI, “establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen”.²¹⁹

2.3.2 Del Seguro Popular al INSABI

La relación entre la política pública de salud y la administración pública centralizada, uno de los elementos constitutivos de la PP son los recursos y los mecanismos con lo que cuenta para diseñar una PP, de lo contrario no puede ser una acción o estrategia pública sino solamente una postura política. Con ello se evidencia que la política pública de salud, INSABI obedece más a razones subjetivas y axiológicas de los actores políticos que a solucionar el problema de acceso a la salud como derecho universal.

Recursos humanos: Conjunto de actores (políticos, administrativos, institucionales) que cuentan con capacidad de conocimiento técnico, operativo, con un alto grado de autonomía de toma de decisiones, acorde a la política implementada actual; salud-INSABI, ordenada de forma coherente a la característica intrínseca de la PP, colocando un interés para controlar, limitar, el acceso a otros actores, en el que se busca la permanencia axiológica y de un grupo en una PP, en la política pública de salud, INSABI como modelo ideal, debería reunir a médicos, servicios de salud, hospitales, aseguradoras, farmacéuticas, quienes en conjunto, implementan, rediseñan y evalúan la política de salud.²²⁰

“La planeación nacional en salud debe partir de un diagnóstico general del estado actual del Sistema Nacional de Salud, para así distribuir los recursos escasos, tanto materiales como humanos, de la manera más eficiente posible y en atención de las necesidades prioritarias del sistema”.²²¹

²¹⁹ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Op cit.

²²⁰ Ibidem, pp.53-68.1

²²¹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, “Salud: Programas que son relevantes para el acceso efectivo a este derecho”, Ciudad de México, 2021. En: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/ CPP_2021/Derecho_salud.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/_CPP_2021/Derecho_salud.pdf) , Fecha de consulta: 23 de abril de 2022, p. 4.



Recursos de información: Se entiende como la elaboración de marcos metodológicos estadísticos, (padrón de beneficiarios respecto a un programa, proyecto o política, número de afiliados con derecho a los servicios de salud, etc) para mejorar, rediseñar, comparar, evaluar, la política pública.²²²

La ley de Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 25, nos dice, “cuando alguna Secretaría de Estado o la Oficina de la Presidencia de la República necesite informes, datos o la cooperación técnica de cualquier otra dependencia para el cumplimiento de sus atribuciones, ésta tendrá la obligación de proporcionarlos, atendiendo en lo correspondiente a lo que determine la Secretaría de Gobernación”.²²³

Breve explicación del marco normativo sobre el derecho a la salud en México, una de las consecuencias en la creación del sistema de salud, fue el reconocer los derechos como obligatoriedad, lo que permitió fortalecer y brindar los servicios de salud, desde la década de 1980 México adoptó obligaciones jurídicas mediante la firma de tratados internacionales, a partir de 2004 se da una transición en la obtención del disfrute del más alto nivel en salud, al momento de implementar el Seguro Popular.

Artículo 25, toda persona tiene derecho a la salud, a un seguro de salud en caso de enfermedad, además que tanto la infancia como la maternidad tienen derecho a cuidados y asistencia a una protección social.²²⁴ la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, nos dice que toda persona tiene derecho a la asistencia médica, a la salud y preservar medidas sanitarias.

2) Convención americana sobre derechos humanos, afirma que los Estado involucrados deben generar el desarrollo progresivo de las personas y la plena efectividad de los derechos humanos, derivadas de normas económicas, sociales de educación, ciencia y culturales.²²⁵

²²² Subirats, Joan, Op cit, pp. 77-79.

²²³ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, Artículo 25, 19 de mayo de 2017.

²²⁴ Organización de las Naciones Unidas, ONU, “Declaración Universal de los Derechos Humanos, DUDH”, En: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf, 2015, Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2023, p. 52.

²²⁵ Comisión Americana de Derechos Humanos, “Convención Americana de Derechos Humanos,” En: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/TrataPersonas/MarcoNormativoTrata/InsInternacionales/Regionales/Convencion_ADH.pdf, 1981, Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2023, p12.



3) La Organización de los Estados Americanos, OEA, menciona que el derecho a la salud: “La atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.²²⁶

4) En tanto que la Secretaría General Secretaría de Acceso a derechos y equidad departamento de inclusión social, hace referencia al derecho al derecho a la salud como un bien público, el Estado deber proporcionar los servicios de salud adecuados, proporcionar atención primaria, inmunización contra enfermedades infecciosas, prevención y tratamiento en salud, educación y salud en salud y satisfacer las necesidades de salud a os grupos de mayor riesgo.²²⁷

5) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC, art 9; acceder a prestaciones y que el patrón abone un aparte del salario destinados al acceso a salud, gozar de una red de servicios de seguridad social, sean estos enfermedad, paternidad, viudez, desempleo, invalidez,²²⁸ art 12; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil, asegurar la asistencia médica, por lo tanto otorgar el Derecho al más alto nivel posible de salud.²²⁹

6) Conferencia Mundial de Derechos Humanos, establecidos en el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 9 nos menciona que los Estado deben reconocer el

²²⁶ Organización de los Estados Americanos, OEA, “Indicadores de Progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador”, en *Grupo de trabajo del protocolo de San Salvador, GTPSS* En: https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores_progreso.pdf, Washington, DC, 2015, Fecha de consulta: 22 de septiembre de 2023.

²²⁷ Secretaría General Secretaría de Acceso a derechos y equidad departamento de inclusión social, “Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales”, en *Organización de los Estados Americanos, OEA*, En: <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>, San Salvador, 1988, Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2023.

²²⁸ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC”, En: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf, México Distrito Federal, 2012, Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2023, p. 13.

²²⁹ Ídem.



derecho de todas las personas, así como en igualdad de condiciones a mujeres, las personas de edad y las personas con discapacidad a la seguridad social y al seguro social, en tanto que pone en observación que los Estados cuenten con una legislación en materia de salud, para poder satisfacer atención médica, subsidio de enfermedad, subsidio de maternidad, jubilación, subsidio de invalidez, prestación al supérstite, subsidio por accidente de trabajo, subsidio de desempleo y subsidio familiar, a fin de cumplir con el derecho a la salud.²³⁰

El sistema de salud se vio en la necesidad de implementar un andamiaje institucional y jurídico a fin de proteger y proporcionar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, en los servicios de salud, justificadas y legitimadas en estándares internacionales en materia de derechos humanos, en 2011 se hizo una reforma en materia de salud, publicada en el DOF, que obliga a cumplir e implementar los derechos humanos en salud a través de las políticas públicas.²³¹

La reforma anterior tuvo como consecuencia la aplicación en el ámbito estatal, organizarse al gobierno federal y gobiernos estatales en torno a establecer los derechos humanos, entre ellos la salud.

El CONEVAL en su carácter autónomo, nos señala que no hay evidencias cuantificables que pueda medir el impacto de la política pública de salud del INSABI; en el informe anual para identificar y medir las acciones de los programas de acceso al derecho a la salud que realiza el CONEVAL, se observa que hay nula información. “implementar servicios, protocolos y un sistema de información homologados para todas las instancias que brinden atención de salud durante y después de las fases de la emergencia”.²³²

²³⁰ Conferencia Mundial de Derechos Humanos, “Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, en *Declaración y Programa de Acción de Viena*, En: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet16Rev.1sp.pdf>, Suiza, Viena, 1993, Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2023.

²³¹ Secretaría de Gobernación, “DECRETO por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.”, en *Diario Oficial de la Federación*, DOF, México, 2011, En: <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:US:8ed8be1b-5fc9-4767-81fd-dd5ecb49f262>, fecha de consulta: 20 de septiembre de 2023.

²³² CONEVAL, Op cit, p. 4.



A manera de esquematizar y describir la política pública de salud, INSABI, transcribe las preguntas para ejemplificar cómo es que define el gobierno actual el problema, el problema de salud.²³³

La naturaleza: ¿En qué consiste el problema de salud?, las causas ¿en qué condiciones surgió el problema de la salud y cuáles son sus causas?, sus causas ¿la normatividad existente sobre el tema de salud genera problemas?, la duración ¿el problema de salud es duradero o pasajero?, la dinámica ¿es posible observar una evolución del problema, ciclos, regularidades, agravación?, los afectados ¿quiénes son los afectados por el problema y de qué modo lo están, directa e indirecta?, las consecuencias, si no se interviene ¿qué sucedería a los afectados y a los demás? ²³⁴

Conclusiones

La política de salud, en los últimos 20 años ha transitado en tres componentes (prevención social, seguridad social y protección social) y entre tres mecanismos; la prestación de servicios de salud, la entrega de un catálogo de salud y la entrega de dinero para solventar gastos en salud, principalmente el gasto de enfermedades de alto costo.

Ahora bien, la política social ha ido de la mano del Estado; en tanto que la razón de Estado serán las acciones que realice, para ello se insertó el concepto de derecho, derecho a la salud como principal arma para lograr la cobertura en salud, de ahí la implementación del Seguro Popular.

La norma legislativa se ha ampliado con la finalidad de establecer los mecanismos de acceso a los servicios de salud, con el propósito de generar condiciones simétricas en la población, al momento de revisar la Ley General de Salud, LGS se divide en dos apartados, primero las funciones y cumplimiento en la prestación de los servicios de salud por parte de la Secretaría de Salud, IMSS, ISSTE, las disposiciones generales para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el apartado de la promoción y prevención de la salud con ayuda de las campañas de vacunación y la comunicación en salud y, el apartado del del sistema de protección social en salud, si bien no lo dice de manera implícita alude a la relación

²³³ Ídem

²³⁴ Ibidem, pp. 60-62.1



trabajadora/patrón, en el que su status laboral le permite estar asegurado, versus las personas que no cuentan con seguridad social, esa es su inconsistencia, tanto de la política de salud como la razón de Estado, que por cuestiones demográficas, por un deficiente servicios estatales de salud, que están centralizados por las grandes ciudades, por problemas de financiamiento, o por razón epidemiológica, no se responsabiliza de manera cabal en proporcionar el derecho a la salud; por tanto la norma legislativa en materia de salud o política social, no es suficiente para atender a la población abierta, el Estado es quien regula, administra y distribuye la forma en que lleva a cabo la política social en salud.

La implementación del Seguro Popular es una medida que aminora los problemas esenciales de salud, reorientar la política de salud no hacia la fragmentación (población asegurada/población no asegurada y los servicios estatales de salud, SESA) o quedarse sólo en replicar la política para los no asegurados como fue el INSABI, sino hacer eficiente el acceso a los servicios de salud.



CAPÍTULO 3. FUNCIONAMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO DEL SEGURO POPULAR Y PROCESO DE TRANSICIÓN AL INSABI

3.1 El Sistema de Protección Social en Salud : Seguro Popular

La medida para insertar la política pública en salud a través del sistema de protección social en salud a la agenda legislativa se centró en tres ejes. El hecho problema del agotamiento del sistema nacional de salud que, por factores como las enfermedades no transmisibles repercuten en la salud de la población, el incremento en el nivel de la esperanza de vida, el elevado costo de los servicios de salud, aunado a la calidad de la atención de los servicios de salud. Antes de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, en México había 4 millones de familias con gasto de bolsillo en salud, se hacía énfasis en los servicios de salud como prestación de orden laboral y no como un derecho, ocasionando una enorme brecha entre derechohabientes y no asegurados.

El aprovechamiento de la coyuntura política del año 2000, permitió cimentar la política de salud, en un primer plano, cambiar el paradigma en hacer política pública, construyendo una red institucional de controles, contrapesos y evaluaciones de las acciones y estrategias gubernamentales en eficientar la racionalidad estatal, partiendo de datos medibles y no personales que permita la gobernanza; en una primera etapa se encuentra la implementación del programa de educación salud y alimentación, PROGRESA, que tenía como objetivo reducir la pobreza extrema intergeneracional. Como consecuencia se produjo: 1) descentralización de toma de decisiones, delegando responsabilidades a los estados, 2) crear reglas de operación de programas sociales para evitar clientelismo y asistencialismo, 3) facultar a los estados de certeza económica mediante la figura de fondo de aportaciones para los servicios de salud y 4) hacer público el gasto.²³⁵

Bajo ese contexto, se implementó el programa de desarrollo humano, oportunidades; introduciendo la segunda etapa de política pública, en el que se resalta la ampliación de la política de salud, se focaliza ya no solo a niños, sino que además abarca a jóvenes y adultos, elevándose el gasto cada año en salud.

a) Gasto en el acceso a los servicios de salud; el 58% del ingreso del gasto de los hogares se destinó a los servicios de salud, por lo que las familias quedaban en total endeudamiento, el excesivo gasto de salud se concentraba, sobre todo en regiones de alta marginalidad, Guerrero,

²³⁵ Secretaría de Salud, “Seguro Popular, indicadores de resultados del segundo trimestre, año fiscal 2004”, en *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, México, 2005, pp. 8-73.



Oaxaca, Chiapas, Veracruz, donde los servicios de salud son muy costosos y las enfermedades en segundo y tercer nivel de atención generan gastos tanto en infraestructura hospitalaria como en la adquisición de medicamentos. La cifra que se maneja es de 2 millones de familias que se empobrecen por los gastos catastróficos en salud.²³⁶

b) Población no asegurada carente al acceso a los servicios de salud; hasta antes del año 2000, el sistema nacional de salud estaba conformado por la secretaría de salud, servicios estatales de salud quienes se encargaban de prestar y dar servicios de salud a la población, teniendo al gobierno federal como rector de la política de salud y como ente secundario a los estados, sobre todo en la concentración de la demanda de la atención de salud, siempre establecida, en la ciudad de México, en la zona norte del país o en las grandes ciudades.²³⁷ El modelo de salud no permitía que la población pudiera atenderse en cualquier hospital o centro de salud perteneciente al sistema nacional de salud, teniendo como única opción los servicios de salud privado. La necesidad de homogeneizar y conformar un sistema universal de salud de fácil acceso y proporcionar protección social a los no asegurados. La integración del sistema nacional de salud se puede esquematizar en el siguiente cuadro. Se buscaba no solo reducir los costos en los servicios de salud, sino hacer equitativo la cobertura a los servicios de salud en toda la población, en todas las regiones del país, disminuyendo la marginalidad en las carencias sociales. El acceso a la salud tiene como principal vector la movilidad social y el desarrollo en el nivel de esperanza de vida de la población, la salud en general; prioriza el acceso, la infraestructura, la cobertura, calidad y el financiamiento a los servicios de salud.²³⁸

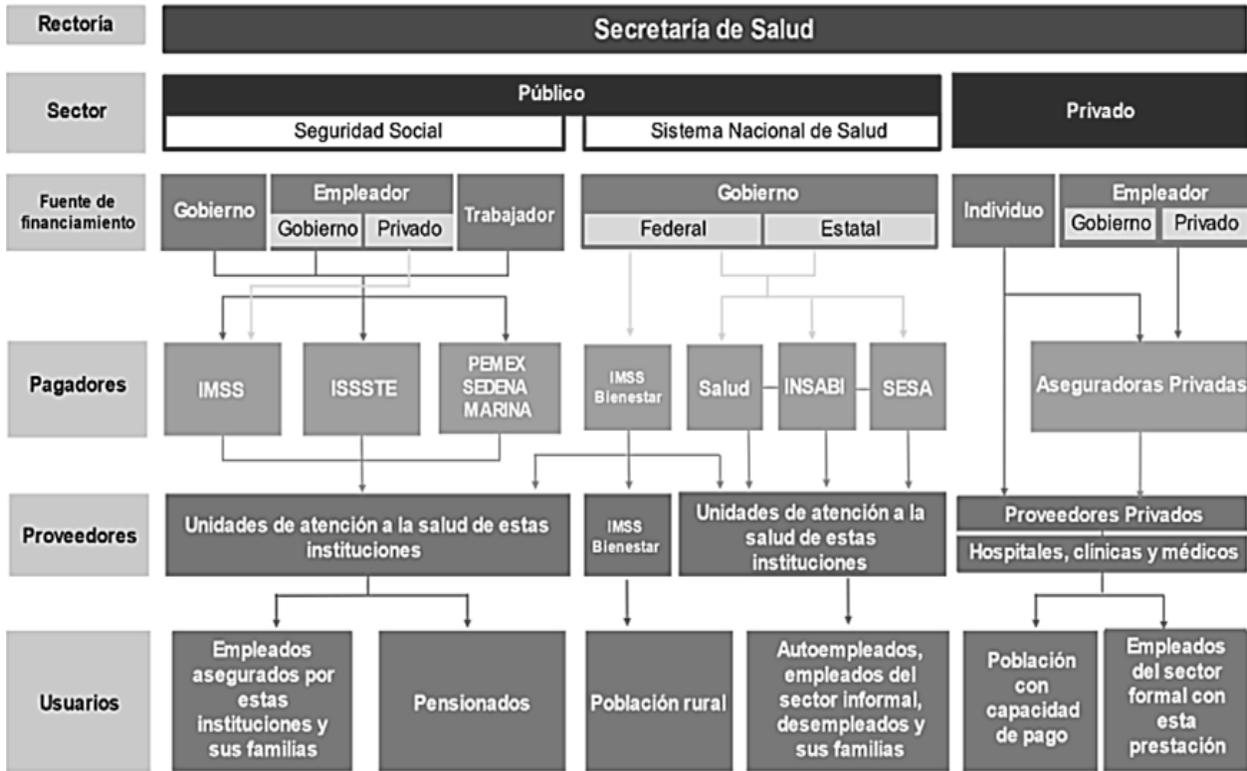
²³⁶ Ídem.

²³⁷ Ídem.

²³⁸ Ídem



Imagen 1. Estructura e integración del Sistema del Nacional de Salud



Fuente: CONVEAL, Gómez Dantes, 2011.

Sistema nacional de salud se divide: 1) servicios de seguridad social; para los derechohabientes, 2) servicios de salud, para la población no asegurada o abierta y 3) servicios del sector privado; asegurados y no asegurados.²³⁹

c)) Establecimiento de la salud como un derecho del Estado; el tema central es la creación de la figura de protección social, surge como una necesidad al momento de reconocer a la población no asegurada sin efecto retroactivo a la hora de acceder a los servicios de salud, quedando rezagados y vulnerables respecto a la población asegurada, se modifica el artículo 4 CPEUM, a fin de hacer efectivo la salud a toda la población, ya no desde la perspectiva de garantizar la salud, sino transitando y colocándola como un derecho, donde el Estado hace efectivo proporcionar a la población el acceso a los servicios de salud, sin ambigüedades.²⁴⁰

d) Deficiente cobertura en los servicios de salud; el IMSS y el ISSSTE concentran la mayor demanda de atención de salud de la población, aunado a la relación trabajador/patrón como único

²³⁹ Gálvez Cruz, Ana Laura, Op cit, pp. 15-33.

²⁴⁰ Ídem.



incentivo de acceder a los servicios de salud, por medio de la figura de asegurados, el 51% de la población no contaba con acceso a los servicios de salud, es decir 49 millones de personas no estaban aseguradas, otro factor era la centralización de las decisiones políticas a través del sistema presidencial, quien determinaba la forma de aplicarse las políticas públicas, la mayor parte del sistema nacional de salud estaba en manos del gobierno federal, la secretaría de salud se encontraba en un papel secundario y relegado para efectuar, planear y dirigir los programas de salud en cada estado, los estados no eran partícipes en proporcionar a la población servicios de salud, si no que dependían del centro para dar abasto a la demanda en la atención de la salud.²⁴¹

e) Baja inversión en política de salud; la OCDE señalaba que el gasto que se debía efectuar en política de salud era de 6.6% del PIB para cumplir con los parámetros de cobertura y acceso a la salud, estableciendo a la salud con un status de derecho, derecho que debe hacer efectivo el Estado, para ello el gasto en política de salud en México era del, 2.5% PIB por lo que era insuficiente establecer una cobertura y demanda de servicios de salud suficiente para la población no asegurada, el manejo asimétrico a la hora de aplicar el gasto en salud caía en la responsabilidad del gobierno federal, siendo éste quien aportaba la mayor cantidad, en los estados se ve la misma dinámica donde el gasto representó el 30%, solo en 5 estados, en 14 estados representó el 10% del gasto en salud, haciéndolo inequitativo.²⁴²

3.1.1 Diseño del Seguro Popular

Como parte de la estrategia del gobierno para hacer frente al excesivo gasto de salud de las familias, se realizaron acciones encaminadas a la protección financiera mediante un seguro que proporcionaba servicios de salud a la población, con el fin de reducir el empobrecimiento de las familias y de ampliar la cobertura del sistema nacional de salud, la idea era centrarse en construir una política de salud dirigida a la población sin seguridad social, no solo modificando y ampliando el programa de salud, educación y alimentación si no haciendo énfasis en reformar la ley general de salud a fin de crear un sistema universal de salud con calidad en los servicios de salud.²⁴³

²⁴¹ Cortés Adame, Luis Javier, Op cit, pp. 33-57.

²⁴² Ídem.

²⁴³ Reglamento de la Ley General de Salud, Op cit, pp. 1-33.



La pugna se enfocó en la baja inversión en política de salud por parte del gobierno mexicano y el gasto excesivo de las familias en los servicios de salud, como principales detonadores para la colocación de la política de salud en la agenda legislativa.²⁴⁴

3.1.2 Proceso de implementación del Seguro Popular

La primera línea de acción fue la creación del programa de nacional de salud, PRONASA como programa piloto implementado en 12 estados, tenía como finalidad reducir los costes en los gastos de salud; en el 2002 se hace la reforma en la ley general de salud teniendo como vertiente principal la modificación del artículo 77 bis en el que se pone de relieve la creación de un fondo para los servicios de salud y así dar solvencia tanto a los estados para mejorar los servicios de salud como poder financiar el gasto de salud a las familias, priorizando el uso del gasto en materia de salud para atender el problema/Issue en el acceso a los servicios de salud, desencadenando un gasto excesivo en las familias.²⁴⁵

Surge la figura de protección social en salud, que hace referencia a que el Estado debe hacer eficiente el artículo 4 de la CPEUM, colocando a la salud como un derecho de toda la población, por lo que se debe dar protección social a la población que no tiene seguro, ya sea IMSS, ISSSTE, PEMEX, “MILITAR” u otro, el gobierno federal y estatal, debe proporcionar servicios y cobertura en salud a todos los mexicanos.²⁴⁶

Reformas que llevaron a la creación del Sistema de protección social en salud, Seguro Popular: a) enero de 2001, la política de salud se coloca en la agenda legislativa; b) diciembre de 2001, se acciona y se pone como estrategia de salud, el programa piloto nacional de salud, PRONASA, mediante la política de salud, programa de salud para todos; c) en el año 2002, se lleva a cabo la reforma a la ley general de salud al art 77 bis; d) 2002, se crea la figura de protección social en salud; e) en el año 2003, se aprueba la política de salud, Sistema de protección social en salud y f) en el año 2004 se implementa el Sistema de protección social en salud, seguro popular.²⁴⁷

²⁴⁴ Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 11 de octubre de 2012, pp. 1-17.

²⁴⁵ Ídem.1

²⁴⁶ Gobierno Federal, “Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados, enero-julio 2012”, en *Secretaría de Salud*, México, 2012, pp. 5-100.

²⁴⁷ Ídem.



La política de salud se enfocó en generar un seguro de salud a la población no asegurada, con ello disminuir el empobrecimiento de las familias en el gasto catastrófico ; en el segundo y tercer nivel de atención. Haciendo énfasis en que la mayor parte del gasto en salud proviene de las familias, el ingreso total de una familia, se destina una tercera parte a gastos de salud, quienes deben pagar un servicio para acceder a la salud, de ahí la necesidad de establecer la protección financiera.²⁴⁸

El PRONASA, tenía como objetivo, a) la población no asegurada dotarla de un seguro de salud, mediante la protección financiera, b) disminuir el empobrecimiento en gasto de salud.²⁴⁹

En 2004 se implementó el programa de sistema de Protección Social en Salud, Seguro popular, que enfatiza la prestación de servicios de salud a la población no asegurada, así como la protección financiera establecida en la ley general de salud, evitando gastos catastróficos. La meta a priori del programa de sistema protección social en salud, es universalizar el sistema nacional de salud, ampliando la cobertura, fomentando la atención a la salud.²⁵⁰

La estructura jurídica y política del seguro popular; la corresponsabilidad se manifiesta en llevar una planeación de salud, que pasa por los tres niveles; federal, estatal y municipal, fundamentado en la ley de planeación democrática como programa de gobierno y a su vez de lógica estatal para implementar la política de salud, modificando y ampliando las esferas de competencia de los estados, relacionados de manera directa con la ley general de salud, la ley orgánica de la administración pública federal y lo programas sectoriales, coadyuvando a la integración del sistema nacional de salud; reestructurando y regulando el aparato institucional de salud. El siguiente esquema describe las interrelaciones institucionales del programa sistema de protección social en salud.²⁵¹

²⁴⁸ Ídem.

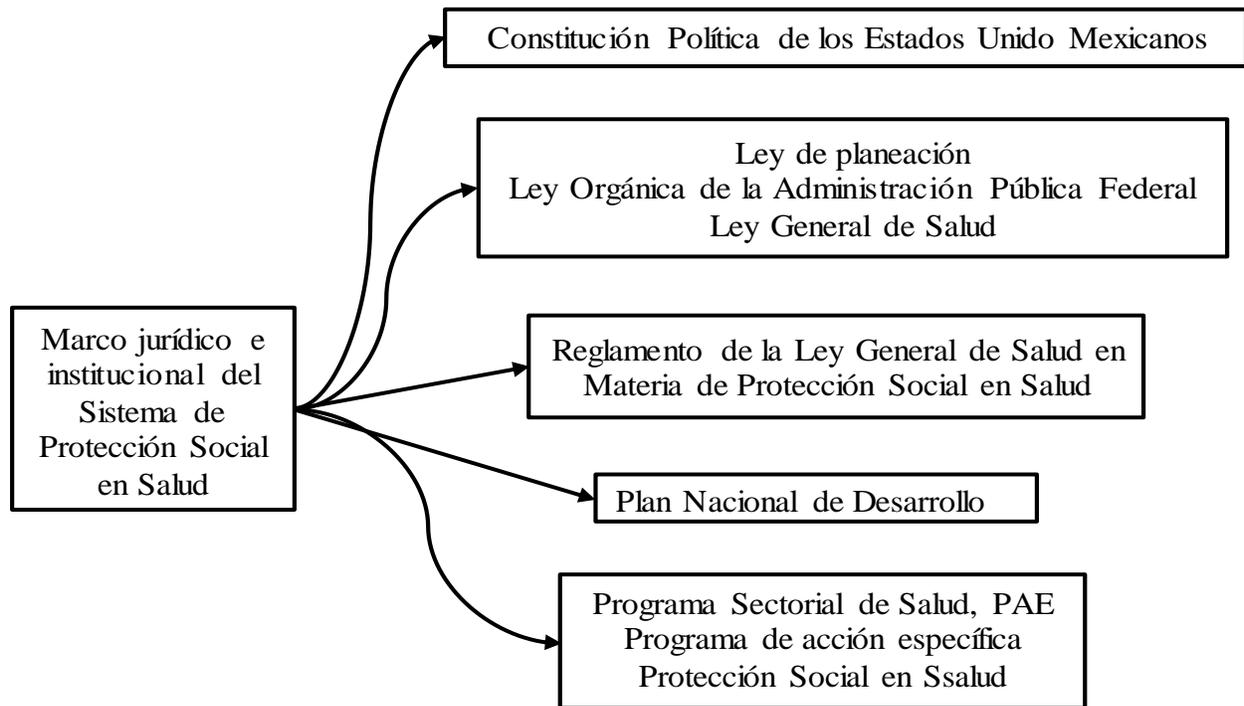
²⁴⁹ Gobierno de México, “Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud, SPSS, 2019”, en *Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, México, enero-diciembre, 2019, En: http://www.transparencia.seguropopular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf , Fecha de consulta: 18 de noviembre de 2021, pp. 8-198.

²⁵⁰ Ídem.

²⁵¹ Ídem.



Esquema 3. Marco jurídico e institucional del Seguro Popular



Fuente: Elaboración propia con base en el programa de acción específico, Sistema de Protección Social en Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud. 2012.

Siguiendo con la línea del sistema de protección social en salud, los objetivos del programa: a) fomentar la atención de la salud; b) reducir el empobrecimiento de las familias evitando el gasto catastrófico o de bolsillo y c) tener un mecanismo de protección financiera. Los objetivos institucionales: a) contribuir en la cobertura universal de salud; b) hacer efectivo el acceso a los servicios de salud mediante el financiamiento a través de un seguro médico para las familias y c) brindar protección financiera contra gastos de salud.²⁵²

La operación del sistema de protección social en salud funcionaba con dos entes encargados de llevar la coordinación técnica y administrativa del seguro popular; la comisión nacional de protección social en salud, CNPSS, con carácter autónomo y descentralizado y dos, los regímenes estatales de protección social en salud, REPSS, que junto con la secretaría de salud ejecutaba y dirigía el programa.²⁵³

²⁵² Puente Mayagoitia, Daniela, Op cit, pp. 20-37.

²⁵³ Ídem.



Sistema de protección social en salud, seguro popular, consiste; a) comisión nacional de protección social en salud, mediante una coordinación federal a través de la REPSS, para la ejecución del seguro popular, b) regímenes estatales de protección social en salud, la REPSS se encargada de la operación del seguro popular en las entidades federativas.²⁵⁴

Las funciones de la comisión nacional de protección social en salud, CNPSS: La comisión nacional de protección social en salud se desglosa por el director general de administración y finanzas, dirección general de afiliación y operación, dirección general de financiamiento, dirección general de coordinación con entidades federativas, dirección general de servicios de salud, dirección general de procesos y tecnología y por la dirección general del programa de Prospera.²⁵⁵

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS, tenía como función; aplicar, organizar y administrar la organización de la CNPSS, promocionar y operar la afiliación al seguro popular, programar y planear financieramente al seguro popular, enlazar acuerdos con los estados, gestionar los servicios de salud, estimar los costes de intervención, administrar la infraestructura, distribuir, programar y administrar el presupuesto del seguro popular.²⁵⁶

Los instrumentos de operación del sistema de protección social en salud, son acciones y estrategias encaminadas a prestar los servicios de salud y atender los tres niveles de salud, cabe resaltar, la protección social se hacía mediante la afiliación al seguro popular, en relación proporcional en pagar una cuota social para ser beneficiario de los servicios de atención y de los gastos catastróficos, para ello se debía medir el nivel socioeconómico de las familias y establecer el monto a pagar y pertenecer al catálogo universal de salud CAUSES; que consistía: a) salud pública; b) atención ambulatoria; c) odontología d) urgencias; e) hospitalización y f) Cirugía general.²⁵⁷

El seguro popular se orientaba a proporcionar servicios de salud a través de una red de centros de salud y hospitales generales, encabezados por el sistema nacional de salud y los

²⁵⁴ Ídem.

²⁵⁵ Hortensia Reyes Morales, Estudio sobre los efectos de la acreditación en unidades hospitalarias con intervenciones de CAUSES, en Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, INSP, (Colab), Díaz Portillo, Sandra, Córdova González, Karla, Villaverde, Karla, México, 2018, pp. 30-38.

²⁵⁶ Ídem.

²⁵⁷ CNPSS, 2018, Op cit, pp. 34-42.1



regímenes estatales de salud, para atender intervenciones, establecidos en un fondo presupuestal para dar respuesta a la demanda de servicio.²⁵⁸

El financiamiento de las familias incorporadas al seguro popular se presenta en dos rubros; primero la creación de un fondo de servicios de salud el cual tiene como objetivo, dotar de equipo e infraestructura a los hospitales de especialidades y generales y centros de salud, tanto a nivel local como federal; dos, generar certeza de protección financiera en servicios médicos y en intervenciones en gasto catastróficos.²⁵⁹

a) Servicios otorgados; instrumentos de operación del Sistema de protección social en salud: 1) catálogo universal de salud, CAUSES; fondo contra gastos catastróficos, FPGC; programa seguro médico para una nueva generación, SMNG; estrategia embarazo saludable; componente de salud del programa de desarrollo humano oportunidades; programa nacional de cirugía extramuros; sistema nominal de salud/consulta segura y el fondo de provisiones presupuesta.²⁶⁰

b) Componentes de salud; catálogo de beneficiarios médicos, CABEME: servicios de medicina preventiva; servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio; servicios de consulta externa; servicio de salud reproductiva; servicio de odontología y el servicio de urgencias, hospitalización y cirugía.²⁶¹

c) Catálogo universal de salud, CAUSES: salud pública; atención ambulatoria; odontología; urgencias; hospitalización y cirugía general.²⁶²

d) Intervenciones, salud pública 27; atención ambulatoria 110; odontología 7; urgencias 25; hospitalización 49 y cirugía general 66.²⁶³

La prioridad del programa de protección social en salud fue reducir el empobrecimiento del gasto en salud; la política de salud se centraba en financiar el segundo y tercer nivel de atención,

²⁵⁸ Ídem.

²⁵⁹ Ídem.

²⁶⁰ Ídem.

²⁶¹ Ídem.

²⁶² Ídem.

²⁶³ Ídem.



mediante un seguro de salud, empleada en un fondo contra gastos catastróficos que se reflejan en 66 intervenciones y en los tres grupos de atención, niñas/ jóvenes, adultos.²⁶⁴

El financiamiento del sistema de protección social en salud, para poder cumplir con la protección financiera de las familias y reducir los gastos catastróficos, se llevó una serie de modificaciones en la distribución del gasto en salud, con el propósito de dar capacidad económica a los estados, con carácter distributivo, aplicados en política de salud, para ello se reformó la Ley de Coordinación Fiscal desapareciendo el ramo 26, convirtiéndolo en el ramo 33 a partir de una relación de aportaciones del Estado y de participaciones que tienen los estados; el cual tiene por objetivo ser etiquetado, programado y aplicado a servicios de salud, teniendo como demanda ampliar la focalización de los grupos marginales y así universalizar el acceso y la cobertura del sistema nacional de salud; por lo que el gasto se debe aumentar, introduciendo el concepto de protección social.²⁶⁵

Acciones encaminadas a fortalecer el gasto social: a) año de 1997, creación del ramo 33, a partir de una figura nueva; aportaciones federales a estados y municipios por medio de transferencias de recurso federales a los estados y municipios; b) año de 1998, reformas a la ley de coordinación fiscal; c) año de 1999, expedir y publicar de forma obligatoria en el Diario Oficial de la Federación, las reglas de operación, así como de los programas que tiene subsidio; d) año de 1999 decreto de presupuesto de egresos de la federación, cuya finalidad fue transparentar como se gasta y en que se gasta el presupuesto y f) año 2000, desaparición del ramo 26, que pasaron al ramo 20.²⁶⁶

El esquema financiero del sistema de Protección Social en Salud era tripartito, se dividía en; gobierno federal, entidades federativas y contribuciones de los afiliados; corresponden a aportaciones del gobierno federal a través de un fondo de aportaciones para los servicios de salud.

a) cuota social y b) aportación solidaria federal, donde las aportaciones solidarias federal, ASF, debe equivaler 1.5 veces la cuota social, CS por lo que, las aportaciones solidarias federal a

²⁶⁴ Cortés Adame, Luis Javier, Op cit, pp. 33-35.1

²⁶⁵ Auditoría Superior de la Federación, ASF, “Informe del resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009, ramo 12. seguro popular, acuerdos de coordinación”, México, 2019, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo5/10_SEGURO%20POPULAR_a.pdf, Fecha de consulta: 12 de julio de 2022.1

²⁶⁶ Ídem.



transferir es igual a las aportaciones solidarias federal por ley, menos los recursos alineados para no duplicar los recursos del programa seguro popular, respecto a la proporción del número de afiliados.²⁶⁷

Ahora bien, las aportaciones a entidades federativas se dan en proporción de la afiliación por persona al seguro popular; el monto debe equivaler a la mitad de la cuota social.

De tal manera que los recursos se destinaban de la siguiente manera: el catálogo universal de servicios de salud, CAUSES en referencia a la atención y prestación de servicios de salud representaba el 89%, el 8% para el financiamiento de casos cubiertos por el fondo de protección contra gastos catastrófico; el 3 % restante se divide en tercios, el cual corresponde 1/3 para la demanda de los servicios de salud estatal, 2/3 se destina para infraestructura médica, especializada, en zonas de marginación social, dando un total de 11% que corresponde al fondo del sistema de protección social en salud.²⁶⁸

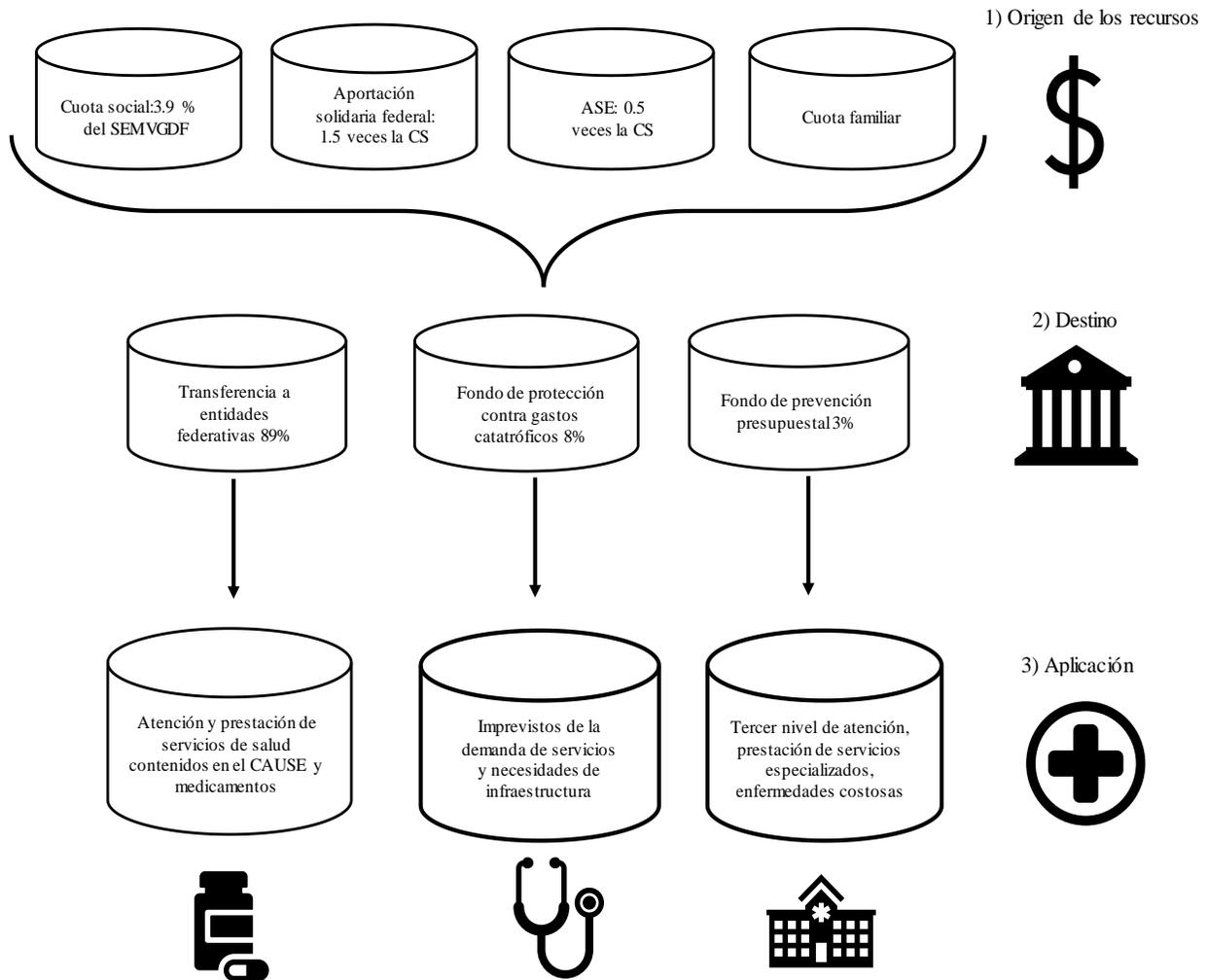
Matizando la relación entre el gobierno federal y estatal; tanto la cuota social como las aportaciones solidarias federal, lo realiza el gobierno federal que equivale a 5/6 del financiamiento. Las aportaciones solidarias estatales, las generan los estados, lo que representa 1/6 del financiamiento, que se traduce, a mayor número de afiliados, mayor el incremento en las aportaciones al financiamiento del sistema de protección social en salud.

²⁶⁷ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, “Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI”, México, 2018, En: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf, Fecha de consulta: 19 de agosto de 2022. pp. 1-7.1

²⁶⁸ Ídem.



Esquema 4. Fondo de financiamiento de salud, Seguro Popular



Fuente: Elaboración propia con base en el Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud, SPSS, 2019.

3.1.3 Principales hallazgos de las evaluaciones del Seguro Popular

1) la afiliación al seguro popular, para el año 2003 la afiliación fue de 2.2 millones de personas es decir el 2.2%, el año 2014 se considera el máximo número de afiliados que contempla el 47.8% de la población, dando un total de 51 millones, en el 2019 representó el 40.6% de la población, que equivale a 51 millones de afiliados.²⁶⁹

²⁶⁹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, “Sistema de protección social en salud: resultados y diagnóstico de cierre”, Ciudad de México, 2019, En: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Analisis_SPSS_2020.pdf, Fecha de consulta: 17 de agosto de 2022, pp.51-53.

2) En la medición de la pobreza respecto a la carencia por acceso a servicios de salud, la incidencia de la afiliación al SP refleja la reducción de 22 puntos porcentuales en los efectos sobre el gasto de salud en la población con menores ingresos, en tanto lograr la estabilidad financiera en la dimensión de los servicios adquiridos, CAUSES, póliza de seguro como en el gasto de bolsillo como en el catastrófico.²⁷⁰

3) Se reduce de manera moderada el acceso, uso de los servicios de salud y atención médica por falta de recursos, con ello el aumento en los servicios ambulatorios en las zonas urbanas.²⁷¹

4) Se identificó y hay evidencia en desincentivar el flujo de trabajadores del sector informal al formal.²⁷²

5) De forma asimétrica el crecimiento constante de los afiliados no fue de la misma proporción en el aumento de los recursos humanos (médicos, enfermeros) e infraestructura para responder a la demanda de los afiliados.²⁷³

6) Se ve una marcada divergencia para constituir infraestructura hospitalaria que atienda los servicios de salud, conforme al modelo de financiamiento tripartito, efectuado por los estados.²⁷⁴

7) En el rubro de accesibilidad a los servicios de salud, se evidencia una dispersión de los beneficiarios del seguro popular en zonas marginadas, que refieren una demora alta para ingresar a un hospital en caso de emergencia, lo relevante son aquellas localidades con menos de 2500 habitantes quienes tiene rezago para acceder a un hospital.²⁷⁵

8) Las personas afiliadas al SP y aquellas sin afiliación, registraron los menores niveles de atención, aún con la atención médica proporcionada para los servicios de salud.²⁷⁶

²⁷⁰ Ídem.

²⁷¹ Ídem.

²⁷² Ídem.

²⁷³ Ídem.

²⁷⁴ Ídem.

²⁷⁵ Ídem.

²⁷⁶ Ídem.



9) De manera subsecuente hay un aumento en el rezago de la entrega de medicamentos, en los tiempos de espera en la atención médica; la calidad de los servicios de salud reportó no haber recibido atención, ya sea porque no buscaban el servicio o porque este no estaba disponible.²⁷⁷

10) No se identificó efectos en el uso de servicios de salud preventivo.²⁷⁸

11) Entre 2010 y 2018 aumentó el gasto catastrófico de manera proporcional respecto al aumento de afiliados al seguro popular.²⁷⁹

1) “La responsabilidad de la prestación del servicio no correspondía exclusivamente al programa, sino que requería un trabajo coordinado entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los REPSS y los proveedores de servicios de salud públicos o privados en las entidades federativas.”²⁸⁰

La disponibilidad de los servicios estatales de salud y de la secretaría de salud se realiza en las unidades médicas de la red de prestadores de salud en centros de salud y hospitales estatales, el cual busca el derecho efectivo de la salud, por consiguiente, si es de calidad, si atiende problemas de salud, si se obtiene la atención y el ingreso sin importar el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría.²⁸¹

1) Disponibilidad:

a) unidades de consulta externa; el aumento de afiliados al seguro popular se tradujo en una menor disponibilidad de unidades para consulta, por cada mil afiliados disminuyó de 0.59% a 0.27% en el periodo de 2008 a 2018; en tanto a nivel federal, el indicador de desempeño es el más bajo, siendo el Estado de México con 0.174%, la Ciudad de México 0.189% y Veracruz con el 0.191% por cada mil afiliados al seguro popular, Coahuila tiene el mejor desempeño de unidades para consulta externa, que representa el 25.32%.²⁸²

b) hospitales; se toma como medida hospitales generales, integrales, especializados y psiquiátricos en relación directa entre hospitales y personas a filiadas al seguro popular; se destaca

²⁷⁷ Ídem.

²⁷⁸ Ídem.

²⁷⁹ Ídem.

²⁸⁰ Ibidem, p 51.

²⁸¹ Ibidem, p. 32.

²⁸² Ibidem, p.33.



que el número de hospitales en el periodo de 2008 al 2018 descendió de 0.03% a 0.01% por cada mil habitantes; a nivel federal en 21 estados se registra un tendencia a la baja, Tabasco, Morelos y Quintana Roo representa una variación negativa de más del 15%, por otro lado Querétaro la disminución es de -8.48% y Baja California del -0.41% entre los años 2012 y 2018, caso particular es el estado de Morelos que tiene el índice de disminución más relevante, la nota es del -19.51% de hospitales por cada mil habitantes, tanto en 2012 como en 2018.²⁸³

c) camas disponibles; entre el año 2008 y el 2018 se reportó que el número de camas de hospitales por cada mil habitantes decreció 1.03% a 0.98%, a nivel federal la disponibilidad de camas tuvo el mismo efecto; paso de 1.63% a 0.73% entre 2008 y 2018, cabe resaltar que, para medir la capacidad de atender pacientes en los hospitales, se toma como unidad de análisis, las camas censables, lo que significa que generan un egreso hospitalario y son parte del equipo de hospitalización, ahora bien, las camas no censables o de tránsito su objetivo es ser provisional, no generan un egreso hospitalario, ya sea para inicio, aplicación o para un procedimiento médico-quirúrgicos, se desglosa que en el periodo que comprende el 2008, el número de camas era de 1.22% en comparación con el año 2018 que fue de 0.52% por cada mil afiliados al seguro popular.²⁸⁴

d)) equipo médico disponible; entre 2008 y 2018 se pone de relieve que por cada mil afiliados al seguro popular, hubo una menor cantidad de equipo médico, se observa en el rubro de banco de sangre incrementó de 124 a 144, en el caso de laboratorio de análisis clínicos fue de 902 a 1,368, en el mismo tenor el número de incubadoras pertenecientes a la Secretaría de Salud pasó de 1,943 a 3,494, en tanto el número de quirófanos se contabilizó 1,544 a 1,877 y el número de salas de expulsión disminuyó de 4,318 a 1,430.²⁸⁵

e) Personal médico y de enfermería en contacto con pacientes; los datos mencionan que entre 2012 a 2018, en el personal médico paso de 1.87% a 2.03%, en el indicador al personal de enfermería fue de 2.57% y 2,99%, el indicador es por cada mil afiliados al seguro popular. La OCDE indica que en el rubro de personal médico y de enfermería es de 2.87% por cada mil habitantes, situado en el penúltimo lugar, en el ámbito federal Yucatán con 59.45% y Coahuila

²⁸³ Ibidem, pp. 34-35.

²⁸⁴ Ídem.

²⁸⁵ Ídem.



42.69% son los estados con la mayor calificación, mientras que Tlaxcala representa -16.79% y Veracruz 8.04%. Por cada mil afiliados, la tasa de disponibilidad entre los estados de Veracruz, Michoacán, Morelos, Tlaxcala y Tabasco en los años 2012 y 2018 representó 13.81% y -10.67%, en el mismo tenor los estados calificados positivamente son Yucatán 78.53%, Coahuila 80.13%, Guerrero 51.76%, Sinaloa 53.96% y Zacatecas 51.91%.²⁸⁶

2) Accesibilidad a los servicios de salud: el parámetro a medir es el tiempo de traslado para acceder a los servicios de salud en caso de emergencia, se toma como punto de partida tanto afiliados como no afiliados, el lapso de años a comparar es entre el 2014 a 2018, la referencia son las instituciones encargadas de proporcionar servicios de salud sean estos públicos o privados; el tiempo de espera promedio; no afiliados pasó de 41.29 minutos a 39.96 minutos; en el IMSS fue de 31.09 minutos a 32.09 minutos, en tanto el ISSSTE es de 32.08 a 41.54 minutos, a su vez el Pemex, el promedio registró 31.24 minutos a 32,72 minutos, otro, reportó 30.56 minutos a 24 minutos y el seguro popular paso de 48.74 minutos a 52. 95 minutos.²⁸⁷

3) Utilización a los servicios de salud 2014-2018:

a) demanda de los servicios de salud; la existencia de problemas de salud se va a medir conforme a los datos recabados por la ENIGH en personas mayores a 12 años y cotejar en la magnitud de la demanda por servicios de salud, en un periodo de 12 meses, destacando el tipo de afiliación; seguro popular 72.91% de la demanda pasó a 59.82%, otro de 68.51% a 53.51%, Pemex 68.60% a 62.01%, ISSSTE, 67.76% a 54.94%, IMSS, 69.29 a 57.90% y no afiliados de 72.91% a 58,82% de la demanda.²⁸⁸

b) lugar de atención médica; el énfasis se pone en el incremento en los consultorios de farmacias y servicios privados, las personas no afiliadas a un sistema de seguridad acuden principalmente a los servicios de la secretaria de Salud, servicios privados y consultorios de farmacias, la atención proporcionada en la Secretaría de Salud, clínicas y hospitales, disminuyó 30%, de igual manera se reportó una disminución en todas las instituciones públicas de salud que abarca los años 2008 y 2018.²⁸⁹

²⁸⁶ Ibidem, pp. 38-39.

²⁸⁷ Ídem.

²⁸⁸ Ídem.

²⁸⁹ Ídem.



c) atención médica; la concentración en el porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud, se describe; seguro popular 72.09% de la demanda pasó a 73.20%, otro de 78.04% a 81.79%, Pemex de 82.44% a 80.10%, ISSSTE 80.06% a 81.85%, IMSS 76.37% a 76.58% y no afiliados de 63.42% a 66.19% de personas con algún problema de salud.²⁹⁰

d) hospitalización; se toma como muestra la ENSANUT 2006, 2012 y 2018 para contabilizar la distribución porcentual de personas afiliadas al seguro popular que fueron hospitalizadas, según lugar de atención, entre 2006 y 2018; para el año 2006 la secretaría de salud reportó 66.78%, IMSS 6.16%, privado 12.97% y otro el 14.10%, en 2012 la Secretaría de Salud registró 77.26%, IMSS 6.02%, privado 11.43% y otro 5.28% y en el año 2018 la Secretaría de Salud fue de 73.22%, IMSS 3.76% , privado 19.72% y otro el 3.30%.²⁹¹

4) Calidad de los servicios de salud;

a) motivos de no atención médica; algunos de los motivos; no hay donde atenderse, no tenía dinero, la clínica y hospital queda muy lejos, no lo atienden aunque vaya a la unidad médica, no le tiene confianza al personal de la unidad médica, lo tratan mal, no hablan la misma lengua, hay que esperar mucho para ser atendido, no le dan el medicamento que necesita, la unidad médica no estaba abierta, no había médico en la unidad, algún miembro del hogar se lo impidió, no tuvo tiempo, no hubo quién lo llevara, no quiso o no era necesario, se automedicó o autorecetó, el porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y que no fueron atendidas, por tipo de afiliación, en el periodo 2014-2018; no afiliado 36.58% en comparación el 33.81%, IMSS 23.63% a 23.15%, ISSSTE 19.94% a 18.15%, PEMEX 17.56% a 19.90%, Otro 21.96% a 18.21% y el Seguro popular 27.91% a 26.80%, “se mencionan como principales razones la falta de personal médico en la unidad a la que acudió (30.81% en 2018), seguido de que no quisieron atenderlo o dijeron que no era necesaria la atención para el problema de salud que presentaba (15.08 y 8.94%, respectivamente), así como el tener una cita hasta mucho tiempo después o que la unidad médica no estaba abierta”.²⁹²

b) percepción de la calidad del servicio; para el año 2006 el 84.47% consideraba buena y muy buena la calidad de la atención de los servicios de salud respecto a los afiliados al seguro

²⁹⁰ Ídem.

²⁹¹ Ídem.

²⁹² Ibidem, p. 48.1



popular, en 2018 se redujo a 4.86%, el porcentaje de las personas afiliadas con alguna institución de salud, en relación con la calidad del lugar donde se atendió y reportada como hospitalizada, registrada en el año 2018; reportó el IMSS, muy buena 27.65%, buena 47.39%, regular 16.28%, mala 4.56%, muy mala 3.91% y NS/NR 0.20%; Seguro Popular muy buena 28.12%, buena 51.49%, regular 13.80%, mala 4.08%, muy mala 2.31% y NS/NR 0.20%; ISSSTE, muy buena 33.72%, buena 45.14%, regular 15.25%, mala 2.98%, muy mala 2.75% y NS/NR 0.16%; Pemex, muy buena 33.16%, buena 40.39%, regular 12.95%, mala 11.59%, muy mala 1.91%, NS/NR; Seguro Privado, muy buena 61.04%, buena 31.30%, regular 7.66%, mala, muy mala, NS/NR, no afiliado, muy buena 36.74%, buena 44.23%, regular 10.39%, mala 5.39%, muy mala 2.52% y NS/NR 0.83%; Otra institución, muy buena 47.27%, buena 41.86%, regular 8.72%, mala 0.77%, muy mala 1.39%, NS/NR.²⁹³

La percepción en la calidad del servicio de salud se va a cuantificar en el porcentaje de personas que fueron hospitalizadas y que regresarían al lugar donde se atendieron, por tipo de afiliación, en el periodo 2006, 2012 y 2018.²⁹⁴

2006; no afiliado 81.13%, seguro popular 88.02%, IMSS 82.73%, ISSSTE 82.62%, PEMEX 88.41%, otro 85.43% y el seguro privado 96.93%.²⁹⁵

2012; no afiliado 86.40%, seguro popular 86.97%, IMSS 85.20%, ISSSTE 88.01%, PEMEX 97.65%, otro 92.24%, seguro privado 98.40%.²⁹⁶

2018; no afiliado 81.73%, seguro popular 81.78%, IMSS 79.37%, ISSSTE 82.45%, PEMEX 75.13%, otro 93%, seguro privado 89.26%.²⁹⁷

De manera detallada se presenta las evaluaciones de impacto que se realizaron al Sistema de Protección Social en Salud, Seguro, Popular, entre el año 2005 y hasta el 2019, donde se dio el cierre de la política, cabe mencionar que las evaluaciones se efectuaron en distintos periodos, los alcances, efectos y resultados se van a medir a partir de la fase que se está evaluando, el indicador y el año en que se hizo el análisis, (periodo, corto, mediano y largo), cabe cuestionar que los criterios de mayor peso para terminar una política, obedece si cumple con los objetivos y metas

²⁹³ Ídem.

²⁹⁴ Ídem.

²⁹⁵ Ídem.

²⁹⁶ Ídem.

²⁹⁷ Ídem.



por el cual fueron diseñados, de tal manera que no habrá razón para dar por terminado la política de salud, seguro popular.

Cuadro1. Evaluación de impacto del seguro popular					
Año	Evaluación	Indicador	Eficiente	Moderado	Déficit
2005	King, Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública	gasto en salud	✓		
2006			✓		
2007	Sosa y colaboradores	Utilización de servicios obstétricos	✓		
2008	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMN).	gasto en salud		✓	
2008	Madrigal y colaboradores	efectos en la utilización y cobertura de los servicios		✓	
2011	Sosa y colaboradores	gasto catastrófico, y gasto de bolsillo en salud		✓	



2012	Wirtz y colaboradores	gasto de bolsillo en medicinas y la proporción gastada en medicamentos del total de recursos disponibles en el hogar		✓	
2012	CONEVAL	efectos del SP, en la utilización de servicios médicos		✓	
2013	Ávila y colaboradores	efecto del SP en el gasto en salud de los hogares beneficiarios	✓		
2013	CONEVAL	impacto del programa en el mercado laboral a través del acceso al empleo formal			✓
2015	Arenas y colaboradores	gasto mensual en salud en los hogares beneficiarios			✓
2018	Knaul	efecto de la expansión de la cobertura del SP sobre la infraestructura de la Secretaría de Salud	✓		



2019	Rivera y colaboradores	efecto del SP en el uso de la atención preventiva para la detección temprana de diabetes, hipertensión, cáncer de mama y cáncer de cuello uterino entre personas beneficiarias de bajos ingresos de 50 años o más			✓
------	------------------------	---	--	--	---

Fuente: Elaboración propia con datos del CONEVAL, El sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre, 2020, pp. 22-29.

Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013, Seguro Popular.

1) disminución del gasto en salud en el periodo 2010 a 2012 de 1.4%, en el periodo del 2008 a 2012 fue de 8.9%.²⁹⁸

a) tanto los indicadores de fin y propósito están armonizados, tanto en su método y denominación.²⁹⁹

2) Retos: Generar indicadores que midan la gestión del programa e incorporar la dimensión de tutela de derecho para asumir la responsabilidad del programa en el acceso efectivo a los servicios y calidad de la atención.³⁰⁰

²⁹⁸ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo, CONEVAL, “Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013. Valoración de la información de desempeño presentada por el programa, Seguro Popular Comisión Nacional de Protección Social en Salud”, en *Secretaría de salud*, México, 2013, En: https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SALUD/12_U005/12_U005_Ejecutivo.pdf, Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2022, pp.1-9.1

²⁹⁹ Ídem.

³⁰⁰ Ídem.



3) Presupuesto: acorde con el gasto en salud y la población afiliada al Seguro Popular y la cantidad del acceso a los servicios de salud, de 2008 a 2012 el presupuesto en salud incrementó 30%.³⁰¹

4) Cobertura: Redefinir la población objetivo, respecto al objetivo del programa, afiliación.

5) Población e incremento: a) en el 2012 la población potencial la cobertura fue de 59 millones 124 mil 464 personas, en comparación con el 2011 representa el 0%; b) en el 2012 la población objetivo en cobertura equivale a 52 millones 630 mil 454 personas y para el 2011 representó el 2.59%; c) población atendida fue de 52 millones 908 mil 011 personas en el 2012, respecto al 2011 la cifra es de 2.09 y d) población atendida / población objetiva 100.53% en el 2012, para el año 2011 significó -0.49%, con ello la cobertura entre hombres es de 24 millones 397 mil 346 personas y mujeres es de 28 millones 510 mil 665 personas.³⁰²

6) Indicadores y análisis de metas: a) en el propósito fin, no cuenta con información que permita analizar su avance, b) mientras que el propósito meta que refiere a la población a incorporarse al Seguro Popular cumple con la meta en 10% respecto al 2011.³⁰³

7) Resultados: a) cobertura del Seguro Popular reduce el gasto de bolsillo en un -0.088% al igual que el gasto en la atención primaria y en hospitalización; b) reducción en el gasto catastrófico; c) hay un efecto menor en el gasto de bolsillo en el rubro de medicamentos en la atención ambulatoria; d) atención hospitalaria, hubo ahorro en medicamentos e) sin efectos en las condiciones de salud.³⁰⁴

Política pública en materia de salud, componente estrategia nacional de inclusión social; destaca los logros alcanzados en el periodo 2012-2018 en el apartado del Seguro Popular, resalta que el Seguro Popular protege 53.3 millones de personas, garantizando el acceso efectivo a servicios de salud con un total de 26.1 millones de afiliados, la ampliación del catálogo de intervenciones a 294, incremento a 670 medicinas de insumos de salud a los afiliados, 40 nuevos

³⁰¹ Ídem.

³⁰² Ídem.

³⁰³ Ídem.

³⁰⁴ Ídem.



hospitales y 4 mil acciones en la construcción, ampliación, rehabilitación y equipamiento de unidades médicas.³⁰⁵

Un estudio realizado por el Institute for Fiscal Studies de London, demuestra el impacto del Seguro Popular después de 10 años de su implementación (2002-2010), la muestra que realizaron es de todos los municipios de México (2469) a fin de destacar el periodo analizado (antes, durante y después de la implementación), los mecanismos utilizados, la oferta y la demanda de los servicios de salud y el tipo de población que va dirigido la política, la población objetivo del estudio abarcó tres campos; A niñas y niños entre (1-4), B adultos (14-59) C personas mayores (60+), la población entre los 18 y 26 años no se consideró por que es el grupo donde el impacto fue mínimo.³⁰⁶

La atención subsidiaria logro redistribuir los recursos de los asegurados, asignados a los no asegurados, para el periodo, se incrementó el gasto en salud

Mortalidad infantil

La reducción fue del 10% en los municipios pobres, el 10% representa 804 bebés, es decir de cada 1000 nacidos 1.5 morían, 3 años después de la implementación, en el año 2000 el porcentaje era del 44%, para el mismo fin la reducción de muertes por condiciones perinatales fue del 12.5% y para mal formaciones fue del 17%, en cuanto enfermedades prevenibles la reducción fue del 59%. La atención médica a niñas y niños creció un 7% que contribuyó al uso de servicios preventivos y la mejora de la salud. La mortalidad infantil se redujo un 84% la brecha entre municipios pobre y ricos.³⁰⁷

Atención obstétrica

En los primeros dos años de implementación, en el indicador de obstetricia se atendió a mujeres entre 15 y 44 años, el régimen subsidiario permitió la entrega de paquete de servicios de

³⁰⁵ Presidencia Enrique Peña Nieto, “Mensaje con motivo del Sexto Informe de Gobierno (evento completo)”, 3/09/2018, En: <https://www.youtube.com/watch?v=hOGwQ-aXdXc&t=7468s>, Fecha de consulta: 14 de noviembre de 2022.

³⁰⁶ Conti, Gabriella, Ginja, Rita, “Who benefits from free health insurance: Evidence from Mexico”, en *Institute for Fiscal Studies, Economic and Social Research Council*, London, february, 2023, En: <https://ifs.org.uk/sites/default/files/2023-02/WP202307-Who-benefits-from-free-health-insurance-evidence-from-Mexico.pdf>, Fecha de consulta: 17 de febrero de 2023, pp. 2-32.11

³⁰⁷ Ídem.



salud que consistía en medicamentos, vitaminas y suplementos nutricionales, la atención abarcaba, el parto, prenatal, cesárea y alto riesgo, la utilización hospitalaria para el uso de lactarios a mujeres embarazadas; la atención significó un aumento del 6.8%, después de dos años representó el 11.5%, las principales admisiones de atención; nacimientos, cavidad amniótica, problemas de parto y feto.

308

Servicios ambulatorios

Por cada 1000 personas el servicio ambulatorio aumentó un 11%, las unidades médicas aumentaron de 11 mil 824 unidades con el 21% en 2001 a 14 mil 374 en 2010, se desglosa que para unidades de hospitalización creció un 60% y para unidades ambulatorias creció un 20%. En infraestructura se construyeron 2284 ambulatorios, 262 hospitales clasificados en generales comunitarios y de alta especialidad, en el periodo que abarca de 2002-2010 se pasó de 3.8% a 9.1%. Para final del estudio se estima que 17 millones de familias que equivale a 816 mil personas están afiliadas al Seguro Popular.³⁰⁹

3.2 Diseño del INSABI

La propuesta del gobierno en política de salud es crear un instituto nacional de salud para el bienestar, INSABI, cuyo pilar se fundamenta en el artículo 4 de la CPEUM “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”,³¹⁰ dando paso al diseño del INSABI que tiene como eje central la atención primaria de salud, APS en la promoción y prevención de la salud de la población, garantizar el acceso a los servicios de salud, gratuidad en medicamentos para la población no asegurada, no derechohabiente. Para ello hubo toda una serie de reformas a la Ley General de Salud, a la Ley de Coordinación Fiscal en el artículo 77 bis y a la ley de los institutos nacionales de salud.³¹¹

Creación de instituto de salud para el bienestar, INSABI: a) el 14 de diciembre de 2018 mediante el Plan integral de salud; b) 31/07/2019 se reforma la Ley general de salud, Ley de

³⁰⁸ Ídem.

³⁰⁹ Ídem.

³¹⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, CPEUM, Art, 4, 8 de mayo de 2020.

³¹¹ Gobierno de México, “Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud”, en *Secretaría de Salud, Instituto de Salud para el Bienestar. INSABI*, México, diciembre, 2020, En: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf, Fecha de consulta: 14 de octubre de 2022, pp. 11-103.



coordinación fiscal, Ley de los institutos nacionales de salud; c) 29/11/2019 se aprueba la terminación del sistema de protección social en salud y d) 01/01/2020 implementación del instituto de salud para el bienestar, INSABI.

La aplicación del modelo INSABI se da a partir de redes integradoras de servicios de salud, desde el primer nivel hasta el tercer nivel, por medio de acuerdos de coordinación con los estados para su correcta función. La coordinación operativa se realiza de manera jerárquica a través del instituto nacional de salud para el bienestar en coordinación con las secretarías estatales de salud, los distritos de salud y la jurisdicción sanitaria, en donde se da el primer nivel de atención, en la promoción, prevención y diagnóstico de las enfermedades, en un centro de salud como primer filtro, teniendo de apoyo unidades móviles y casas de salud, UNEME, el cual pueden ser enlazados a un hospital general, comunitario o rural para atender especialidades básicas, hospitalización y cirugía general. El segundo nivel abarca la hospitalización, especializados, efectuada en hospitales generales y de especialidad de los estados, por último, el tercer nivel, en coordinación con los hospitales generales, se encargan de diagnosticar, atender, enfermedades de mayor complejidad técnica a través de los hospitales de alta especialidad, por medio de la comisión coordinadora de institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad, CCINSHAE.³¹²

La sustentabilidad del modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención primaria de salud, SABI se centra en tres puntos; uno, el gobierno federal parte de la noción en transformar el servicio de salud a partir del compromiso y liderazgo, dos, priorizar la atención primaria de salud, APS en reglamentar y formular, teniendo como base marcos de política y tres, un financiamiento adecuado enfatizando la calidad en la atención y en los servicios de salud abonando a la equidad.³¹³

No hay afiliación, parte de la justificación que se da a través del derecho a la salud, establecida en el artículo 4 de la CPEUM. Se pretende con la creación del INSABI, homogeneizar el sector de salud, mediante el uso compartido de los establecimientos de salud, tienen por acciones y estrategias:

1) Instituto de salud para el bienestar, INSABI, Función básica: vigilar que no falten médicos y enfermeras en los establecimientos de salud; abasto suficiente de medicamentos,

³¹² Gobierno de México, Op cit, pp. 35-39.

³¹³ Ídem



material de curación y equipos médicos; construcción y mantenimiento de establecimientos de salud y regularización de los trabajadores eventuales y con honorario de contrato.³¹⁴

2) Herramientas: acuerdos de coordinación con las entidades federativas; comunicación y diálogo interinstitucional; regionalización de los servicios de salud y cuidado integral de la salud; gestión del cambio organizacional; promover la participación social en la salud, reclutar y preparar personal médico y de enfermería, médicos del bienestar.³¹⁵

3) Ampliación de capacidades: desarrollando la atención primaria de la salud; estableciendo redes integradas de servicio de salud RISS y el fortalecimiento de la coordinación funcional del IMSS y el ISSSTE y otros prestadores públicos.³¹⁶

Los principios organizativos del INSABI permean el funcionamiento del modelo de salud para el bienestar, en aspectos como integral, acceso universal integrado, centrado en las personas, eficiente y eficaz, equitativo, con enfoque de género, intercultural, equipos interdisciplinarios a nivel local, redes integradoras de servicios de salud, RISS, financiamiento adecuado y con coordinación intersectorial.³¹⁷

La atención primaria de salud, APS tiene como finalidad la universalidad y la gratuidad al acceso a los servicios de salud de la población no asegurada. Se compone por equipos de salud para el bienestar, ESB, que se integran por medio de un médico general o especialista, personal de enfermería, por un gestor comunitario de atención primaria de salud, APS y por voluntarios de la comunidad, que se encargan de la promoción de la salud, y fomentar la participación dentro de la comunidad. Tienen la misión de mejorar la salud integral, en un rango poblacional de 3000 a 5000 habitantes. El modo de operación para trabajar depende de la región, población y del territorio, por lo que su actividad se puede desarrollar en unidades móviles, centros de salud, consultorios individuales o unidades médicas rurales, UMR.³¹⁸

El objetivo de los equipos de salud para el bienestar, ESB, quienes son los que planifican y desarrollan el plan de trabajo, en el cual establecen un plan de inversión nacional, infraestructura y condiciones de las unidades de atención, medicamentos, equipos, mobiliario y otros insumos, en

³¹⁴ Ídem

³¹⁵ Ídem

³¹⁶ Ídem

³¹⁷ Ídem

³¹⁸ Ídem



complemento con los centros de salud, casas de salud y unidades móviles, apoyados con establecimientos de atención especializada ambulatoria, UNEME y hospitales rurales, comunitarios y generales.³¹⁹

Las redes integradoras de servicios de salud, RISS, “tienen como misión garantizar la atención continua y oportuna de toda persona según sus necesidades, hasta la resolución de sus problemas de salud”,³²⁰ la principal tarea es coordinar con los demás servicios de salud, con los estados, para determinan las áreas y acciones a realizar.³²¹

La RISS definen a dónde deben acudir para realizarse exámenes y terapias, tienen a su cargo 300,000 habitantes para su funcionamiento, sirve de enlace con la atención del primero segundo y tercer nivel, que los pone a disposición con los hospitales estatales, institutos nacionales, hospitales federales de Referencia y con los hospitales regionales de alta especialidad.³²²

Su propósito es armonizar los servicios de salud para hacerlos más eficientes, coadyuvando en menoscabar la rigidez en la reglamentación de operación de los sistemas de salud estatales, a su vez que haya concordancia con el INSABI y la secretaría de salud para aplicar de manera uniforme las acciones y estrategias en materia de salud, con objeto de centralizar la atención de la salud entre la población y el INSABI; mejorando la atención, la satisfacción y los resultados en salud. Creando relaciones intersectoriales para favorecer el acceso a la salud en conjunto con la secretaría de educación pública, SEP, las secretarías del medio ambiente, de agricultura y desarrollo rural y secretaría del bienestar para sistematizar el acceso a la atención de la salud.³²³

“Invertir más recursos en la atención ambulatoria; prestar especial atención a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, procurando mantener sanas el mayor número posible de personas; articular los tres niveles de complejidad médica a través de RISS, garantizando accesibilidad real y continuidad de la atención a todas las personas; desarrollar más la coordinación funcional y la complementariedad entre los distintos prestadores públicos y; centrar los cuidados

³¹⁹ Ídem

³²⁰ Ibidem, p.57.

³²¹ Ídem.

³²² Ídem.

³²³ Ídem.



en las comunidades y las personas -no solo en los enfermos- con cobertura universal de salud efectiva.(...)”³²⁴

Cuadro2. Determinaciones sociales y ambientales de la salud			
Coordinación de la población		Coordinación del INSABI	
1	Autocuidado y ayuda mutua	1	Atención universal e integral
		2	Construcción y mantenimiento de unidades
		3	Disponibilidad del personal
2	Medicina tradicional y ancestral	4	Regularización de los trabajadores
		5	Medicamentos y equipos
		6	Recursos financieros
Desarrollo de las interacciones funcionales a nivel local, estatal y nacional			
Mejor atención, satisfacción de la población, resultados en salud			
1	Personas y familias activas e informadas		
2	INSABI		
3	IMSS		
4	ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX		

Fuente: Elaboración propia con datos Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud, 2020

Organización de la prestación de servicios de salud a las personas; 1) área de trabajo se divide en tres acciones; a) centro de salud; b) Casa de salud; y c) Unidades móviles. 2) Equipos de salud para el bienestar, ESB, tiene por función la promoción de la salud y el fomento de la participación comunitaria en la gestión de salud asignada en cuatro estrategias; a) médico general o especialista en salud familiar; personal de enfermería; c) gestor comunitario de atención primaria de salud, APS y d) voluntarios de la comunidad, el cual conforma en conjunto las Redes integradoras de servicios de salud, RISS.³²⁵

Primer nivel de atención; prevención y promoción de la salud. Entendida como el autocuidado y la ayuda mutua, medicina tradicional y ancestral, en el que influyen factores sociales y ambientales de salud para mantener sana a la población.³²⁶

³²⁴ Ibidem. pp.50-51.

³²⁵ Ídem.1

³²⁶ Ídem.



Primer nivel de atención: centros de salud, hospital general, comunitario y rural. Segundo nivel: Los estados proporcionan la infraestructura de servicios de salud en hospitales generales y especializados. tercer nivel: hospitales de alta especialidad. En coordinación con la secretaría de salud y el INSABI para establecer acuerdos con los gobiernos federales y así prestar los servicios de salud a la población.³²⁷

Atención primaria de salud, APS: 1) prevención de las enfermedades y promoción de la salud; 2) invertir en atención ambulatoria; 3) concordancia en los tres niveles de atención médica; 4) coordinación y complementariedad en la prestación de servicios de salud y 5) centrar los cuidados en las comunidades.³²⁸

En el mismo tenor, el financiamiento se efectúa mediante una relación tripartita, una parte la proporciona la federación a los estados mediante el ramo 33, fondos de aportaciones de la salud, FASSA, en dos aspectos, uno a entidades adheridas en el que aportan recursos a un fideicomiso ejercido por el INSABI, y dos, a entidades no adheridos en el que ejercen directamente los recursos. A través del ramo 12 en la asignación presupuestaria (PEF) para la presentación gratuita de servicios y medicamentos a personas sin seguridad social, dividido en un fondo de salud para el bienestar que representa el 11%, desglosado en gastos catastróficos 8%, infraestructura 2% y abasto de medicamentos 1%, dando un total de 100%. Y un ramo 19 destinado al IMSS-Bienestar. Las aportaciones de las entidades federativas cumplen y hacen la misma función de financiamiento.³²⁹

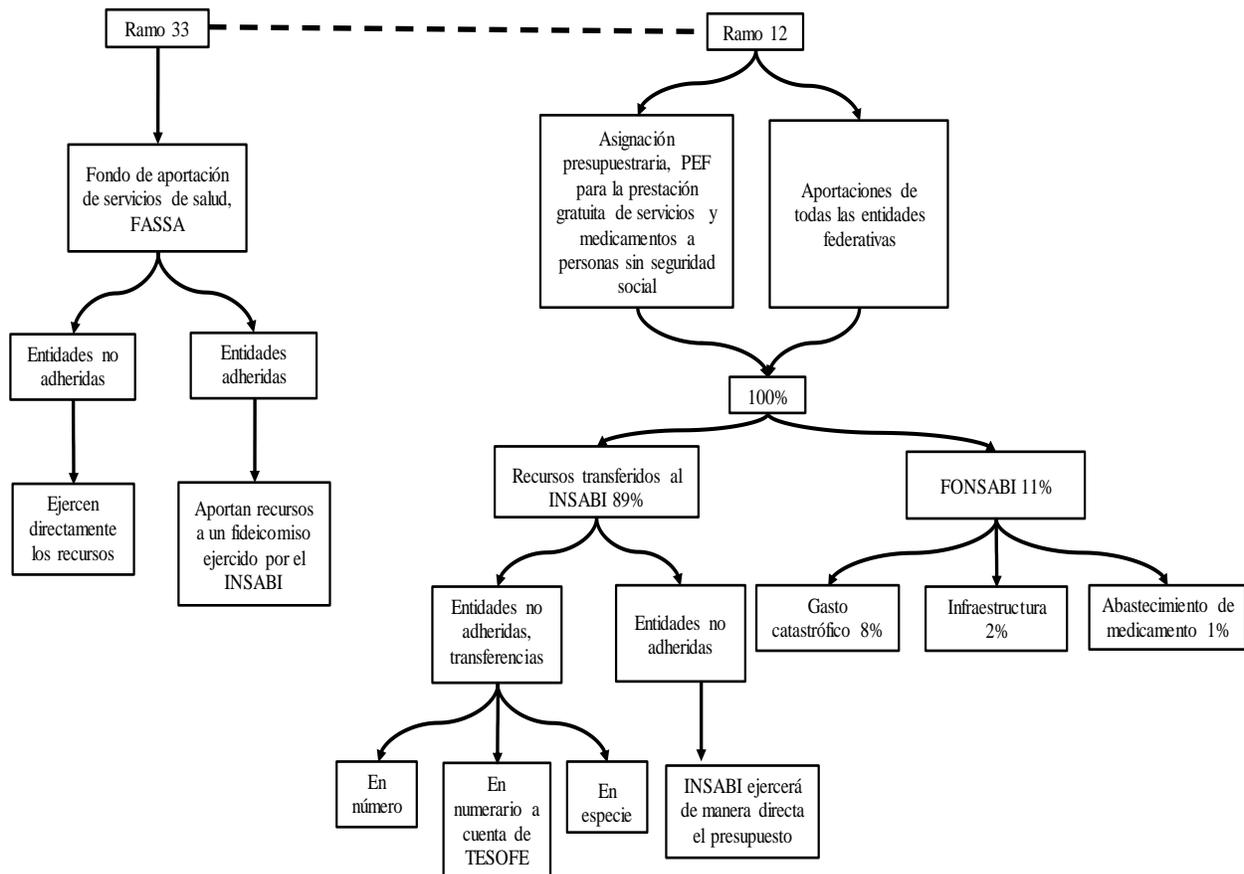
³²⁷ Ídem.

³²⁸ Ídem.

³²⁹ Cortés Adame, Luis Javier, Op cit, pp. 10-29.



Esquema 5. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA, mecanismo de financiamiento, FONSABI



Fuente: Elaboración propia a partir del Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud. 2020

El Comité técnico del fondo de salud para el bienestar, FONSABI, está conformado: 1) Área solicitante; 2) Comité técnico; 3) Contrataciones públicas; 4) Contrato de fideicomiso; 5) Convenio de colaboración; 6) Coordinación de financiamiento; 7) Cartera de programas y proyectos de inversión, CPPI; 8) Consejo de salubridad general, CSG; 9) Fiduciario, banco nacional de obras y servicios públicos, SNC, IBD; 10) Fondo, FONSABI; 11) Gastos catastróficos; 12) INSABI; 13) Ley General de Salud; 14) Nuevas intervenciones; 15) Prestación gratuita de servicios de salud; 16) Prestador de servicios; 17) Protocolo técnico; 18) Receptor del recurso; 19) SADMI; 20) SAEPCG; 21) SANI; 22) Secretaría de salud; 23) Sistema de gestión de gastos catastróficos, SIGGC; 24) Sistema Nacional de Salud; 25) Secretaría de Hacienda y Crédito Público, SHCP; 26) Unidad de Coordinación Nacional de Administración y Finanzas, UCNAF; 27) Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamento y Equipamiento Médico del Instituto, UCNAMyEM; 28) Unidad de Coordinación Nacional de Infraestructura y



Rehabilitación de Establecimientos de Salud del Instituto, UCNAMyRES y 29) Unidad de Coordinación Nacional Médica del Instituto, UCNAM.³³⁰

El FONSABI tiene por fines; financiar 66 intervenciones de gasto catastrófico en el que destina el 7% del ingreso, un 18% se dirige a una subcuenta que tiene por finalidad disminuir la infraestructura y equipo médico, el 9% restante se destina a eventos contingentes y padecimientos de alto costo, el SADMI dentro de sus funciones debe ampliar la cobertura de padecimientos de una unidad médica , teniendo como requisito condicionante presentar certificado de necesidad y dictamen de factibilidad, estar en el plan maestro de infraestructura a razón de la unidad médica, para realizar las 66 intervenciones que tiene a disposición y ejecutar obras y adquisición de equipo médico que justifique y legitime el mecanismo del FONSABI.³³¹

El mecanismo de operación y rendición de cuentas, del FONSABI está integrado: a) Unidad de Coordinación Nacional de Administración y Finanzas, UCNAF; b) Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamento y Equipamiento Médico del Instituto, UCNAMyEM; c) Unidad de Coordinación Nacional de Infraestructura y Rehabilitación de Establecimientos de Salud del Instituto, UCNAMyRES y d) Unidad de Coordinación Nacional Médica del Instituto, UCNAM.³³²

Se debe ser cuidadosos al momento de analizar la coyuntura de la política de salud, esgrimiendo el balance entre los datos y los resultados, entre la política de salud y su función y entre las narrativas y la construcción de la agenda de salud, a fin de evitar sesgos que distorsionen el estado actual de la salud.

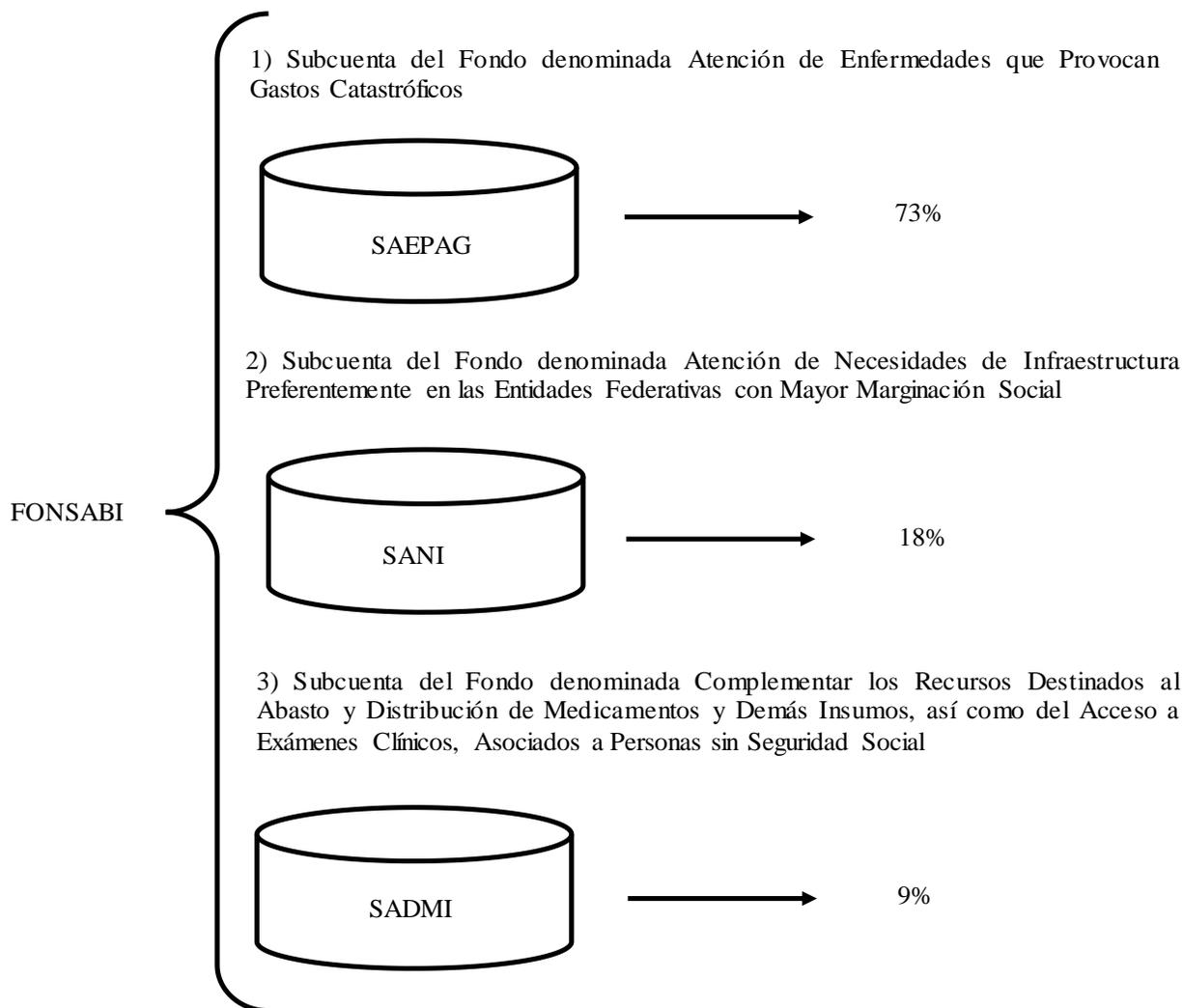
³³⁰ Reglas de operación del fondo de salud para el bienestar, INSABI, *Diario Oficial de la Federación*, 27 de noviembre de 2020.1

³³¹ Oropeza Eng, Janet, Op cit, pp. 16.17.

³³² Ídem.



Esquema 6. Uso, asignación y distribución del gasto en salud para la prestación gratuita de servicios de salud, mediante el FINSABI



Fuente: Elaboración propia a partir del Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud, Reglas de operación del fondo de salud para el bienestar y del Fondo de salud para el bienestar: ¿una herramienta estratégica del INSABI, para garantizar el derecho a la salud?

3.2.1 Resultados preliminares

Es difícil precisar los efectos de la implementación del INSABI ya que muchos de los datos sobre rezago y carencia en el acceso a la salud, no los proporciona el gobierno o no los emite, uno de los mecanismos más utilizados por el gobierno para emitir posicionamientos sobre la política de salud, es la sesión del pulso de la salud, donde se presentan datos referentes a la salud, mostrando los avances y logros; al momento de cotejar los datos del gobierno con el CONEVAL, la Secretaría de Salud, OPS y los con las organizaciones no gubernamentales no coinciden. Un punto importante



a señalar es que son pocos las evaluaciones realizadas al INSABI puesto que no hay datos o son pocos los datos confiables que pueden ser evaluados.

Sin embargo, existe evidencia sólida en la evaluación hacia el INSABI, sobre todo en las fichas técnicas que realiza el CONEVAL, las organizaciones no gubernamentales han evidenciado la omisión en la falta de medicamentos en los establecimientos de salud, la OPS ha manifestado la inoportuna y nula aplicación de políticas de salud que reduzcan los efectos del covid-19 y el poco compromiso por construir datos que mida las determinantes de la salud y el acceso a los servicios de salud.

El monitoreo de evaluación del programa de atención a la salud, 2020-2021, nos revela los siguientes datos; es ineficiente la coordinación para proporcionar atención ambulatoria especializada y hospitalaria a los no derechohabientes, no hay una integración entre la comisión coordinadora de institutos nacionales de salud, CCINSHAE y los institutos nacionales de salud, hospitales regionales, de alta especialidad y hospitales federales. Resalta que uno de los puntos que señala como debilidad, es la no lógica de la MIR del INSABI con las actividades que generan los componentes, es de subrayar que el informe del CONEVAL menciona que nos son claros cuáles son los componentes y cuáles son las actividades, se describen 10 componentes, pero sólo se conoce 4 de ellos, los otros 6 no se tiene evidencia.³³³

Los indicadores de los niveles no tienen las características de ser monitoreables. Los medios verificables no cuentan con la información necesaria, las ligas electrónicas no funcionan, definir el indicador del nivel “FIN”, se encontró la ausencia del registro individual en el sistema de salud en la población abierta, en el que no se puede medir ni cuantificar las cifras de la población objetivo atendida ni su potencial. De igual manera se detectó como amenaza presupuesto deficitario en la asignación de recursos humanos, infraestructura y financiera, en tanto que los recursos son limitados.³³⁴

³³³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, “Fichas de monitoreo y evaluación 2020-2021 de los programas y las acciones federales de desarrollo social”, (colab), Karina Barrios Sánchez, Alice Zahí Martínez Treviño, Rosa María Bejarano Arias, Deniss Cruz Ortega y Jessie Alejandra Hidalgo Castelán, Ciudad de México, 2021, En: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/FMyE_20-21.pdf, Fecha de consulta: 14 de agosto de 2022, pp. 265-268.

³³⁴ Ídem.



En la misma lógica el informe del Fondo de Salud para el Bienestar: ¿Una herramienta estratégica del INSABI para garantizar el derecho a la salud, nos menciona el déficit presupuestario en el gasto público? El padecimiento de alto costo, la reducción fue del 32%, pasando de 8,310 millones de pesos en 2018 a 5,642 millones de pesos en 2020, por otra parte, cubrir las necesidades de pacientes del INSABI; la disminución que presentó es de 113,000 millones de pesos en 2019 a 69,900 millones al tercer trimestre de 2021. Un indicador relevante y de trascendencia, es que el gobierno cumpla con la necesidad de transparentar y rendir cuentas en la adquisición, compra y distribución de los medicamentos e insumos de salud.³³⁵

Los datos más actuales son del 2020, ya que no sean construido más datos que puedan medir el impacto del INSBI, las causas principales la pandemia del covid-19 que impidió censar a los no derechohabientes a una seguridad social como a los afiliados a una institución de salud, así como la complementación del ENIGH para medir los deciles de los ingresos de los hogares y ver los efectos del gasto de salud, los datos obtenidos nos revela la siguiente información: a) la carencia del porcentaje por acceso a los servicios de salud entre 2018 representaba el 16.2% que equivale a 20.1 millones de personas para el 2020 pasó a 28.2% que equivale a 35.7 millones de personas, siendo la población con menor ingreso la más afectada.³³⁶

Porcentaje de la población con carencia a los servicios de salud por decil de ingreso, corriente total per cápita, en el decil I 22.6%, II 22.9%, III 18.7%, IV 14.6%, V 12.9%, VI 10.1%, VII 8.1%, VIII 5.5%, IX 2.6 y X 1.7%.³³⁷

En 2018, el acceso a los servicios de salud según el tipo de institución era del 42.1%, para el 2020 se redujo a 26.9%. Carencia por acceso a los servicios de salud por ámbito de residencia, en el ámbito urbano salud pasó de 13.7% que equivale a 4.2 millones de personas a 30.5% es decir 8.9 millones de personas, mientras que en la zona urbana el porcentaje fue 17%, que representa 15.9 millones de personas a 27.4%, o sea 26.7 millones de personas entre 2018 y 2020.³³⁸

Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud por entidad federativa, a nivel federal representa el 12%, los estados mejor evaluados son Chihuahua con 5.7%,

³³⁵ Oropeza Eng, Janet, Op cit, pp. 5-8.

³³⁶ Ídem.

³³⁷ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL Op cit, p. 8.

³³⁸ Ídem.



Sinaloa 6.4%, seguido por Baja California Sur con 6.7% y la Ciudad de México con 6.7%, los estados con el mayor porcentaje de carencia es Oaxaca 20.7%, Guerrero 19.7%, Chiapas 19.5% y Michoacán 17.5%. el periodo evaluado abarco los años 2018 y 2020.³³⁹

Un hallazgo notable entre el Seguro Popular y el INSABI es la cobertura de servicios de salud proporcionados a la población no asegurada hasta enero de 2020, el estudio analiza 8 indicadores; la comparativa permite ver la diferencias, en el primer parámetro que es la atención a los servicios de salud sin costo en el primer y segundo nivel, muestra que la población sin seguro (sin cobertura, esto incluye sin Seguro Popular ni INSABI) no paga servicios tanto en la SSA, Seguro y el INSABI, en el segundo apartado, medicamento sin costo en el primer y segundo nivel, el Seguro Popular y el INSABI no tenía costo, en cambio en la población no asegura paga por ellos, tercer rubro, atención integral en tercer nivel (alta especialidad y cuota de recuperación) sólo era cubierto por el Seguro Popular, mientras que en el INSABI, es la población quien debe pagar por la atención en el tercer nivel, al igual que la población no asegurada.

En el caso de atención a HIV/SIDA en los tres instituciones de salud no se realiza ningún costo, en atención de cáncer, de las tres instituciones sólo el Seguro Popular cumplía con el requisito de solventar los costos a través de un fondo de protección contra gastos catastróficos, FPGC, el cual cubría 15 tipos de cáncer en niñas y niños, atención a trasplantes, la población sin seguro y el INSABI tiene que costear los pagos en trasplantes, en esa misma materia, el Seguro Popular sí cubría la atención de trasplantes, la cobertura para toda la familia y la cobertura personal (que es diferente a los tratamientos recibidos) medianamente los cubría, en las otras dos instituciones de salud, INSABI y la SSA no existen datos.

3.3 Similitudes y diferencias entre el Seguro Popular y el INSABI

Sistema de protección social en salud, Seguro Popular:

a) Reglas de operación: La política pública en materia de salud se establece: en la corresponsabilidad, del sistema de protección social en salud, SPSS; seguro popular, programa que establecía un seguro que cubría los servicios de salud en segundo y tercer nivel ,condicionadas a una cuota en proporción directa a los deciles de ingresos de las familias, cuyo programa/ proyecto, estaba focalizado en el sector salud y en coordinación con, la SHCP, SEP, IMSS, SEDESOL,

³³⁹ Ídem.



teniendo como respaldo a la secretaría de salud, en el establecimiento del desarrollo del capital humano, aunando a la promoción de oportunidades de ingreso, en la disminución del gasto en servicios de salud, para desarrollar el capital físico así como la intervención social, legitimado en un marco interinstitucional por el ejecutivo federal, una comisión permanente, la SEDESOL y los delegados estatales.³⁴⁰

b) Formas de financiamiento: Del presupuesto federal, una parte del gasto se dirige a la población no derechohabiente, el financiamiento depende del número de afiliados, el esquema se traduce en cuota social y una aportación solidaria federal, una aportación solidaria estatal y una cuota familiar que viene de las aportaciones de los beneficiario, del presupuesto solo que contabilizan aquellas donde se presta los servicios de salud y ese recurso se les asigna a las entidades federativas que es proporcional al número de personas aseguradas menos los recursos alineados que corresponde a, programas nacional de salud, vacunas, provisiones salariales, gasto operativo de unidades médicas, permitiendo un sistema de corresponsabilidad entre el gobierno federal y estatal. La aplicación de los recursos se destina a la prestación de servicios de salud, el catálogo de universal de salud, CAUSES y los medicamentos, el otro restante se destina al fideicomiso del sistema de protección social. Los recursos alineados devienen del ramo 33, el cuidado de la salud proveniente del ramo 12, dentro del presupuesto del programa de oportunidades en el presupuesto federal en la prestación de servicios de salud.³⁴¹

c) Servicio prestado: Otorgar servicios de salud a través de los sistemas estatales de salud.

1) Primer nivel de atención: centros de salud, hospital general, comunitario y rural. 2) Segundo nivel: Los estados proporcionan la infraestructura de servicios de salud en: hospitales generales y especializados. 3) tercer nivel: hospitales de alta especialidad. En coordinación intergubernamental, aprovechando la infraestructura en salud.³⁴²

d) Misión: Reducir la marginalidad en los costes de los servicios de salud en los tres niveles de atención. Mediante la aplicación de un catálogo universal de servicios de salud que financia la atención médica de 284 intervenciones de primer y segundo nivel.³⁴³

³⁴⁰ CNPSS, 2018, Op cit, pp. 7-13.

³⁴¹ Ídem.

³⁴² Ibidem, pp. 14-23.

³⁴³ Ídem.



e) Objetivo; reducir el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en los primeros 4 deciles de ingresos, en tanto reducir la carencia a los servicios de salud y disminuir el empobrecimiento en el gasto de salud.³⁴⁴

f) Tipo de atención prestada: Salud en primer y segundo nivel: mediante la atención ambulatoria en hospitales generales, y dos, un tercer nivel sobre altos costos de salud aplicados en un fondo de protección contra gastos catastróficos, FPGC.³⁴⁵

g) ¿De qué manera funciona el fondo de salud?: El modelo de aplicación del fondo de financiamiento del seguro popular se divide en; fondo de aportaciones para los servicios de salud a la persona, FASSP, que derivan en servicios esenciales, referentes al catálogo de servicios esenciales de salud, CASES, implementadas en hospitales generales y en unidades de atención ambulatoria; fondo de protección contra gastos catastróficos, FPGC, llevada a cabo en hospitales de alta especialidad, mediante cuota social y contribuciones solidarias federales y estatales, que representa el 8%; fondo de promoción de infraestructura a comunidades pobres efectuadas por cuota social y contribuciones solidarias federales y estatales que equivale al 2% y 1% al fondo, contra fluctuaciones a la demanda de pagos temporales de los estados. Bajo la tutela de los regímenes estatales de protección social en salud, RESSP, quienes hacen un manejo financiero.³⁴⁶

a) Rol que desempeña: Brindar protección a la población que no cuenta con acceso a los servicios de salud, no derechohabiente, el objetivo es reducir los gastos médicos a través de un seguro de salud.³⁴⁷

b) Afiliación: 1) Ser residente mexicano, 2) no ser derechohabiente, 3) contar con la clave única de registro, CURP o acta de nacimiento, 4) cubrir con una cuota solidaria familiar.³⁴⁸

c) Diseño institucional. La operación del sistema de protección social en salud se compone de dos entes: la comisión nacional de protección de salud, CNPSS, y por los regímenes estatales de protección social en salud, REPSS, la comisión nacional de protección social de salud, CNPSS, se encarga de coordinar y operar el sistema de protección social en salud, seguro popular, los regímenes estatales de protección social en salud, REPSS son los responsables de aplicarlos en los

³⁴⁴ Ídem.

³⁴⁵ Ídem.

³⁴⁶ CNPSS, 2018, Op cit, pp. 108-114.

³⁴⁷ Ibidem, pp. 115-122

³⁴⁸ Ídem.



estados, así como de administrar los recursos, supervisar los servicios de salud, los prestadores de servicios y la afiliación.³⁴⁹

d) Monitoreo y supervisión: La SPSS: 1) empadronar todos los beneficiarios, 2) proporcionar un número de afiliación, 3) comprobar que no fueran derechohabientes, 4) contar con cobertura de primer, segundo y tercer nivel de atención, 5) atender a alguna institución de seguridad social, a personas que comprobaran ante la dependencia de origen no ser derechohabiente.³⁵⁰

Instituto de Salud para el bienestar, INSABI.

a) Reglas de operación: sin información disponible

b) Formas de financiamiento: Relación tripartita, una parte la proporciona la federación a los estados mediante el ramo 33, fondos de aportaciones de la salud, FASSA, en dos aspectos, uno a entidades adheridas en el que aportan recursos a un fideicomiso ejercido por el INSABI, y dos, a entidades no adheridos en el que ejercen directamente los recursos. A través del ramo 12 en la asignación presupuestaria (PEF) para la presentación gratuita de servicios y medicamentos a personas sin seguridad social, dividido en un fondo de salud para el bienestar que representa el 11%, desglosado en gastos catastróficos 8%, infraestructura 2% y abasto de medicamentos 1%, dando un total de 100%. Ramo 19 destinado al IMSS-Bienestar.³⁵¹

c) Servicio prestado: 1) Primer nivel de atención: centros de salud, hospital general, comunitario y rural. 2) Segundo nivel: Los estados proporcionan la infraestructura de servicios de salud en, hospitales generales y especializados. 3) tercer nivel: hospitales de alta especialidad.³⁵²

En coordinación con la secretaría de salud y el INSABI para establecer acuerdos con los gobiernos federales y así prestar los servicios de salud a la población.

³⁴⁹ Ídem.

³⁵⁰ Hortensia Reyes Morales, Op cit, pp. 26-43.

³⁵¹ Reglas de operación del fondo de salud para el bienestar, INSABI, Op cit, pp. 10-17.1

³⁵² Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud, 202, Op cit, pp.53-61.



d) Misión: La universalidad del derecho a la salud, así como la gratuidad en los servicios de salud, abasto de medicamentos, intervenciones en gastos catastróficos y no cobro en los niveles 1 y 2 de atención a la salud.³⁵³

e) Objetivo; garantizar y proveer la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos e insumos asociados a las personas sin seguridad social³⁵⁴:

f) Tipo de atención prestada: Primer nivel de atención; prevención y promoción de la salud. Entendida como el autocuidado y la ayuda mutua, medicina tradicional y ancestral, en el que influye factores sociales y ambientales de salud para mantener sana a la población.³⁵⁵

g) ¿De qué manera funciona el fondo de salud?; El FONSABI funciona mediante la transferencia que se le otorga mediante el presupuesto de egresos de la federación, que serán destinados a la subcuenta referente al artículo 77 bis de la Ley General de Salud depositados al INSABI, a su vez el FONSABI al momento de tener excedentes a \$32 mil millones se destinará a acciones de salud. Ahora bien, el FONSABI transfiere a la TESOFE, por motivos de la pandemia por Covid-19 \$33 mil millones; antes del primer semestre de 2022 para acciones.³⁵⁶

h) Rol que desempeña: El Estado es el garante de la protección a la salud en criterios de universalidad e igualdad.³⁵⁷

i) Afiliación: No hay afiliación, parte de la justificación que se da a través del derecho a la salud, establecida en el artículo 4 de la CPEUM.³⁵⁸

j) Diseño institucional: Debe ser: integral, de acceso universal garantizado, centrado en las personas, eficiente y eficaz, de calidad, equitativo, con enfoque de género, intercultural, equipos interdisciplinarios a nivel local, redes integradoras de servicios de salud, RISS, financiamiento adecuado y con coordinación intersectorial. Ejecutados por medio de un convenio por la Secretaría

³⁵³ Ídem.

³⁵⁴ Ídem.

³⁵⁵ Ídem.

³⁵⁶ Oropeza Eng, Janet, Op cit, pp 20-21.

³⁵⁷ Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud, 2020, Op cit, pp. 15 17.

³⁵⁸ Ídem.



de Salud y el INSABI cuyo organismo es descentralizado, en planear, evaluar, financiar, programar, promover, gestionar y que va dirigido hacia las entidades estatales.³⁵⁹

k) Monitoreo y supervisión: La evaluación del modelo INSABI parte del análisis periódicos realizados por la secretaría de salud y el INSABI dirigido a las autoridades de salud tomando como indicadores, la pertinencia, accesibilidad, efectividad, eficacia y los resultados, para medir los alcances del modelo INSABI, de manera complementaria se tomaran en cuenta a las instituciones académicas que analizaran el desarrollo de salud y el desempeño sectorial, tiene como finalidad evaluar las brechas de desigualdad, acceso y la cobertura universal a partir de indicadores cuantitativos y de apreciación situacionales, haciendo énfasis en la persona en evaluar y medir el avance del modelo INSABI.³⁶⁰

Similitudes y diferencias entre el Seguro Popular y el INSABI

Fondo de aplicación para los servicios de salud

La aplicación del fondo (FPCGC) en salud consistía en un fideicomiso cuya función latente era otorgar servicios médicos de alta especialidad de alto costo y la atención de 66 enfermedades, el FPCGC era descentralizado y eran los REPS quienes a partir del número de afiliados aplicaban el gasto en salud, el INSABI es centralizado, son las secretarías estatales de salud las que deben dar reporte de las necesidades y es el Estado quien da el visto bueno, el FPCGC y el FONSABI forman parte del FASSA y están justificados por los ramos 12 y 32, la deficiencia del FPCGC era susceptible a corruptelas no tenía mecanismos de control y vigilancia, el FONSABI pasó a ser dependiente de la Oficialía Mayor de Hacienda no tiene un organismo de control interno que monitoree el gasto en salud, que puede generar opacidad y discrecionalidad.

Tipo de cobertura en salud

Es paradójico y contradictorio que el lema primero los pobres, replique y copie la misma política de salud de los gobiernos neoliberales, una política en salud que tiene como población objetivo a la población sin seguridad social, el tipo de cobertura en salud del Seguro Popular era

³⁵⁹ Idem.

³⁶⁰ Cortés Adame, Luis Javier, Op cit, pp. 50-59.



atender a la población pobre del país y las familias que de afiliaban, mientras que el INSABI la cobertura es según el tipo de atención que requiere la persona.

Atención médica

La implementación del INSABI sustituyó y eliminó la política de salud, el cual se efectuaba mediante 4 componentes, el Seguro Popular, Seguro Médico Siglo XXI, el componente de salud de PROSPERA programa de inclusión Social y el FASSA, proporcionaban atención ambulatoria, alta especialidad y atención de primer y segundo nivel, el INSABI sólo atiende la atención en el primer y segundo nivel, dejando un vacío en la población que requiere tratamiento de alta especialidad.

Catálogo Universal de Servicios de Salud

El Seguro Popular hacía válido un paquete mínimo de servicios de salud, tratamiento y la entrega de medicamento, no se puede negar las deficiencias en la prestación de servicios y el desabasto de medicinas, el INSABI sólo se limita a atender el primer y el segundo nivel con la misma infraestructura en salud de la SSA y los SESA.

La compra consolidada de medicamentos paso a la esfera de la oficialía Mayor de Hacienda sin tener conocimiento de la operatividad, generando una crisis en hospitales, enfermos y pacientes, el desabasto creció de manera exponencial al no existir metodología (compra, adquisición y distribución) en la compra de medicamentos.

Gasto de bolsillo

Las principales críticas al Seguro Popular, era el cobro de una cuota para la prestación de los servicios de atención en salud, la atención del primer y segundo nivel, los servicios médico-quirúrgicos; la aplicación de un régimen solidario en salud propició la reducción del gasto en enfermedades catastróficas en las familias, en los primeros cuatro deciles, generó la reducción de las brechas entre los niños de 1-4 años y entre las mujeres a los servicios obstétricos, el gasto de bolsillo se motivó en tres aspectos fundamentales, atención ambulatoria, atención maternal y adquisición de medicamentos; sin embargo, la gran diferencia entre el Seguro Popular y el INSABI radica en el desfase en el gasto en salud.



Al sustituir al seguro popular, no existe un gasto de bolsillo que solvente los gastos de las familias, el financiamiento en salud deja de ser horizontal entre el Estado/las aportaciones federales (cuota solidaria) y la cuota del afiliado, el gasto pasa a ser discrecional a través del FONSABI, El gasto de bolsillo sigue siendo una de las causas principales asimetrías en el no acceso a los servicios de salud.

3.4. Criterios en la sustitución de Seguro Popular por INSABI

Los factores que desembocaron en la terminación del Seguro Popular y formulación del INSABI; La federalización de los servicios de salud en la parte del financiamiento como en la operación de los servicios estatales de salud, SES; combate a la corrupción; modelo neoliberal; cobro de cuotas de recuperación a los afiliados al seguro popular; diseño en el financiamiento y cobertura de la intervención del acceso a los servicios de salud; iniciativa y reforma de ley en tres aspectos; disposición de la ley general de salud, ley de coordinación fiscal y ley de los institutos nacionales.³⁶¹

La exposición de motivos del dictamen elaborado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, a) El Seguro Popular era un mecanismo de financiamiento de salud y no un mecanismo para proveer servicios de salud; b) existencia de recursos o rendimientos financieros no ejercidos, devengados o sin ser reintegrados a la Tesorería de la Federación; c) tendencias privatizadoras del Seguro Popular a consecuencia de la infraestructura pública necesaria para prestar el servicio de salud; d) la poca confiabilidad de los datos de afiliación, problemas en el monto y el ejercicio de los recursos financieros; e) no se logró el acceso efectivo a los servicios de salud; f) catálogo limitado de servicios; g) el número de afiliados no se reflejaba en la creación de infraestructura hospitalaria y de recursos humanos que propiciara la tención de calidad suficiente.³⁶²

³⁶¹ Milenio, “AMLO toma protesta a integrantes de la Junta de Gobierno del INSABI”, 19/12/2020, En: <https://www.youtube.com/watch?v=Hc7IT8WiM7U>, Fecha de consulta: 24 de octubre de 2023.

³⁶² Moreno Pérez, Salvador y Sánchez Reyes, José Juan, “Reflexiones sobre la operación del Sistema de Protección Social en Salud, Seguro Popular, SP y el Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI” en *Cámara de Diputados, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, CESOP*, Ciudad de México, 2020, En: <https://portalhcd.diputados.gob.mx/PortalWeb/Micrositios/067c3d774a8e42fc9bc8ad2b98f>, Fecha de consulta: 13 de abril de 2022, pp.1-16.1



Uso político y mediático de la corrupción en el Seguro Popular

La articulación de la comunicación en contra del Seguro popular se centró en el aspecto de los desvíos de recursos en salud, destinados a la compra de medicamentos y la construcción de hospitales, uno de los casos más sonados, fue del gobernador de Veracruz Javier Duarte, antes de la aparición del caso ya existían dimes y diretes entre AMLO y el gobierno Federal, en la aplicación de la política de salud, una vez destapado los casos de corrupción dio motivo al uso político y mediático.

Factor financiero

durante los 16 años que estuvo en marcha la política de salud, el dinero destinado a salud aumentó, una de las acusaciones era uso desmedido del gasto en salud producto de la privatización de la salud que trae como consecuencia la comercialización de la salud de las personas, de ahí el gasto excesivo, los opositores esgrimieron durante la campaña electoral la austeridad de gasto en la política social, con ello centraron el discurso que no se requiere de más dinero sino de ser eficientes en la forma de gastar, acabara con el combate de la corrupción (gasto en dinero) es como se va conseguir un sistema universal de salud.

El CONEVAL dio a conocer el catálogo de programas sociales prioritarios, al momento de formular el PND tomaron como acciones el catálogo de programas sociales prioritarios, para aplicarlo al Seguro Popular, si bien el primer año de gobierno (2018) el presupuesto aprobado no significó reducción en el gasto, en los años subsiguientes si hubo recortes y subejercicio. En la práctica el factor financiero no motivo al cierre del Seguro Popular.

Subjetivación política, inconexa

Connotación despectiva de toda política pública implementada en el periodo (1982-2018) la posición subjetiva la notamos en dos conceptos unívocos, gobiernos neoliberales/ privatización, La primera hace referencia a fragmentar y dismantelar el Sistema Nacional de Salud, la segunda a una caja de ahorros para lucrar con la salud, la política de salud Seguro Popular al no estar ligada



con las causas de los pobres; el acceso universal a los servicios de salud, designa algo a través de otra cosa, neoliberal/privatización.³⁶³

Como estrategia discursiva el Seguro Popular se coloca como problema; ni seguro ni popular; como comunicación política configuran la construcción de subjetividades colectivas, por lo menos de un grupo de la sociedad, sea la intención y los efectos que persiga la subjetivación política, (uso político, uso clientelar-electoral, control del gasto público), fracturan el orden político y orden el social.

3.5 Impacto en la gestión de la pandemia SARS-CoV-2.

La ENSANUT 2022 nos proporciona datos en el que podemos ver los efectos del Covid-19 en el servicio al acceso de salud. El 13 de mayo de 2020, el gobierno federal presentó el plan la nueva normalidad para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, en el que efectuó medidas y acciones para mitigar el contagio de covid-19, se destaca como prioritario enfatizar, el lavado de manos, el aislamiento social, en particular estar en casa y el uso de cubrebocas, son las acciones que tuvieron mayor incidencia y alcance para el control de los contagios, a nivel nacional se describe que el 56.4% de los hogares mantuvo el confinamiento, el 22.8% nunca o rara vez hizo el confinamiento social.³⁶⁴

Las medidas para mitigar el Covid-19, desglosa; uso del cubrebocas, 80% lo uso siempre, un 17% casi siempre, en tanto el lavado de manos y aislamiento social, así como el no acudir a lugares concurridos fue del 66% siempre, casi siempre representó el 22%, a destacar que el 78% de la población no pudo quedarse en casa por razón de trabajo.³⁶⁵

La atención de los casos de covid-19; 76% tuvo un resultado negativo a la prueba Covid-19 y 23.5% salió positivo, se menciona que 82.4% no tuvo la intención de realizarse la prueba, de los motivos para no realizarse la prueba covid-19 se destaca, se habían acabado las fichas el 16.3%, por miedo a contagiarse el 15.3%, la fila era muy larga 11.4%, la prueba era muy cara o no se tenía

³⁶³ Robledo Girón, Irving Daniel, “Pueblo: ¿Populismo o subjetivación política?”, Tesis de maestría: Instituto de Investigación Humanidades y Ciencias Sociales, HCS, Centro Interdisciplinario de Investigación, Humanidades, CIIHu, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, UAEM, 2021, Repositorio Institucional de Acceso Abierto, UAEM, Cuernavaca, Morelos, En: http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/2035/ROGIR_R06T.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Fecha de consulta: 18 de abril de 2023, pp. 33, 39, 45, 66 y 78.1

³⁶⁴ Shamah-Levy, “encuesta nacional de salud y nutrición 2021 sobre COVID-19 resultados nacionales” en *Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública*, Cuernavaca Morelos, 2022, pp. 61.107.

³⁶⁵ Ídem.



el dinero para pagarla fue del 0.7%, por que estaba cerrado representó el 57.9% y el 30.5% fue por que no quisieron hacerlo. Del total de las pruebas realizadas el 0.86% se la autoaplicó, 41.4% lo hizo en un quiosco o unidad de salud pública y el 57.9% lo hicieron en un laboratorio o unidad privada.³⁶⁶

La Atención de covid-19 a nivel nacional, el 4.7% fue diagnosticado, personas que buscaron atención, representó el 96% de los cuáles el 93.9% se desglosa en 68% que recibió atención de salud en el sector privado y el restante 30.8% en el servicio público, en el mismo tenor, el 61,6% descrito en un 30.9% tuvo secuelas y se atendió en el sector público, mientras que 69.1% manifestó secuelas y se atendió en el servicio privado, en el ámbito de secuelas persistentes de un total de 34%, 32.7% presentaron secuelas persistentes en cuyo caso se atendió en el sector público y el 67.3% mantuvo secuelas y se atendió en el sector privado.³⁶⁷

La población sin seguridad social; el 14% se atendió en clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud, 65% en servicios privados, 18% en CAF Y EL 3% en otros públicos, en contra parte, la población asegurada y/o derechohabiente que están afiliados a un servicio de salud; 38% de los afiliados al IMSS se atendió en su clínica , 4% se atendió en el sector público, en el CAF se atendió el 7% y 51% en el sector privado, de los afiliados al ISSTE 25% se atendió en el lugar que les corresponde, el 57% de atendió en el sector privado, 13% en otros públicos, 5% en CAF, en total, 30.8% se atendió en el sector público y 69.2% en el sector privado.³⁶⁸

La población atendida que recibió diagnóstico a nivel nacional, se distribuye; servicios privados y otros es del 2.9%, otros servicios públicos 0.6%, el ISSTE fue del 2.6%, la atención vía remota, 2.7%, mientras que la atención privada en torre de consultorio 2.9%, clínicas u hospitales de la Secretaría de Salud se atendió el 9%, la atención privada del domicilio 6.7%, en tanto que en el IMSS 18.7%, en consultorios dentro de un hospital privado 10.2%, en la misma línea en consultorios anexos a farmacias 11.7%, el 32% se atendió en el consultorio en domicilio particular de médico privados.³⁶⁹

³⁶⁶ Ídem.

³⁶⁷ Ídem.

³⁶⁸ Ídem.

³⁶⁹ Ídem.



En el rubro de tipo de vacuna (Pfizer, Sputnik V, Sinovac, AstraZeneca, Moderna; y una dosis para Cansino y Johnson & Johnson) y esquema de vacunación (completo, una dosis e incompleto). A nivel nacional, la población con esquema completo de vacunación contra covid-19 fue de 48.2% en tanto 65.9 millones de habitantes que representa 73.8% de población mayor a los 18 años han recibido una dosis, ahora bien, la población con esquema incompleto es de 25.6%. La vacunación por edad con esquema completo, el grupo de 60 años y más fue del 79.9% de vacunados, para el grupo de 18-29 24.3%, para el esquema con una dosis, el grupo de 18-29 representa el 51.3% y para el grupo de 60 y más 87.3%, por último, para el esquema incompleto, el grupo 0-17 es nula el esquema, el grupo 18-29 es del 24.3%, para el grupo 30-39 es del 41.4% y el grupo de 60 y más 7.4%.³⁷⁰

La disponibilidad de consultas y atención primaria de acuerdo a la asociación “México Evalúa”, en el periodo de 2018-2022 el número total de consultas del INSABI tiene una caída del 78% que equivale a 19.3 millones, respecto al 2018, si se hace la comparación por años, respecto a las consultas otorgadas, 2017 hubo 28 mil 811 consultas, en 2018 24 mil 717 consultas, 2019 23 mil 084 consultas, 2020 10 mil 392, para 2021 6 mil 669 y 2022 5 mil 347 consultas.³⁷¹

Las consultas del INSABI por enfermedades crónicas degenerativas en 2021 disminuyó 32% es decir 566 mil consultas, en 2018 fue de 3 millones que representa 72%, las consultas por sexo, consultas para mujeres en el periodo de 2017 fue de 14 mil 668 consultas, en 2018 11 mil 973 consultas, 2019 10 mil 331 consultas, para 2020 mil 829 consultas; lo que se traduce en una reducción del 22% que equivale a 1 millón de consultas, en la misma tónica las consultas para hombres en el periodo de 2017 fue de 6 mil 910 consultas, 2018 representó 3 mil 467 consultas, para 2019 3 mil 884 consultas, lo que significa que en periodo entre 2017-2021 una caída de 16%, que equivale a 291 mil consultas.³⁷²

Consultas para enfermedades transmisibles; 2017 4310 consultas, 2018 3445 consultas, 2019 3408 consultas, 2020 1701 consultas, 2021 798 y 2022 784 consultas, consultas crónicas degenerativas 2017 4629 consultas, para 2018 4284 consultas, 2019 4203 consultas, 2020 2329

³⁷⁰ Ídem.

³⁷¹ México evalúa, “Gasto en salud enero-abril 2022” Ciudad de México, 2022 En: <https://www.mexicoevalua.org/gasto-en-salud-en-el-presupuesto-2022-prometer-no-empobrece/>, Fecha de consulta: 7 de agosto de 2022.

³⁷² Ídem.



consultas, 2021 1771 consultas y 2022 1205 consultas, consultas de chequeo (personas sanas) 2017 8531 consultas, 2018 7328 consultas, 2019 6078 consultas, en el 2020 se realizaron 2212 consultas , para 2021 1615 consultas y para el año 2022 1217 consultas.³⁷³

La reconversión de hospitales para atender el SARS-CoV2 afectó la eficiencia del 86% en 2019 a 73.61 % en 2020 lo cual representa el 45% que en número es de 763 mil 646 personas sin ser atendidas, respecto al género se atendió mayormente a las mujeres con el 57% de los casos, la cuantificación de la población atendida para el año 2020 se divide; población potencial 1 millón 909 mil 354 personas, población objetivo 1 millón 265 mil 699 personas y para la población atendida fue de 931 mil 729 personas. La población que carece por acceso a los servicios de salud medida en porcentaje entre los años 2016 es del 15.6%, en 2018 fue de 16.2% y en el 2020 representó 28.2%. La población por carencia a los servicios de salud en millones de personas en los años 2016-2020; para el año 2016 fue del 16.8 millones de personas, en 2018 de 20.1 millones y el en 2020 es de 35.7 millones, lo que representa la carencia promedio para el año 2016 2.7, 2018 2.7 promedio y para 2020 es de 2.8 promedio.³⁷⁴

a) Evaluación, poner énfasis en la supervisión, capacidad y desempeño en las determinantes de la salud, fortalecer la vigilancia sanitaria como medida a la respuesta de covid-19, falta de medidas preventivas, nula información sobre mortalidad, retraso en la notificación de casos, aislamiento inadecuado, pruebas limitadas.³⁷⁵

b) Desarrollo de políticas públicas, recalca la debilidad en sistema nacional de salud y la debilidad en el sistema de protección social, la cual es derivada por la fragmentación y descoordinación intersectorial para efectuar acciones o estrategias que mitiguen el desempleo y la informalidad suscitadas por el covid-19.³⁷⁶

c) Asignación de recursos, déficit de recursos, humanos, financieros y tecnológicos alineados con prioridades de salud pública y el bajo desempeño en áreas de informalidad y

³⁷³ Ídem.

³⁷⁴ CONEVAL, Op cit.

³⁷⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, “La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Informe Covid-19, CEPAL-OPS”, en OPS, OMS, 2021, En: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf, Fecha de consulta: 12 de agosto de 2022, p. 24.

³⁷⁶ Ídem.



precariedad laboral sin capacidad de trabajo remoto de igual manera equipos de salud insuficientes.³⁷⁷

d) acceso, la medida de mayor alcance realizada por el gobierno para afrontar el covid-19, fue el confinamiento, lo que provocó barreras de acceso a servicios esenciales de salud; atención primaria, enfermedades de primer y segundo grado, atención médica especializada, aunado a la debilidad en la gestión y coordinación de servicios de salud y políticas públicas.³⁷⁸

En resumen, la pandemia por SAR-COV19 imposibilita dar seguimiento a un proceso de implementación del INSABI, puesto que las condiciones en las que operó el sistema de salud, no sólo en México sino en toda la mayor parte de los países en el mundo, fue rebasado y en algunos casos los sistemas colapsaron, por lo que la pandemia es un parteaguas en materia de atención de salud. Lo que fue claro en el caso mexicano es que continuar el desmantelamiento de Seguro Popular y su sustitución por INSABI en los años de pandemia carece de racionalidad técnica y administrativa, por las implicaciones propias del proceso de implementación de un programa vasto y complejo como el INSABI.

Conclusiones

Las conclusiones a las que podemos llegar en la implementación del seguro popular; 1) Uno de los retos del seguro popular era el número de afiliado fuera en proporción igual a la creación de infraestructura, para proveer las necesidades de la demanda al acceso a los servicios de salud, la relación se dio a la inversa; el uso efectivo de acceso a los servicios de salud, se vio en el aumento de afiliados, dado que a mayor número de afiliación, mayor es la demanda de servicios de salud, lo que trajo como consecuencia carencia en el acceso al servicio.

2) financiamiento tripartito, uno de los grandes temas es el mecanismo de financiamiento de los servicios de salud, se alega si deben constituirse un ente de fideicomiso quien regule y lleve a cabo las operaciones de manejo de recursos, si es el Estado el que debe aportar todo el ingreso, si son los estados los que deben aportar una parte, los trabajadores o el empleador, el CONEVAL menciona que la poca infraestructura, equipo médico, atención de salud, se debe a que los estados aportan de manera desigual el presupuesto egresos en el ejercicio fiscal en materia de salud.

³⁷⁷ Ídem.

³⁷⁸ Ídem.



3) Un hallazgo interesante que pude observar en la investigación, hace mención al mecanismo de evaluación de la política pública, el cual va a depender de la etapa a evaluar, si es en la formulación, implementación o en la fase terminal, si se va a evaluar los objetivos y metas, si se va a evaluar el desempeño, todo lo anterior hace hincapié que las evaluaciones realizadas al seguro popular, para ello se debe seleccionar qué es lo que va a evaluar y de ahí realizar el análisis.

4) El sistema nacional de salud es esencialmente un problema de la asimetría de la descentralización y desconcentración en el acceso al servicio de salud, se puede ver en las declaraciones del presidente cuando afirma que el modelo neoliberal provocó la fragmentación del sistema de salud y su subsiguiente consecuencia la privatización, por lo que para solucionar el problema se debe centralizar el acceso universal a la salud y la gratuidad de los servicios como de los medicamentos, centralización en el entendido de homogeneizar la atención primaria y los servicios de salud, centralización política en tanto las decisiones y la rectoría va a partir del INSABI y de la secretaría de salud para organizar el sistema nacional de salud, centralización espacial en el motivo de quitar la devolución y la delegación en los servicios de salud a los estados y cederlos al centro, el gobierno federal, centralización administrativa, las decisiones en materia de salud saldrán del INSABI y de la secretaría de salud, unilateral, lo que puede provocar, opacidad en el manejo de los egresos de la federación en el ejercicio fiscal tanto en el ramo 33 como en el ramo 22, desvíos de recurso, información sesgada en el acceso en la compra y adquisición de equipo médico, sea infraestructura o medicamentos, dado que las acciones van a partir del centro.

5) efectos diferenciados en los hogares urbanos y rurales, las evaluaciones demuestran que los efectos en la implantación del seguro popular son eficientes en las zonas urbanas y en la calidad de la atención médica proporcionada en las mujeres en revisiones obstétricas, parto e incubadoras, lo cual afirma que el impacto en el gasto de bolsillo disminuye el rezago y la carencia al acceso a los servicios de salud en los primeros cuatro deciles de ingresos de los hogares, en contra parte se refleja la asimetría de los efectos en las zonas rurales, en específico la zona sureste del país, habrá que preguntarnos de descoordinación interinstitucional para proporcionar los servicios de salud o es la inoperatividad de los estados para solventar y crear infraestructura de salud.



CAPÍTULO 4. LAS PRINCIPALES LÍNEAS DISCURSIVAS DEL SEGURO POPULAR

4.1 Cronología del discurso sobre el Seguro Popular

Al momento de describir y de analizar los discursos del Seguro Popular nos encontramos con dos situaciones relevantes, en una primera parte se menciona el funcionamiento del Seguro Popular en cada administración junto con ellos las metas y objetivos alcanzados, los cuales se enfatiza en 6 líneas discursivas presentes en todo el periodo 2004-2018, la cobertura alcanzada mediante la afiliación, el crecimiento del paquete de enfermedades de gastos catastróficos, el aumento de las intervenciones de salud, el aumento en gasto en salud y se remarca que el Seguro Popular no es una política de salud, sino un esquema de aseguramiento público y voluntario contra gasto de bolsillo; por lo tanto fue un seguro de financiamiento contra enfermedades de alto costo.

Respecto a la segunda parte es notorio el cambio del discurso, no se habla de los logros obtenidos en materia de salud o promover la publicidad oficial, ni se menciona que el diseño y la implementación de la política de salud, INSABI corresponde a la misma política que se efectuó en 2004-20018 de dar aseguramiento a la población abierta o que no cuenta son seguridad social, se enfocó en aspectos negativos sobre todo en el desvío de los recursos destinados a infraestructura hospitalaria y compra de medicamentos. Hasta aquí un breve panorama, pasemos a describir los discursos sobre el Seguro Popular.

Otro punto a destacar, al momento de revisar, las entrevistas, documentos, comparencias, reuniones públicas de los directores generales del Seguro Popular durante su gestión, en todos los casos se manifiesta y se expresa los logros en salud.

1) secretario de Salud, Julio Frenk Mora

El secretario de salud en el sexenio 2000-2006 Julio Frenk Mora habló sobre la creación e implementación del programa nacional de salud y detalló las acciones del ante proyecto del Seguro Popular. La formulación del Seguro Popular surge de un problema público que es el gasto privado en salud que se convirtió en problema político como gasto de bolsillo, que después derivó en el concepto de protección financiera, de esta form se armoniza con la política de salud del programa



de gobierno mediante el plan nacional de salud, en tres objetivos, equidad, calidad y la protección.³⁷⁹

La agenda de salud conformada por la comisión de salud encabezada por Julio Frenk Mora consistía en tres ejes; equidad; calidad y protección financiera, enmarcadas en una política de salud implementadas bajo la tutela de Santiago Levy, Benjamín González Roaro y Julio Frenk Mora.³⁸⁰

La formulación del Seguro Popular propuesta por Julio Frenk Mora parte de dos premisas, el gasto que se hace en salud es dos veces mayor para un derecho habiente que para una persona que no cuenta con seguridad social y dos para que sirve un sistema de salud.³⁸¹

La agenda del Seguro Popular plantea tres situaciones, hacer efectivo un financiamiento justo, mejorar las condiciones de salud y llevar a cabo y ejecutar un trato digno a las personas, bajo estas consignas, surge la idea principal de presentarla como un seguro público universal, motivadas en la desagregación de la prestación de los servicios de salud (IMSS, ISSSTE Y el Seguro Popular), toda la población será derechohabiente y se constituirá como parte de los tres sistemas de salud. La viabilidad y la promoción consta de cuatro puntos, cubrir las consultas, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y la entrega de medicamento.³⁸²

El Seguro Popular se describe como un vehículo financiero y como un programa social, equitativo ya que su causa principal y justificación es la protección financiera de la población más pobre, garantizará la entrega de medicamentos, atraerá a toda la población asalariada pero que tendrá un seguro de salud (campesinos, estudiantes, amas de casas, etc) la afiliación será un mecanismo para la formalización en el ámbito productivo de la población, por ende el registro ante una figura estatal le dará un status jurídico a la población.³⁸³

La construcción de la comunicación política en materia Seguro Popular durante el periodo 2000-2006 se tornaron en temas que politizaron o irritaron el sistema social y político; la construcción de la disputa de la comunicación política se dio bajo la línea de la democratización

³⁷⁹ Gómez Dantés, Octavio Ortiz, Mauricio, “Entrevista de Salud Pública de México con el doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud de México”, en *Revista Salud Pública de México*, Núm. 6, Vol. 46, Cuernavaca, Morelos, 2004, En: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n6/22572.pdf>, Fecha de consulta: 11 de febrero de 2023. pp, 588-594.1

³⁸⁰ Ídem.

³⁸¹ Ídem.

³⁸² Ídem.

³⁸³ Ídem.



de la salud, la coyuntura enfatizó que las causas de muerte de los mexicanos eran motivadas por dos factores; las lesiones y las enfermedades crónicas.³⁸⁴

Directores generales del Seguro Popular 2004-2020

2) Héctor Hernández Llamas:

Mediante el congreso internacional de actuarios, celebrado en Cancún en 2002, Héctor Hernández Llamas presentó el plan y las acciones del Programa Nacional de Salud 2001-2006, encaminado a establecer lo que sería el piloto del Seguro Popular, enfatizó en democratizar la salud en dos puntos; a) crear las condiciones necesarias para que la población tenga acceso efectivo a los servicios de salud; b) fomentar una responsabilidad compartida en todos los sectores de la sociedad tomando en cuenta el involucramiento en posibilitar la toma de decisiones en materia de salud.³⁸⁵

La propuesta para la creación del programa piloto del Seguro Popular, se vertió en dos acciones de acuerdo, a) desarrollar un sistema de salud y b) ampliar las posibilidades de opción en los servicios de salud, en el que la idea central es proporcionar un seguro público de salud; mediante tres ejes; a) acceso universal de salud; b) financiamiento equitativo y c) ampliar la participación de la población. Los objetivos planteados en materia de salud se describen; a) trato adecuado en los servicios de salud público-privado; b) justicia en el financiamiento; c) fortalecer el Sistema Nacional de Salud; d) mejorar las condiciones de la población y e) abatir la desigualdad.³⁸⁶

Las acciones del Seguro Popular se deriva, cubrir un cuadro o paquete de servicios de salud mediante el esquema de afiliación, medicamentos, hospitalización y prevención de la salud, “el propósito del Seguro Popular de Salud es evitar que las familias, que por muy distintas razones no tienen acceso a los servicios que otorgan la seguridad social, se vean amenazadas por el temor de enfrentar gastos excesivos para pagar por su salud”³⁸⁷, para lograr dichas medidas se implementaron

³⁸⁴ Leal Fernández, Gustavo, “¿Protección social en salud? Ni seguro ni popular”, en *Revista Estudios Políticos, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de estudios Políticos, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM*, Núm. 28, Vol. 9, México Distrito Federal, 2013, pp. 163- 193.

³⁸⁵ Hernández Llamas, Héctor, “” Cancún, México, 2002, En: <https://xdoc.mx/preview/la-estructura-del-programa-nacional-de-salud-arranca-con-un-5c5b3f3b95df3>, Fecha de consulta: 9 de febrero de 2023, pp. 1-8. p.3.

³⁸⁶ Ídem.

³⁸⁷ Ibidem, p 5.



tres estrategias; 1) protección financiera a toda la población; 2) reducir los rezagos en la población carente a los servicios de salud y 3) desarrollo económico y social.³⁸⁸

El Seguro Popular debe proporcionar la protección básica a la población informal por medio de un seguro de salud que no depende del tipo de empleo, equidad en los servicios, calidad y establecer un mecanismo de financiamiento.³⁸⁹

3) Juan Antonio Fernández Ortiz

Juan Antonio Fernández Ortiz en una entrevista realizada a la Secretaría de Salud en 2004 destacó las cualidades del Seguro Popular, pone de relieve que la prestación de los servicios de salud debe cubrir parámetros de calidad, capacitación y acreditación de los centros de salud para atender a la población, ofrecer intervenciones dentro de un paquete que beneficie a la población, recursos que deben cubrir de manera integral las enfermedades catastróficas y ampliar e incorporar el gasto para la cobertura de padecimientos. Hizo hincapié que el propósito del Seguro popular es la afiliación de las familias y las colectividades con el objetivo del sexenio en alcanzar 5 millones de afiliados.³⁹⁰

4) Daniel Karam Toumeh

En torno a la línea discursiva sobre el Seguro Popular el titular Daniel Karam Toumeh, manifestó las prioridades y los alcances para la nueva administración en materia de salud, la protección financiera debe caer en la acción de beneficiar a los trabajadores no asalariados, autoempleados y desempleados, con ello corregir y reordenar los desequilibrios financieros del sector de la salud, priorizar las intervenciones médicas, generar mecanismos que garanticen la atención y los gastos catastrófico.³⁹¹

³⁸⁸ Ídem.

³⁸⁹ Ídem.

³⁹⁰ Gómez Dantés, Octavio Ortiz, Mauricio, “Entrevista con el actuario Juan Antonio Fernández Ortiz, Comisionado Nacional de Protección Social en Salud”, en *Revista Salud Pública de México*, Núm. 6, Vol. 46, México, 2004, En: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600015, Fecha de consulta 2 de febrero de 2023. pp, 594-596.

³⁹¹ Toumeh, Daniel Karam, “El Sistema de Protección Social en Salud y el VIH/Sida”, en *Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública*, Cuernavaca, Morelos, 2009, (coord), Córdoba Villalobos José Ángel, Ponce de León Rosales, Samuel Valdespino, José Luis, En: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp43.pdf, Fecha de consulta: 16 de febrero de 2023, pp. 303-313.



Como parte del programa sectorial de desarrollo social, vivir mejor en su componente de salud, el Seguro Popular propone cubrir el VIH/SIDA como intervención de enfermedad catastrófica y ampliar la cobertura de enfermedades a cubrir, ante tal situación se construyeron estrategias y nuevas líneas de acción para cumplir con la propuesta. Eficientar el gasto en salud y acciones intersectoriales, consolidar el financiamiento del Seguro Popular y hacer eficaz la compra consolidada de medicamentos.³⁹²

Para favorecer los objetivos y metas del sexenio se propusieron rediseñar las acciones y promoción de la salud, sobre todo en la prevención y atención integral de las personas y la comunidad con la finalidad de fomentar la participación social en salud, fortalecer la coordinación intersectorial y privada, encamina a dos motivos 1) que 28 millones de personas tengan acceso a cobertura de intervenciones de VIH/SIDA y 2) ampliar de forma constante el transitorio décimo de la Ley General de Salud para integrar más enfermedades al fondo de protección contra gastos catastróficos.³⁹³

5) Salomón Chertorivski Woldenberg

Los retos del Seguro Popular, seguir incrementando el gasto público en salud, el cual debe ser equitativo, evitar el empobrecimiento en el gasto de bolsillo en salud, fortalecer y perfeccionar la protección financiera a través de mecanismos de aseguramiento subsidiario y de seguro médico con la finalidad de dar certidumbre al fondo de protección contra gastos catastróficos.³⁹⁴

La evidencia dice que la forma en que financia el Seguro Popular ha generado el desvinculamiento en el status laboral de la persona para afiliarse en un sistema de protección en salud, alcanzar una ampliación en la cobertura en el acceso a los servicios de salud pasando de 45.4 millones a 56 millones de afiliados en 2011, contar con indicadores de cumplimiento en el primer y segundo nivel con 56 millones de consultas de los afiliados en 2010, la disminución del 1% en el gasto de bolsillo que abarca el periodo 2004-2008 de igual forma la relación entre gasto catastrófico y el gasto total en salud disminuyó de 2.9 a 2.5 es decir el 16%.³⁹⁵

³⁹² Ídem.

³⁹³ Ídem.

³⁹⁴ Chertorivski-Woldenberg, Salomón, "Seguro Popular: logros y perspectivas, en, *Gaceta Médica de México*, Núm, 6. Vol,147, México, 2012, En: https://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/44_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf, Fecha de consulta: 15 de febrero de 2023. pp, 487-496.

³⁹⁵ Ídem.



La prioridad sexenal del Seguro Popular es la construcción de un sistema único de salud que conlleve a consolidar la implementación de un solo fondo de financiamiento público y progresivo; que el financiamiento sea un factor igualador, impulsando tres aspectos; a) homogeneizar el paquete de intervenciones; b) acceso a la salud sea gratuito y c) la separación de funciones en tanto gestión administrativa como regulador, financiador y proveedor de servicios.³⁹⁶

6) David García Junco Machado

El fortalecimiento institucional del Seguro Popular se va a dar mediante la reducción de la entrega del dinero por motivo de gasto de enfermedades catastróficas, realizar una inversión en infraestructura hospitalaria, fortalecer el sistema de información con la finalidad de no generar cruces de padrones entre afiliados a cada institución de salud, incentivar la portabilidad y el intercambio de servicios de salud entre los tres sistemas (IMSS, ISSSTE y el Seguro Popular), que el mecanismo de financiamiento del Seguro Popular no esté condicionado por el status laboral.³⁹⁷

El Seguro Popular para subsistir debe estar encaminado en privilegiar a las niñas/niños hasta los 18 años y a las mujeres, priorizar el cuidado de la calidad de la atención y del servicio, generar formas de prevención innovadoras en los cambios de conducta, garantiza la identidad y el expediente clínico de los afiliados.³⁹⁸

Comprobar la eficiencia en 5 puntos que permita la rentabilidad y la prestación de servicio; 1) cobertura horizontal; 2) profundizar el paquete, tanto en enfermedades como en intervenciones; 3) focalizar la prevención de forma sistemática y por afiliados, 4) construir y facilitar un historial clínico que prevé la consulta la digitalización y los parámetros a medir y 5) el tutelaje y la gerencia para regular el cambio de servicios, seleccionar el método de pago. Áreas de oportunidad, medir el abasto medicamentos, generar recetas complementarias, enfatizar y remarcar el fortalecimiento institucional en el sector salud y medir, cuantificar y solucionar las diferencias regionales en acceso, cobertura y entrega de medicamentos.³⁹⁹

³⁹⁶ Ídem.

³⁹⁷ Academia Mexicana de Cirugía, A. C., “Sesión Conjunta con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud”, 17/07/2012, En: <https://www.youtube.com/watch?v=fBReGh-E9fY>, Fecha de consulta: 8 de febrero de 2023.1

³⁹⁸ Ídem.

³⁹⁹ Ídem.



7) Gabriel O'Shea Cuevas

Como asunto importante resaltó una nueva asignación de los recursos en materia de salud; en el incremento de los servicios de salud y en la equidad en la asignación del gasto en salud que coadyuve a consolidar la cobertura universal en salud, afiliando al mayor número de familias y asegurando la protección en salud, aunado a fortalecer la infraestructura del primer y segundo nivel en zonas marginales.⁴⁰⁰

Un punto de inflexión fue transparentar el ejercicio del gasto en salud como mecanismo de control y de acciones correctivas que modifique la estructura del Sistema Nacional de Salud, haciendo reformas a la ley general de salud, responsabilizando a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud en fungir como figura de financiamiento de las políticas públicas estatales de salud.⁴⁰¹

Se rescata como datos relevantes el fortalecimiento de mecanismos de transparencia, promover las compras consolidadas de medicamentos, impulsar la prestación de los servicios de salud, la constitución de 32 organismos públicos descentralizados, REPSS dando como resultado la conformación de 32 tesorerías de la federación encargados de asignar los recursos a los estados, la construcción de una nueva agenda del Seguro Popular que abarque la mejora de la calidad de los servicios de salud en el que exista un adecuado funcionamiento entre médicos y pacientes que motive la permanencia del afiliado.⁴⁰²

Encauzar la figura del gestor del Seguro Popular, dando seguimiento al modelo de supervisión estatal, reajustar el catálogo de medicamentos CAUSES, la disminución del 3.3% de la carencia por acceso a los servicios de salud, disminución de 55.7% a 44.7% en gasto de bolsillo, la implementación del Seguro Médico siglo XXI, la aplicación del programa PROSPERA en el componente de salud, en la entrega de paquete básicos de salud, capacitaciones para la salud y suplementos alimenticios.⁴⁰³

⁴⁰⁰ O'shea Cuevas, Gabriel Jaime, "Los desafíos del Sistema de Protección Social en Salud", en *Secretaría de Salud, Secretaría de Cultura, Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, INEHRM, Biblioteca Constitucional, Serie y memoria prospectiva de las secretarías de Estado*, (Cord), Gutiérrez Domínguez, Fernando, México, 2017, En: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5276/21.pdf>, Fecha de consulta: 18 de febrero de 2023. pp. 517-533.

⁴⁰¹ Ídem.

⁴⁰² Ídem.

⁴⁰³ Ídem.



4.2 Proceso de construcción de la comunicación política en materia Seguro Popular

La construcción de la comunicación política en materia Seguro Popular parte de la idea central propuesta por Julio Frenk Mora en la atención de la salud como acción de salud pública, la Ley General de Salud pone de relieve en su capítulo 3 bis, artículos 77 y 77 bis, capítulo IX título 3 bis los derechos y obligaciones del Seguro Popular, el numeral I menciona que se debe adoptar la promoción y la prevención en su rango de salud/enfermedad, en la misma línea el numeral II hace hincapié en la atención médica en medidas de información sobre la función y los procedimientos de acceso, en paralelo la Secretaría de Salud en su artículo 113 introduce el concepto de promoción de la salud en el que será competencia exclusiva de los gobiernos estatales y de la educación pública tratar el tema de la salud pública como ámbito de acción específica.⁴⁰⁴

Se resalta que en la Ley General de Salud en el título X artículo 300 habla y hace referencia a los temas que son de carácter promocional de la salud, el periodo sexenal que abarca los años 2006-2012 la temática en salud se puntualiza en: 1) plaguicidas; 2) productos de aseo; 3) cosméticos; 4) bebidas alcohólicas; 5) alimentos y bebidas; 6) insumos para la salud, (cualquier producto de medicamento, jarabes, pastillas para el dolor de cabeza, antiinflamatorios entran en este rubro); 7) lucha contra el crimen organizado y 8) tráfico de sustancias psicotrópicas, “la publicidad dirigida a la población en general sólo se efectuará sobre medicamentos de libre venta y remedios herbolarios, y deberá incluirse en ella en forma visual, auditiva o ambas, según el medio de que se trate, el texto: Consulte a su médico, así como otras leyendas de advertencia que determine la Secretaría de Salud.”⁴⁰⁵.

Para el periodo 2012-2018 la comunicación social en salud se centró en: 1) diabetes; 2) sobrepeso infantil y en personas mayores de 18 años; 3) obesidad; 4) adicciones y 5) esquema de vacunación como se detalla en ningún caso se menciona la promoción de la salud en su apartado de prevención y atención médica., tampoco existe un apartado en dónde se especifique los temas a promocionar en materia de Seguro Popular.

⁴⁰⁴ Cabrera Franco, Tonatiuh, “Televisión y salud en México. Un acercamiento al papel de la televisión y la publicidad en México en materia de educación y salud”, Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2013. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, D.F, En: <http://132.248.9.195/ptd2014/enero/0707307/Index.html>, Fecha de consulta: 25 de febrero de 2023, pp. 35-61.

⁴⁰⁵ Cámara de diputados, “Ley General de Salud”, en *Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios*, México, 2023, En: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf, Fecha de consulta: 28 de febrero de 2023. p. 341.



En contra parte el Sistema Nacional de Salud puntualiza que la comunicación social en salud deberá efectuarse sobre las determinantes de la salud y la relación entre enfermedad/morbilidad. Luego entonces no se señala las áreas de competencia de cada figura, ni se traza las acciones, estrategias de prevención y atención de la salud a difundir, tampoco se estipula los temas, Issue, las agendas, los métodos, formas y maneras de comunicar, interiorizar, socializar y materializar el tema de salud en los tres niveles de gobierno; federal, estatal y municipal, ni al interior y exterior de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en la Secretaría de Salud, en los Servicios Estatales de Salud, en los gestores del Seguro Popular, en el personal médico y en los prestadores de servicios de salud.

La secretaria de salud menciona que los temas a promocionar y difundir en salud serán a criterio de cada gobierno estatal, de los Servicios Estatales de Salud, SES, de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud quienes serán los encargados de elaborar, diseñar y ejecutar, los spots, campañas nacionales, programas, eventos públicos, entrevistas en radio y televisión en los medios de comunicación.

Al momento de categorizar los modelos de promoción de la salud que es de competencia primordial del Estado, es difuso y confuso el concepto de la prevención utilizado en las reglas de operación del Seguro Popular; por prevención de la salud entendemos como aquella relación de responsabilidad de la persona en cuidar su salud realizando cambios y patrones de conducta como un problema aislado o individual que sólo le compete a uno; sólo menciona a la persona y no a las determinantes de la salud, para efectos de esta investigación el análisis de la promoción de la salud comprende dos dimensiones, el colectivo/personal y dos esferas; la atención médica/adquisición de hábitos de salud, el título tercero bis, capítulo I, en el apartado de disposiciones generales de la protección social en salud menciona en su artículo 77 bis; “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social”,⁴⁰⁶ el cual es utilizado como estrategia de política de salud y de difusión,⁴⁰⁷

⁴⁰⁶ Ley General de Salud, LGS, Op cit, p. 29

⁴⁰⁷ Cabrera Franco, Tonatiuh, Op, cit. pp. 56-59.



Por lo tanto, en el título séptimo, promoción de la salud, capítulo I, referente a las disposiciones comunes, señala en su artículo 110; “La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”.⁴⁰⁸

Las acciones y/o mecanismos que comprende la promoción de la salud; activación física, alimentación nutricional, salud ocupacional, fomento sanitario, adoptar, promover, mitigar, controlar los efectos del cambio climático y del ambiente y fomentar una educación para la salud.

Los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud, OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud, OPS, manifiesta que, toda estrategia, promoción y comunicación social el salud debe estar dirigida en la prevención de la salud como principal herramienta de reducción de desigualdades y asimetrías en el acceso y el derecho a la salud, disponiendo de manera enfática de los medios de comunicación con alcance real y significativo en cambios de conducta en salud.⁴⁰⁹

Es decir en proteger y fomentar las determinantes sociales de la salud (vivienda digna, educación, medio ambiente sano, recreación y acceso a agua potable), en donde se ve a la salud como un problema social y no como un problema individual/personal, enfermedad/paciente/obediencia médica, por ende se subraya que la prevención de la salud es responsabilidad tanto del gobierno en proporcionar de manera efectiva el acceso y la prestación de servicios de salud, propiciando las determinantes de la salud y que la persona adquiere el estatus derecho a la salud.⁴¹⁰

La declaración de Adelaida es el compromiso de los gobiernos en cumplir la normatividad en la promoción de la salud; salud y bienestar serán los atributos que todas las políticas públicas

⁴⁰⁸ Ley General de Salud, LGS, Op cit, p. 53

⁴⁰⁹ Ídem.

⁴¹⁰ Cabrera Franco, Tonatiuh, “Televisión, escuela y salud, un análisis de las políticas y programas de promoción de la salud dirigidas a la población infantil de México”, Tesis de Maestría: Facultad de Medicina, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, Ciencias Sociomédicas, Gestión y Políticas de Salud, UNAM, 2016. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, Ciudad de México, En: <http://132.248.9.195/ptd2016/diciembre/0753870/Index.html>, Fecha de consulta: 2 de marzo de 2023.



de salud deben adoptar, propiciando acciones integrales e intersectoriales y en conjunto con los demás sectores sociales, no solo del sector de la salud, motivado a satisfacer y mantener los determinantes sociales de la salud en 8 estrategias y sectores, economía y empleo, seguridad y justicia, educación y fases iniciales de la vida, tierras y cultivos, alojamiento y servicios comunitarios, infraestructura, planificación y transporte, agricultura y alimentación, medioambiente y sostenibilidad, mediante la comprensión, generación de conocimientos, evaluación comparativa, creación de plataformas, evaluación y en creación de capacidades.⁴¹¹

Una política pública para que sea eficiente y exitosa es importante colocarla en la agenda setting,⁴¹² “ningún programa dirigido a sectores amplios de la población podría prescindir de las comunicaciones para su funcionamiento”⁴¹³, en la misma lógica en el periodo 2002-2012 la Ley de radio y televisión en el artículo 59 detalla que en materia de salud las categorías a establecer es la difusión, publicidad y propaganda sobre el concepto de prevención de la salud e introduce el criterio de publicidad social.⁴¹⁴

La salud pública y la comunicación social están en estrecha relación y su finalidad es concretar un cambio social mediante la creación de procesos de intervención, lograr que la población adopte cambios de conducta, actitudes conocimientos y prácticas en el cuidado de la salud, el objetivo principal de la salud es incidir, influir en la sociedad interiorizando y familiarizándose sobre las estrategias y los planes, poniendo un énfasis central en los medios de comunicación, siendo estos mecanismos y técnicas comunicativas.⁴¹⁵

⁴¹¹ Organización Mundial de la Salud, OMS, “Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar”, en *Gobierno de Australia Meridional*, 2010, 1En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf;jsessionid=16FCF4DBDE932FCE4C59EFB376F62D93?sequence=1, Fecha de consulta: 4 de marzo de 2023, p. 1-4.

⁴¹² Juárez Castillo, José Miguel, “Un modelo alternativo de comunicación para la implementación de políticas públicas: El seguro popular”, Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de Estudios de la Comunicación, UNAM, 2007. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, D.F, En: <http://132.248.9.195/pd2007/0616636/0616636.pdf>, Fecha de consulta: 6 de marzo de 2023

⁴¹³ Angulo Menassé, Andrea y Víquez, Héctor Miguel, “La comunicación del Seguro Popular de Salud: un análisis de mensajes publicitarios, 2011-2012”, en *Revista Salud Problema, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco*, Núm.16, México, 2014, p. 45.

⁴¹⁴ Secretaría de Gobernación, “DECRETO por el que se autoriza a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a recibir de los concesionarios de estaciones de radio y televisión el pago del impuesto”, en *Diario Oficial de la Federación*, 10 de octubre de 2002, En: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=719697&fecha=10/10/2002#gsc.tab=0, Fecha de consulta: 1 de marzo de 2023.

⁴¹⁵ Beltrán, Luis Ramiro, “Salud pública y comunicación social”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm.31, México, 2021, p. 145-151.1



Durante la mitad del siglo XX y las dos primeras décadas de del siglo XXI han surgido tres modelos de salud y que han adoptado los gobierno en políticas públicas en salud; 1) higiénico preventivo, hace referencia a la persona quien debe cuidar su salud y no enfermarse ; 2) epidemiológico social; pone mayor énfasis en la salud que en la enfermedad, sobre todo en las determinantes sociales de la salud, la salud como acción social y no de atención médica y 3) sociosanitario; parte de la idea en que la persona se encuentra enfermo y por ello debe ser curado, una relación curación/gasto, en el que interviene, médicos, actores políticos, sector de salud y programas en salud. ⁴¹⁶

Pasemos a describir los conceptos de promoción de la salud a fin de no caer en supuestos y con ello analizamos la construcción de la comunicación política en materia Seguro Popular como un proceso de intervención para el cambio social teniendo presente los medios de comunicación, radio y TV.

1) comunicación social en salud

Son las estrategias y acciones encaminada a planear, dirigir y organizar, en la esfera gubernamental como en los medios de comunicación conferencias de prensa, eventos públicos, mesas de trabajo, sesiones en materia de salud, dicha comunicación. ⁴¹⁷:

2) comunicación educativa

Instrumento de apoyo institucional cuyo propósito es promover cambios de conducta y patrones e integrarlas en las escuelas de nivel básico de todo el país, ⁴¹⁸ dar a conocer medidas de prevención, realizar se manas de la salud y llevara a cabo medidas efectivas de campañas

⁴¹⁶ Cabrera Franco, Tonatiuh, Op, cit, pp. 53-97

⁴¹⁷ Forero Santos, Jorge Alberto, “La comunicación social para la promoción de la salud”, en *Revista científicas, Universidad de Caldas, Colombia*, Núm.8, Colombia, 2003, pp. 1-24.

⁴¹⁸ Berumen Rodríguez, Alejandra Abigail, “Implementación de intervenciones educativas enfocadas en la prevención de enfermedades no transmisibles, ENT, para mejorar la salud ambiental de zonas urbanas marginadas de San Luis Potosí”, Tesis de Maestría: Facultad de Ciencias Químicas, Ingeniería y Medicina, Programas Multidisciplinarios de Posgrado en Ciencias Ambientales, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, UASLP, 2018, Repositorio Institucional de la UASLP, México, San Luis Potosí, En: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4547/MCA1BRA201801.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>, Fecha de consulta: 24 de marzo de 2023.



informativas del cuidado de la salud (vacunación, alimentación sana, bullying, no consumo de drogas).⁴¹⁹

3) promoción de la salud

Informar sobre las determinantes sociales de la salud por medio de los canales comunicativos sean estos políticos o de la agenda setting para prevenir enfermedades crónicas degenerativas.⁴²⁰

4) publicidad social en salud

Difundir mensajes en los medios de comunicación (radio, televisión, prensa escrita e internet) de los temas y las problemáticas en salud, informar a la sociedad de los planes, campañas, programas y estrategias sin fines partidistas o políticos, en este apartado será de suma importancia que el gobierno rinde cuentas de las decisiones tomadas, que detalle el gasto en publicidad oficial en salud, que señale y transparente las licitaciones en la construcción de hospitales y la compra de medicamentos como acciones prioritarias.

5) propaganda en salud

Es el uso irrestricto de la difusión en los medios de comunicación de los logros del gobierno en materia de salud; maximizar la imagen institucional posicionándola en las distintas agendas (setting, pública, política) con fines político electorales, clientelares, la propaganda en salud ocupa la posición que se encuentra (gobierno) para imponer creencias normas y valores que influye en la percepción de la sociedad.⁴²¹:

Cabe mencionar que no existe un concepto propio para definir la salud o propiamente la salud como promoción, por tanto, hablar o describir lo que se entiende por salud pasa más por una percepción cognitiva que como un teorema de política pública en salud, en cambio tenemos los conceptos de comunicación social en salud, comunicación educativa, promoción de la salud,

⁴¹⁹ Chávez Méndez, María Guadalupe, Et al, “El Programa IMSS Oportunidades. Un acercamiento a su estrategia de comunicación educativa aplicada a un contexto de alta marginalidad”, en *Universidad de Colima, Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, Núm. 31, Vol. 16, México, 2010, pp. 113-147.

⁴²⁰ Franco Giraldo, Álvaro, “Promoción de la salud, PS en la globalidad”, en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia*, Núm.2, Vol.30, Colombia, 2012, pp. 193-201.

⁴²¹ Rojas Soriano, Raúl, “Áreas de investigación en comunicación y salud”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm.29, México,2020, p.129-133.1



publicidad social en salud y propaganda en salud, para referirse a la difusión y promoción de la prevención de la salud.

La política pública en salud en México adoptó la promoción de la salud el modelo higiénico preventivo como estrategia de salud y difusión en las campañas de salud y spots gubernamentales, al momento de la implementación del Seguro Popular se decidió optar por el modelo epidemiológico social (prevención de la salud) para las campañas publicitarias de gobierno y difusión en los medios de comunicación; no existe un continuum y un eje común sobre la promoción de salud, son contradictorios y excluyentes, por una parte, el discurso oficial del Seguro Popular menciona a la prevención como motor de la atención médica, en tanto las reglas de operación del Seguro Popular hace énfasis en la cobertura, la afiliación y la protección financiera teniendo como enlaces a los gestores del Seguro Popular en encargada de la microfísica de la promoción, la comunicación y los mensajes; los spots publicitarios sólo menciona los logros del gobierno en materia de Seguro Popular.⁴²²

La promoción de la salud y la construcción de la comunicación política en materia Seguro Popular no solo abarca los medios de comunicación y la administración pública federal, sino que afecta e incide la estructura administrativa y operacional de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la organización operativa del funcionamiento del Seguro popular y la Dirección General de Comunicación Social.

La comunicación social para la promoción de la salud del Seguro popular en el sexenio 2006-2012, se sustentó bajo el lema “la salud es lo primero” y la estrategia era “vivir mejor”, la estrategia de programa fue el seguro médico para una nueva generación; en el periodo 2012-2018 se delineó las estrategias de programas del Seguro Popular, 1) afiliación al Seguro Popular; 2) embarazo saludable; 3) seguro médico siglo XXI; 4) cirugías extra muros; 5) consulta segura; 6) fondo de protección contra gastos catastróficos y 7) gestor del Seguro Popular y los objetivos del Seguro Popular se centró en dos ejes, 1) otorgar protección financiera y 2) hacer un apolítica de

⁴²² Cabrera Franco, Tonatiuh, “La política de promoción de la salud mediante la escuela en México en el significado de la salud de los niños”, Tesis de Doctorado: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2022. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, Ciudad de México, En: <http://132.248.9.195/ptd2022/octubre/0831818/Index.html>, Fecha de consulta: 3 de marzo de 2023.



salud preventiva, el manual de identidad del Seguro Popular 2013-2018 describe como lema en materia de salud “mover a México”.⁴²³

Existen 4 factores que generan incertidumbre y generan dificultad en la implementación de una Política Pública; 1) la comunicación en este caso la comunicación social en salud al interior de las instituciones encargada de la realización de la política no debe estar impregnada de sesgos, en el sentido de que no debe existir información duplicada tanto en los objetivos como en los planes de operativos 2) los objetivos y las metas del Seguro Popular deben ser total y cabalmente comprendidas por todos los participantes, sean el gobierno federal o la Secretaría de salud, SSA, SESA, CNPSS, REPS, Dirección General de Comunicación Social, gestores del Seguro Popular, afiliados/beneficiarios, medios de comunicación, opositores y la sociedad; 3) por ningún caso puede ser contradictorios y excluyentes el funcionamiento y la operación del programa Seguro Popular y 4) tener una extensa aceptación de estándares y metas que genere proveedores y potencie la exitosa ejecución de una política pública.⁴²⁴

La comunicación social para la promoción de la salud juega un papel importante en el tema del gasto en publicidad, ya que es mediante la asignación del presupuesto en publicidad cómo se va a llevar a cabo y la manera de regir el uso, difusión e implementación en dar conocimiento a una política, por lo tanto el artículo 134, párrafo octavo de la CPEUM menciona que “la propaganda, bajo cualquier modalidad de comunicación social, que difundan como tales, los poderes públicos, los órganos autónomos, las dependencias y entidades de la administración pública y cualquier otro ente de los tres órdenes de gobierno, deberá tener carácter institucional y fines informativos, educativos o de orientación social. En ningún caso esta propaganda incluirá nombres, imágenes, voces o símbolos que impliquen promoción personalizada de cualquier servidor público”⁴²⁵

Lo ponemos en contexto dado que no hay criterios de fiscalización, ni manejo del recurso en publicidad y control en la comunicación social, existe una relación concordante entre el gasto

⁴²³ Gobierno Federal, “Manual de identidad visual para las aplicaciones gráficas y campañas de difusión del Sistema de Protección Social en Salud Julio de 2008”, en *Secretaría de Salud*, México, 2008, En: <https://contraloria.bcs.gob.mx/wp-content/uploads/Manual-de-Identidad.pdf>, Fecha de consulta: 10 de marzo de 2023, pp. 4-65.

⁴²⁴ Juárez Castillo, José Miguel, Op, cit, pp. 37-52.

⁴²⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 134, párrafo octavo *Diario Oficial de la Federación* 13 noviembre de 2007, p. 149.



invertido en publicidad gubernamental y la comunicación social; el gasto en publicidad gubernamental es asignado a los medios de comunicación mediante mecanismos condicionantes y clientelares lo que genera que la distribución del gasto sea discrecional y no se transparente.

Luego entonces se describirá el gasto en publicidad en los años 2002-2020 con la intención de comprender la correlación entre gasto y publicidad en dos aspectos recíprocos; 1) el gasto realizado en materia de salud o en la Secretaría de Salud 2) el nivel de crítica publicada en la agenda setting más el número de titulares críticos que aluden al gobierno o algún aspecto de la política pública.

Los datos proporcionados por FUNDAR en 2015 el gasto en publicidad se ejerció un 18% se destinó en gasto en televisión, 20% se repartió entre radio e internet, 23% en medios impresos (que significó 1300 millones de pesos), los otros 39% no se sabe en que se gasta.

El gasto en comunicación social en salud 2015-2017 la Secretaría de Salud fue la que más gasto en publicidad comparada con las demás secretarías, el gasto ascendió a 37 mil 000 millones de pesos, haciendo el comparativo entre los años 2013 el presupuesto ejercido fue de 66.47 millones de pesos y el presupuesto programado es estimó en 2.77 millones, en 2014 el presupuesto fue de 117.40 millones de pesos en cuanto al presupuesto programado se calculó en 2.42 millones, para 2015 el presupuesto ejercido fue de 200 millones de pesos en cuanto al presupuesto programado se estimó en 1293.23 millones de pesos, 2016 el gasto ejercido fue de 100.59 millones de pesos y el gasto programado fue de 1566.28 millones de pesos y en 2017 el gasto ejercido fue de 100.49 millones y el gasto programado fue de 1066.47 millones de pesos.⁴²⁶

Otros datos relevantes en gasto en publicidad resaltan que en 2015-2017 se suscribieron 690 contratos en materia de comunicación social, 3 mil 705.2 millones de pesos se destinaron para contratos en publicidad, en 2017 el gasto en internet y cine fue de 264.9 millones de pesos.⁴²⁷

La Ley General de Comunicación Social, LGCS, en el artículo 4 menciona “promover la difusión y conocimiento de los valores, principios y derechos constitucionales; II. Promover campañas de turismo, educación, salud y protección civil, entre otras; III. Informar a los

⁴²⁶ Castro Onofre, M Magdalena y Harvel Orozco, Sofía, “Panorama del gasto en comunicación social en salud: un caso del sector salud en México, 2015-2017”, en *Revista salud pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, INSP*, Núm.3, Vol. 63, Cuernavaca, Morelos, 2021, pp, 452-457.1

⁴²⁷ Ídem.



ciudadanos de sus derechos y obligaciones legales, de aspectos relevantes del funcionamiento de los sujetos obligados, y de las condiciones de acceso y uso de los espacios y servicios públicos; IV. Cumplir con las obligaciones que en materia electoral establezca la legislación aplicable; V. Anunciar medidas preventivas de riesgos o que contribuyan a la eliminación de daños de cualquier naturaleza para la salud de las personas o el equilibrio ecológico y protección al ambiente, así como en materia de protección civil; VI. Difundir las lenguas nacionales y el patrimonio histórico de la Nación; VII. Comunicar programas y actuaciones públicas, y VIII. Otros establecidos en las leyes”.⁴²⁸

Si describimos la situación en los 5 rubros tenemos que para 2013 el gasto realizado en los medios complementario el gasto fue de 59.76 millones de pesos, digitales 15.04 millones de pesos, revistas 4.79 millones de pesos, prensa 48.33 millones de pesos, radio 106 millones de pesos y televisión el monto fue de 437.68 millones de pesos.⁴²⁹

En 2014 el gasto se dividió en complementario 101.22 millones de pesos, digitales 25 millones de peso, revistas 8. 66 millones de pesos, prensa 56.46 millones de pesos, radio 173 millones de pesos y televisión 468 millones de pesos.⁴³⁰

2015 complementario se gastó 71. 74 millones de pesos, digitales 16.69 millones de pesos, revistas 3.8 millones de pesos, prensa 40.76 millones de pesos, radio 93.52 millones de pesos, televisión 399 millones de pesos.⁴³¹

En el año 2016 complementario 43. 94 millones de pesos, digitales 34.27 millones de pesos, revistas 5.36 millones de pesos, prensa 48.34 millones de pesos, radio 99. 63 millones de pesos, televisión 406. 67 millones de pesos.⁴³²

En cuanto al año 2016 el gasto efectuado en complementario fue de 29.05 millones de pesos, digitales 38.80 millones de pesos, revistas 7.5 millones de pesos, prensa 78.6 millones de pesos, 72 radio millones de pesos y televisión 329. 96 millones de pesos.⁴³³

⁴²⁸ Cámara de Diputados, “Ley General de Comunicación Social”, en *Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Diario Oficial de la Federación*, 11 de mayo de 2018, p. 1.

⁴²⁹ Castro Onofre, M Magdalena y Harvel Orozco, Sofía, Op cit, 454-456.

⁴³⁰ Ídem.

⁴³¹ Ídem.

⁴³² Ídem.

⁴³³ Ídem.



El gasto ejercido por el poder ejecutivo 2002 885.84 millones de pesos, 2004 860. 22 millones de pesos, 2006 914.79 millones de pesos, 2008 4 mil 750.80 millones de pesos, 2010 6 mil 218.60 millones de pesos, 2012 8 mil 243 millones de peso, 2014 5 mil 203.66 millones de pesos, 2016 9 mil 228.90 millones de pesos, 2018 6 mil 982.32 millones de pesos, 2019 1837.57 millones de pesos dando un total de 92 mil 704 millones de pesos.⁴³⁴

En la misma tónica con información del sistema de comunicación social, COMSOC se detalla y se desglosa como se ha realizado el gasto en publicidad oficial de 2012 a 2019 del poder ejecutivo federal

Presupuesto aprobado: 2012 6 mil 676.96 millones de pesos, 2013 se aprobó 6 mil 474.46 millones de pesos, 2014 6 mil 527.10 millones de pesos, 2015 6 mil 473.78 millones de pesos, 2016 5 mil 313.81 millones de pesos, 2017 4 mil 674.55 millones de pesos, 2018 4 mil 519.22 millones de pesos, 2019 5 mil 212.04 millones de pesos.⁴³⁵

Presupuesto ejercido; 2012 12 mil 381.72 millones de pesos, 2013 9 mil 631.98 millones de pesos, 2014 8 mil 813.31 millones de pesos, 2015 11 mil 685.25 millones de pesos, 2016 12 mil 411.80 millones de pesos, 2017 12 mil 037.80 millones de pesos, 2018 9 mil 879.06 millones de pesos, 2019 3 mil 246 millones de pesos.⁴³⁶

Presupuesto ejercido en la cuenta pública; 2012 8 mil 243.05 millones de pesos, 2013 6 mil 007.47 millones de pesos, 2014 5 mil 203.66 millones de pesos, 2015 8 mil 788.75 millones de pesos, 2016 9 mil 228.90 millones de pesos, 2017 8 mil 816.88 millones de pesos, 2018 6 mil 982.32 millones de pesos, 2019 un mil 837.57 millones de pesos.⁴³⁷

En el periodo 2018-2020 la publicidad oficial el gasto ejercido 3 mil 246 millones se subraya que los 5 medios de comunicación donde hizo el mayor gasto en publicidad oficial son La jornada con 252 millones, después medios masivos mexicanos 179, grupo fórmula 115 millones, TV azteca 347 millones y televisa 360 millones. ⁴³⁸

⁴³⁴ Paulina Castaño Acosta, Paulina y Dupuy, Justine “Gasto en propaganda gubernamental”, en *Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, TEPJF*, (Coord), Ugalde, Luis Carlos y Hernández Quintana, Said, Ciudad de México, 2020, pp. 629-649.

⁴³⁵ Ídem.

⁴³⁶ Ídem.

⁴³⁷ Ídem.

⁴³⁸ Ídem.



Si tomamos en cuenta a las 3 instituciones de gobierno que más gastan en publicidad oficial se encuentra la secretaría de gobernación donde el gasto fue de 1104 millones 847 mil pesos con el 34% en el IMSS el monto fue de 684 mil 299.390 millones de pesos y representó 21%, en el caso de Pronósticos para la Asistencia Pública con 380 mil 809.582 millones que equivale al 12%, mientras que en la Secretaría de Salud se gastó 67 mil 689 millones de pesos con un 2%.⁴³⁹

Será pertinente cuantificar algunos datos y estudios sobre la construcción de la agenda de salud en los medios de comunicación que comprueben y corroboren la inexistencia de una comunicación lúcida y exitosa del Seguro popular y que infiere, en por qué el Seguro Popular no tuvo arraigo en la población o por que no existió un contrapeso o movilizaciones sociales al momento del cierre de la política de tan importante tema.⁴⁴⁰

Se resalta; “Promover en los medios masivos de comunicación anuncios centrados en la cobertura real del SPSS, ya que se han generado confusiones entre los afiliados debido a una mala información.”.⁴⁴¹

Es importante recordar que la comunicación social en salud se produce y se reproduce en tanto procesos comunicativo que infiere a describir sus propias funciones, luego entonces la prevención de la salud es recíproca y recursará sobre la promoción de la salud, motivada, fundamentada y legitimada en los lineamientos generales del Seguro Popular, la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud y la Declaración de Adelaida sobre la salud.

⁴³⁹ Redacción Animal Político, “Gobierno gastó 3,245 mdp en publicidad oficial en 2019; cinco medios concentran 40% de los recursos”, en *Revista Animal Político*, México, 2020, En: <https://www.animalpolitico.com/sociedad/gobierno-amlo-gasto-publicidad-oficial-medios>, Fecha de consulta: 24 de marzo de 2023.

⁴⁴⁰ Se van analizar 20 spots publicitarios del Seguro Popular, se hará un análisis comparativo en 13 estudios sobre la agenda setting en materia de salud, 2 eventos públicos en materia de seguro popular, 15 literaturas en materia de salud, el manual de organización específico de la dirección general de comunicación social, el manual de organización específico de la unidad de comunicación social, el manual del gestor del Seguro Popular del Sistema de Protección Social en Salud, el manual de identidad visual para las aplicaciones gráficas y campañas de difusión del Sistema de Protección Social en Salud Julio de 2008, el Manual de Mercadotecnia Social en Salud, primera versión, 3 documentos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas.

⁴⁴¹ Secretaría de salud, SSA, “Seguimiento a aspectos susceptibles de mejora derivados de las evaluaciones externas. Sistema de Protección Social en Salud, CNPSS, Seguro Popular”, en *Secretaría de Hacienda y Crédito Público, SHCP, Secretaría de la Función Pública, SFP*, México, Distrito. Federal, 2010, En: https://www.coneval.org.mx/rw/resource/Mecanismos_2009/SALUD/documentoTrabajo%20SEGURO%20POPU LAR.pdf, Fecha de consulta: 6 de abril de 2023, p. 2.



En la misma sintonía Cristina Moreno afirma que la comunicación de los programas gubernamentales “debe buscar construir y mantener consenso y apoyo en torno a su perspectiva del problema y la solución. En ese sentido, es importante que las medidas tomadas sean visibles, es decir, que los medios las cubran y los ciudadanos las conozcan”.⁴⁴²

La noción de comunicación social en salud no sólo obedece a la transmisión de mensajes publicitarios de salud en los medios de comunicación, por el contrario, es dentro de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud donde se va a llevar a cabo la promoción de la salud y los objetivos del Seguro Popular.

La función operativa del Seguro Popular va a consistir en homologar los procesos comunicativos en 4 acciones, 1) el personal médico respecto a los sistemas estatales de salud; 2) las autoridades de gestión en salud y la Secretaría de Salud; 3) los coordinadores del Seguro Popular y 4) los gestores del Seguro Popular, en 3 niveles; 1) autoridad jerárquica; 2) comunicacional entre todas las áreas y 3) de promoción y difusión de la función del Seguro Popular y entre emisores internos; el presidente, la Secretaría de Salud, la secretaría del consejo nacional de salud, el Comisionado Nacional Protección Social en Salud, la Secretaría de salud de los 32 estados, el sindicato nacional de trabajadores de seguridad social delegados sindicales de los estados, directores generales de la secretaría de Salud y el director general de comunicación social de la secretaría de salud y externos divididos en estratos, autoridades de la secretaría de salud, coordinadores de la CNPSS, unidades del Seguro Popular, comités estatales y de los municipios institucionales con el propósito de generar certidumbre en el proceso de socialización de las actividades del Seguro Popular, sobre todo en la parte administrativa de gestión, en las estrategias a seguir y en la operatividad de funciones delegadas entre la atención médica y los servicios de salud.

Partimos de la hipótesis que parte de la carencia comunicativa del funcionamiento del Seguro Popular se debe a la yuxtaposición de actividades y tareas y al nulo conocimiento e información sobre la operatividad del Seguro Popular entre los servicios médicos, los prestadores de servicios de salud, los médicos encargados de la atención y los gestores del Seguro Popular, lo

⁴⁴²Meyenberg, Yolanda, “Estrategias de comunicación presidencial en México (1994-2018)”, en *Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, IIS, Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información, DGB*, Ciudad de México, 2019. p. 57.



podemos comprobar en las encuestas que se realizaron sobre la satisfacción de usuarios del Seguro Popular, el indicador de “conoce las funciones y los servicios que brinda el Seguro Popular”.

Algunos datos del 2016 sobre el funcionamiento del Seguro Popular es que el 48% de los encuestados no sabe que el Seguro Popular cubre enfermedades de alto costo, Gastos Catastróficos, el 48.9% sabe que puede atenderse en cualquier parte del territorio nacional, el 29.6 % se afilia bajo la idea de que es gratis y no cuesta nada, un 20.3% se afilia por recomendación o por ser beneficiarios de otros programas como PROSPERA, respecto a las ideas asociadas al Seguro Popular el 3.8% lo asocia a un centro o unidad médica cercana, el 18.4% a medicinas sin costo, como un derecho a la salud el 34.8% y un 42.2% lo relaciona como consulta médica gratuita, no hay menciones sobre prevención de la salud, protección financiera o adquirir nuevos hábitos de salud.⁴⁴³ “Por lo que se refiere a la relación médico-paciente, las variables involucradas son: falta de información 81.5%, información errónea o incompleta 9.9%”.⁴⁴⁴

“Es necesario mejorar la información que se proporciona sobre los derechos y obligaciones del afiliado, la cobertura del SPSS y promocionar aspectos que se conocen menos como son los beneficios del FPGC”.⁴⁴⁵

4.3 Estudios, hallazgos y evidencias en la construcción de la comunicación política en materia de salud y Seguro Popular

Hemos hecho mención que una política pública para que sea eficiente requiere de una comunicación social que reproduzca los objetivos y metas y darlos a conocer a la sociedad a través de los medios de comunicación (radio y televisión) a fin de construir una comunicación política. En el mismo tenor Rojas-Rajs Soledad y Hernández Zinzún Gilberto analizaron y registraron la publicidad emitida en la televisión mexicana en materia de salud en 2011; de las 12 variables que contabilizaron ninguna hace mención a la promoción de la salud o prevención de la salud, los resultados arrojaron que los mensajes publicitarios referentes al autocuidado de la salud son los más mencionados, palabras como “cuide”, “consume”, “adquiera”, toman relevancia en los indicadores

⁴⁴³ Secretaría de Salud, “Estudio de satisfacción de usuarios del sistema de protección social en salud 2016 resumen ejecutivo de resultados”, en *Instituto de Salud Pública*, 2016, México, D.F, En: http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/Estudio_Satisfaccion/2017/InformeEjecutivoSPSS2016.pdf, Fecha de consulta: 28 de marzo 2023, p. 23

⁴⁴⁴ Idem.

⁴⁴⁵ Secretaría de salud, SSA, Op cit, p. 2.



de medicamentos y medicinas, productos para salud bucal, productos para belleza y cuerpo, infiere que no hay una corresponsabilidad entre servicios de salud/prevención de la salud/enfermedad, por el contrario es la persona en quien recae la responsabilidad.

La premisa fundamental de la comunicación social en salud emitida por la declaración de Aleida y por el Manual de identidad visual del Seguro Popular, supone que la promoción de la salud debe estar dirigida a crear nuevos hábitos y comportamientos de salud para alcanzar el estado idóneo o ideal de la salud que es la prevención de la salud como máxima de gobierno, en cuanto al indicador de servicios de salud (imagen institucional/promoción), todos los mensajes hacen referencia a los logros obtenidos en salud. Se detalla cada indicador transmitido en televisión en materia de salud, el número de veces que se emitió contenido en salud y el porcentaje que representa.

La finalidad de analizar la agenda setting es inferir y demostrar cómo es que se ha construido la comunicación política del Seguro Popular, los temas que se transmiten y el modelo de salud implementado, para dar cuenta si en efecto se cumple con la promoción de la salud en el concepto de prevención.

“Los contenidos noticiosos, publicitarios y de ficción sobre salud en la televisión mexicana tienen varias limitaciones, entre ellas mostrarla como un producto de consumo, subrepresentar modelos de atención y promover servicios para favorecer el deslinde de las funciones públicas estatales al centrarse en la capacidad económica de las personas”⁴⁴⁶

Noticias y frames de salud en la televisión en México. Enfoque sobre contenidos y perspectiva de género

El estudio analizó 510 mensajes de publicidad en salud de los contenidos de los canales de televisión televisa y TV azteca describiendo los encuadres de salud emitidas en las noticias a fin de visibilizar las estrategias comunicativas en materia de salud, los 510 mensajes de publicidad se estudiaron en un periodo de noviembre 2014 a septiembre de 2015 y se tomaron 4 variables a

⁴⁴⁶ Ramírez Leyva, Flor Micaela, et al, “Noticias y frames de salud en la televisión en México. Enfoque sobre contenidos y perspectiva de género”, en *Revista Comunicación y Sociedad, Universidad de Guadalajara, México, Universidad Autónoma de Barcelona, España*, Vol.18, 2021, p.4.1



medir; 1) los procesos de enfermedad; 2) atención institucional; 3) seguimiento de enfermedades y 4) condición de exclusión por problemas de salud.⁴⁴⁷

Los datos revelan que de los 510 mensajes los contenido o los encuadres sobre salud hace referencia a 1) la promoción de la salud está a cargo de funcionarios y médicos; 2) los policías y las autoridades de salud son los encargados de salvar/rescatar a la población de accidentes hospitalarios; 3) la ONG'S son parte fundamental en la prevención enfermedades y atención de salud; 4) El poder legislativo es el principal responsable de la gestión sobre normas y políticas sanitarias; 5) los poderes públicos como las encargadas de llevar a cabo políticas de salud prevención de plagas y control de las enfermedades y de la atención de enfermedades; 6) el Sistema Nacional de Salud es la encargada la promoción de la salud y prevención de enfermedades y 7) la prevención de riesgos de la salud es de responsabilidad de la persona.⁴⁴⁸

En la misma línea las narrativas temáticas de los canales de televisión de televisa y TV azteca alucen a:

1) 234 mensajes sobre acciones en inversión, presupuesto y políticas de salud realizadas por el gobierno con el 46.30%; 2) la asistencia o prestación a servicios de salud públicas o privadas se mencionaron 229 que representa el 44.9% ; 3) 220 mensajes sobre actividades del sistema de salud (seguridad social IMSS, ISSSTE, COFEPRIS, hospitales) con 43.10%; 4) prevención de enfermedades 174 mensajes publicitarios transmitidos que equivale al 34.20%; 5) el muestreo de estadísticas sobre enfermedades de morbilidad y productos médicos se emitieron 131 mensajes lo cual representa el 29.40%; 6) 131 mensajes hicieron alusión a tratamientos médicos con la característica de presentarse como productos de medicinas, aparatos medicinas o servicios lo que representa el 23.7%⁴⁴⁹

2) Actividades referentes a legislación, reglamentación y programas en materia de salud se emitieron 106 veces con el 20.8% y 8) la promoción de estilos de vida y programas de salud se transmitieron 101 mensajes con 19.80%, se observa que las narrativas temáticas sobre prevención de enfermedades con respecto a la promoción de la salud es el doble de mensajes y no cumple con

⁴⁴⁷ Íbidem. pp 1-20

⁴⁴⁸ Ídem.

⁴⁴⁹ Ídem.



los objetivos de la Secretaría de Salud, la Ley General de Salud y con los lineamientos del Seguro Popular en fomentar nuevos estilos de vida que genere la prevención de la salud.⁴⁵⁰

Problemas específicos de salud, se tomó como indicador 13 enfermedades y clasificadas en 8 sistemas según el cuerpo humano, el cual obedece a las enfermedades principales registradas por la Secretaría de salud no como promoción de la salud sino como consumidores, líneas arriba se menciona al indicador de medicamentos y medicinas; problemas digestivos representa el 14,5%, hipertensión el 8.6%, problemas respiratorios equivale a 8.3%, los trastornos mentales el 4% y el cáncer un 11.8%.⁴⁵¹

Otros temas de salud: 1) promoción y prevención de enfermedades 35%; 2) tratamiento de enfermedades 24%; 3) denuncia de accidentes en instituciones de salud el 28%; 4) intervenciones y acciones de salud por instituciones (públicas y privadas, científicas, académicas y tecnológicas) representa el 16% y 5) medidas y programas de salud representó el 28%.⁴⁵²

Respecto a la agenda política se hace mención a los costos de servicios de salud, inversión y medicamentos con el 19.6%, procedimientos y tratamientos médicos el 16%, el tema de adicciones fue del 7%, discriminación por condiciones de salud representó el 4.7%, negligencia y abuso de poder es de 2.6% y avances en ciencias, biológica, genética médica y medicina nuclear representó un 5.1%.⁴⁵³

La comunicación del Seguro Popular de Salud: un análisis de mensajes publicitarios, 2011-2012

A continuación, se describe la campaña de afiliación al Seguro Popular transmitidos en la televisión, en el sexenio 2006-2012, la muestra es de 75 videos de la cuenta oficial de la Secretaría de Salud de YouTube, sobre dos indicadores, noción de salud y noción de derecho a la salud, se tomó como muestra 3 mensajes o spots de afiliación al Seguro Popular.⁴⁵⁴

El spot 1, el tema a tratar es el problema de leucemia y se desarrolla en el estado de Morelos, Puente de Ixtla y su duración es de 1:36, el spot 2 se desarrolla en Progreso Yucatán y el tema

⁴⁵⁰ Ídem.

⁴⁵¹ Ídem.

⁴⁵² Ídem.

⁴⁵³ Ídem.

⁴⁵⁴ Angulo Menassé, Andrea y Viquez, Héctor Miguel, Op cit, pp. 43-55.



tratado es un accidente de moto su duración es de 2 minutos con 24 segundos y el spot 3 hace mención al problema de salud de esquizofrenia, se desarrolla la historia en Ciudad Juárez Chihuahua y tiene una duración de 2 minutos con 35 segundos.⁴⁵⁵

Elementos que comparten los 3 mensajes, los mensajes publicitarios del Seguro Popular hacen mención que gracias al gobierno pueden costear el problema de salud, como un problema de dinero y no de derecho a la salud, es la condición marginal y económica la que propicia la enfermedad y no las determinantes de la salud o noción de salud, se presenta como discurso oficial en forma de logros alcanzados en el gobierno, en tanto dar una buena imagen, es de resaltar que los mensajes incluyen agradecimientos y reconocimientos para el presidente y el gobierno. es difuso la relación entre atención médica e intervenciones de gasto catastrófico, no se menciona cual es la función del Seguro Popular (protección financiera) ni se promueve la prevención de la salud, se delega responsabilidades de los servicios estatales de salud a la persona, la noción de derecho a la salud se limita sólo a la cobertura.⁴⁵⁶

Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular

Una de las características de las políticas públicas es que todos los participantes tengan claro cuáles son los objetivos del programa ya que son los voceros de la microfísica de la comunicación social en salud, por lo tanto, se describirá las percepciones del personal médico en la atención médica del Seguro Popular, para ello el estudio abarcó la entrevistó de 40 enfermos crónicos y de 14 trabajadores del personal médico y distribuidas en 3 ámbitos el ideacional, el relacional y el estructural.⁴⁵⁷

Figura 1 enfermos crónicos, temas relevantes, el Seguro Popular apoya a las personas sin seguridad social, se considera como un regalo del gobierno, calidad dudosa de la atención e insumos, no garantizar una un trato de calidad técnica e interpersonal, falta sistemática de medicamentos, insatisfacción en el proceso para recibir atención de salud y cambios en los criterios de las coberturas, problemas para llegar al centro de salud.⁴⁵⁸

⁴⁵⁵ Ídem.

⁴⁵⁶ Ídem.

⁴⁵⁷ Hernández-Ibarra, Luis Eduardo. et, al, “Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular”, en *Revista salud pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, INSP*, Núm.2, Vol. 55, Cuernavaca, Morelos, 2012, pp,179-189.1

⁴⁵⁸ Ídem.



Figura 2 trabajadores del personal médico; temas relevantes, incremento de las actividades, la propaganda transmitida en radio y televisión ha hecho que se de la atención médica, falta de recursos materiales, la escasez de recursos humanos y la mala administración.⁴⁵⁹

Las percepciones del personal médico y de los enfermos crónicos se agrupan de la siguiente forma: 1) Ámbito ideacional; el Seguro Popular apoya a las personas sin seguridad social y la propaganda transmitida en radio y televisión ha hecho que se dé la atención médica; 2) ámbito relacional; calidad dudosa de la atención e insumos, no garantizar una un trato de calidad técnica e interpersonal y 3) ámbito estructural; falta sistemática de medicamentos, insatisfacción en el proceso para recibir atención de salud y cambios en los criterios de las coberturas, incremento de las actividades y falta de recursos materiales, la escasez de recursos humanos y la mala administración.⁴⁶⁰

Saberes y decires acerca del Seguro Popular. Un estudio en centros de primer nivel de atención de la Ciudad de México.

El estudio está conformado por una muestra de 16 Centros de Salud de la Ciudad de México, en el que se realizaron 117 entrevistas tanto a pacientes, personal médico y administrativo en un periodo de tiempo entre abril del 2012 a febrero del 2014, la finalidad es conocer las ideas, creencias e información sobre el Seguro Popular a partir de agentes socializadores como los discursos oficiales del gobierno federal, los spots televisados sobre salud, que conforma un conjunto de representaciones sociales, las categorías a describir son; 1) ventajas y desventajas del Seguro Popular y 2) contratación de personal por el Seguro Popular.⁴⁶¹

Ventajas, desventajas y contratación de personal del Seguro Popular

Figura 1, afiliados/beneficiarios; atender algún padecimiento crónico o recibir chequeos, SP contribuyó a mejorar la situación de los pacientes, recibir medicamentos sin costo, desabasto de medicinas.⁴⁶²

⁴⁵⁹ Ídem.

⁴⁶⁰ Ídem.

⁴⁶¹ Saavedra, Nayelhi, et. al, "Saberes y decires acerca del Seguro Popular. Un estudio en centros de Primer Nivel de Atención de la Ciudad de México", en *Revista Salud Problema, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco*, Núm. 14, 2014. p, 25-35.

⁴⁶² Ídem.



Figura 2, personal médico; es un programa, irresponsabilidad del paciente frente a la salud, descuido de la prevención, estrategias de abastecimiento por parte del personal médico, no hay abasto de medicamentos, procesos administrativos para la compra de medicamentos, contratación de personal, carencia de recursos básico, aumento de carga de trabajo puesto que la atención se da con los mismos recursos e instalaciones, desconocimiento de información sobre intervenciones que cubría el Seguro Popular.⁴⁶³

Socialización de los saberes sobre el Seguro Popular

Afiliados/beneficiarios y personal médico, el Seguro Popular lo asocian con el partido político del gobierno, PAN, el Seguro Popular es un medio político, se siente representados por los anuncios de publicidad del Seguro Popular, la pobreza es una condición intrínseca a los beneficiarios del Seguro Popular, incertidumbre y escepticismo ante la oferta ofrecida de los servicios de salud generado por los anuncios de publicidad del Seguro Popular.⁴⁶⁴

Personal médico la propaganda del Seguro Popular sólo pretende favorecer la imagen del gobierno Federal y de los partidos políticos, el tema de la salud lo ocupan como arsenal político para justificar gastos o ganar votos, inconsistencia estructural en el de sector salud, sobre todo en la atención médica de primer nivel, desinformación acerca del funcionamiento del Seguro Popular.⁴⁶⁵

La diabetes en la publicidad oficial para televisión mexicana: problemas y límites para la comunicación en salud

El siguiente estudio se analizará y se describirá la publicidad de la Diabetes el propósito es visibilizar que no hay una comunicación social en salud específica del Seguro Popular y a partir de la información estadística ver las agendas temáticas e inferir que no se cumple con la promoción de la salud en dos aspectos, primero no se publicita en pro de la prevención en ninguna modalidad, (personal, social, sectorial de salud, determinantes de la salud atención, primaria, segundo no se informa la función y operatividad del Seguro Popular. Puntualizamos que la investigación se realizó en los último 14 días del trimestre del 2011, en él se contabilizó 672 horas de programación

⁴⁶³ Ídem.

⁴⁶⁴ Ídem.

⁴⁶⁵ Ídem.



en 2 canales de televisión, canal 2 y canal 13, se desglosa un total de 7319 mensajes publicitarios sobre salud, de los cuales 708 son publicidad oficial en salud es decir el 9.1%.⁴⁶⁶

Del 3 al 9 de octubre y 21 al 27 de noviembre de 2011 se registró un total de 708 mensajes que corresponde a 15 mensajes sobre el desarrollo integral de la familia con 2.1%, le sigue 21 mensajes del Consejo de la Judicatura Federal con 3%, la Cámara de Diputados con 28 mensajes , es decir el 4%, 46 mensajes del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, con el 6.5%, Propaganda electoral de partidos políticos con 60 mensajes que representa el 8.5%, 503 mensajes de la Secretaría de Salud con 71% y el Gobierno Federal que representa la imagen del Seguro Popular con 35 emisiones que equivale al 4.9%.⁴⁶⁷

Se destaca que de los 708 el 7% son mensajes sobre reformas en materia de salud, 4.9% de los mensajes hace mención a logros en materia de salud y mejorar la imagen del gobierno a través de publicidad del Seguro Popular, 20.4 % de los mensajes no tratan de salud, pero la específica, en tanto las promesas de campaña de partidos políticos representa el 8.5% y 79.6% restante son mensajes emitidos por figuras que dan servicios de salud a la población.⁴⁶⁸

Temas de la publicidad oficial de salud en la televisión mexicana de instituciones proveedoras de servicios de salud.

Los datos arrojan que los temas de publicidad en salud, 15 mensajes son referentes a la prevención de adicciones y alcoholismo con 2.7%, salud sexual y uso del condón se mencionó 16 veces con 2.8%, el cuidado y desarrollo infantil se emitió 33 mensajes con 5.9%, 41 mensajes fueron para prevención del dengue con 7.3%, mientras que la Imagen institucional se emitieron 113 mensajes que representa el 20%, en el rubro de las Vacunas como sarampión y rubéola e influenza estacional se emitió 118 mensajes con el 20.9% y 228 mensajes se trataron sobre prevención del sobrepeso, obesidad y estilos de vida, dando un total de 564 mensajes.⁴⁶⁹

Respecto al tema de la prevención del sobrepeso, obesidad y estilos de vida todos los mensajes hacen alusión a que el responsable del cuidado de la salud es la persona, lo anterior se

⁴⁶⁶ Rojas-Rajs, Soledad, “La diabetes en la publicidad oficial para televisión mexicana: problemas y límites para la comunicación en salud”, en *Revista Salud Problema, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, CONACYT*, Núm. 19, 2014, Ciudad de México, 2016. pp, 9-20.

⁴⁶⁷ Ídem.

⁴⁶⁸ Ídem.

⁴⁶⁹ Ídem.



afirma en la campaña de salud “sobrepeso y obesidad”, las palabras utilizadas son cuídate, elige, decide, toma agua, come vegetales y estar activos que representa el 92.5% de los mensajes, de ese mismo 92.5% no se mencionan a los servicios de salud, el 7.5% de los mensajes busca encontrar una solución la problem de salud.⁴⁷⁰

1) El 44.8% hace referencia al indicador de medicamentos y medicinas el cual se emito 3277; 2) alimentos representa el 16.5% y se transmitió 1205 veces; 3) productos para belleza y cuerpo se transmitió un total de 654 con el 8.9%; 4) productos para salud bucal (autocuidado de la salud) el número de veces que se repitió es de 402 lo que equivale a 5.5%; 5) servicios de salud (imagen institucional/promoción), se abre un paréntesis, es en este indicador donde se debe promocionar los objetivos en materia de salud del gobierno, como la prevención de la salud, los servicios de salud que tienen derecho la población, enfatizar que la salud es un derecho y no una “ayuda del gobierno”, dar a informar sobre la función del Seguro Popular, el cual representa el 5% de los mensajes transmitidos con 369 emisiones; 6) obesidad y sobre peso, los mensajes de publicidad van en referencia a la campaña gubernamental de prevenir enfermedades crónico degenerativas, en este rubro se emitieron 229 mensaje y todos van dirigidos a comer bien, a hacer ejercicio, no llevar una vida sedentaria haciendo responsable a la persona de su salud, el 3.1% representa a este indicador.⁴⁷¹

7) Otros productos para higiene personal se transmitieron 169 mensajes con 2.3%; 8) productos para limpieza del hogar 147 mensajes con 2%; 9) prácticas de salud (vacunación, dengue, lactancia, cuidado infantil, salud sexual) otro indicador que tiene relevancia y que está diseñado para crear nuevos hábitos de salud en la población es muy bajo con 144 mensajes transmitidos con un 2%; 10) cuidado de los pies y plantillas se emitieron 80 mensajes lo que representa el 1.1%; 11) bebidas 76 menajes se contaron con el 1 %; 12) alcoholismo y drogadicciones mensajes publicitarios transmitidos 73 con el 1% y 13) otros; se transmitieron 225 mensajes y equivale a 3.1%.⁴⁷²

⁴⁷⁰ Ídem.

⁴⁷¹ Rojas-Rajs, Soledad y Hernández Zinzún, Gilberto, “Salud y comunicación: la salud en la publicidad de la televisión mexicana”, en *División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM, unidad Xochimilco*, (coord), Jarillo Soto, Edgar C y López Arellano, Oliva, Ciudad de México, 2018, pp. 203-220.

⁴⁷² Ídem.



Televisión y salud en México. Un acercamiento al papel de la televisión y la publicidad en materia de educación y salud.

Indicadores a describir, frecuencia y contenido de los mensajes televisivos, rating y barras comerciales, televisión abierta en México, el periodo de monitoreo comprende del domingo 14 de noviembre al 10 de diciembre de 2012, se analizaron y se contabilizaron, propaganda gubernamental en salud, productos comerciales y spots, las variables a cuantificar insumos para la salud, alimentos y bebidas, bebidas alcohólicas, productos cosméticos, productos de aseo, plaguicidas y pesticidas, campañas sociales en salud y campañas de propagan en salud. El rango de mensajes monitoreados fue de 4588 spots que suman 84 horas continuas de programación.⁴⁷³

Monitoreo de la televisión abierta mexicana en los canales 2, 5, 7 y 13

Canal 2, los mensajes fuera de categoría se emitieron 446 mensajes, propaganda en salud 13 mensajes, publicidad social en salud se emitieron 38 mensajes, para plaguicidas y pesticidas 0 mensajes, producto de aseo se contabilizaron 59 mensajes, productos cosméticos 94 mensajes, en tanto bebidas alcohólicas hubo 20 mensajes emitidos, alimentos y bebida 359 mensajes e insumos para la salud se emitieron 338 mensajes.⁴⁷⁴

Canal 5; insumos para la salud se emitieron 128 mensajes, alimentos y bebidas 184, bebidas alcohólicas 19, productos cosméticos 38 mensajes, productos de aseo 17 mensajes registrados, plaguicidas y pesticidas 0 mensajes, publicidad social en salud 19 mensajes, propaganda en salud se emitieron 6 mensajes y fuera de las categorías 531.⁴⁷⁵

Canal 7; fuera de categoría se registraron 442 mensajes, propagan en salud 9 mensajes, publicidad social en salud 37, plaguicidas y pesticidas 0, productos de aseo 20, productos cosméticos 67 mensajes, bebidas alcohólica 58, alimentos y bebidas 262 mensajes e insumos para la salud 156 mensajes.⁴⁷⁶

⁴⁷³ Cabrera Franco, Tonatiuh, Op cit, pp. 79-127.

⁴⁷⁴ Ídem.

⁴⁷⁵ Ídem.

⁴⁷⁶ Ídem.



Canal 13; insumos para la salud 348, alimentos y bebidas 262 mensajes, bebidas alcohólicas 11, productos cosméticos 100, productos de aseo 49, plaguicidas y pesticidas 0, publicidad social en salud 109, propaganda en salud 12 y fuera de las categorías 457.⁴⁷⁷

El total de porcentaje por variables arroja; fuera de categoría representó el 41.3%, le sigue propaganda en salud con 0.87%, publicidad social en salud fue de 2.37%, para plaguicidas y pesticidas fue de 0, productos de aseo con el 3.16%, productos cosméticos representa el 6.5%, bebidas alcohólicas con 2.3%, en cambio alimentos y bebidas fue del 22.25% y de insumos para la salud fue del 21.14%.⁴⁷⁸

Insumos para la salud

Las categorías a contabilizar son 6; medicamentos, productos de higiene, odontológicos, servicios médicos, cremas corporales y pañales.

Donde el 64% es referente a medicamentos y se registraron 625 mensajes, después productos de higiene con 139 mensajes con el 14.32%, le sigue odontológicos con 77 mensajes con 7.9%, respecto a servicios médicos se emitieron 15 mensajes con 1.5%, cremas corporales 15 mensajes con 1.5% y pañales hubo 99 mensajes con el 10.20%.⁴⁷⁹

Publicidad social en salud

Las subcategorías a analizar cruz roja, CNDH, vacuna contra la influenza, línea de la salud, marcas socialmente responsables, fundación azteca, fundación televisa y universidad Iberoamericana. pronósticos y otros.⁴⁸⁰

Ahora bien, los datos en publicidad en salud nos dicen que 3 mensajes corresponden a la cruz roja con 2.7%, CNDH se registraron 13 mensajes con el 11.9%, vacuna contra la influenza 7 mensajes con 6.4%, línea de la salud 7 mensajes con 6.4%, marcas socialmente responsable 25 mensajes con el 22.9%, 11 mensajes de fundación azteca con 10%, fundación televisa 4 mensajes

⁴⁷⁷ Ídem.

⁴⁷⁸ Ídem.

⁴⁷⁹ Ídem.

⁴⁸⁰ Ídem.



con el 3.6%, Universidad Iberoamericana 11 mensajes con 10.9%, pronósticos 6 mensajes con 5.5% y otros 2 mensajes con el 1.8%.⁴⁸¹

Salud médica

En la misma línea la subcategoría de salud médica menciona que la mayor parte de los mensajes televisivos están enfocados al uso y consumo de medicamentos como estrategia de cuidado de la salud y que es reforzada en las campañas gubernamentales en salud como aporía de servicios médicos, ya que en sí el medicamento previene y ausenta la enfermedad, si desglosamos los datos, en un rango de 4588 mensajes televisivos, 3850 son referentes a otros propósitos de salud con 83.9%, 36 mensajes son respecto a publicidad social en salud con 0.78% y medicamentos se emitieron 702 mensajes que representa el 15.3%.⁴⁸²

Hogar y salud, barras y programas

En cuanto a la subcategoría de hogar y salud lo que se pretende es cuantificar las audiencias o grupos sociales a los que están dirigidos (edad, género, ocupación) los spots en salud, con el propósito de generar nuevos comportamientos o hábitos de salud, las subcategorías se describen; insumos para la salud, alimentos y bebidas, bebidas alcohólicas, productos cosméticos, productos de aseo, plaguicidas y pesticidas, publicidad social en salud, propaganda en salud y fuera de las categorías.⁴⁸³

Barra A; 332 mensajes de insumos para la salud con 23%, 329 mensajes de alimentos y bebidas con 23%, 8 spots de bebidas alcohólicas con el 0.56%, productos cosméticos 96 mensajes con 6.7%, productos de aseo 52 mensajes con 3.6%, plaguicidas y pesticidas 0 mensajes, 44 mensajes de publicidad social en salud con el 3%, propaganda en salud 14 spots con 0.9% y fuera de las categorías 552 mensajes con el 38.62%.⁴⁸⁴

Barra AA; insumos para la salud 370 mensajes con 22.5%, alimentos y bebidas 399 mensajes emitidos con el 24.3%, bebidas alcohólicas 13 mensajes con 0.7%, 108 mensajes referentes a productos cosméticos con 6.5%, productos de aseo 40 mensajes con 2.4%, plaguicidas

⁴⁸¹ Ídem.

⁴⁸² Ídem.

⁴⁸³ Ídem.

⁴⁸⁴ Ídem.



y pesticidas 0 mensajes, publicidad social en salud 33 mensajes con 25, propaganda en salud 10 mensajes con el 1.05% y fuera de las categorías 665 mensajes que equivale al 40.5%.⁴⁸⁵

Barra AAA; insumos para la salud se registraron 268 mensajes con el 17.5%, 293 mensajes emitidos de alimentos y bebidas con 19.2%, 87 mensajes de bebidas alcohólicas con el 5.7%, productos cosméticos 95 mensajes con 6.2%, 53 mensajes de productos de aseo con 3.4%, plaguicidas y pesticidas 0 mensajes, 32 mensajes referentes a publicidad social en salud con 2.1%, propaganda en salud 679 mensajes emitidos que representa el 1.5% y 679 mensajes emitidos para fuera de las categorías con 44.%.⁴⁸⁶

Conclusiones

Se concluye que los tópicos en materia de Seguro Popular en el periodo 2004-2020 es excluyente y contradictorio y abarcan los temas:

1) prevención de la salud/autocuidado de la salud

Si nos detenemos a analizar los spots del seguro Popular nos vamos a encontrar que su función es de carácter propagandístico y en ningún momento habla sobre prevención de la salud/autocuidado de la salud; los temas de los que se habla en los spots, la Afiliación, mediante ella la vida de las personas van a cambiar, el status social (pobre/rico), de género, la mayoría de los spots salen mujeres que requieren un seguro, estado de paz y tranquilidad ante la llegada de un gobierno generoso que implementa el Seguro Popular, la familia que genera la movilidad social gracia al cuidado de la salud, la cobertura en salud, por que existe un centro de salud cercano a cada persona, pero ningún caso se resalta ni se enfatiza la prevención de la salud/autocuidado de la salud.

2) resaltar función operativa del Seguro Popular

Una de las principales críticas al SP es que, en los 16 años de funcionamiento, existió sesgos en la forma de operación en la prestación de los servicios de salud, puesto que las funciones no eran claras entre los médicos, gestores de la salud, centros de salud y beneficiarios, lo constatamos en la encuesta de satisfacción del Seguro Popular 2016 que fue la última que se realizó

⁴⁸⁵ Ídem.

⁴⁸⁶ Ídem.



y que contrasta con las evaluaciones de impacto del CONEVAL, donde menciona que no hay una armonización entre los objetivos, la operación del Seguro Popular y la comunicación política, desde el 2004 hasta el 2019, cito, “Mejorar los sistemas de información para contar con datos coherentes y válidos. Esto permitiría tener cierta certeza del efecto real del FPGC en la cobertura de las afecciones que cubre, conocer en qué medida el FPGC está contribuyendo a solucionar los problemas de salud en los estados y si está realmente cumpliendo con el propósito para el que fue creado. También permitirá, a mediano plazo, medir su impacto en la epidemiología nacional y local. Además, servirá para apoyar los procesos de planeación, supervisión y evaluación”⁴⁸⁷

3) derecho a la salud

Durante los sexenios 2006-2018 se consiguió cierta cobertura en el acceso afectivo a los servicios de salud, sobre todo en los grupos sociales pobres que comprende los primeros 4 deciles, el gasto en salud aumentó, hubo una reducción en el gasto de bolsillo considerable, se redujo la muerte infantil e incrementó la atención de mujeres en el rubro de obstetricia se implementó un régimen subsidiario en el que se entregaba un paquete básico de salud, el uso de servicios preventivos, una protección de riesgo financiero, no obstante el avance del derecho a la salud no se ve reflejado en la comunicación política, se remarca los aspectos negativos y el uso político del Seguro Popular y la publicidad oficial en salud sólo resaltó los logros obtenidos con clave de político electoral.

4) percepción sobre el seguro popular

a) Los medios de comunicación

Los temas que han virado (corrupción por parte de los gobernadores en el desvío de recursos, compra de medicamentos falsos, simulación en la compra de equipo médico) sobre el Seguro Popular han encarecido la imagen, las medidas para corregir los actos de corrupción no fueron suficientes para generar otra imagen, también influyó la difusión de la medios de comunicación en la percepción que se tiene de los gobiernos emanados de los partidos políticos (PAN, PRI), como corruptos y malos para gobernar, que incidió en la imagen institucional.

1) Reproducción del discurso oficial.

⁴⁸⁷ Secretaría de salud, SSA, Op cit, p. 2



a) Tanto en las conferencias de prensa como en los eventos público, en los medios de difusión, en la declaraciones, en las entrevistas se reprodujo el discurso oficial; se ocupó al Seguro Popular para reconstruir la imagen presidencial y del Sistema Nacional de Salud, lo constatamos por que son dos los temas recurrentes, el primero son los objetivos alcanzados en el gobierno (cuantos hospitales, cuantas cobertura alcanzadas, cuantos medicamentos entregados,) y dos lo efectivo que el gobierno en implementar la política de salud, lo comprobamos en las palabras usadas; ayuda gubernamental, regalo, dádiva, este gobierno si piensa en nosotros, de algo sirve el Seguro, antes no daban nada, con el seguro ahora puedo dormir feliz, ya nada me falta con el seguro, me cambió la vida.

2) Difusión y publicidad, Seguro Popular, evidencia de los spots

a) LGS/ promoción de la salud

Es contundente, podemos afirmar que no hay una promoción de la salud en la comunicación política del Seguro Popular, se habla de la cobertura, de los fácil que es afiliarte, de que salva vidas, de recibir tratamiento y medicamento, pero no de las formas y del cómo estar sano, se pone de relieve por que México es un país que atraviesa un grave problema de enfermedades crónicas degenerativas o no transmisibles (diabetes, obesidad, cáncer y problemas cardiovasculares), se ha hablado durante 16 años que el objetivo primordial en salud es la atención en el primer nivel lo cual es cierto (prevención de la enfermedad) sin embargo, hoy el problema lo tenemos en la atención en el segundo y tercer nivel (alta especialidad) y no ha sido ni será prioridad por lo menos en este gobierno, las acciones deben estar encaminadas en dos frentes, en la prevención de la salud (atención en el primer nivel y la atención en las determinantes de la salud) y atender de manera urgente las enfermedades no transmisibles.

b) infraestructura/metodología epidemiológica

Los spots revisados remarcar dos aspectos particulares; infraestructura/metodología epidemiológica, los cuales están armonizados en la LGS en el artículo 77 bis 1 y en la SSA en el apartado de la promoción de la salud , lo que buscamos es evidenciar lo arcaico de la publicidad en salud, la promoción en salud busca crear hábitos y conductas que adopten la prevención de la salud, es decir no enfermarse, pero los comerciales dicen lo contrario, en lugar de difundir y promover la prevención en su lugar aparece los números de cobertura obtenidos en salud, unidades



médicas construidas, servicios médicos, que se entiende como propaganda política, de manera oblicua lo parámetros para medir las condiciones de vida de una población es mediante la metodología epidemiológica; entendida como los mecanismo de morbilidad, natalidad, mortalidad, es decir la enfermedad es la regla en la sociedad mexicana, aquello que busca la publicidad en salud, la promoción en salud es contraria a los comerciales publicitarios emitidos.

c) economía de la salud/ consumo de la salud

La evidencia al momento de ver los spots, menciona una economía de la salud, la entendemos como la implementación de infraestructura (hospitales, médicos, medicamentos, tratamiento) y su objeto es la población, que requiere un uso, luego entonces la dinámica de la salud se convierte en un objetivo social con carácter político, por lo que sí estas enfermo tienes accesos a los servicios de salud, se infiere que no estando enfermo también tienes acceso, las historias contadas en los comerciales del Seguro Popular enfatiza el consumo de la salud como el factor principal y no está encaminada a la promoción o la prevención ni a fomentar las determinantes, la salud se consume sólo como enfermedad.



CAPÍTULO 5 LA DISPUTA POR LA AGENDA SALUD ENTRE CREADORES Y DETRACTORES

5.1 La disputa por la agenda de salud entre el gobierno y los grupos opositores

a) Privatización de los servicios de salud y las reformas a la LGS

b) La reforma de la LGS sobre el nuevo método de financiar el seguro popular a partir de la afiliación por persona y ya no por familia, lo que repercute en el dinero entregado a los estados para el uso del acceso a los servicios de salud, haciéndolos "cajas de fondos de dinero".⁴⁸⁸

c) Casos de corrupción en el financiamiento a los servicios de salud y la nula efectividad de los REPS para entregar los recursos a los estados para la operatividad de los servicios de salud y del subejercicio del gasto en salud

2) Grupos opositores:

a) problemas de diseño del Seguro Popular; 1) se estipula que el derecho a la salud pasa por establecer servicios de salud mediante un fondo de financiamiento; 2) centralismo a la hora de la operación de otorgar un paquete de intervenciones, CUASES; 3) la relación médico/clínica es de carácter privado, promueve que el sector salud se fragmente y b) política fiscal; 1) los gastos de salud es meramente protección financiera y no de seguridad social; 2) la disminución del gasto

⁴⁸⁸ 1) Gobierno: Cobertura Universal de Salud, CUS; política pública de salud integrada por grupos focales, en el que se llega a realizarse transferencias económicas condicionadas a cambio de acceder a un servicio, implementada por una separación en la administración de los fondos de salud y el financiamiento. Se ve prevé dos vertientes; una primera línea de acción en la prestación de los servicios y dos, en la compra de equipo e infraestructura en los servicios, se enfatiza que las acciones gubernamentales se centran en la creación de paquetes de servicios de salud y médicos, puestos en competencia por el mercado, dado que existe una demanda y una oferta el cual permite el surgimiento de aseguradoras que debe costear a partir de un gasto público, el sistema de salud dinamiza las formas de financiamiento, (cobertura-servicio, cobertura-seguro, acceso a los servicios y gasto en salud). Da de facto que las garantías o los derechos de salud se pierdan, con ello las acciones de salud se desplacen fuera del ámbito social (determinantes de la salud; vivienda, alimentación, ingreso) y solo recaiga en la persona, además que la persona se haga responsable de su salud y de acceder a los servicios, el eje central es un aseguramiento universal que tiene por mecanismo la protección social, puntualicemos, la PP de salud se caracteriza; a) los servicios médicos se privatiza; b) el financiamiento entra en una relación compra-venta de servicios interminable, por lo que; c) la cobertura poblacional se da en correlato al acceso a los servicios de salud requeridos y d) la política pública de salud se estructura bajo la forma público-privado.

2) Opositores: Sistema Único público y Universal de Salud, SUS; se rige bajo el principio de cobertura universal, busca el aseguramiento universal como derecho irrenunciable cuyas estrategias se encaminan a establecer un modelo de atención con acceso a los servicios de salud, que parte de la idea en homogeneizar el sistema de salud donde el Estado sea el rector del financiamiento y de otorgar los servicios de salud, el gasto público debe recaer en un beneficio social, con una perspectiva integral, participativa, transversal y territorial.



de bolsillo es un esquema de aseguramiento pluralizado estructurado más que público y 3) las reformas a la LGS son de corte privatizador.

Fracción de la izquierda de México

a) Privatización del Sistema Nacional de Salud:

La politización de la política de salud se centra en atacar la operatividad del Seguro Popular en el mecanismo de financiamiento, sobre todo en la asignación y distribución del gasto en salud, con el pretexto de que el sistema de salud será privatizado y visibilizar las asimetrías de los sistemas estatales de salud, en la parte de infraestructura hospitalaria, personal médico y medicinas.

b) la política de salud como modelo de reformas neoliberales

Gran parte de la construcción de la comunicación política en materia de Seguro Popular es, que obedece a reformas neoliberales de carácter privatizador. Medidas como quitar el subsidio en el gasto de salud y proporcionarlo a los estados para que se hagan responsables en el acceso a los servicios de salud, entran bajo la lógica de la libertad económica, ya que desincentiva un modelo universal de salud.⁴⁸⁹

⁴⁸⁹ Se optó por los actores políticos de Andrés Manuel López Obrador, Asa Cristina Laurell, Gustavo Leal Fernández, ya que fueron las principales figuras que se opusieron a la implementación del Seguro Popular como medida privatizadora de la salud, se pone de ejemplo el caso de la Ciudad de México como último estado en incorporarse y en implementar la política de salud, Seguro Popular, ya que no proporcionaba la gratuidad en los servicios de salud como en la obtención de medicamentos, alegando el cobro de cuota a la población, siendo éste un caso de bloque de poder de mediaciones entre el gobierno de la Ciudad de México y el aparato Estatal. Asa Cristina Laurell abogaba por la efectiva política de salud implementada en la Ciudad de México, donde se implementó el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos, alcanzó el 95% de cobertura en la población no asegurada, según datos proporcionados por la Secretaría de Salud, el pilar de la política de salud en la Ciudad de México se fundamentaba en la universalidad y gratuidad en el sistema de salud. Por su parte Gustavo Leal Fernández investigador y especialista en la política pública de salud y seguridad social, hace énfasis que la política pública de salud, Seguro Popular deteriora e incrementa la fragmentación del Sistema Nacional de Salud ya que obedece a dos sistemas distintos de salud; a) población asegurada: población que por su condición laboral pertenece a una institución de salud; IMSS, ISSSTE y b) población no asegurada: población que no pertenece a ningún sistema de salud, ni público ni privada. Aquellos que deciden afiliarse al Seguro Popular cuenta con un seguro de financiamiento, que propicia que la brecha al acceso efectivo a los servicios de salud disminuya, el financiamiento a un seguro de salud no genera la universalidad en el acceso a la salud como un derecho, sino, en cambio sí, la aparente universalización en la cobertura a los servicios de salud. a) universalidad en el acceso a la salud, hace referencia a que todas las personas tenga el acceso a la salud, en todas las dimensiones, desde el primer nivel y hasta el tercer nivel; b) universalización en la cobertura a los servicios de salud, se parte de la idea que no es necesario hacer frente al acceso, más bien se ofrece una cierta cantidad de servicios de salud en los que la población determina si hace valer el uso o no. Esa es la disyuntiva y la politización de la política pública de salud que ha persistido durante los últimos 20 años en el país, privatizar (Seguro Popular) o crear un modelo universal (INSABI).



Argumentan que la descentralización de la salud; al no ser el recto el Estado pierde su función social, que es la garantizar y proporcionar el derecho a la salud a toda la población, entrando en la dinámica de la competencia; corrupción y mala distribución en el gasto de salud y abuso desmedido de la figura seguro de financiamiento.

La politización de la política de salud se centra en atacar la operatividad del Seguro Popular en el mecanismo de financiamiento, sobre todo en la asignación y distribución del gasto en salud, con el pretexto de que el sistema de salud será privatizado y visibilizar las asimetrías de los sistemas estatales de salud, en la parte de infraestructura hospitalaria, personal médico y medicinas.⁴⁹⁰

Investigadores y expertos en política pública de salud

a) fragmentación en el sistema nacional de salud; contradicción entre el diseño y la implementación del seguro popular; descentralización de los servicios de salud y aplicación y métodos de financiamiento del sistema de aseguramiento de la población abierta.

Gobierno 2000-2018:

a) reorganización del sistema de salud; b) protección financiera; c) disminución del gasto de bolsillo en salud; d) inversión insuficiente en salud; e) instaurar seguros de salud y f) estrategia de co-pago.

a) población no derechohabiente; b) universalización al acceso a la salud; c) estimulación de la participación cuidada; d) garantizar la calidad de los servicios de salud; e) cobertura universal en salud y f) sistema único de salud.

⁴⁹⁰ 1) Sartori; en la configuración de los sistemas partidistas, la sociedad da a conocer sus intereses en procesos comunicativos; es decir la información que se suscita en el sistema social, ya sea corrientes ideológicas, anti sistémico, ecológicas, feministas, de salud, con lo cual llega a incorporarse en los sistemas partidistas competitivos, logrando que se llegue a una fase de pluralismo polarizado, el desgaste entre izquierdas-derechas lleva a una politización de las acciones gubernamentales y a una polarización del sistema de partidos, que pueden incidir en diferencias partidistas, programáticas o dentro de la clase política o a conformar coaliciones de gobierno o construir proyectos de gobiernos, subsecuentes de la fragmentación y polarización el cual es compatible con la democracia. Cita referida en: Vargas González, Pablo, “La grieta política mexicana: polarización de proyectos políticos 1988-2018”, en Revista Espiral, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Núm. 80, Vol. 28, 2021, p. 121.

2) Partimos del concepto propuesto por Chantal Mouffe en el que resalta la relación agonista; la sociedad se constituye en antagonismos y conflicto que no puede ser erradicado, de tal manera que se elabora una identidad política, ellos/nosotros, esta dinámica entre ellos /nosotros se interioriza en arreglos institucionales, normas sociales, en donde se reconoce la legitimidad del otro, el oponente, y que lleva a que no exista solución del conflicto.



c) El Estado como rector de la política de salud:

El estado benefactor habiendo fracasado en no cumplir las expectativas sociales como una unidad totalizante, ahora se limita a operar en diferentes parcelas; la política social que abarcaba toda la estructura societal a partir de mediaciones ahora se hace dese la noción de la focalización; grupos focales, el cual obedece a una postura de mercado por que ya no es el grupo quien era subsidiado por el Estado, sino el individuo el que debe pagar por acceder a los servicios sociales.

491

5.1.2 En materia legislativa

Se tomo en cuenta el proceso legislativo de 2000-2020 que comprende las legislaturas LVII, LVIII-LIX, LX-LXI, LXII-LXIII, y LIV, el número de iniciativas presentadas y aprobadas en materia de salud, el número de iniciativas que presentó cada grupo parlamentario, los integrantes presidentes de la comisión de salud; las iniciativas presentadas por el ejecutivo federal y la votación efectuada en política pública Seguro Popular, a fin de cuantificar las decisiones políticas en Seguro Popular.

La finalidad de analizar y describir las iniciativas aprobadas en la cámara de diputados es saber que temas fueron los que se aprobaron, que temas recibieron mayor o menor número de iniciativas y mayor o menor consenso/respaldo.

1) Para el periodo legislativo LVIII-LIX que abarca los años 2000-2006 se presentaron 856 iniciativas aprobadas que representa el 100%, de las 42 comisiones ordinarias que integra la cámara de diputados se presentaron 787 iniciativas que equivale al 92%, el total de iniciativas presentadas por la comisión de salud fue de 69 es decir el 8%, de ese 8% 3 las presento el ejecutivo federal, Vicente Fox referente a materia de salud que es igual al 2%, se desprende que en el periodo 2000-2006 de las 69 iniciativas el PAN fue quien presentó más iniciativas con 36 o sea el 50%, le siguen 22 del PRI con el 31%, 8 del PRD con 11%, 5 del Partido Verde Ecologista de México con 7% y una iniciativa presentada por el diputado Nicolas Teodoro Salas Pérez con el 1%, el porcentaje total de iniciativas presentadas por los partidos en el periodo 2000-2006 fue de 34%.

⁴⁹¹ Filgueira, Fernando, “Hacia un modelo de protección social en América Latina”, en *Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, Serie Políticas Sociales*, Ministerio de relaciones exteriores de Noruega, núm. 188, Santiago de Chile, 2014, pp. 5-53.1



Se hace mención que, del total de iniciativas en política de salud, sólo una de ellas es competencia de seguridad social a la población abierta o sin seguridad de salud.⁴⁹²

Iniciativas presentadas por el ejecutivo federal fueron 124, 3 de ellas en materia de salud; la reforma de ley del IMSS, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 4/10/2001; reforma a la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 12/11/2002 y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, dicha ley consistió en imponer el nombre Isidro Espinosa de los Reyes al Instituto Nacional de Perinatología de alta especialidad (ginecología salud reproductiva y perinatal, maternal y de obstetricia), publicada en el Diario Oficial de la Federación el día, 10/03/2004. La reforma a la Ley General de Salud trató de la sustitución del sistema de salud por el sistema universal de protección social, derivó en la modificación de los artículos 3, 13, 17, 28, 35, 77 bis1 y 77 bis 44 de la Ley General de Salud, la finalidad de dicha modificación tenía como objetivo la creación de 3 tipos de seguros públicos de salud; un seguro para los asalariados destinado al sector privado, un seguro para los trabajadores al servicios de Estado y tres un seguro para lo autoempleaos y desempleados sin seguridad social, todos ellos operados por Sistema de Protección Social en Salud, SPSS, el destino final fue la creación del Seguro Popular, se aprobó en lo general en la cámara de diputados con 305 votos a favor, 115 en contra y 4 abstenciones, en la cámara de senadores se aprobó con 88 votos a favor y 6 en contra y publicada en el Diario Oficial de la Federación el jueves 15 de mayo de 2003.⁴⁹³

La comisión de salud que está conformada por la representación partidista, en su mayoría la designación de los integrantes las realiza la junta de coordinación política, dicha comisión para el periodo LVIII 2000-2003 no hubo presidente, en su lugar estuvo presidido por el secretario general, Eduardo Abraham Leines Barrera del PRI, en el periodo LIX 2003-2006 estuvo liderada por el grupo parlamentario del PAN, el presidente de la comisión de salud fue José Ángel Villalobos Córdoba del PAN, se destaca que José Ángel Villalobos Córdoba durante el 2000-2006 presentó 7 iniciativas en materia de salud, se induce la influencia de toma de decisión dentro de la comisión de salud.⁴⁹⁴

⁴⁹² Secretaría de Gobernación, en *Sistema de Información Legislativa, SIL*, En: <http://sil.gobernacion.gob.mx/portal>, Fecha de consulta: 16 de febrero de 2023.

⁴⁹³ Ídem.

⁴⁹⁴ Ídem.



2) Periodo legislativo LX-LXI 2006-2012

Se presentaron un total de 902 iniciativas, de los cuales 85 fueron en materia de salud con el 9%, 817 son referentes a temas distintos a la salud que representa el 91%, el ejecutivo federal encabezado por Felipe Calderón presentó 4 iniciativas sobre salud con el 4%, el conteo por partidos da 36% del PAN con 31 iniciativas, 19% del PRI con 16 iniciativas, 9% del PRD con 8 iniciativas; 13% del PVEM con 11 iniciativas; 1% de Nueva Alianza con una iniciativa; 1% de Convergencia con una iniciativa; 1% de Movimiento Ciudadano con una iniciativa; la coalición de los grupos parlamentarios partidistas 12 iniciativas con el 14%; la cámara de senadores presentaron 2 iniciativas que representa el 2%, una iniciativa del congreso del estado de Tabasco que presenta el 1% y una iniciativa del congreso del estado de Chihuahua con el 1%.⁴⁹⁵

Se presentaron 105 iniciativa por parte del ejecutivo federal, 4 son de carácter en materia de salud es decir el 4%. En materia de salubridad, posesión, comercio y suministro de narcóticos , previstos como delitos contra la salud (2/10/2008); reforma a la Ley de del Seguro Social en los artículos 139, 165, 168 y 191, ampliación del retiro de ahorro en caso de desempleo, (12/02/2009); reforma a la Ley General de Salud en la clasificación de sustancias psicotrópicas como Mefedrona, Piperazina TFMPP, Midazolam y canabinoides sintéticos K2 y la reformas a los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de la Ley General de Salud que modifica el esquema de financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud para que sea calculado con base a las personas afiliadas, aprobado en la cámara de diputados con 355 votos a favor, 13 en contra y 4 abstenciones, aprobado en cámara de senadores con 83 votos a favor, publicado en el Diario Oficial de la Federación el miércoles 30 de diciembre de 2009.⁴⁹⁶

Para comprobar la conjetura de la agenda de salud vamos a complementar los datos con un estudio del Centro de Investigación de Docencia Económica, CIDE que permite visibilizar aquellos temas donde se requiere atención o una mayor demanda de acción como es el caso de la salud o para ser precisos el tema de la población que no cuenta con seguridad social.

El estudio comprende las iniciativas a aprobadas durante la legislatura LXII en el senado de la república y la revisión de la agenda setting 12 meses antes de la presentación de la iniciativa,

⁴⁹⁵ Cámara de Diputado, en *Gaceta parlamentaria*, En: <http://gaceta.diputados.gob.mx/>, Fecha de consulta: 14 de febrero de 2023.

⁴⁹⁶ Ídem.



tenemos en el caso específico de la agenda de salud se presentó una iniciativa que corresponde a la creación de lactarios en los centros de trabajo, presentada por el PAN en 2013 por la Senadora Maki Esther Ortiz Domínguez ⁴⁹⁷

No podemos las obviar las variables que a mayor importancia de la agenda pública por ende mayor cantidad de primeras planas y noticias, mayor número de iniciativas o a la inversa a menor difusión o periodo de exposición de un tema menor será la cantidad de iniciativas, empero, respecto a la agenda de salud tanto la correspondencia (importancia del tema en la agenda setting) como la cobertura (el tiempo o semanas en el que permaneció en la agenda setting) fue baja de 0.1% a 0.5% en comparación con otros temas como el de sujetos obligados con 75% y diseño institucional 77% respectivamente.⁴⁹⁸

Se clara y se puntualiza que la intención de mostrar la agenda legislativa y la agenda setting no es motivo ver las iniciativas si se ajustan o encajan en la opinión pública, se resalta la relevancia e importancia de los temas en la agenda legislativa.⁴⁹⁹

Para el periodo legislativo LXII se presentaron 255 iniciativas de los cuales 12 fueron de carácter administrativo y de gobierno, otras 176 refieren a leyes secundarias y 67 son reformas constitucionales. Al momento de depurar los datos 169 son iniciativas, 107 modificaciones a leyes secundarias, 7 son administrativo y 55 reformas constitucionales.⁵⁰⁰

El desglose por partidos corresponde al total de iniciativas aprobadas; el 45% las presentó el PAN, el 35% el PRI, el PRD con el 30%, El PVEM 17%, Movimiento Ciudadano 4%, el PT 6%, El PANAL 4% y la mesa directiva 1%.⁵⁰¹

En cuanto a la clasificación de las iniciativas o las comisiones que presentó iniciativas 3 de ellas representan el 63% repartidas en derechos (rendición de cuentas, transparencia y

⁴⁹⁷ Guerra Osorno, Irma del Carmen, “Aproximación al vínculo entre la agenda institucional y la agenda pública, el caso del Senado de la República de México”, Tesis doctoral: Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE, 2019, Repositorio digital del CIDE, Ciudad de México, En: <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/3867>, Fecha de consulta: 17 de marzo d3 2023.1

⁴⁹⁸ Ídem.

⁴⁹⁹ Íbidem, pp. 64-67.

⁵⁰⁰ Ídem.

⁵⁰¹ Ídem.



discriminación) 13%, ley y crimen 16% y operaciones del gobierno (reglamento interno tanto poder legislativo como del poder ejecutivo) con 34%.⁵⁰²

Temas con mayor número de iniciativas

ampliación de sujetos obligados 4, cambio climático 4, desaparición forzada 7, reclamaciones 5, sistema penal 6, sistema político electoral 11, sistema nacional anticorrupción 6, trato digno de animales 5.⁵⁰³

Temas con una sola iniciativa

Salud; lactancia materna, instalaciones médicas y salud reproductiva, por ejemplo en el tema de instalaciones médicas en 2012 el 53.8% de la población utilizó servicios públicos y el 29.2% presentó carencia por acceso a servicios de salud, se enfatiza la agenda de salud por que de los 3 temas presentados en 2 de ellos (infantes y niños e instalaciones médicas) sólo fue agenda de un partido PAN y PVEM , el tema de prevención de enfermedades tuvo el consenso de 4 partidos, PRI, PAN, PRD y el PANAL.⁵⁰⁴

3) periodo 2012-2018

En el proceso legislativo LXII-LXIII (2012-2018) se aprobó un total de 984 iniciativas, 69 de ellas pertenecientes a la comisión de salud lo que representa el 7%, las otras 915 iniciativas con el 97% corresponden a temas distintos a salud, ahora bien el conteo por partido político da los siguientes números; el PAN presentó 15 iniciativas que es igual al 22%; 36% del PRI con 25 iniciativas; 10% del PRD con 7 iniciativas; 7% del PVEM con 5 iniciativas; 1% de Movimiento Ciudadano con una iniciativa; 6% de Nueva Alianza con 4 iniciativas; 1% de Encuentro Social con una iniciativa; 4% de la coalición de los grupos parlamentarios con 3 iniciativas y 12% del grupo d senadores con 8 iniciativas.⁵⁰⁵

Se contempla que las iniciativas presentadas por el ejecutivo federal fueron 99, 3 de ellas o sea el 3% son en materia de salud, una de las iniciativas fue desechada, la Ley de la Pensión Universal y de la Ley del Seguro de desempleo con fecha de 28/04/2016, la segunda iniciativa con

⁵⁰² Ídem.

⁵⁰³ Ídem.

⁵⁰⁴ Ídem.

⁵⁰⁵ Cámara de Diputado, en *Servicio de información para la estadística parlamentaria, INFOPAL*, En: http://gaceta.diputados.gob.mx/gp_dictámenes.html, Fecha de consulta: 14 de febrero de 2023.



carácter de pendiente es la reforma a la Ley de General de Salud que contempla regular mecanismos en materia de mejora de servicios y atención médica en la prestación de los servicios de salud con fecha de 10/09/2013 y la tercera iniciativa presentada es la reforma que adiciona y deroga los títulos tercero bis y décimo octavo de la Ley General de Salud que motiva la precisión de mecanismos para garantizar la viabilidad financiera del Sistema de Protección Social en Salud aprobada con 373 votos a favor, 40 en contra y 5 abstenciones y publicada en el Diario Oficial de la Federación el día miércoles 4 de junio de 2014.⁵⁰⁶

4) proceso legislativo 2018-2020

Para el proceso electoral LIV (2018-2020) sólo se tomó en cuenta los dos primeros años legislativos que comprende el primer periodo ordinario septiembre - diciembre 2018, primer periodo extraordinario enero 2019, segundo periodo ordinario febrero - abril 2019, segundo periodo extraordinario mayo 2019, tercer periodo extraordinario mayo - junio 2019, cuarto periodo extraordinario julio 2019, primer periodo ordinario septiembre - diciembre 2019, segundo periodo ordinario febrero - abril 2020, primer periodo extraordinario junio 2020, segundo periodo extraordinario julio 2020, tercer periodo extraordinario julio 2020 y el primer periodo ordinario septiembre - diciembre 2020.⁵⁰⁷

La comisión de salud presentó 4 iniciativas que representa el 1% de un total de 457 iniciativas, 453 iniciativas las presentaron las demás comisiones permanentes, el número total de iniciativas presentadas por los grupos parlamentarios refleja que 2 iniciativas fueron presentadas por la coalición de grupos parlamentarios con el 29%, otro 14% corresponde a una iniciativa por parte de PVEM y un 57% equivale a 4 iniciativas presentadas por MORENA. En contra parte las iniciativas que presentó el ejecutivo federal (Andrés Manuel López Obrador) fueron 25 y ninguna de ellas es en materia de salud. Temas aprobados en materia de salud.⁵⁰⁸

Lactancia materna e introducción de alimentos seguros y complementarios durante la primera hora de vida y los siguientes seis meses; establecer como enfermedad de salud pública el cáncer infantil; Ley General para detectar oportunamente el cáncer infantil; proyecto de decreto en el que se adiciona un párrafo a los artículos 210 y 212 de la Ley General de Salud en materia

⁵⁰⁶ Ídem.

⁵⁰⁷ Ídem.

⁵⁰⁸ Ídem.



de etiquetado para alimentos y productos pre envasados; reforma y adición a la Ley General de Salud en materia de sobre peso, obesidad y etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas alcohólicas; reforma y adición a los artículos 65, 66 y 212 de la Ley General de Salud en materia de alimentos saludables, actividad física y etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas no alcohólicas.⁵⁰⁹

Se subraya que la iniciativa la presento el grupo parlamentario de MORENA a través del diputado federal Mario Martín Delgado Carrillo en el que se reforman, adicionan y derogan disposiciones de la Ley General de Salud, Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales a fin de crear un sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos, el cual prevé la existencia de un organismo descentralizado, INSABI, sectorizado a la Secretaría de Salud, con una estructura financiera, material y humana derivada de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS, que tiene por objetivo garantizar y proveer la prestación gratuita de los servicios de salud a la población que no tiene seguridad social. ⁵¹⁰

Aprobado en lo general en la cámara de diputados con 290 votos a favor, 65 en contra y 42 abstenciones, aprobada por la cámara de senadores con 67 votos a favor, 22 en contra y 14 abstenciones, publicado en el Diario Oficial de Federación el viernes 29 de noviembre de 2019.⁵¹¹

5.2 .2 En los procesos electorales a nivel federal 2006, 2012 y 2018

En el periodo electoral, los candidatos a la presidencia se centran en dar a conocer las propuestas o los programas partidistas con la finalidad de obtener el voto, se ocupa todos los canales disponibles para difundir las ideas y que llegue a la sociedad. La relevancia del proceso electoral es la cantidad de información y/o temas que fluye en las agendas pública, mediática, política y gubernamental; la sobre exposición de las propuestas y de la imagen de los candidatos es el continuum y marca la pauta del proceso electoral.

En las líneas siguientes se van a describir los temas y las propuestas de mayor impacto e influencia en la opinión pública, se revisará las agendas setting, política, pública y redes sociales, así como en los debates presidenciales. Se toma como punto de partida la cuantificación de las

⁵⁰⁹ Ídem.

⁵¹⁰ Ídem.

⁵¹¹ Ídem.



agendas de los candidatos y verificar la importancia y la trascendencia que se tiene en materia de salud; Seguro Popular y comprobar que es nula o insignificante en los programas de gobierno.

1) Proceso electoral 2006

Temas prioritarios de la agenda política; enero-febrero: Felipe Calderón; seguridad y competitividad; AMLO; pobreza y Roberto Madrazo; seguridad. Marzo-abril: Felipe Calderón; empleo y estado de derecho; y Roberto Madrazo; seguridad. Mayo-junio: Felipe Calderón; empleo; AMLO; pobreza y Roberto Madrazo; seguridad.⁵¹²

Temas que se hablaron en la agenda setting, noticiarios públicos en la campaña electoral de 2006.

Canal 11: 1) campaña electoral 37.2%; 2) seguridad pública 13.5%; 3) infraestructura 7.9%; 4) corrupción 4.7%; 5) economía 7.9%; 6) educación 3.7%; 7) relaciones exteriores 3.3%; 8) administración pública 4.2%; 9) empleo/desempleo 2.3%; 10) agricultura y ganadería 3.3%; 11) grupos vulnerables 1.9%; 12) participación ciudadana 1.4%; 13) desarrollo social 2.8%; 14) transparencia 2.8%; 15) deportes 0%; 16) otros 3.3%.⁵¹³

Canal 28: 1) campaña electoral 47%; 2) seguridad pública 7.3%; 3) infraestructura 5.5%; 4) corrupción 9.1%; 5) economía 5.5%; 6) educación 3%; 7) relaciones exteriores 3.7%; 8) administración pública 1.8%; 9) empleo/desempleo 3%; 10) agricultura y ganadería 2.4%; 11) grupos vulnerables 1.8%; 12) participación ciudadana 1.8%; 13) desarrollo social 0%; 14) transparencia 0%; 15) deportes 3%; 16) otros 4.9%.⁵¹⁴

Canal 7: 1) campaña electoral 29.4%; 2) seguridad pública 15.7%; 3) infraestructura 7.8%; 4) corrupción 5.9%; 5) economía 2%; 6) educación 9.8%; 7) relaciones exteriores 3.9%; 8) administración pública 2%; 9) empleo/desempleo 5.9%; 10) agricultura y ganadería 2%; 11)

⁵¹² Castaño, Fernando, “2006: una contienda temática”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 2, México, 2006, p. 91-117.

⁵¹³ Martínez Garza, Francisco Javier, Maltos, Ana Laura, “La elección federal en telediarios públicos”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 27, México, 2019, p. 79-93.

⁵¹⁴ *Íbidem*, p. 90.



grupos vulnerables 5.9%; 12) participación ciudadana 2%; 13) desarrollo social 2%; 14) transparencia 0%; 15) deportes 0%; 16) otros 5.9%.⁵¹⁵

Segundo debate presidencial, 2006

Durante el segundo debate presidencial para la elección de 2006, los candidatos dieron a conocer las propuestas de gobierno, participaron; 1) Patricia Mercado Castro del Partido Político Alternativa Socialdemócrata y campesina, 2) Roberto Campa Cifrián que representó a Nueva Alianza, 3) Roberto Madrazo por el PRI, 4) no asistió, la coalición por el bien de todos, conformado por el PRD, PT y Convergencia, encabezado por Andrés Manuel López Obrador y 5) Felipe Calderón Hinojosa por el PAN. Temas que conformaron el debate; 1) política hacendaria; 2) política energética; 3) política laboral y 4) combate a la pobreza y desarrollo social.⁵¹⁶

En el bloque 4 se desarrolló el tema de combate a la pobreza y desarrollo social, las propuestas de los candidatos se centraron:

1) Patricia Mercado Castro: a) proporcionar seguridad social mediante el acceso efectivo de los derechos sociales; b) ingreso mínimo ciudadano para desempleados y estudiantes; c) igualdad de oportunidades en empleo y educación y d) priorizar a la mujer para que salga de la condición de pobreza.⁵¹⁷

2) Roberto Campa Cifrián: a) crear necesidades de empleo; b) crecimiento económico del 7% anual; c) crear una economía competitiva y d) igualdad en educación.⁵¹⁸

3) Roberto Madrazo: a) hacer una política social de Estado; b) combate a la pobreza-desigualdad; c) reorientar los programas sociales y d) crear un modelo de combate a la pobreza.⁵¹⁹

3) Andrés Manuel López Obrador, cabe destacar que durante el segundo debate a la presidencia 2006, el candidato Andrés Manuel López Obrador no se presentó, por lo que el bloque

⁵¹⁵ Ídem.

⁵¹⁶ Comunicación Política y Ciudadana, “Debate presidencial 26 de abril 2006”, 24/10/2015, En: https://www.youtube.com/watch?v=RTQtE_0kt4I, Fecha de consulta: 18 de febrero 2023.

⁵¹⁷ Ídem.

⁵¹⁸ Ídem.

⁵¹⁹ Ídem.



4, referente a la temática de combate a la pobreza y desarrollo social en el que se aborda el tema de política de salud, no hubo propuesta alguna.⁵²⁰

4) Felipe Calderón Hinojosa: a) crear una unidad de transparencia anticorrupción; b) resolver el problema de narcotráfico; c) educación de calidad; d) seguir con la política de salud, Seguro popular, mediante el programa combate a la pobreza y desarrollo social y e) crear un seguro nacional médico para todas las niñas/niños en el que cubra todos los gastos de salud, enfermedad, tratamiento y medicinas.⁵²¹

2) Proceso electoral 2012

Ranking de temas de la agenda pública y mediática en el periodo pre electoral de 2012, como se detalla en ninguna agenda aparece el tema de salud.

1) Agenda pública; ranking a) inseguridad; b) desempleo; c) economía; d) pobreza; e) narcotráfico y f) corrupción.

2) agenda del universal; ranking a) inseguridad; b) elecciones; c) corrupción; d) narcotráfico; e) economía y f) reformas

3) agenda del Reforma; ranking a) corrupción; b) inseguridad; c) economía; d) eficacia gubernamental; 3) elecciones y f) narcotráfico.⁵²²

Temas de encabezados que aparecen en las portadas de los periódicos el universal y el Reforma; agenda pública y mediática, en el periodo pre electoral de 2012.

1) corrupción; número de veces que aparecieron 133; porcentaje; 20.7%; 2) inseguridad; número de veces que aparecieron 104; porcentaje 16.2%; 3) elecciones; número de veces que aparecieron 94; porcentaje; 14.6%; 4) eficacia gubernamental; número de veces que aparecieron 87; porcentaje; 13.5%; 5) narcotráfico; número de veces que aparecieron 74; porcentaje; 11.5%; 6) economía; número de veces que aparecieron 59; porcentaje 9.2%; 7) reformas, leyes o decretos; número de veces que aparecieron 21; porcentaje 3.3%; 8) catástrofe o desgracia; número de veces que aparecieron 20; porcentaje 3.1%; 9) sindicatos; número de veces que aparecieron 11;

⁵²⁰ Ídem.

⁵²¹ Ídem.

⁵²² Leal Corral, Diego, Op cit, p. 17.



porcentaje 1.7%; 10) desempleo; número de veces que 9 ; porcentaje 1.4%; 11) crisis ; número de veces que aparecieron 9; porcentaje 1.4%; 12) migración; número de veces que aparecieron 8; porcentaje 1.2%; 13) vida interna de los partido; número de veces que aparecieron 7; porcentaje 1.1% y 14) pobreza; número de veces que aparecieron 7; porcentaje 1.1%.⁵²³

Agenda pública, en el periodo pre electoral de 2012.

1) inseguridad; núm de repeticiones 7758; porcentaje 45.7% 2) desempleo; núm de repeticiones 2443; porcentaje 14.4%; 3) economía; núm de repeticiones 2049; porcentaje 12.1%; 4) narcotráfico; núm de repeticiones 1892; porcentaje 11.1%; 5) pobreza; núm de repeticiones 920; porcentaje 5.4%; 6) eficacia gubernamental; núm de repeticiones 702; porcentaje 4.1%; 7) corrupción; núm de repeticiones 557; porcentaje 3.3%; 8) crisis; núm de repeticiones 467; porcentaje 2.8%; 9) vida interna de los partidos políticos; núm de repeticiones 116; porcentaje 0.7%; 10) catástrofe o desgracia; núm de repeticiones 39; porcentaje 0.2%; 11) elecciones; núm de repeticiones 13; porcentaje 0.1% 12) reformas leyes o decretos; núm de repeticiones 12; porcentaje 0.1%; 13) migración; núm de repeticiones 5; porcentaje 0% y 14) sindicatos; núm de repeticiones 2; porcentaje 0%.⁵²⁴

Notas relevantes emitidas en la prensa durante la campaña presidencial de 2012.

1) campaña electoral; número de notas; 802; 2) política partidista; número de notas 317; 3) participación ciudadana; número de notas 212 y 4) seguridad pública; número de notas 169; 5) corrupción; número de notas 144; 6) economía; número de notas 98; 7) educación; número de notas 81; 8) administración pública; número de notas 35; 9) medios de comunicación; número de notas 31; 10) grupos vulnerables; número de notas 30; 11) infraestructura; número de notas 30; 12) transparencia y acceso a la información ; número de notas 28; 13) empleo y desempleo; número de notas 28; 14) otros temas; número de notas 160.⁵²⁵

Segundo debate presidencial 2012

⁵²³ Ibidem, p. 7.

⁵²⁴ Ibidem, p. 10.

⁵²⁵ Martínez Garza, Francisco Javier “La contienda electoral federal 2012 en la prensa mexicana”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM, Núm.15, México, 2013, p. 61-79.*



En el segundo debate presidencial 2012 participaron; 1) Josefina Vázquez Mota del PAN; 2) Gabriel Quadri de la torre de Nueva Alianza; 3) Andrés Manuel López Obrador conformado por la coalición movimiento progresista; PRD, PT y Movimiento Ciudadano y 4) Enrique Peña Nieto por el PRI. Tres fueron los bloques temáticos a debatir; 1) política y gobierno; 2) México en el mundo y 3) desarrollo social y sustentable, se desglosa que del tema tres se desprende ocho subtemas; a) equidad de género; b) los jóvenes; c) seguridad social; d) salud; e) educación; f) vivienda; g) educación educativa; y h) ciudades mares y costas.⁵²⁶

Propuestas de los candidatos en materia de desarrollo social y sustentable:

1) Josefina Vázquez Mota: a) cero pobreza alimentaria; b) estabilidad económica; c) seguridad social universal, pensión mínima apersonas de 70 años, seguro de desempleo temporal, becas de educación de 8 a 16 millones, crear 1. 5 millones de espacios de ingreso al nivel superior, instancias infantiles, escuelas de tiempo completo, ley de paternidad responsable y priorizar la vivienda a las mujeres mediante créditos por el NFINAVIT; d) acceso a créditos; e) acceso a internet gratuito; f) ejercer el gasto público con transparencia y g) calidad en los servicios de salud, abastecimiento en medicamentos e infraestructura hospitalaria y cobertura en salud.⁵²⁷

2) Gabriel Quadri de la torre: a) reforma agraria en la productividad del campo; b) política de vivienda en la unificación del INFONAVIT con una política urbana; c) sustentabilidad del turismo; d) crear la agencia mexicana de mares y costas; e) la educación como igualador social; f) unificar el sistema de salud pública; g) portabilidad de derechos para atenderse en los tres sistemas de salud; h) incrementar los recursos humanos en salud; i) atender el problema de drogadicción como problema de salud pública, preventivo y de enfermedad; j) acceso a los servicios de salud para la población discapacitada; k) efectuar una políticas de drogas sobre el consumo de mariguana.⁵²⁸

3) Andrés Manuel López Obrador: a) cambio en la forma en cómo se hace la política social y económica; b) renovación moral; c) atender las causas del delito, jóvenes, trabajo y educación; d) terminar con la corrupción; e) que haya eficacia como presidente; f) combate a la

⁵²⁶ INE TV, “Segundo debate entre la candidata y los candidatos a la Presidencia de la República”, 10/06/2012, En: https://www.youtube.com/watch?v=QdbyBP_Yw_E&t=10328s, Fecha de consulta: 15 de febrero 2023.

⁵²⁷ Ídem.

⁵²⁸ Ídem.



pobreza y desigualdad; g) pensión para adultos mayores, apoyo para discapacitados, madres solteras; h) reconocer los derechos sociales de los indígenas; i) otorgar recursos de vivienda a la población más pobre; j) garantizar el derecho a la salud y k) atención médica y medicamentos gratuitos.⁵²⁹

4) Enrique Peña Nieto: a) erradicar el hambre en pobreza alimentaria; b) apoyo al campo, importación de productos en el alza de precios con la finalidad de reducir el precio de la canasta básica; c) crear un sistema de seguridad social, seguro de desempleo, seguro de invalidez y pensión a adultos mayores, escuelas de tiempo completo y abrir guarderías; d) igualada de condiciones entre mujeres y hombres, garantizar igualdad de trato y e) crear un sistema de seguridad social universal, acceso real a la salud y crear una red hospitalaria materno-infantil.⁵³⁰

Temas mencionados por los candidatos en twitter en el proceso electoral de 2012.

a) Josefina Vázquez Mota: 1) violencia y reforma judicial; menciones 31; 2) derecho político de las mujeres; menciones 55; 3) discriminación; menciones 52; 4) pobreza y propuesta de crecimiento económico; menciones 70; 5) relación de México con el mundo; menciones 16 y 6) educación y política científica; menciones 66.⁵³¹

b) Enrique Peña Nieto: 1) violencia y reforma judicial; menciones 11; 2) derecho político de las mujeres; menciones 18; 3) discriminación; menciones 30; 4) pobreza y propuesta de crecimiento económico; menciones 60; 5) relación de México con el mundo; menciones 17 6) y educación y política científica; menciones 18.⁵³²

c) AMLO: 1) violencia y reforma judicial; menciones 6; 2) derecho político de las mujeres; menciones 12; 3) discriminación; menciones 7; 4) pobreza y propuesta de crecimiento económico; menciones 22; 5) relación de México con el mundo; menciones 2; y 6) educación y política científica; menciones 6.⁵³³

⁵²⁹ Ídem.

⁵³⁰ Ídem.

⁵³¹ Ortiz-Ortega, Adriana, Rodríguez Raya, José Luis, et, al, “Seguimiento de las campañas presidenciales 2012 en redes sociales: un estudio exploratorio”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 13, México, 2013, p. 73-92.

⁵³² Ídem.

⁵³³ Ídem.



Temas mencionados por los usuarios de twitter 2012

a) Josefina Vázquez Mota: 1) violencia y reforma judicial; menciones 3868; 2) derecho político de las mujeres; menciones 15,540; 3) discriminación; menciones 14,217; 4) pobreza y propuesta de crecimiento económico; menciones 2983; 5) relación de México con el mundo; menciones; 274 y 6) educación y política científica; menciones 384.⁵³⁴

b) Enrique Peña Nieto: 1) violencia y reforma judicial; menciones 7638; 2) derecho político de las mujeres; menciones 8397; 3) discriminación; menciones 42,922; 4) pobreza y propuesta de crecimiento económico; menciones 10,857; 5) relación de México con el mundo; menciones; 640 y 6) educación y política científica; menciones; 2145.⁵³⁵

c) AMLO: 1) violencia y reforma judicial; menciones 10,937; 2) derecho político de las mujeres; menciones 1650; 3) discriminación; menciones 8818; 4) pobreza y propuesta de crecimiento económico; menciones 1345; 5) relación de México con el mundo; menciones; 426 y 6) educación y política científica; menciones; 316.⁵³⁶

Monitoreo de temas en los canales de televisión 2 y 13 en el proceso electoral de 2012.

Canal 2: 1) entretenimiento 37%; 2) ficción 24%; 3) información 14%; 4) ventas 10%; 5) deportes 9%; 6) cultura 2%; 7) propaganda 2% y 8) infantil 2%.⁵³⁷

Canal 13: 1) entretenimiento 31%; 2) ficción 29%; 3) información 26%; 4) ventas 6%; 5) deportes 6%; 6) cultura 0%; 7) propaganda 2% y 8) infantil 0%.⁵³⁸

3) Proceso electoral de 2018:

Para el tercer debate presidencial de 2018 surge un particularidad, los temas de los que se habla en el debate se asigna previamente por sortero por el INE, quien determina en que debate y en qué orden se van a desarrollar, los temas acordados; economía y desarrollo y los subtemas a

⁵³⁴ Ídem.

⁵³⁵ Ídem.

⁵³⁶ Ídem.

⁵³⁷ Pareja Sánchez, Norma, “Los nuevos espacios de la comunicación política en el proceso electoral de 2012 en México. La ficción televisiva y la Reforma Electoral de 2007-2008”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 12, México, 2103, p.13-29.1

⁵³⁸ Ídem.



tratar; crecimiento económico, pobreza y desigualdad, educación, ciencia y tecnología, salud, desarrollo sustentable y cambio climático, el subtema de salud no se encontraba en la agenda en un principio, la opinión pública a través de las redes sociales influyó e incidió para que se tomara en cuenta e incluirla dentro de los subtemas, la aportación de la agenda pública en el debate presidencial consistió en hacer preguntas a los candidato y que éstos respondieran a los cuestionamientos.⁵³⁹

Las preguntas que le hicieron a José Antonio Mead; ¿habría que unificar todo el sistema de salud?, ¿cuánto habría que gastar para que el sistema funcionará de manera óptima al 100%? ¿el sistema no está funcionando?, ¿hay capacidad para gestionar un piso mínimo de salud para una población de más de 100 millones?⁵⁴⁰

1) Propuestas de José Antonio Mead: a) quitar la burocratización en la atención de la salud; b) 100% de gasto de bolsillo en atención y en equipo médico y medicinas; c) atención en los tres sistemas de salud; d) mejorar la administración en salud; e) realizar compras consolidadas en medicamentos; f) gastar mejor los recursos en salud; g) centralizar el gasto en salud; h) piso mínimo social; i) política social personalizada en salud; j) creación del instituto nacional para la calidad de los servicios de salud, modificación y procedimiento en las enfermedades.⁵⁴¹

Preguntas hechas a Ricardo Anaya ¿Cómo piensa hacer un expediente clínico electrónico en salud? ¿está a favor de integrar los sistemas de salud en uno solo? ¿integrar significa deshacer los que son y hacer uno solo o mantener los que son e integrarlos tecnológicamente?

2) Propuestas de Ricardo Anaya: a) creación de un expediente clínico electrónico; b) atenderse en cualquier sistema de salud; c) garantizar, médicos, enfermeras y medicinas; promover la prevención de enfermedades crónico degenerativas y consultas preventivas; d) convergencia e integración de un sistema único de salud y e) programa especial para el tratamiento y la atención de la diabetes, garantizar, médico, enfermeras e insulina.⁵⁴²

⁵³⁹ Milenio, “Tercer debate presidencial 2018”, 13/06/2018, En: <https://www.youtube.com/watch?v=ySXIQYe8Yjs>, Fecha de consulta: 6 de febrero de 2023.

⁵⁴⁰ Ídem.

⁵⁴¹ Ídem.

⁵⁴² Ídem.



A Rodríguez Calderón le preguntaron: ¿planea crear un sistema de verdugos nacional o va a planear esto en el cuadro básico de medicinas o se lo va a plantear a los privados, que va hacer con los amputadores nacionales? ¿en qué consiste o que plantea los programas de prevención de drogas para atender a los jóvenes, qué propone? ⁵⁴³

3) Propuestas de Jaime Rodríguez Calderón Propuestas: a) universalizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductivo de todas las mujeres; b) universalizar el sistema de salud; c) legislar sobre accidentes de tránsito; d) programa de prevención de drogas; e) creación del inventario nacional de consumo de drogas; f) prevención de la diabetes; f) utilizar la infraestructura hospitalaria privada para la ampliar los servicios de salud pública y g) cuadruplicar el sueldo de los pasantes de medicina. ⁵⁴⁴

Las preguntas formuladas a Andrés Manuel López Obrador: ¿propone garantizar a toda la población el acceso oportuno y gratuito a los servicios y medicamentos necesarios, fortalecer y ampliar el sistema público, rehabilitar y construir nuevas unidades médicas con recurso físicos; dice el doctor Alcocer qué para cumplir con la propuesta se requiere de un aumento del 1% del PIB en gasto a salud o sea 233 mil millones pesos, de dónde va a salir el dinero? ¿va seguir existiendo el seguro Popular? ¿Quién no este afiliado al Seguro Popular qué le va pasar, si usted gana qué va a pasar el primero de diciembre? ⁵⁴⁵

3) Propuestas de Andrés Manuel López Obrador: a) ahorrar mediante el combate a la corrupción; b) gratuidad de los medicamentos para toda la población; c) compra consolidad de medicamentos; d) mejorar el servicio de salud y e) ordenar la salud. ⁵⁴⁶

Tematización de la agenda setting en la elección de 2018

a) Prensa: 1) aspectos de las campañas; conflictos escándalos y debates 52%; 2) política interna de los partidos 11%; 3) seguridad 7%; 4) corrupción 6%; 5) economía 4%; y 6) otros 20%. ⁵⁴⁷

⁵⁴³ Ídem.

⁵⁴⁴ Ídem.

⁵⁴⁵ Ídem.

⁵⁴⁶ Ídem.

⁵⁴⁷ Martín Echeverría, Victoria, Andrade del Cid, Patricia, et, al, “Desempeño del modelo de comunicación política mexicano en la elección de 2018. Una evaluación comprensiva”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad*



b) Prensa nativa digital: 1) aspectos de las campañas; conflictos escándalos y debates 32%; 2) política interna de los partidos 14%; 3) seguridad 12%; 4) corrupción 5%; 5) economía 8%; y 6) otros 29%.⁵⁴⁸

c) televisión privada: 1) aspectos de las campañas; conflictos escándalos y debates 89%; 2) política interna de los partidos 2%; 3) seguridad 13%; 4) corrupción 9%; 5) economía 9%; y 6) otros 1%.⁵⁴⁹⁵⁵⁰

d) televisión pública: 1) aspectos de las campañas; conflictos escándalos y debates 39%; 2) política interna de los partidos 21%; 3) seguridad 11%; 4) corrupción 7%; 5) economía 6%; y 6) otros 16%.⁵⁵¹

e) programas de opinión: 1) aspectos de las campañas; conflictos escándalos y debates 52%; 2) política interna de los partidos 9%; 3) seguridad 6%; 4) corrupción 8%; 5) economía 6%; y 6) otros 19%.⁵⁵²

f) debates televisivos: 1) aspectos de las campañas, conflictos, escándalos y debates; no presento datos 2) política interna de los partidos; no presento datos; 3) seguridad; no presento datos; 4) corrupción; no presento datos; 5) economía; no presento datos y 6) otros; no presento datos.⁵⁵³

5.3.3 En los escándalos de corrupción de Seguro Popular

Para entender la crisis y los escándalos sobre el Seguro Popular es preciso seguir las líneas de acciones o situaciones dadas que los agentes o figuras (medios de comunicación, prensa escrita, actores políticos/gobierno federal/ gobierno estatal/ opinión pública) han manifestado, con ello constatar de qué manera o de qué forma se ha construido la comunicación política del Seguro Popular.

de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM, Núm. 30, México, 2021, p. 17-39.

⁵⁴⁸ Ídem.

⁵⁴⁹ Ídem.

⁵⁵⁰ Ídem.

⁵⁵¹ Ídem.

⁵⁵² Ídem.

⁵⁵³ Ídem.



Vamos a partir del hecho de describir y analizar de forma inductiva, de lo general a lo particular, buscando las probabilidades de las variable y factores que permita observar el manejo de la crisis y el surgimiento de los escándalos en torno al Seguro Popular.

Variable 1: hace referencia al posicionamiento de los temas por los medios de comunicación y prensa escrita, conocida como media priming; su finalidad radica en tres cuestiones, 1) ver la cobertura de una noticia y el tiempo que permanece en la agenda setting; 2) la colocación del tema con mayor cobertura y 3) el establecimiento de la posición de los encabezados en la prensa escrita.⁵⁵⁴ Medir la media priming como mecanismo de prensa crítica tiene como posibles causas los costes políticos que pueden desembocar en la mediatización y politización de la opinión pública, la no responsabilización del presidente o hacer responsable a otro nivel de gobierno y considerar al gobierno que están haciendo el mayor esfuerzo para cambiar la situación.⁵⁵⁵

Variable 2: el manejo de la crisis y de los escándalos políticos muchas de las veces es mediada por el grado de aceptación o la aprobación del presidente, en el que la relación entre los medios de comunicación y poder ejecutivo es de carácter informativo en dar a conocer la agenda del gobierno, hay una relación estrecha y concordante entre el discurso oficial, las noticias y las primeras planas de la periódicos, la opinión pública juega un roll relevante porque es la que establece la dinámica entre la agenda setting y la agenda gubernamental en el manejo de la crisis y de los escándalos, en México (2006-2018) se da el caso particular de que la intención del voto y la aprobación del presidente se va a medir por tres temas centrales que marca la pauta en la mediatización y en la politización; el económico, la inseguridad y la corrupción, si estos temas están insertos en la precepción de la opinión pública es probable que haya un estado de crisis y de escándalos.⁵⁵⁶

Variable 3: empero, se va a dar a conocer un tema o noticia por el grado de acción de la prensa escrita (los costes o los beneficios que pueda tener) puesto que una de las características de

⁵⁵⁴ Soumano, María Fernanda, “Aprobar al presidente. Una comparación entre Felipe Calderón y Enrique Peña Nieto”, en *Foro Internacional*, Núm.4, Vol.58, Ciudad de México, 2018, En: <https://www.scielo.org.mx/pdf/fi/v58n4/0185-013X-fi-58-04-629.pdf>, Fecha de consulta: 15 de marzo de 2023, pp. 629-670.

⁵⁵⁵ Salazar Rebolledo, María Grisel, “Aliados estratégicos y los límites de la censura: el poder de las leyes para silenciar a la prensa”, en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Nueva Época, División de Estudios de Posgrado Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM*, Núm.235, México, 2019, pp. 495-522.

⁵⁵⁶ Ídem.



la prensa es de contra preso del poder, por tanto, rendir cuentas a los representantes de las decisiones de gobierno. Otro punto a destacar será los grupos de influencia o aliados estratégicos que tenga el gobierno en los medios y en la prensa escrita que aminore las críticas hacia el gobierno, la relación entre medios y el poder ejecutivo casi siempre se da en dos formas; una primera forma mediante el clientelismo o sea favores a cambio de dinero, fiscalización de los recursos, alguna exclusiva en donde se hable bien del gobierno, una licitación o concesión que se le conceda o aplicando como dice María Grisel Salazar Rebolledo, límites de la intimidación legal como estrategia para manipular a la prensa, que consiste en la difamación, calumnia, delitos contra el honor o la reputación, la injuria, la dignidad de las personas.⁵⁵⁷

El periodo de tiempo que se analizó va del 27 de abril de 2018 al 26 de octubre de 2020

periódicos nacionales y revista de opinión pública que se revisaron; 1) nexos, 2) El universal, 3) milenio; 4) reforma, 5) La crónica, 6) La Jornada, 7) Excelsior; 8) Proceso y 10) La Crónica.⁵⁵⁸

Es importante mencionar que al momento de realizar la búsqueda no se encontraron notas o primeras planas referentes al seguro popular, por lo que se decidió ocupar palabras parecidas para encontrar información, de esta forma se pudo definir, contar y analizar la agenda del Seguro Popular en la prensa escrita. Palabras similares/parecidas al Seguro Popular o que hagan referencia a la seguridad social en materia de salud; 1) servicios médicos; 2) salud Pública; 3) sector salud y 4) sistema de salud.

Número de despliegue /resultados que aparecieron en el Sistema de Índices de la Hemeroteca Nacional, SIHENA, 1) servicios médicos 53; 2) Salud Pública 896; 3) Sector Salud 167 y 4) Sistema de salud 28.⁵⁵⁹

Número de temas que hablan sobre el seguro popular

1) 9% servicios médicos con 5 temas; 2) 1% salud Pública con 9 temas; 3) 1.8% sector Salud con 3 temas y 4) 7.14% Sistema de salud con 2 temas, de los cuales el total de

⁵⁵⁷ Salazar Rebolledo, Op cit,

⁵⁵⁸ Sistemas de índices de la Hemeroteca Nacional de México, SIHENA, Instituto de Investigaciones Bibliográficas, Biblioteca Nacional de México, Hemeroteca Nacional de México, UNAM, México, 2022, En: <https://sihena.iib.unam.mx/>, Fecha de consulta: 7 de noviembre de 2022.

⁵⁵⁹ Ídem.



despliegues/resultados de temas relacionados con la salud fue de 1144 lo que equivale al 100% y de ese 100% sólo se contabilizaron 19 temas sobre Seguro Popular con el 2%.⁵⁶⁰

Como se ha observado a lo largo del capítulo anterior es casi inexistente la agenda de salud en los medios de comunicación, en la opinión pública no se encuentra como problema urgente a resolver y en la agenda gubernamental pasa sólo para hablar de los logros del gobierno en salud, ya ni se diga como agenda única del Seguro Popular por que no existe.

Para poder medir el manejo de la crisis y los escándalos es necesario cuantificar las notas y los temas que se producen en la agenda setting a fin de garantizar dos aspectos; uno, el nivel de exposición del tema y los posibles costos políticos y dos los medios de comunicación en el supuesto de vigilantes de las decisiones de gobierno, para ello vamos a clasificar las notas en tres criterios, tal y como las propone María Grisel Salazar Rebolledo, aquellas notas que tiene connotación negativa y exhiben comportamientos negativos (gobernadores, el residente, funcionarios públicos) en donde se acusan y denuncian posibles actos, dos, situaciones negativas sin que se mencionen responsables y tres los señalamientos negativos respecto a una política pública.⁵⁶¹

Nexos 1; El universal 6; Milenio 2; Reforma 3; La crónica 2; La Jornada 2; Excelsior 2, Proceso 1,⁵⁶²

Números de géneros periodístico publicados: 5 noticias 26%; 6 columnas 32%; 7 artículos 37% y un reporte 5%.⁵⁶³

Número de géneros periodístico publicado y periódico/revista; a) Nexos un artículo b) El universal 3 columnas, 2 noticias y un artículo; c) Milenio una columna y un artículo, d) Reforma 3 artículos; e) La crónica una noticia y un artículo; f) La Jornada 2 noticias; g) Excelsior 2 columnas y h) Proceso un reportaje.⁵⁶⁴

temas de los que se hablaron en los periódicos nacionales referentes al Seguro Popular en el periodo 2018-2020

⁵⁶⁰ Ídem.

⁵⁶¹ Salazar Rebolledo, María Grisel, Op, cit, p. 510.

⁵⁶² Sistemas de índices de la Hemeroteca Nacional de México, SIHENA. Op, cit.

⁵⁶³ Ídem.

⁵⁶⁴ Ídem.



1) Servicios médicos:

a) salud: focos rojos, 01/02/2019; b) PND: aspirar al modelo nórdico, 21/03/2019; c) rezago en salud afecta a 20 millones, 22/03/2020; d) contracorriente, 30/04/2020 y e) exigen establecer reglas de función del instituto, 11/01/2020.⁵⁶⁵

2) salud pública:

a) evitar una catástrofe, 16/07/2019; b) salud: el errático aprendizaje, 25/08/2019; c) la salud no espera, 06/05/19; d) Sheinbaum promete resolver desabasto de medicinas..., 03/08/2019; e) tareas asignadas al nuevo instituto corresponden a la SSA: FSTSE, 11/0120/20; f) meade en salud: queda a deber, 2704/2018; g) urgente vs. Importante, 01/06/2018; h) ¿por qué no les pagan a los médicos?, 12/04/2019 e i) ex trabajadores del seguro popular exigen su incorporación al INSBI, 17/012020.⁵⁶⁶

3) sector salud;

a) las otras muertes del COVID, 30/12/2020; b) compras de pánico en INSABI; no están listos para emergencia, 19/03/2020 y c) peligroso optimismo ante el coronavirus, 0803/2020.⁵⁶⁷

a) un repunte de COVID tomará al sistema de salud frágil y desgastado, 26/10/2020 y b) un sistema de salud en riesgo de colapso, 20/03/2020.⁵⁶⁸

Como punto importante se menciona que el Sistema de Índices de la Hemeroteca Nacional, SIHENA, al momento de hacer la búsqueda de los temas e índices temáticos sólo es posible desplegar como número máximo de registro 100, por lo que 100 registros desplegados será la cantidad a analizar.

Registros absolutos encontrados en materia de Seguro Popular

De un total absoluto de 500 registros desplegados 296 notas hablan o hacen mención sobre el Seguro Popular, se desglosa; 8 notas del universal 2%; 10 notas de la Jornada con 2%; 266 El

⁵⁶⁵ Ídem.

⁵⁶⁶ Ídem.

⁵⁶⁷ Ídem.

⁵⁶⁸ Ídem.



Reforma con 53% (sólo se contabiliza 100 registros); 1 Milenio con 1% y notas 11 publicadas del Excélsior con un 2%.⁵⁶⁹

El periodo analizado es del 20 de enero del 2001 al 23 de marzo del 2020

Total, de notas 130, el número máximo a desplegar es de 100, El universal contabilizó 8 notas referentes al Seguro Popular con 6%, después La Jornada con 10 notas y el 8%; el Reforma fue donde se registró el mayor número de notas con 266 pero se cuantificó 100 que es el máximo de notas a desplegar con el 77%; en cambio Milenios sólo se registró una nota con el 1% y Excelsior 11 notas con un 8%.

Las notas a favor del Seguro Popular tenemos que el universal sólo hubo una nota a favor con el 13%; la Jornada registró cero notas a favor; el Reforma 21 notas a favor con un 21%, Milenio cero notas a favor y Excelsior una nota a favor, el total de notas a favor fue de 23 que representa el 18%.

Notas en contra el universal una nota con el 13%; la Jornada 3 notas en contra con el 30%; el Reforma 21 notas con el 21%; Milenio una nota con el 100% y Excelsior 2 notas con un 18%.

Notas ambiguas en este apartado no especifica el motivo de la nota, sólo hace mención al Seguro Popular, no denota aspectos negativos ni aspectos positivos, el resultado fue 6 notas del universal con el 75%, la Jornada 7 notas con un 70%; el Reforma 58 con 58%; Milenio cero notas y 8 notas de Excelsior con el 73%.

Las menciones realizadas a algún actor político se registró 8 menciones en un total de 130 notas, lo que representa el 6%, se destaca los nombres de Córdoba en una ocasión con el 1%, Julio Frenk con 4 menciones con 3%, Calderón una mención con el 1% y AMLO dos menciones con un 2%.

En cuanto a la clasificación de las notas se dividen en tres temas; corruptelas en el Seguro Popular, los temas a destacar; servicios de salud a la baja, subejercicio del gasto en salud; modificar las reglas de operación; rebase en el tope de afiliados; dos, los temas referentes a la inoportuna implementación del Seguro Popular en dos apartados la prestación de los servicios de salud y la operación del Seguro Popular, las palabras utilizadas en las notas, fracasar, rechazar, desdeñar,

⁵⁶⁹ Ídem.



carecer, sangrar, empobrecer, por último los temas relacionados con los dimes y diretes entre la implementación del Seguro Popular en el D,F y jefe de gobierno AMLO.

Las subcategorías encontradas en los periódicos se clasificaron en 7 temas; 1) salud/medicina; principalmente son notas que hacen hincapié en cuantificar la salud, cuantos afiliados hay en el seguro popular, cuantas hospitales se han construido y cual ha sido su eficiencia, si la cobertura en salud cubre el segundo y tercer nivel de atención, a cuánto asciende el número de entrega de medicamento; 2) corrupción, es el tema que tiene el mayor alcance, el ámbito de la temática es el desvío de recursos en gasto de salud, 3) estructurales de salud, son las notas en el que habla de la carencia en los servicios de salud, como falta de equipo y medicinas, falta de personal médico, falta de centros de salud y hospitales en los estado; 4) secundarios o tangenciales; el énfasis en estos temas son los referentes a privatización de la salud, el modelo neoliberal de salud, 5) “gobernadores”, son los casos donde los gobernadores se ven en escándalos de uso de poder sobre el Seguro Popular; 6) discurso oficial, todas aquellas notas donde se realiza los logros y objetivos del Seguro Popular y 7) irrelevantes, notas donde el principal tema es la agenda de trabajo de la secretaría de salud y del director general del Seguro Popular.

Para realizar un comparativo entre el número de notas y las críticas hacia las políticas públicas y al gobierno por entidad federativa entre los años 2011 y 2013, María Grisel evidencia que de los 178 primeras planas o titulares que contabilizó sólo el 14% contiene alguna crítica, siendo los estados de Nuevo León, Sinaloa, Jalisco y Chiapas donde se presentan más titulares críticos, en el caso de Nayarit no hubo ningún caso registrado, un 9% de los titulares, 115 de ellos son críticas ya sea para los actores políticos de la oposición o para niveles de gobierno distinto del gobierno federal y el restante 28% son notas referentes a temas distintos de la política.⁵⁷⁰

En la misma línea los temas relevantes que se publican en los periódicos entran en un binomio entre opinión pública/framing y entre las decisiones políticas y la prensa, siendo las acciones políticas las que permean en la percepción de la sociedad y a su vez en la media priming, ahora bien, los temas que se publican en las primeras planas van a influir tanto en el nivel de crítica como en el periodo de exhibición de un tema en la agenda. Se va a cuantificar los temas en primera plana de tres diarios nacionales; El universal, La jornada y el Reforma de diciembre de 2007 a

⁵⁷⁰ Salazar Rebolledo, María Grisel, Op, cit, pp. 510-511.



enero de 2008 y de diciembre 2013 a enero de 2014; con dos propósitos; los temas que acapara la agenda mediática son principalmente corrupción, inseguridad y economía, es de obviar que la agenda de salud queda rezagada y de manera proporcional no existe crítica alguna.

Aparición de temas en primera plana de tres diarios nacionales diciembre de 2007 enero de 2008, el total de notas emitidas fue de 1101, 289 son del universal con el 26%, la jornada 487 notas con 44% y el Reforma 325 notas con 30%.⁵⁷¹

El universal

El tema de economía se publicaron 52 notas con 18%, política interna 50 notas con 17%, 33 notas partidos políticos 11%, 48 inseguridad 16%, 44 mundo 15%, 8 corrupción 2%, 5 derechos humanos 1% 6 energía 2%, 17 ocio, deportes, cultura 5%, 32 otros 11%.⁵⁷²

Reforma

104 economía 32%, 38 política interna 11%, 10 partidos políticos 3%, 47 inseguridad 14%, 44 mundo 13%, 9 corrupción 2%, 11 derechos humanos 3%, 4 energía 1%, 41 ocio, deportes, cultura 12%, 17 otros 5%.⁵⁷³

La jornada

79 economía 16%, 63 política interna 13%, 25 partidos políticos 5%, 45 inseguridad 9%, 88 mundo 18%, 6 corrupción 1%, 36 derechos humanos 7%, 27 energía 5%, 39 ocio, deportes, cultura 8%, 79 otros 16%.⁵⁷⁴

De un total de 1173 notas de primera plana que comprende de diciembre 2013 a enero de 2014, 425 las publicó el Universal con el 36%, 449 la jornada con 38% y 299 el Reforma con un 25%, el porcentaje total de notas sobre cada tema corresponde 23% son notas sobre economía, 11% sobre política interna, partidos políticos 3%, inseguridad 14%, mundo 13%, corrupción 5%, derechos humanos 7%, energía 6%, ocio, deportes y cultura 10% y el 7% corresponde a otros.⁵⁷⁵

⁵⁷¹ Soumano, María Fernanda, Op, cit, pp. 649-650, 654-656.

⁵⁷² Ídem.

⁵⁷³ Ídem.

⁵⁷⁴ Ídem.

⁵⁷⁵ Íbidem, pp. 650.



El universal

89 notas son de economía con 20%, 38 para política interna con 9%, 12 primeras planas referentes a partidos políticos con 3%, inseguridad hubo 71 notas con 16%, 35 notas referentes a mundo con 8%, corrupción 25 notas con 5%, derechos humanos 45 notas con el 10%, 14 notas sobre energía con 3%, 50 notas referentes a ocio, deportes y cultura con 12 % y otros con 46 notas con 11%.⁵⁷⁶

La jornada

96 notas sobre economía con 21%, le sigue política interna con 57 notas con 12%, después 15 notas referentes a partidos políticos con 3%, inseguridad 52 notas con 11%, 97 primeras planas corresponden a mundo con 21%, corrupción 11 notas con 2%, 28 notas sobre derechos humanos con 6%, energía 34 notas con 7%, 47 notas sobre ocio, deportes y cultura con 10% y otras 12 notas con 3%.⁵⁷⁷

Reforma

El Reforma contabilizó para el tema de economía 81 notas con 27%, política interna 31 notas con 10%, partidos políticos 10 notas con el 3%, inseguridad 47 notas con 16%, 21 notas referentes a mundo con 7%, corrupción 29 notas con 9%, derechos humanos 13 notas con 4%, energía 20 notas con 6%, ocio, deportes y cultura 22 notas con 7% y otras 25 notas con el 8%.⁵⁷⁸

Percepción de la opinión pública ¿Cuál considera usted que es el problema más importante del país en 2008?

a) economía, (inflación, desempleo, pobreza, desigualdad) 4.6%; b) inseguridad (delincuencia, crimen, narcotráfico, falta de seguridad) 27.7% y c) corrupción 5.9%.⁵⁷⁹

Percepción de la opinión pública ¿Cuál considera usted que es el problema más importante del país en 2014?

⁵⁷⁶ Ídem.

⁵⁷⁷ Ídem.

⁵⁷⁸ Ídem.

⁵⁷⁹ Ídem.



a) economía, (inflación, desempleo, pobreza, desigualdad) 42.9%; b) inseguridad (delincuencia, crimen, narcotráfico, falta de seguridad) 34.9% y c) corrupción 8.3%.⁵⁸⁰

En el sexenio de Calderón en 2008 se evaluó el desempeño de gobierno en los rubros de corrupción, seguridad y desempleo en una escala del 1 a 5; donde el tema de corrupción se posicionó con el 3.73, seguridad obtuvo 4.8 y el tema de desempleo 3.58, mientras que la aprobación fue de 3.34.⁵⁸¹

Se presenta los efectos marginales (percepción de la sociedad respecto al funcionamiento de gobierno, el impacto de los temas de seguridad, corrupción y economía en la vida de las personas) de la aprobación presidencial; en un modelo de variables en orden de mayor a menor influencia en la evaluación presidencial, destacando las categorías mal desempeño y buen desempeño.

Sexenio de Calderón mal desempeño

evaluación del gobierno en manejo de la economía -9; satisfacción con servicios municipales -7; situación económica actual del país -6; evaluación del gobierno en combate la corrupción -6; Identificación PAN -4; evaluación del gobierno en seguridad -4; situación económica -3 percepción de inseguridad en su barrio -.3; identificación PRI -1; víctima -.3 e identificación con el PRD 8.⁵⁸²

Sexenio de Calderón buen desempeño

evaluación del gobierno en manejo de la economía 30; satisfacción con servicios municipales 26; situación económica actual del país 24; evaluación del gobierno en combate la corrupción 22; identificación PAN 21; evaluación del gobierno en seguridad 15; situación económica 11; percepción de inseguridad en su barrio 10; identificación PRI 3; víctima 2 e identificación con el PRD -17.⁵⁸³

Los niveles de aprobación y desaprobación de Felipe Calderón, en el primer año el pico máximo de aprobación fue de 67.5%, los siguientes 12 meses tuvo una media de 60%, siendo el

⁵⁸⁰ Ídem.

⁵⁸¹ Ídem.

⁵⁸² Ídem.

⁵⁸³ Ídem.



segundo año su punto más alto con 58.7%, los siguientes 12 meses se mantuvo constante con 54.5%, es hasta el quinto año que hubo cambios donde ascendió la aprobación de 55.7% a 62.5% y terminar el sexenio con un 53.3%.⁵⁸⁴

Respecto al año 2014 la aprobación de Enrique Peña Nieto fue de 2.77, el tema de corrupción obtuvo una aprobación de 3.1, mientras que seguridad 3.47 y desempleo 2.9.⁵⁸⁵

Sexenio de Peña Nieto, evaluación de desempeño de gobierno, (variable mal desempeño)
evaluación del gobierno en manejo de la economía -28; evaluación del gobierno en seguridad -13; situación económica actual del país -12; identificación PRI -11; evaluación del gobierno en combate la corrupción -12; satisfacción con servicios municipales -1; situación económica -5; víctima -1; percepción de inseguridad en su barrio 2; identificación pan 3 e identificación con el PRD 5.⁵⁸⁶

Sexenio de Peña Nieto, evaluación de desempeño de gobierno, (variable buen desempeño)
evaluación del gobierno en manejo de la economía 39; evaluación del gobierno en seguridad 23; situación económica actual del país 16; identificación PRI 15; evaluación del gobierno en combate la corrupción 13; satisfacción con servicios municipales 13; situación económica 5; víctima 1; percepción de inseguridad en su barrio -2; identificación pan -3 e identificación con el PRD -4.⁵⁸⁷

El promedio de aprobación en el gobierno de Peña, durante los primeros 10 meses se mantuvo en una media de 56%, los siguientes 10 meses descendió a 49.7% hasta llegar a 39.8%, para el año 2014 inició con 37.5% y siguió con esa tendencia al tercer año de gobierno donde tuvo una desaprobación de 33.5%.⁵⁸⁸

El gobierno inmerso en una crisis debe ejecutar e implementar estrategias que minimicen el daño, revertir el acto cometido (escándalos políticos y corrupción política) por una acción positiva (destitución de actor político, realizar cargos penales, ofrecer disculpa pública, modificar

⁵⁸⁴ Ídem.

⁵⁸⁵ Ídem.

⁵⁸⁶ Ídem.

⁵⁸⁷ Ídem.

⁵⁸⁸ Ídem.



y/o rediseñar una PP,⁵⁸⁹ convocar a los medios para dar a informar la situación a través de una conferencia de prensa),⁵⁹⁰ deslindar responsabilidades, diseñar responsabilidades y evaluar la situación, con la finalidad de construir una agenda gubernamental en el que se detalle los avances de una política pública.⁵⁹¹

Surge una pregunta ¿podemos hablar de crisis en el Seguro popular? algunos aspectos que dan motivo de una crisis; debilitamiento político/administrativo del sector salud,⁵⁹² el contexto situacional, la comunicación política del Seguro Popular y la conformación de identidades sociales que debilita tanto la imagen de gobierno como las estrategias gubernamentales.⁵⁹³

Analizando el caso del Seguro popular vamos a contestar 4 preguntas.

¿cómo definir la crisis del seguro popular? La crisis se define a partir de 4 problemas, problemas en la equipación de los hospitales y centros de salud, así como la entrega de medicamentos, el desvío de recursos asignados a salud, destinados a los Fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA, ineficiente comunicación política en salud y el uso político y

⁵⁸⁹ Vázquez Rangel, Gloria, “Manual de gestión y comunicación de crisis”, Tesis de licenciatura, Trabajo profesional, Facultad de Estudios Superiores Acatlán, UNAM, 2007. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, En: <http://132.248.9.195/pd2008/0625845/Index.html>, Fecha de consulta: 31 de marzo de 2023, pp. 32-51.1

⁵⁹⁰ Galicia Palacios, Jorge Luis, “Elementos básico para el manejo de situaciones de crisis informativas. El rumor, la filtración y el falso testimonio, como factores de riesgo”, Tesina de licenciatura, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2022. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, En: <http://132.248.9.195/ptd2022/enero/0821926/Index.html>, Fecha de consulta: 1 de abril de 2023, pp. 7-34.

⁵⁹¹ Fases de una crisis: normalidad, desencadenante, aceleración, presión, estabilización, postcrisis, reconstrucción y construcción.

⁵⁹² Cané Pastorutti, Mariana Noemí, “La construcción de la crisis como objeto de los discursos políticos, Argentina, 1999-2001”, Tesis de maestría: Escuela de Política y Gobierno, EPYG, Programa de la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín, UNSAM, 2018, Repositorio Institucional, Universidad Nacional de San Martín, UNSAM, Argentina, En: https://ri.unsam.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/303/TMAG_IDAES_2018_CPMN.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Fecha de consulta: 4 de abril de 2023, pp. 10-38.1

⁵⁹³ a) contexto situacional: IMSS-ISSSTE, se ubican dos problemas que desgasta al sistema de salud y permea en la política de Seguro Popular; la ley de pensiones mediante la administración de fondos para el retiro de los trabajadores, AFORE y el subejercicio del gasto en el ramo 12 destinado a los derechohabientes, dos, la política de salud en el financiamiento de un seguro público contra enfermedades de alto costo aplicada durante los últimos 20 años. b) conformación de identidades sociales: cultura política; un ejemplo son los indicadores para evaluar el desempeño de gobierno; (Encuesta Nacional sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas, ENCUP y Latinobarómetro, encargado de realizar encuestas de opinión pública) 64,6% de las personas tiene poco interés en la política, un 34.4% de las personas se siente poco satisfecho con la democracia como forma de gobierno, 80.2% tiene una percepción de que el país está gobernado en beneficio de unos cuantos poderosos, respecto a la influencia que puede tener la sociedad en las decisiones de gobierno el 55.7% cree que les poca, 76% de las personas se informa de la política a través de la televisión.



mediático que se le dio por parte de los opositores,⁵⁹⁴ los motivos pueden ser varios, pero no es menester de esta investigación

¿cuáles son las causas de la crisis? no existe una crisis mediática, ni política, pero sí una crisis en el Sistema Nacional de Salud, más concreto en el caso del Seguro Popular donde hay 35.7 millones de personas de la población sin acceso a los servicios de salud o que no están asegurados en una institución de salud pública (IMSS, ISSSTE) o privada, en dos años 2018-2020 se pasó de 15.6 millones de personas un 16.2% a 20 millones que representa el 28.2%, derivado del cierre de la política de salud Seguro Popular.⁵⁹⁵

¿quién es el sujeto? El sujeto implícito es la política de salud Seguro Popular, pero en sí el sujeto explícito es toda la población abierta o la población que no está asegura por ninguna institución de salud y quienes son los afectados de manera directa.⁵⁹⁶

¿qué entro en crisis? El acceso a los servicios de salud, la prestación de los servicios de salud, ya no se otorga un catálogo universal de servicios de salud, CAUSES, el desabasto en la compra, adquisición y distribución de medicinas para la población, en especial para los pacientes de cáncer, la reducción del gasto en salud, la centralización de los servicios de salud y la distribución del gasto en salud generando opacidad, ya que no existe un ente que regule la fiscalización del dinero, ahora lo hace la función pública.⁵⁹⁷

En el caso particular del Seguro Popular el manejo de la crisis; fue factible que se haya dado una alta probabilidad de ocurrir escándalos políticos y corrupción política y una baja capacidad de daños,⁵⁹⁸ lo podemos afirmar por la baja cobertura y exposición del tema en la agenda

⁵⁹⁴ Electoral/clientelar, la cartera con la cuenta los programas sociales, padrón de beneficiarios/afiliados y el gasto que se le asigna a la política social ideológico, posturas de izquierdas/derechas, uso, manejo y control del gasto en salud, en los últimos 16 años el gasto tanto en el ramo 12 y 33, reportó un monto de 1.5 billones de pesos en 2020, equivalente a 6.5% del PIB nacional.

⁵⁹⁵ Cané Pastorutti, Mariana Noemí, Op cit, p. 12.1

⁵⁹⁶ Ídem.

⁵⁹⁷ Ídem.

⁵⁹⁸ ¿Qué es lo que determina que un escándalo de corrupción se mediatice? Para que un escándalo de corrupción se mediatice se requiere que exista una acusación de un funcionario público, con ello un uso indebido de poder, sean estos, fraude, desvío del gasto en salud, tráfico de influencia, conflicto de interés, que recaiga en un beneficio propio en le que sea visible el monto o el dinero involucrado, sustentados en un proceso jurídico. En una segunda fase la mediatización se va a dar sí y sólo sí, mientras exista una alta difusión, combinada de una duración e intensidad de la nota, se va a considerar como un caso público si la difusión es de menos de un mes, un micro escándalo si tiene una duración de un mes a un trimestre y un escándalo si cumple con un parámetro de más de 50 noticias publicadas en más un medio nacional (periódico, revista, medio electrónico, noticiero) y tenga una duración de más de un trimestre.



setting, por la baja frecuencia de críticas hechas al Seguro Popular por los medios de comunicación en un periodo de 16 años y por las estrategias comunicacionales realizadas por el gobierno, existen factores que favorece la reproducción de escándalos políticos, la democracia liberal como mecanismo de rendición de cuentas, los medios de comunicación como aquel dispositivo de pluralización de competencia en donde supone que a mayor número de medios mayor será mayor la expertis de vigilar y de informar las decisiones gubernamentales, una pluralidad política; entendida como sistema de partidos en el que se compite por el acceso al poder, fuerzas políticas en el ordenamiento del poder legislativo, la conformación de organismos autónomos constitucionales y la participación activa de la sociedad civil.⁵⁹⁹

La crisis será el estado de irregularidad, extraordinario, cuando ese estado de excepción es alterado, afectado o irritado por un suceso/ hecho o acontecimiento súbito, sorpresivo, inesperado, puede afectar o modificar las conductas de los actores políticos, las políticas públicas o la imagen de gobierno; la alteración trae como consecuencia la toma de decisiones que controlen, subsumen y minimicen eso que llamamos eventos impredecibles; (prevenir más accidentes), es entonces que entramos en un estado de normalidad, en el entendido de acciones que desemboquen en resultados previstos o efectivos, luego entonces, las cosas, las situaciones, los problemas sociopolíticos se identifica en clave de normalidad, regularidad, usual, familiar, lo ordinario.

Aterrizado la definición de crisis a un caso práctico vamos a analizar la gestión de control de crisis presentadas en el Seguro Popular del 2006-2020.

Sexenio de Felipe Calderón

La forma de comunicación y estrategias implementadas, llevó a cabo acuerdos y reuniones sólo con la alta jerarquía de los consorcios mediáticos, el cual definía los temas y los canales de difusión, relegando a los medios de comunicación, de esta manera tenía el acceso a un control difuso de las notas y la críticas, el tema que predominó en el sexenio fue la lucha contra el narcotráfico y en el cual centró toda la estrategia gubernamental.⁶⁰⁰

⁵⁹⁹ Trujillo Vega, Ramón, “La política del escándalo: análisis del manejo mediático de la corrupción en Petróleos Mexicanos”. Tesis de licenciatura, Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE, 2015. Repositorio digital CIDE, En: <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/498>, Fecha de consulta: 7 de abril de 2023, pp. 27-31.

⁶⁰⁰ Meyenberg Leycegui, Yolanda, Aguilar Valenzuela, Rubén, “La comunicación presidencial en México (1988-2012)”, en *Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza*, (Coord). Hernández Alanís, Berenise, México, 2015, pp. 17, 88, 163, 164, 221 y 227.1



Gestión estrategias de crisis

1) comunicacionales

las estrategias comunicacionales en materia de Seguro Popular, se identificaron 4; prejuicio y uso de la experiencia en la construcción de la imagen, el sistema de alerta y prevención, el locus de control externo.⁶⁰¹

a) prejuicio y uso de la experiencia en la construcción de la imagen

Durante todo el sexenio de Calderón persistió el mecanismo de construir una imagen sensata, proactivo y de bienestar que proyectara la solidez institucional y la buena imagen del gobierno, recordemos que el contexto era conflictivo entre la clase política (PAN/PRD) por el tema de la elección de 2006 y por la problemática de narcotráfico. El lema de materia de salud fue “con salud para todos, construimos los cimientos de un México justo”, todo evento público, spot y discurso, ocupó este lema.

La comunicación consistía en producir una imagen que proyectara el Seguro Popular el estado óptimo de la salud y que contrastara con las demás políticas de salud anteriores, un ejemplo fue el caso de una niña con cáncer⁶⁰², en el que narró que gracias al seguro popular pudo contar con acceso a los servicios de salud y pudo tratar su enfermedad (gasto catastrófico) del cáncer; el prejuicio y uso de la experiencia en la construcción de la imagen, enfatiza dos situaciones, un antes y un después de la situación actual y el carácter subjetivo, donde mi experiencia (la salud) es común para los otros, la construcción de la imagen se constata en un mensaje que dio en Chiapas.

“también cambiaron para bien muchas cosas en México y algo que cambió dramáticamente para bien en nuestro querido México fue la salud fueron los servicios de salud qué bueno que así sea porque para mí como reza la filosofía popular en muchas familias mexicanas la salud es primero para nuestro gobierno la salud es

⁶⁰¹ Al momento de analizar las conferencias de prensa, los eventos públicos realizados por los presidentes, los spots y los canales oficiales de you tube, encontré que las estrategias de control de crisis más utilizadas en los sexenios en materia de salud, las podemos clasificar en: redefinición el entorno; restauración de la imagen; teoría de equidad; locus de control externo; crisis de reputación, prejuicio y uso de la experiencia en la construcción de la imagen; sistema de alerta y prevención; despolitización de la situación; modelo contrafactual; zona de confusión; persuasión y disonancia cognitiva.

⁶⁰² Presidencia Felipe Calderón, “Niña Isabel Garza Rubio, beneficiaria del Hospital Infantil de México Federico Gómez”, 15/11/2012, En: <https://www.youtube.com/watch?v=dDKfmVhFcmE>, Fecha de consulta: 2 de abril de 2023.



primero y por lo pronto en eso tenemos un México más justo y más igual que la salud está al alcance lo mismo para el pobre que para el rico” (16:32-17:00) ⁶⁰³

b) sistema de alerta y prevención

Un factor que se repite constantemente en los spots de Seguro Popular es el sistema de alerta y prevención, la salud de las personas es cuidada por el Seguro Popular, se responsabiliza el hecho político en sí (la persona que se enferma u ocupa un servicio de salud, algún actor político o gobierno que no cumplió en la decisión) y no el evento (el acceso efectivo a los servicios de salud); la responsabilidad se comparte, se percibe al Seguro Popular como un evento de riesgo el cual produce los problemas de la agenda de salud.

La historia del spot del Seguro Popular, trata de una madre en el que su hijo se enfermó y tuvo que ser internado, la condición de pobreza es la que no permite contar con servicios de salud, la afiliación al Seguro Popular generó un antes y un después del Seguro Popular “echar mucho más coraje para sacar adelante a sus hijos”. ⁶⁰⁴

c) locus de control externo

La implementación de una política de salud conlleva a resultados y evaluaciones que indique el estado de la política, no siempre se consigue alcanzar los objetivos y metas trazadas, la PP Se adecua, reformula, se rediseña la matriz de indicadores y se acciona de nueva cuenta, también puede ser la omisión de toma de decisión; los gobiernos para evadir cualquier tipo de responsabilidad ocupan como dispositivo de control y gestión de crisis el locus de control externo, que no es otra cosa que responsabilizar a terceros de las decisiones gubernamentales.

“porque ahora pueden pagar el tratamiento con el seguro popular eso amigas y amigos es como dice el lema del gobierno de Chiapas esos son hechos no palabras esos son hechos no calumnias el seguro popular ha funcionado y miren amigos yo creo que desde luego cuando uno gobierna es ser humano y tiene aciertos y errores de nuevo que yo los he tenido, pero si les puedo decir amigas y amigos que nos empeñamos en estos seis años en que la gente viviera mejor” (40:22-40:55) Felipe Calderón ⁶⁰⁵

⁶⁰³ Presidencia Felipe Calderón, “Inauguración del edificio de Hemato-Oncología en Investigación del Hospital Infantil de México”, 14/11/2012, En: <https://www.youtube.com/watch?v=mBmbc3WCzII>, minuto (16:32- 17:00)

⁶⁰⁴ PAN, “Seguro Popular “Lupita”, 28 /01/2011, En: <https://www.youtube.com/watch?v=nI5e6oOkWkY>, Fecha de consulta: 12 de abril de 2023.

⁶⁰⁵ Presidencia Felipe Calderón, “Inauguración del Centro Médico Chiapas Solidario Doctor Jesús Gilberto Gómez Maza, completo”, 24/11/2012, En: <https://www.youtube.com/watch?v=q1gOajZLLMk>; Fecha de consulta: 11 de abril de 2023, minuto, (40:22-40:55).



2) decisiones en política de Seguro Popular (imposibilidad de decisiones)

Precisar y mejorar la articulación de la matriz de indicadores (2012); actualizar la información del indicador de Gasto de Bolsillo (2012); integrar un indicador de calidad de los servicios de salud (2012); programa sistema integral de calidad en salud, SICALIDAD; lemas de afiliación, cobertura y focalización; gestión de gastos catastróficos, SIGGC; estrategias de reafluencia que se implementan en algunos estados; realizar campañas de difusión a nivel nacional; implementar mejoras en el sistema integral de gestión de gastos Catastróficos, SIGGC; procesos de notificación y validación de los casos en los estados; garantizar que las unidades de servicio cuenten con el equipo requerido; desarrollar una estrategia de capacitación institucional.⁶⁰⁶

3) contexto de crisis (temas y notas críticas)

Acusa el PAN a Andrade Díaz de "inflar" el padrón del Seguro Popular (24/08/2007); problemas en la implementación de la gestión de gasto catastróficos (2009); reformulación de los problemas de afiliación, cobertura y focalización (2011); garantizar que las unidades de servicio cuenten con el equipo requerido (2012).

Sexenio de Enrique Peña Nieto

Parte de la estrategia fue colocar 31 mil 101 mensajes para difundir actividades y programas de gobierno, la difusión de 36 mil 201 mensajes comerciales para promover la venta productos y servicios gubernamentales, la realización de 36 mil 605 informes en medios de comunicación para dar a conocer la operación de la administración pública y actividades gubernamentales.⁶⁰⁷

En cuanto al control de crisis, el mecanismo que más gusta a la presidencia son las conferencias de prensa del gobierno de la república, el caso de Enrique Peña Nieto se optó por la presencia de dos voceros; el secretario de gobernación y el secretario de hacienda, quienes se encargaron de estar al frente de las conferencias de prensa, el tema que domino todo el sexenio en

⁶⁰⁶Secretaría de salud, SSA, Op cit, pp.1-4.

⁶⁰⁷ Molina Nieto, Zuleyma Karina, "La publicidad oficial durante el sexenio de Enrique Peña Nieto (2012-2018). La inevitable convergencia entre Estado, gobiernos y medios", Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2022. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, Ciudad de México, En: <http://132.248.9.195/ptd2022/abril/0824397/Index.html>, Fecha de consulta: 30 de marzo de 2023, pp. 55-87.1



la agenda setting fueron las reformas estructurales (educación, energía, competencia económica, laboral, telecomunicaciones, hacienda y financiera).⁶⁰⁸

Los casos de Ayotzinapa, la casa blanca, la visita de Trump y la matanza de Tlatlaya, mermó la relación del gobierno con los medios de comunicación, fue el contexto y no el caso particular del Seguro Popular lo que motivó el descrédito de las políticas públicas y la comunicación política.

Las acciones implementadas fueron; la difusión de spots donde al término de cada nota (logros y metas alcanzadas) se proyectaba un video como refuerzo de la nota, (el mecanismo de discurso/video se replicaba en todos los actos de gobierno, fueran formales o informales, públicos y privados), cuidar la imagen presidencial y del gobierno mediante la difusión de productos visuales atractivos, el diseño y la ejecución de eventos públicos y la construcción de una identidad corporativa.⁶⁰⁹

Se cuantificó los spots del canal oficial de you tube de la presidencia de la república Enrique Peña Nieto, en materia de Seguro Popular, el número de publicaciones que se registró fue de 338, en los cuales la cantidad de spots con motivo del primer informe de gobierno se emitieron 10 con el 3% y 0 spots relacionados con el Seguro Popular, respecto al a los mensajes emitidos del segundo informe de gobierno se registraron 17 con un 5% y en cuanto spots del Seguro Popular sólo hubo 1 con el 6% del total, para el tercer informe de gobierno se emitieron 34 mensajes que representa el 10%; en materia de Seguro popular no existieron mensajes, para el cuarto informe de gobierno se realizaron 10 con el 3%, de igual forma no se emitieron mensajes en materia de Seguro Popular, en el rubro de historias-cuarto informe (hace referencia a los logros de las políticas públicas implementadas) se emitieron 18 spots con el 5%, en tanto uno de ellos hace mención al Seguro Popular con el 6%.

Quinto informe de gobierno hubo un total de 24 spots con el 7%, de ese 7% dos spots hace alusión al Seguro Popular, sexto informe de gobierno se contabilizó 12 con 4% mensajes y 0 en materia Seguro Popular, acciones de gobierno de la república el total de mensajes publicitarios fue de 161 que representa 48%, no es extraño que sea el mayor número de spots si contamos la cantidad que se gasta en publicidad oficial, especial énfasis en la propaganda presidencial donde los

⁶⁰⁸ Meyenberg Leycegui, Yolanda, Aguilar Valenzuela, Rubén, Op cit, pp. 221-226.

⁶⁰⁹ Ídem.



mensajes fueron el éxito de las reformas estructurales que dieron paso a que México se moviera con hechos y no palabras, de 161 mensajes 4 spots refieren al Seguro Popular y los discursos del presidente Enrique Peña Nieto se registraron 52 con el 15% y cero mensajes en salud, el total de spots sobre el seguro popular durante el sexenio de Enrique Peña Nieto fue de 8 lo que significó el 2%.

Gestión y estrategias de crisis

1) comunicacionales

a) redefinición el entorno

presentarla como algo nuevo o novedoso, el Seguro Popular se presentó como una política de poco alcance en el aspecto de la cobertura al acceso al servicio de salud, principalmente por los opositores a dicha política, la controversia era si consistía en una política de salud o de financiamiento de un seguro, la redefinición del entorno se presentó en crear las condiciones necesarias de un estado ideal (reducción, contar, acceso, disminuyó y vivir) y darlos a conocer como una realidad social efectiva y omnipotente a los medios de comunicación, la opinión pública y a los actores políticos y además debe expresar el interés general de la sociedad, la salud.

“la cobertura de salud es la que utiliza el CONEVAL para medir la pobreza durante esta administración la carencia por acceso a servicios de salud se redujo en seis puntos porcentuales de 21 por ciento de la población en 2012 a 15% en 2016 es decir en este sexenio punto 2 millones de personas más cuentan ahora con acceso a los servicios de salud, de todos los indicadores utilizados para definir si una persona vive o no en pobreza, la carencia en salud es la que más disminuyó durante esta administración” (1:03:32-1:04:11) Enrique Peña Nieto⁶¹⁰

b) restauración de la imagen

Partimos del contexto suscitado en el periodo (2012-2018) y por los casos presentados (la casa blanca, la fuga del chapo y la visita de Trump) que debilitaron la imagen del presidente Peña Nieto, respecto al Seguro Popular la crisis presentada era el desvío de los recursos destinados para salud, compra de medicamentos e instalación de infraestructura hospitalaria, tal fue la gravedad que se tuvo que hacer modificaciones en la política fiscal (los REPSS pasaron a ser figuras de

⁶¹⁰ Canal Oficial de YouTube de la Oficina de la Presidencia de la República 2012 - 2018 “75 Aniversario de la Secretaría de Salud”, 18/10/2018, En: https://www.youtube.com/watch?v=57wvN_ALSB8, Fecha de consulta: 7 de abril de 2023, minuto, (1:03:32-1:04:11).1



control , distribución y vigilancia del gasto en salud, FASSA) para sancionar los actos de corrupción política en materia de salud, de ahí la restauración de la imagen del Seguro Popular.

“las cosas buenas que pasan en nuestra vida en nuestro país y en el mundo nos permiten ver hacia adelante con certeza y determinación y ese ánimo positivo es el que nos da la fuerza y la energía para seguir cambiando lo que debemos cambiar un mejor México se construye cada día en equipo a partir de lo mucho que hacemos bien todos los mexicanos lo bueno casi no se cuenta, pero cuenta mucho” (2:36-3:00) Enrique Peña Nieto ⁶¹¹

d) locus de control externo

“al inicio de la administración encontramos una inconsistencia francamente inaceptable millones de beneficiarios de prospera que tiene la población más vulnerable y del programa pensión para adultos mayores no todos tenían acceso a la atención médica gratuita en seis años logramos que todos los beneficiarios de estos programas tengan acceso al seguro popular se trata de uno de los esfuerzos más importantes para acercar los servicios de salud a los segmentos más vulnerables de la población” (1:00:34-1:01:02) Enrique Peña Nieto. ⁶¹²

d) crisis de reputación

La política de Seguro popular estuvo relegada por una deficiente comunicación política, casos de corrupción llevada a cabo por los gobernadores haciendo un botín de dinero el gasto en salud y el uso político para difundir la agenda de salud los escándalos políticos y desacreditar toda acción implementada, ocasionó una crisis de reputación en torno al Seguro Popular, sobre todo en la precepción de los beneficiarios, que si bien las evaluaciones de desempeño lo calificaban como bueno, en la parte operativa existía el sesgo de no dar el servicio completo a causa de un vacío (falta de dinero, “se roban el presupuesto”).

Tres casos, el uso de figuras mediáticas (deportistas y actriz) Ivonne Montero ⁶¹³, Jorge Arce ⁶¹⁴ y Humberto González, ⁶¹⁵ en los tres spots se realiza el estatus de un aspecto positivo y

⁶¹¹ Canal Oficial de YouTube de la Oficina de la Presidencia de la República 2012 - 2018. “4to informe de Gobierno-Mensaje del presidente Enrique Peña Nieto”, 25/08/2016, En: https://www.youtube.com/watch?v=_GpL5JBZ8eI&list=PLvtp80ozfi57pNuu2QEAquW3t9bAjTiOY, Fecha de consulta: 11 de abril de 2023, minuto (2:36-3:00).

⁶¹² Canal Oficial de YouTube de la Oficina de la Presidencia de la República 2012 - 2018 Op cit, minuto, (1:00:34-1:01:02).

⁶¹³ Seguro Popular Tlaxcala, “Ivonne Montero Cantante, Actriz y Conductor. Beneficiaria del Seguro Popular”,14/07/2016, En: <https://www.youtube.com/watch?v=qTnP5VgPGbs>, Fecha de consulta: 11 de abril de 2023.

⁶¹⁴ Ordenador Político, “Seguro Popular-Travieso Arce”, 26/11/2018, En: https://www.youtube.com/watch?v=yYqF_b1Ti0M, Fecha de consulta: 12 de abril de 2023.

⁶¹⁵ Revista Foro 10/25, “¡Afiliate al Seguro Popular! Chiquita González”, 26/11/2018, En: <https://www.youtube.com/watch?v=yRYOwPLnFT8>, Fecha de consulta: 12 de abril de 2023.



cercano la gente, enfatiza los logros obtenidos, los mensajes emitidos; el seguro popular seguro te ayuda, el seguro popular te ayuda, acércate es para ti, tú y tu familia están seguro con el seguro popular.

2) decisiones en política de Seguro Popular

Gestionar modelo de seguimiento de los servicios de salud, MOSESS, así como el plan estratégico de Supervisión, PES (2016-2017); gestionar cursos de capacitación en línea para el personal de gestión de servicios de salud en los REPSS a través del aula virtual de la CNPSS con relación al tema de tutela de derechos así como de afiliación y operación (2016-2017); evaluación estratégica de coordinación del fondo de aportaciones para los servicios de salud; revisión a reglas de financiamiento; revisar definición de población objetivo; indicadores de gestión para el programa; capacitación a gestores sobre tutela de derechos; establecer y definir las metas de cobertura del Seguro Popular y Siglo XXI con base en los datos y proyecciones del Censo de Población y Vivienda 2010, 2012-2013; solicitar apoyo para evaluación costo/efectividad de padecimientos de alto costo atendidos con el FPGC (2012-2013) ⁶¹⁶

3) contexto de crisis (temas y notas críticas)

En el periodo que abarca los años 2012-2018, los temas y las crisis a resolver, instauró como acciones prioritarias; disminuir el gasto de bolsillo contra gasto catastróficos; la heterogeneidad de los marcos jurídicos para la operación de los Regímenes Estatal de Protección Social en Salud, REPSS; la descentralización de los REPSS; la nueva fórmula de afiliación en relación proporcional a los ingresos que obtiene cada estado; y la necesidad de hacer reformas a la LGS. ⁶¹⁷

La SFP de Tabasco alista denuncias penales por compras infladas en el gobierno de Arturo Núñez (8/08/2019); César Duarte y sus proveedores favoritos del sector salud, (16/10/2015); denuncias de la Auditoría contra mi gobierno no tienen sustento: Javier Duarte (22/06/2015);

⁶¹⁶ Secretaría de salud, SSA, (*seguimiento a aspectos susceptibles de mejora clasificados como específicos, derivados de informes y evaluaciones externas. documento de trabajo del programa: U-005 Seguro Popular*), México, 2014, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS, (*seguimiento a aspectos susceptibles de mejora clasificados como específicos, derivados de informes y evaluaciones externas. documento de trabajo del programa: U-005 Seguro Popular*), México, 2014, En: https://www.coneval.org.mx/rw/resource/Mecanismos_2013/SALUD/U005_Seguro%20Popular/12_U-005_DT.pdf, Fecha de consulta: 8 de abril de 2023, p. 1.

⁶¹⁷ Ídem.



sector salud, la mina de César Duarte (2/02/2015); una más de Granier: compró medicinas caducas para el Seguro Popular (20/09/2013); Granier desfalcó a Tabasco con casi 4 mil mdp, confirma auditoría (18/09/2013); apela Granier orden de aprehensión por desvío de 196 mdp (22/12/2013); denuncian a Javier Duarte ante la PGR por presunto desvío de 5 mil mdp, (13/03/2013); Godoy niega malversación de recursos del seguro popular (5/03/2012).⁶¹⁸

3) Primeros dos años de gobierno de Andrés Manuel López Obrador⁶¹⁹

Gestión de entrevistas, reuniones de trabajo, Guía práctica del Seguro Popular (materiales de promoción y difusión, carteles, videos testimoniales, banners, dípticos, trípticos, imagen de módulos de afiliación y vehículos e infraestructura hospitalaria), se realizaron 101 solicitudes de promoción de la imagen institucional de los 32 REPSS, se publicaron 167 notas informativas, 39 galerías fotográficas, 859 imágenes, 18 comunicados de prensa y 48 videos, en el rubro de campaña de comunicación se difundió el componente del Seguro Médico Siglo XXI, la implementación de 98 eventos públicos, 45 sesiones de Juntas de Gobierno, 43 videos de YouTube de la CNPSS, 31 notas informativas y 186 infografías, en fase book se hicieron 600 publicaciones, mientras que en twitter se publicaron 560, 72 Juntas de Gobierno efectuadas por los REPSS.⁶²⁰

Gestión y estrategias de crisis

1) comunicacionales⁶²¹

⁶¹⁸ Revista Proceso, Op cit.

⁶¹⁹ Actores partícipes: Reforma, Animal Político, Excélsior, el Economista, Tv Azteca, RadioRama, el Heraldo de México, Francisco Garfias, Eunice Ortega, Maricarmen Cortés, Carlos Mota, Claudia Villegas, Marielena Vega, José Yuste, Jaime Núñez, Paola Rojas, el Universal, Basta, Más Comunicación, Cinemex, Tele Urban, el Siglo de Torreón, Publmetro, Somer, NRM, la Jornada, Aire Libre, Zona Laboral, 24 Horas, el Heraldo. Se hace mención de los actores por que el gobierno acostumbra a construir esquemas comunicacionales; estableciendo las reglas de juego que devienen en publicidad oficial/campañas/comunicación social. Los tres factores publicidad oficial/campañas/comunicación social suscritos en ley es vacía, confusa y ambigua, no define ni delimita el uso de propaganda gubernamental, qué informar y de qué manera se hace, se cae en el supuesto que toda comunicación es de carácter informativo y no de propaganda, lo ponemos de relieve por el gasto excesivo en comunicación social y los pagos que realiza a dichas figuras.

⁶²⁰ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS, “Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2019”, en *Secretaría de Salud, SSA, 2019*, En: http://www.transparencia.seguropopular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf, Fecha de consulta: 23 de abril de 2023, pp. 117.119.

⁶²¹ Ruiz Galicia, César Alan, “El populismo mediático: La relación entre López Obrador y la prensa durante sus primeros dos años y medio de gobierno”, Tesis de maestría: Centro de Investigación y Docencia Económicas CIDE, 2021, Repositorio digital del CIDE, México, En: <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/4453>, Fecha de consulta: 3 de abril de 2023. Pp. 3-9.



a) despolitización de la situación

En la entrevista realizada a Juan Antonio Ferrer dio a conocer la situación de un familiar cercano que ocupó los servicios de salud del Seguro Popular, el uso político y faccioso de la salud lo pone en una situación diferente al resto de la población (cargo público); se interpone la experiencia personal que el problema en sí, despolitizando el asunto del gasto catastrófico de enfermedades.

“yo me permití hacer un recuerdo que tuve en mi familia donde decían que lo que ya hoy es el extinto seguro popular funcionaba y yo platiqué en esa ocasión que no funcionaba porque yo había tenido un familiar muy cercano que había ido a un hospital y que le había costado 200 mil pesos su vida y le habían puesto unas, en las arterias, unas cosas que se llaman stent, entonces le habían abierto un abanico así y dijeron mira, delante de mí, delante de mí dijeron, estos stent cuestan quince mil pesos y estos otros para que esté bien y dure diez años cuestan 28 mil pesos algo así o 25 mil pesos, entonces todos los hijos se decidieron por comprar unos buenos stent, mejor para que durara más esa persona, afortunadamente sigue vivo, pero entonces yo me di cuenta y yo pregunté bueno y eso quién lo cubren y me dijeron que lo cubría el seguro popular, entonces cuando alguien me dice a mí, que el Seguro Popular le cubría todo, yo le diría que a mí en carne propia no, no, estoy siendo familiar, es cercano a mí, no funcionaba porque el modelo era eso, vender” (2:01-3:18) director general del INSABI, Juan Antonio Ferrer.⁶²²

b) locus de control externo

Se presenta cuando la crisis es muy evidente o muy visible, tanto para los medios de comunicación, opinión pública como para el mismo gobierno, aquí el control externo se encuentra en el gobierno anterior, las palabras identificadas; hubo desabasto, quitarse el presupuesto, no había dinero, factores externos que inhiben la toma de decisiones, pero a causa de la mala gestión de la política de salud Seguro Popular de los sexenios anteriores.

“niños que afecta la falta de este medicamento afecta principalmente no del todo a los tratamientos de la leucemia o de las neoplasias de cáncer de los niños y hubo desabasto, pero hubo desabasto no por nuestra acción porque aquí se usaban todos los argumentos, pero dos muy pervertidos así lo digo, uno que es todo producto de la que se estaba teniendo una política de quitarse el presupuesto de reducir el presupuesto para los medicamentos que no había dinero (...)” (5:08-5:45), Secretario de salud Jorge Alcocer.⁶²³

⁶²² ADN Opinión, “Ricardo Rocha conversa con Juan Antonio Ferrer Aguilar, director del Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI”, 14/01/202, En: <https://www.youtube.com/watch?v=xWFAEJ7X1sQ&t=17s>, Fecha de consulta: 10 de abril de 2023, minuto (2:01-3:18).

⁶²³ adn40Mx, “Entrevista con Jorge Alcocer sobre desabasto de medicamentos. Todo Personal”, 1/02/2019, En: <https://www.youtube.com/watch?v=QRyqSPiGKog>, Fecha de consulta: 8 de abril de 2023, minuto (5:08-5:45)1



Resalta los cuestionamientos que se realizaron con motivo de la segunda mesa de trabajo de la comisión de salud para debatir si era pertinente sustituir el Seguro Popular y si se tenía contemplado un catálogo de enfermedades y el número total de beneficiarios al programa, puesto que era evidente el problema de desabasto de retrovirales; la respuesta de Ivonne Luján Cisneros.

“desde luego este gobierno es un gobierno muy responsable y sin duda tiene perfectamente diagnosticado cuál es la situación epidemiológica en el país y cuál es la situación de todas aquellas personas que padecen alguna enfermedad catalogada este como gasto catastrófico” (2:28-2:50) Comisionada Ivonne Luján Cisneros.⁶²⁴

c) modelo contrafactual

Es la identificación de asociaciones causales, donde el planteamiento siempre ha de ser el mismo sí y solo sí, en el caso del Seguro Popular si se controla la corrupción luego entonces se acaba el desabasto de medicamento, dejando a un lado las demás variables.

“yo le diría un punto más si me permiten, mire, cuando se solicitaban los requerimientos de medicamentos a los estados se le decía que pidieran lo mínimo o lo que había consumido históricamente y yo le puedo asegurar con documentos y todo, que nosotros el año pasado que empezamos la compra consolidada de medicamentos para el 2020, le solicitamos a todos los estados que el requerimiento de medicamentos fuera conforme a sus necesidades lo que necesitaba la gente en cada estado.” (5:18-5:49) director general del INSABI, Juan Antonio Ferrer.⁶²⁵

Cuando se le pregunta y se le cuestionó al presidente del subejercicio gastado en el ramo 33 y los problemas de desvío de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA, presentado por la Auditoría Superior de la Federación, ASF, a manera de burla contestó.

“ahorros, ahorros es que depende como se vea a ver les pongo un ejemplo en el 18 y se ejercieron en presidencia ya parezco disco rayado 3600 millones del año pasado ejercimos 800 qué fue su ejercicio o ahorro no, no, no, no se tenía el presupuesto sí nada más que se cancelaron partidas si es una cantidad similar parecido no exactamente, pero lo importante es eso es que no es su subejercicio en todas las en todas las partidas se ejerció menos” (55:50-56:59) AMLO⁶²⁶

d) zona de confusión

⁶²⁴ Seguro Popular, “Comisionada Ivonne Cisneros - Audiencias Públicas Instituto de Salud para el Bienestar Mesa 2”, 7/08/2019, En: <https://www.youtube.com/watch?v=6RAYKxkuyuQ>, Fecha de consulta: 10 de abril de 2023, minuto (2:28-2:50).1

⁶²⁵ Ídem, minuto (5:18-5:49).

⁶²⁶ Notimex TV, “Conferencia de Prensa de AMLO, 16 enero 2020”, 16/01/202, En: <https://www.youtube.com/watch?v=H5W-pdWB8IM>, Fecha de consulta: 10 de abril de 2023, minuto (55:50-56:59).



Dar por hecho aquellas evidencias que son falsas, tergiversar datos, apoyarse en un discurso o pronunciamiento referencial, ¿referencial a qué? neoliberal, neo porfirista, que contenga una aceptabilidad que no sea un hecho, una cosa ni siquiera un objeto sino una diferenciación, una zona de confusión que no están ligadas entre sí, definir y prescribir el populismo.

“entonces ofrecemos disculpas por las políticas que se aplican que no tienen nada que ver con la concepción neoliberal o neo porfirista entonces ese es el fondo de todo esto, cómo le llaman a esto populismo, paternalismo, sí garantizar que la salud sea un derecho y no un privilegio si entregarla los medicamentos de manera gratuita es ser populista que me apunten en la lista”, (34:15-34:52) ⁶²⁷

e) persuasión y disonancia cognitiva

Serán los valores, actitudes y conductas que se tiene de una persona, candidato, figura política, y que están interiorizadas en el imaginario colectivo de los grupos sociales, cuando se percibe alguna inconsistencia o acciones que están en contra de los valores insertados en un grupo (la percepción de la gente y de la oposición es la corrupción presentada en el Seguro Popular), se convence que es un a verdad, un argumento cierto, tiende a negar o deslegitimar, ya que se cuenta con un apoyo de los públicos.

“se tiene que ir hacia ese objetivo tenemos que ahorrar yo insisto de que el principal problema del país es la corrupción sostengo en esta materia que si se evita la corrupción en la compra de medicamentos con el mismo presupuesto alcanza para entregar medicamentos gratuitos a todo el pueblo de México ese es mi planteado por México si se gasta muchísimo en la compra de medicamentos porque se compran los medicamentos muy caros se roban el dinero de los medicamentos, eso que llaman seguro popular ni es seguro ni es popular con sí, sí, sí así lo sostengo ni es seguro ni es popular porque en los centros de salud vamos a mejorar el sistema de salud pública” (1:36:50-1:37:53). ⁶²⁸

f) teoría de equidad

La teoría de la equidad contesta tres preguntas ¿lo que podría ser? ¿lo qué debería ser? y ¿lo que habrá que hacer?, es la percepción que se tiene de algo (bueno/malo, agradable/desagradable), pero una situación yuxtapone un marco de situaciones, modificando la opinión, logrando una imagen distinta a la que se tenía, de manera que una política de salud debería

⁶²⁷ Ídem, minuto (34:15-34:52).

⁶²⁸ Milenio, Op cit, minuto (1:36:50-1:37:53).



ser un diseño institucional en el que los servicios de salud no se subroguen, según palabras de Comisionado de Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Juan Antonio Ferrer, cito.

“la idea es subrogar los servicios hospitalarios fue uno de los ejes que guió esta política de construir hospitales y se otorgaron todo está subrogando tiene un negocio es un negocio donde tú se subroga los análisis clínicos en los rayos x el medicamento la farmacia la distribución de los medicamentos la alimentación del personal la alimentación de los pacientes de todo es subrogado las centrales de mezcla son subrogadas y esto responde al interés un gran negocio con la salud se hizo una larga negocio y dejaron aparte a la población” (39:46-40:21) Comisionado de CNPSS Juan Antonio Ferrer⁶²⁹

2) decisiones en política de Seguro Popular

desabasto de medicamentos y rezago en el acceso a servicios de salud por motivo del cierre del Seguro Popular y estratégica de coordinación del fondo de aportaciones para los Servicios de Salud.

3) contexto de crisis (temas y notas críticas)

La CNDH contabiliza 72 quejas por suministro de medicamentos contra el cáncer (27/02/2020); a la deriva, mujeres con cáncer de mama (21/02/2020); abogados del PRD interponen amparo por desabasto de medicamentos (21/02/2020); FUCAM, frena gratuidad de sus servicios tras desaparición del Seguro Popular (20/02/202); en tres meses, presidenta de la CNDH recibe 2 mil 876 quejas por falta de medicamentos (10/02/2020); acusan a jefa de almacén de simular compra de medicamentos por 21.5 mdp en Jalisco (10//02/2020); transición al INSABI no afectará a los beneficiarios del Seguro Popular: Salud (29/10/2019); López Obrador anuncia la desaparición del Seguro Popular (13/07/2019); el desabasto de medicamentos ya golpea a pacientes (11/05/2019); desabasto de medicamentos, error de vida o muerte (9/05/2019); la receta de la austeridad de AMLO: no gastar aunque se necesite (4/05/2019); la CNDH emite medidas cautelares para que la SS garantice medicamentos a personas con VIH (1/05/2019).⁶³⁰

Para analizar los escándalos suscitados en el Seguro Popular, la información se recopiló a partir de la base de datos de la revista proceso el cual cumple tres objetivos; la manera plausible en que tiene organizada las notas periodísticas con ello verificar la agenda setting en materia de

⁶²⁹ La Octava, “Seguro popular no funcionó porque no atendía enfermedades graves: Ferrer”, 9/12/2019, En: <https://www.youtube.com/watch?v=udbKNpoGR04>, Fecha de consulta; 10 de abril de 2023, minuto (39:46-40:21).

⁶³⁰ Ídem.



salud, la postura crítica y neutral de contra peso que supone tiene los medios impresos hacia el gobierno en el que se asume la legitimidad, la eficacia y la estabilidad de las decisiones políticas puesta en práctica en alcanzar la gobernabilidad e inferir en la estatización de la generación de temas; por consiguiente definimos el concepto de escándalo “como una reacción de la opinión pública contra un agente político al que se le considera responsable de una conducta que es percibida como un abuso de poder o una violación de la confianza social sobre la que se basa la posición de autoridad que mantiene o puede llegar a mantener tal agente, un intento de estigmatizar tal agente, de modo que quede marcado en adelante por una nueva identidad con status moral inferior”⁶³¹.

La información se organizó y se sistematizó en años o periodos sexenales, número de notas, tipo o clasificación de crítica y en jerarquización numérica y de porcentaje en mayor o menor cantidad de notas, en un periodo que abarca publicaciones desde el año 2002 (donde se implementó de manera piloto la PP Seguro Popular) y hasta el 2020 en el que se da por sustituido por el INSABI.⁶³²

Tenemos que, en una primera relación de conjuntos siendo A la primera relación se encontraron y se registraron 857 publicaciones que hablan, manifiestan o hacen mención sobre el Seguro Popular, de ese total absoluto de 857 registros, en 187 de ellas se alude de manera implícita o poco clara con un 22%, la relación B toma como base los restantes 670 o el 78% de las publicaciones donde en 187 notas no hay destinatario específico, pero se alude al Seguro Popular. La relación C nos dice que de 187 publicaciones que alude al Seguro Popular 34 registros presentan algún tipo de crítica representado el 18%, en tanto que la relación D 82% faltante es decir 153 publicaciones habla de temas relacionados con la salud y la relación E menciona que de los 34 registros que realizan algún tipo de crítica se desglosa en 10 publicaciones o notas que exhiben comportamientos negativos de los actores políticos (gobernadores, el presidente, funcionarios públicos) con 29%, 4 registros sobre situaciones negativas sin que se mencionen responsables

⁶³¹ Jiménez Sánchez, Fernando, “Posibilidades y límites del escándalo político como una forma de control social”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, REIS, Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS, Universidad de la Rioja, UR, España, Núm., 66, 1994, p. 11.

⁶³² Revista Proceso, Ciudad de México, 2023, En: <https://www.proceso.com.mx/noticias/buscar/?buscar=seguro+popular>, Fecha de consulta: 20 de marzo de 2023.



con un 12% y 20 notas en el que se hacen señalamientos negativos respecto a una política pública o al Seguro popular con 59%.⁶³³

Ahora vamos a detallar el comportamiento del número de notas críticas y el tipo de crítica respecto a la variable tiempo/año en 4 indicadores; los años en los que no hubo crítica hacia el Seguro Popular, los años en los que existió menor cantidad de críticas, aquellas notas presentadas en el periodo electoral y el año siguiente de la elección y por último los años en donde se registró el mayor número de notas y en el que se menciona algún actor político.⁶³⁴

a) años en los que no hubo crítica hacia el Seguro Popular:

Son los años en los que se implementó de manera piloto el Seguro Popular (2002-2004), los años 2004-2005 en donde se estaba construyendo datos para poder analizar a partir del CONEVAL y los años 2008-2009 que coincide con el monopolio de la agenda setting con el tema del crimen organizado, en esos 6 años se publicaron 40 notas que mencionan algo sobre el Seguro Popular.⁶³⁵

b) años en los que existió menor cantidad de críticas:

Abarca los años 2010, 2011, 2014 y 2016 en esos 4 años se registró 25 publicaciones que hablan sobre Seguro Popular, en 2010 se publicó una nota que menciona el mal funcionamiento del seguro Popular, en 2011 se registró una publicación que describe aspectos negativos, en 2014 una nota que menciona la deficiencia del Seguro Popular y en 2016 en la misma línea una nota que habla sobre señalamientos negativos.⁶³⁶

c) notas presentadas en el periodo electoral y el año siguiente de la elección

Nos centramos en el periodo electoral, que condicionalmente se da a conocer de manera exponencial las agendas políticas de los candidatos electorales y donde existe el mayor grado de exposición de notas críticas por parte de la agenda setting a efecto de evaluar las decisiones del

⁶³³ Ídem.

⁶³⁴ Ídem.

⁶³⁵ Ídem.

⁶³⁶ Ídem.



gobierno y las políticas públicas en el sexenio, además es cuando se concentra la mayor atención de la opinión pública en conocer las propuestas.⁶³⁷

El año siguiente de las elecciones se ocupó como parámetro ya que en el imaginario colectivo existe un ambiente de certidumbre por el nuevo gobierno en resolver los problemas relevantes existentes, además es el periodo donde ya se conoce las acciones gubernamentales, la relación entre el ejecutivo y la prensa es en cierto caso amena y todavía no existe aún un cálculo de costos/beneficios para efectuar una evaluación de las políticas públicas implementadas, la media priming de los temas se encuentra menos tergiversado y nebuloso que a mitad de sexenio o al final.⁶³⁸

La descripción de los datos comprende los años 2006-2007, 2012-2013 y 2018-2019, entre los años 2006-2007 se publicaron 14 notas, de los cuales en 2006 existieron 4 registros en los que habla o se menciona al Seguro Popular con 80% y una nota que menciona una situación negativa del Seguro Popular con 20%, en el 2007 se da el mismo efecto, el 89% notas corresponde a alusiones al Seguro Popular con 8 notas, la otra es una publicación donde se menciona la responsabilidad de un actor político inmiscuido en un hecho de corrupción con el 11%.⁶³⁹

En el periodo 2012-2013 hubo un total de 17 notas que se divide en 3 publicaciones que describen algún aspecto del Seguro Popular o el 43% en 2012, 2 notas se refieren a aspectos negativos del Seguro Popular con 29%, un registro hace mención o señalamientos, pero no responsabiliza a ningún actor político es decir el 14% de las notas, una publicación exhibe actos de desvío de recursos que representa el 14%. En tanto en el año 2013 se registraron 10 publicaciones segmentadas en 4 notas donde se menciona al Seguro Popular que equivale al 40%, 4 notas son menciones negativas con 40%, 2 publicaciones señalan y refieren a actores políticos partícipes en actos de corrupción con el 20%.⁶⁴⁰

Por último los años 2018-2019 registran 34 publicaciones en total, es de resaltar que en el año 2018 se registró 9 publicaciones en el que se alude o se menciona algún aspecto del Seguro Popular, en ese mismo año, en cambio no se contabilizó o registro una sola nota crítica hecha al

⁶³⁷ Ídem.

⁶³⁸ Ídem.

⁶³⁹ Ídem.

⁶⁴⁰ Ídem.



Seguro Popular, comparado con el año siguiente de la elección 2019 se registró el mayor número de notas críticas hacia el Seguro Popular junto con el año 2020, 25 notas referentes al Seguro Popular o el 13%, 20 de ellas critican algún aspecto con un 80%, el otro 20% que representa 5 publicaciones enfatiza señalamientos negativos.⁶⁴¹

d) años en donde se registró el mayor número de notas y en el que se menciona algún actor político:

2015, 2017 y 2020 fueron los años donde se registró el mayor número de críticas, respectivamente representaron el 6% para 2015, 2017 y 18% para 2020, de los cuales en el 2015, 12 notas sólo se alude al Seguro Popular con 50%, el otro 50% se divide en 2 publicaciones que señalan aspectos negativos con 17%, después una nota que menciona situaciones negativas sin que se mencionen responsables con 8% y por último 3 registros que representa 25% en donde se realizan connotaciones negativa y que exhiben comportamientos negativos (gobernadores, el presidente, funcionarios públicos), además que acusan y denuncian posibles actos.⁶⁴²

Para 2017 hubo un total de 11 publicaciones con 73%, 8 de ellas no se menciona un destinatario, pero se alude al Seguro Popular, en ese orden le sigue una nota que detalla señalamientos negativos con 9% y 2 publicaciones donde se menciona actos de corrupción que involucra a un actor político con un 18%.⁶⁴³

En la misma lógica se contabilizaron 34 publicaciones o sea el 88% que están divididas en 30 notas donde se infiere al Seguro Popular, una refiere a señalamientos negativos respecto al Seguro Popular con 3%, 2 notas a situaciones negativas sin que se mencionen responsables con 6% y una publicación donde se acusa, se denuncia posibles actos y exhibe comportamientos negativos de un actor político con 3% que corresponde al 2020.⁶⁴⁴

De los 187 registros en los que se menciona al Seguro Popular en 116 publicaciones no se señala a ningún político o secretario de salud con el 62%, en tanto 71 notas si manifiesta y si se señala a un político y secretario de salud como responsable de la política de salud con el 38%, es oportuno decir que los actores políticos se dividen en 4 categorías; presidentes, gobernadores,

⁶⁴¹ Ídem.

⁶⁴² Ídem.

⁶⁴³ Ídem.

⁶⁴⁴ Ídem.



secretarios de salud y subsecretario de salud y en 3 niveles de crítica o tipos de crítica; señalamientos negativos de una política pública pero es ambiguo quién es el responsable, connotación negativa que exhibe comportamientos negativos, donde se acusan y denuncian posibles actos y 3 donde no hay un destinatario específico pero se alude los secretarios de salud.⁶⁴⁵

Es de destacar que todas las publicaciones que entran en el rubro de escándalo refieren a los gobernadores, de tal forma tenemos que César Duarte se publicaron 4 notas con 2%, después Javier Duarte con 4 menciones o número de veces que aparece en las publicaciones con 2%, 1% de Fidel Herrera con una nota, 1% Jorge Alcocer y una nota, 9% AMLO-López Obrador es el que más notas crítica tuvo con 16, López-Gatell una nota con un 1%, Arturo Núñez una nota con 1%, Peña Nieto una nota con el 1%, Andrés Granier se mencionó en 5 notas con 3%, Leonel Godoy 2 notas con 1%, Calderón registró 8 notas críticas lo que significa un 4%, Córdoba Villalobos hubo 3 notas y un 2%, en cambio Julio Frenk se contabilizó 13 notas siendo un 7%, Fox 10 notas con 5% y Andrade Díaz una nota con 1%.⁶⁴⁶

1) presidentes; Fox, Calderón, Peña Nieto y AMLO; alude de manera implícita o poco clara a los presidentes.

2) gobernadores; César Duarte, Javier Duarte, Fidel Herrera, Andrés Granier, Leonel Godoy Rangel y Arturo Núñez; connotación negativa y exhiben comportamientos negativos en donde se acusan y denuncian posibles actos de corrupción, desvío de recursos, desvío de fondos federales, quimioterapias falsas, medicinas apócrifas, denuncias de la Auditoría, compra medicinas caducas, inflar el padrón del Seguro Popular.⁶⁴⁷

3) secretarios de salud; Frenk, Córdoba y Jorge Alcocer; no hay destinatario específico (política pública en salud, gobierno), pero se alude los secretarios de salud; 4) subsecretario de salud; López-Gatell sólo se menciona la postura del sistema de salud.⁶⁴⁸

Subrayamos que no todos los casos de corrupción son escándalos, y no todos los escándalos son verdaderos casos de corrupción ¿Cuándo sí, hay un escándalo? Los escándalos sólo se

⁶⁴⁵ Ídem.

⁶⁴⁶ Ídem.

⁶⁴⁷ Ídem.

⁶⁴⁸ Ídem.



presentan cuando, hay un acceso ilimitado y privilegiado a recursos públicos, existe abuso del poder político, se busca un beneficio privado, involucra a figuras públicas.

Las críticas hacia el Seguro Popular las dividimos en; sistema nacional de salud en tres temas; corrupción en la compra consolidada de medicamentos; desvío de recursos en el gasto de salud (cuota social y la aportación solidaria federal) y tres el pago indebido a personal no involucrado en la prestación de servicio de salud.

La corrupción no es exclusiva del seguro popular sino de todo el sistema nacional de salud. ha sido un discurso elaborado y difundido por la oposición para posicionarse en la agenda gubernamental.

A continuación, se van a describir seis casos de escándalos políticos surgidos en el Seguro Popular, correspondientes a Javier Duarte, César Duarte, Fidel Herrera, Andrés Granier y Leonel Godoy.

Javier Duarte (2010-2016)

En diciembre de 2014 la Fiscalía General de la República señala que el entonces gobernador de Veracruz Javier Duarte autorizó a través de secretaria de finanzas, Mauricio Audirac el desvío y la transacción de 2 mil 300 millones de pesos correspondientes del Seguro Popular en coordinación y en acuerdo con Leonel Bustos, director general de Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Veracruz al banco Banorte a nombre del gobierno del estado de Veracruz y hacer el cambio de cuentas, cuyo propósito original era invertirlos en beneficio del estado, proveniente de la nómina de partidas de programas estatales y federales.⁶⁴⁹

Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa Auditoría Financiera y de Cumplimiento.

Los resultados emitidos por la Auditoría Financiera y de Cumplimiento, describe las siguientes características, los datos arrojan; primero, los recursos no son transferidos a la Cuota Social, que deviene de la Aportación Solidaria Federal por un monto de 193 millones 601 mil

⁶⁴⁹ Milenio multimedia, “FGR va contra ex funcionario de Javier Duarte; era testigo colaborador”, <https://www.milenio.com/policia/fgr-funcionario-javier-duarte-testigo-colaborador>, En: Fecha de consulta: 20 de abril de 2023.1



279.42 pesos; dos la transferencia de dinero perteneciente a la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federa a la cuenta del gobierno del estado de Veracruz 325 millones 211 mil 723.00 pesos correspondientes al ejercicio fiscal 2015, en la misma línea; la transferencia de la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federa y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud a nombre de la cuenta bancaria de los servicios de salud del estado de Veracruz.⁶⁵⁰

234 millones 84 mil 435.82 pesos, en el que los Servicios de Salud de Veracruz efectuó una transferencia improcedente a un proveedor con dinero de la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federa correspondiente al ejercicio fiscal 2015. De igual manera la falta de aplicación de recursos al seguro popular por 518 millones 658 mil 367.34 pesos; pagos no autorizados por nómina por un total de 3 millones 82 mil 823.98 pesos y 4 millones 582 mil 84.12 pesos por concepto de adquisición de medicamentos a un precio superior al de referencia.⁶⁵¹

Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave Revisión de Situación Excepcional por la no Transferencia de Recursos Federales para Protección Social en Salud Auditoría de Revisión de Situación Excepcional

Falta de recursos del Régimen Estatal de Protección en Salud de Veracruz por una cantidad de 575 millones 214 mil 113.31 pesos, se sobre entiende la falta de entrega de los recursos federales del Seguro Popular 2015, cargo que se le imputa al ex Tesorero de la Secretaría de Planeación y Finanzas del estado de Veracruz Arnulfo Octavio García Fragoso.⁶⁵²

César Duarte (2010-2016)

En el sexenio de César Duarte se creó toda una red de corrupción y de conflicto de intereses teniendo como mecanismo el sistema estatal de salud. Las denuncias que se le imputan al gobierno de Chihuahua en materia Seguro Popular son 4

⁶⁵⁰ Auditoría Superior de la Federación, ASF, “Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 15-A-30000-02-1483”, en *Cámara de Diputados*, México, 2015, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015_1483_a.pdf, Fecha de consulta: de abril de 2023, pp. 1-14.

⁶⁵¹ Ídem.

⁶⁵² Auditoría Superior de la Federación, ASF, “Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave Revisión de Situación Excepcional por la no Transferencia de Recursos Federales para Protección Social en Salud Auditoría de Revisión de Situación Excepcional: 14-A-30000-09-1668”, en *Cámara de Diputados*, México, 2015, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014_1668_a.pdf, Fecha de consulta: 16 de abril de 2023, pp. 1-2.



Uno, la creación y consolidación de empresas farmacéuticas (Ymmarsa Farmacéutica SA de CV y Servicios y Atenciones Médicas K) dedicadas al lucro de compra/venta, incluyendo el conflicto de intereses entre el gobernador de Chihuahua, César Duarte y Carlos Gerardo Hermosillo Arteaga, entre las labores tenían, la licitación, compra, sobre venta y distribución de medicamentos a través de 8725 cadenas de farmacias y de intermediados.⁶⁵³

Bajo estas prácticas se le imputan al gobierno Chihuahua la compra de productos de laboratorio, servicios subrogados, equipo y material médico y medicamentos falsos a pacientes con cáncer, así como la denuncia a la Secretaría de Salud en la compra de equipo de angiografía por 32 millones de pesos (diciembre de 2013), en el mismo caso la ASF revelo que adquisición del angiógrafo no fue de 32 millones de pesos sino de 22 millones alegando desvió de recursos, los actores políticos implicados; Antonio Navarrete Jurado, exdirector de Planeación de la Secretaría de Salud, Víctor Manuel López Lozano, entonces director administrativo de la Secretaría de Salud, Javier Duarte Jáquez, Pedro Hernández y Rosa Isela Gaytán Díaz.⁶⁵⁴

El mecanismo y los dispositivos de compra de medicamento era la norma; un ejemplo lo tenemos en la compra de medicamento por parte de la empresa Ymmarsa por un valor de 15 millones de pesos Desglosado en 13 productos de los cuales 12 millones 79 mil de pesos se pagaron en productos de Etanercept que conforma una cantidad de 1840 unidades de ampollitas de 25 miligramos, otro monto se destinó en el pago de 4 millones 277 mil pesos por la adquisición de jeringas pre llenadas que equivale a 668 unidades, Otro tanto lo compro en 2012 el órgano de pensiones civiles de Chihuahua, una cantidad de 42 millones pesos, además no pertenecía al cuadro básico de medicamentos.⁶⁵⁵

La otra denuncia fue contra Hernández Flores, el cual tenía dos cargos, uno como director del comité de administración en la dependencia de salud y como director del Seguro Popular, el motivo de la denuncia era que se ostentaba como como profesional de la salud, se encontró que no

⁶⁵³ Revista Proceso, “César Duarte y sus proveedores favoritos del sector salud”, En: <https://www.proceso.com.mx/reportajes/2015/10/16/cesar-duarte-sus-proveedores-favoritos-del-sector-salud-153783.html>, Fecha de consulta: 20 de abril de 2023.

⁶⁵⁴ Revista Proceso, “También con César Duarte hubo quimioterapias falsas en pacientes con cáncer”, En: <https://www.proceso.com.mx/nacional/estados/2017/1/23/tambien-con-cesar-duarte-hubo-quimioterapias-falsas-en-pacientes-con-cancer-177650.html>, Fecha de consulta: 21 de abril de 2023.1

⁶⁵⁵ Ídem.



tenía el grado de estudio en medicina, ni cédula profesional para estar a cargo de la secretaria de salud.⁶⁵⁶

Gobierno del Estado de Chihuahua, Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa Auditoría Financiera y de Cumplimiento.⁶⁵⁷

Los resultados destacan; la evidencia de préstamos bancarios, pertenecientes a la cuota social y aportación solidaria federal 2014 por un monto de 97 millones 470 mil 799.94 pesos destinados y transferidos a la cuenta del Instituto Chihuahuense de Salud.⁶⁵⁸

No se destinó el dinero presupuestado de la cuota social y aportación solidaria federal 2014, que corresponde a 145 millones 107 mil 318.30 pesos, Se encontró pagos irregulares realizados a servidores públicos en materia de salud que no acreditaban el perfil, el pago de mando medio, medidas de fin de año, o pagos realizados a fin de año, la baja de dos trabajadores y la paga de tres trabajadores en la rama médica por 553 millones 389 mil 35 pesos.⁶⁵⁹

La adquisición con recursos destinados a la cuota social y aportación solidaria federal 2014 medicamentos no incorporados en el catálogo universal de servicios de salud por un total de 738 mil 923.6 pesos, el pago de 12 trabajadores por una cantidad de 143 mil 584.00 pesos con recursos del seguro popular, 1,210,901.54 pesos para infraestructura física sin el aval de la CNPSS.⁶⁶⁰

La adquisición de medicamentos, material curación y otros insumos que corresponde a 107 mil 131.8 pesos; el total del gasto fiscalizado asciende a mil millones 196 mil 534.3 pesos, divididos en los rubros, gasto operativo de unidades médicas, pagos a terceros por servicios de salud, apoyo administrativo, gasto de operación del REPSS, caravanas de la salud, medicamentos,

⁶⁵⁶ Ídem.

⁶⁵⁷ Ídem.

⁶⁵⁸ Auditoría Superior de la Federación, ASF, “Gobierno del Estado de Chihuahua (Auditoría Coordinada) Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 14-A-08000-02-1524”, en *Cámara de Diputados*, México, 2014, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014_1524_a.pdf, Fecha de consulta: 16 de abril de 2023, pp.1-12.

⁶⁵⁹ Ídem.

⁶⁶⁰ Ídem.



material de curación y otros insumos, acciones de promoción y prevención de la salud, fortalecimiento de la infraestructura física y remuneración del personal. ⁶⁶¹

Fidel Herrera (2004- 2010)

Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa. Gobierno del Estado de Veracruz Auditoría Financiera y de Cumplimiento.

Se encontró que en los rubros de conservación y mantenimiento de unidades médicas; acciones de promoción y prevención de la salud; caravanas de la salud; sistemas de información automatizados; pagos a terceros por servicios de salud; construcción de infraestructura física; gasto operativo de unidades médicas y compra y renta de equipo, instrumental y mobiliario médico, de laboratorio y gabinete, no se programó ni aplicó gasto alguno. ⁶⁶²

En el aspecto de medicamentos, material de curación y otros insumos; de un total de 977 mil 202.5 pesos sólo se ejerció 430 mil 19.6 pesos que significan el 13.2% de la compra de medicamento, resalta la inoperatividad en la compra y distribución de medicamentos, no se tiene clasificado el medicamento, no existe control de caducidad, no hay un recetario oficial para el surtimiento de medicamentos, ni tampoco existe recetas médicas con la firma de recepción, los medicamentos destinados al Seguro Popular se destinan a otros programas. ⁶⁶³

En la misma línea, se encontró la compra de medicamentos no incluidos en el Catálogo Universal de los Servicios de Salud, (CAUSES) por 12 mil 506.1 pesos, el pago de servicios en la adquisición de medicamentos a la empresa Farmacia de Genéricos, S.A de C.V, 12 mil 708.1 pesos. ⁶⁶⁴

Andrés Granier (2007-2012)

⁶⁶¹ Ídem.

⁶⁶² Auditoría Superior de la Federación, ASF “Gobierno del Estado de Veracruz Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa. Gobierno del Estado de Veracruz Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 09-A-30000-02-0684”, en *Cámara de Diputados*, México, 2010, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo5/2009_0684_a.pdf,1Fecha de consulta: 17 de abril de 2023, pp. 1-12.1

⁶⁶³ Ídem.

⁶⁶⁴ Ídem.



2008-2012, no se comprobó 700 millones de pesos desviados del sector salud, se confirmó que durante el sexenio de Andrés Granier se compró de manera sistemática medicamentos caducos que eran para los afiliados al Seguro Popular, se calcula un aproximado de 300 millones de pesos de desvío.

Del dinero estipulado para la compra de medicamentos para los afiliados del Seguro Popular se utilizó 13 millones 992 mil pesos para bonos de productividad y pagos de terceros en ese periodo la deuda en salud fue de 10 mil millones de pesos.

En el periodo 2007-2012, el Órgano Superior de Fiscalización del Estado de Veracruz, OSFE, confirmó que el ex gobernador Andrés Granier no ejerció el gasto público en materia de salud; de los cuales 21 millones 772 mil pesos correspondían por manejo del dinero del Seguro Popular, en tanto el gasto sin solventar ni transparentar en la secretaría de salud de Tabasco fue de 359 millones 601 mil pesos.⁶⁶⁵

El caso gira en torno al ex secretario de salud de Tabasco, en 2009 la ASF encontró irregularidades en el mandato de Luis Felipe Graham, quien ejerció abuso de poder al utilizar 175 millones de pesos de programas de salud etiquetados, destinados para la renta de bodegas, talleres, oficinas, casas-habitación, pagos a personal administrativo, de limpieza y la compra de medicamentos a precios superiores a los de referencia.⁶⁶⁶

En 2011 Luis Felipe Graham solicitó oficios a José Manuel Sáiz Pineda encargado de la Secretarías de Administración y Finanzas y a Gustavo Jasso Gutiérrez, de Planeación la cancelación de 19 programas de salud de Tabasco con la finalidad de liquidar las observaciones realizadas por la ASF.⁶⁶⁷

Las reducciones de gasto en salud; hospital de Salud Mental 2 millones 700 mil pesos; hospital del niño Rodolfo Nieto Padrón 33 millones 322 mil 704 pesos; alta especialidad Juan

⁶⁶⁵ Revista Proceso, “Faltan medicinas en Tabasco, pero funcionario de Salud despilfarra en Las Vegas”, En: <https://www.proceso.com.mx/nacional/2012/6/20/faltan-medicinas-en-tabasco-pero-funcionario-de-saluddespilfarra-en-las-vegas-104481.html>, Fecha de consulta: 20 de abril de 2023.1

⁶⁶⁶ Ídem.

⁶⁶⁷ Ídem.



Graham Cassasus, 22 millones 706 mil 953 pesos; hospital Gustavo Rovirosa Pérez, 17 millones 536 mil pesos y el hospital de la Mujer, 8 millones 693 mil 415 pesos.⁶⁶⁸

Leonel Godoy 2008-2012

Gobierno del Estado de Michoacán Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud Auditoría Financiera y de Cumplimiento

El pliego de observaciones resume el uso, los montos y los destinos en los que se aplica el gasto en salud del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA; las irregularidades desglosadas se resumen.⁶⁶⁹

La falta de efectivo y de rendimientos financieros por una cantidad de mil 57 millones 449 mil 479.34 pesos; el ejercer recursos sin comprobar ni justificar del del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud FASSA por 124 millones 785 mil 46.94 pesos; falta de comprobación, destino y aplicación por motivos de Servicios de Salud 2011 que correspondían al FASSA por 147 millones 525 mil 633.59 pesos; la aplicación por pago de “nóminas de personal homologado y regularizado de plazas precarias en exceso al monto autorizado”, por 108 millones 534 mil 449.32 pesos;⁶⁷⁰ pago al personal de honorarios 2,257,875.00 pesos y presupuesto no autorizado, contabilizado ni comprometidos en la compra de medicamento por una cantidad de 7 millones 379 mil 238.47 pesos.⁶⁷¹

Conclusiones

Los datos que acabamos de describir no son categóricos ni pueden ser generales, habrá que realizar un estudio minucioso, sin embargo podemos sacar varias conclusiones.

Comprobamos que la agenda de salud es casi inexistente en los medios de comunicación, en la agenda política y en la opinión pública, por tanto, los escándalos sobre el seguro popular como las críticas no son de manera directa hacia el sistema de salud o temas relacionados con la

⁶⁶⁸ Ídem.

⁶⁶⁹ Auditoría Superior de la Federación, ASF, “Gobierno del Estado de Michoacán Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 11-A-16000-02-0708”, en *Cámara de Diputados*, México, 2011, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Gasto_Federalizado/2011_0708_a.pdf, Fecha de consulta: 17 de abril de 2023, pp. 1-20.

⁶⁷⁰ Ibidem, p. 14.

⁶⁷¹ Ídem.



salud o el Seguro Popular, más bien la transversalidad de las decisiones políticas hacen que aparezcan las notas, eso lo comprobamos al momento de buscar notas sobre el Seguro Popular y tener que ocupar palabras distintas para indagar.

Las notas que llegamos a cuantificar entran en tres categorías; 1) sin destinatario específico; 2) se alude de manera implícita o poco clara a los actores políticos, al gobierno o a una política pública y 3) aquellas donde se hacen menciones sobre apreciaciones negativas, siendo que la mayoría de las notas o críticas caen en apreciaciones negativas, sobre todo respecto a la implementación de la política pública en salud y dos el resto de notas alude de manera implícita o poco clara sobre el tema del Seguro Popular.

Un ejemplo caro, es el caso de Javier Duarte, no se dio a conocer el tema sobre (corrupción) el desvío de recursos existe en el Seguro Popular, el tema en boga fue el desvío de recursos asignados al estado de Veracruz o el tema de una acusación que se le imputo por el asesinato de cinco personas en la colonia Narvarte, en ningún caso de habla de manera directa sobre el Seguro Popular.

Al momento de revisar y de investigar los escándalos sobre el seguro popular, me encontré con una dificultad, son pocas las notas, noticia o primeras planas donde se hable del Seguro Popular, esto puede deberse a tres posibles factores a) gasto en publicidad/propaganda política, b) mecanismos jurídicos de contención de crítica y c) el manejo de la crisis de las conferencias de prensa de la presidencia de la república.

Ambas situaciones, escándalos políticos y corrupción política puede generar crisis dentro del gobierno que desemboque en la percepción de un bajo desempeño en la implementación de políticas públicas reflejada en nulos resultados, una relación ríspida entre los medios de comunicación en mediatizar y dar a conocer cómo se lleva a cabo las decisiones políticas y el gobierno en informar los alcances y resultados de sus políticas y los opositores en debilitar la imagen del gobierno y cuestionar los casos de corrupción.

Por lo tanto si se puede llamar éxito de la comunicación política en materia de salud por parte de los opositores es por que define, precede, redibuja el pasado y lo establece como verdad adquirida como algo que se ha producido aunque eso no signifique una racionalidad instrumental pero sí una racionalidad comunicativa en el sentido de que permitió sustituir la política de salud



Seguro Popular por el INSABI más allá de los costes políticos, de la nula planeación y de la omisión al momento de implementar una política de salud.

Tales temas en la disputa de la agenda de salud se destaca; a) la privatización no solo de los servicios de salud sino de todo el sistema nacional de salud; b) la fragmentación de los servicios de salud inherentes y propios a partir de la descentralización de la salud en 1985; c) el pluralismo estructurado de los servicios de salud, es decir los entes que intervienen en la conformación de los servicios de salud, dando una sensación falsa de apertura de acceso hacia la población abierta siendo estos asimétricos, en cambio sí la participación de servicios privados y la construcción de fondos de financiamiento donde se prioriza la afiliación en lugar de la cobertura efectiva.

Por último, tanto el tema de la corrupción como el tema del modelo neoliberal se han insertado gracias a difusión que le ha dado López Obrador a la agenda de salud como nuevos ingredientes, son los expertos en materia de salud los que explican y describen los porqués de las acciones gubernamentales en salud y dan otro matiz a la agenda de salud, pero queda relegada por la agenda setting y la agenda política ya que la mayoría de la tematización en salud se da por la clase política quien la acapara dándole un uso político.

CONCLUSIONES FINALES

La tesis tuvo como propósito describir, analizar y examinar la construcción política en materia de salud, Seguro Popular, con ello identificamos los temas que en han trazado y se han insertado en las diferentes agendas, observamos y explicamos las conductas y patrones de los discurso políticos emitidos en torno al Seguro Popular, vimos que la implementación de una política pública no basta con las intenciones de los actores gubernamentales, se requiere de una comunicación eficiente que se arraigue en la sociedad para darle viabilidad y permanencia, comprobamos que la sustitución del Seguro Popular no obedece a factores técnicos ni a los desvíos de recursos o a problemas de corrupción, sino al uso político que se ha dado por parte de los opositores, se señala y se comprueba con el eminente cierre del INSABI,

Los aportes de la investigación es conocer los alcances de las estrategias de comunicación política en las decisiones técnicas de la política de salud en el ámbito institucional, social y político a través de analizar el proceso y los cambios en los servicios de salud, entre el Seguro Popular y el INSABI.



Se busca generar la construcción de datos a partir de las líneas discursivas de los actores políticos más relevantes relacionados a Seguro Popular e INSABI, más allá del discurso “ideológico” o del Plan nacional de desarrollo, empleado por el ejecutivo que justificó la eliminación.

Esta tesis no es un estudio sobre políticas públicas en materia de salud. La revisión técnica de ambos programas, Seguro Popular e INSABI es limitada y sólo se presenta para fines de contexto y contraste entre la evidencia científica y el discurso político. Tampoco puede explicar, la casi nula reacción social de la desaparición del Seguro Popular a partir del impacto en las líneas discursivas generadas entre 2003 y 2020. Estas son líneas de investigación para futuros trabajos. La comunicación política es una herramienta central del poder y este trabajo pretende ser un humilde acercamiento en cuanto a sus verdaderos alcances, mucho se dice que los discursos terminan cuando la realidad aparece, pero muchas veces parece que son los discursos son los que construyen la realidad.

Al momento de revisar las primeras planas de los periódicos, fueron poco los datos obtenidos, podemos inducir que el tema de salud es de poca importancia para los medios de comunicación, eso lo pudimos constatar en el número de notas y en el nivel de críticas realizadas, de igual manera pasa cuando se revisó los periodos electorales y los procesos legislativos, en donde los temas de salud son escasos y las iniciativas en materia de seguridad para la población abierta es nulo, en cuanto a los mensajes difundidos del Seguro Popular son claros, sólo hablan de los logros obtenidos en los gobiernos, lo que se traduce que los spots del Seguro Popular se utilizaron como posicionador de la agenda política o para redimir la imagen institucional de gobierno o de las políticas de salud anteriores.

La investigación muestra los mecanismos de control de crisis implementados por los gobiernos y resalta la construcción de la comunicación política del Seguro Popular, demuestra la eficacia y la contención de críticas más allá del espacio político, otro punto importante fue la percepción de los beneficiarios del Seguro Popular sobre la encuesta de satisfacción, que lo calificaban de bueno o eficiente, contrasta con los indicadores de prestación de servicios de salud, sobre todo en los tiempos de espera a los servicios de salud y en la entrega de medicamento.

La investigación contestó tres preguntas ¿si el reemplazo del Seguro Popular por el Instituto de Salud para el Bienestar, (INSABI) fue resultado de una valoración técnica desde una



perspectiva de Políticas Públicas o a los discursos y estrategias de comunicación política-electoral?, ¿cuáles elementos brindaron legitimidad a la acción gubernamental del gobierno del Presidente López Obrador para sustituir el Seguro Popular por el INSABI?, ¿qué elementos discursivos se han insertado en la comunicación política en materia de salud que lograron la sustitución del Seguro Popular al INSABI sin que se hayan registrado respuestas masivas en movilizaciones sociales de la población directamente afectada o respuestas políticas por parte de partidos opositores?.

1) ¿Si el reemplazo del Seguro Popular por el Instituto de Salud para el Bienestar, (INSABI) fue resultado de una valoración técnica desde una perspectiva de Políticas Públicas o a los discursos y estrategias de comunicación política-electoral?

Al momento de analizar, revisar, podemos decir que el cierre del Seguro Popular no fue una valoración técnica; se efectuaron mesas permanentes de la comisión de salud para debatir la eliminación del seguro popular, los datos y las pruebas presentadas fueron de carácter valorativo, juicios y prejuicios, no existieron resultados concluyente; no probaron el mal funcionamiento, ni la ineficacia del Seguro Popular, se detalló con claridad los estudios de impacto de la política de salud tanto en los objetivos como en las metas (disminuir el gasto de bolsillo y la creación de un seguro de salud) los resultados arrojaron bien evaluados, por lo que nunca hubo pruebas contundentes para desmentir el gasto de bolsillo y la creación de un seguro de salud, en el rubro de gasto en salud los resultados siempre fueron malos, por el tema de la corrupción en los Régimen Estatal de Protección Social en Salud, REPSS, quien era el órgano de fiscalizar, distribuir y asignar el dinero a los estados, el tema de la corrupción era propicio para el uso político. Durante el tercer debate presidencial, AMLO tuvo perspicacia de hacer referencia a la desaparición del Seguro Popular en caso de que ganara la presidencia, si bien tuvo cierto alcance mediático y cierto apoyo de un grupo de la sociedad, la eliminación del Seguro Popular no fue resultado de una estrategia de comunicación político-electoral, más bien se debió al mal manejo comunicacional durante 17 años.

2) ¿Cuáles elementos brindaron legitimidad a la acción gubernamental del gobierno del Presidente López Obrador para sustituir el Seguro Popular por el INSABI?

Podemos destacar tres elementos que dieron legitimidad al momento de sustituir al Seguro Popular, el uso político que se le dio el tema de la corrupción no como escándalo político sino



colocándolas como problema del sistema político, es decir como un gobierno que se dedica a robar, junto con las pocas notas en temas de salud presentadas en los medios de comunicación, el deterioro en comunicación política tanto en los directores generales como en los centros de salud y en los usuarios, el Seguro Popular no fue capaz de construir una narrativa uniforme en tres rubros ¿Cómo funciona el Seguro Popular? ¿Qué es el Seguro Popular? ¿Cuáles son los servicios que brinda el Seguro Popular?, cada gobierno cambiaba el discurso, cada ente tenía su propia comunicación de lo que entendía sobre Seguro Popular, por último la mayoría que obtuvo en el poder legislativo para reformar la política de salud.

3) ¿Qué elementos discursivos se han insertado en la comunicación política en materia de salud que lograron la sustitución del Seguro Popular al INSABI sin que se hayan registrado respuestas masivas en movilizaciones sociales de la población directamente afectada o respuestas políticas por parte de partidos opositores?

Si bien el discurso del presidente siempre fue atacar al Seguro Popular y de tildarlo de corrupto, privatizador, se debió más a la pésima estrategia comunicacional de salud en la población, lo podemos constatar en los pocos anuncios programados en los medios de comunicación, el abuso excesivo de propaganda gubernamental en señalar los logros en materia de salud, la falta de coherencia entre los hospitales, los usuarios y el gobierno en cosas tan básicas como las funciones del Seguro Popular mermaron la comunicación, nunca existió un proceso de larga data que consolidara la imagen del Seguro Popular con la gente/sociedad, cada gobierno le puso su sello institucional, “para vivir mejor”, “combate a la pobreza”, “primero los pobres”, “ni seguro ni popular”, la investigación no es determinante para resaltar las respuestas políticas por parte de partidos opositores en torno a la política de salud, podemos inducir que como mecanismo de acción a mayor fuerza política en el poder legislativo mayor resonancia se tendrá en la decisiones de gobierno y mayor será la esfera de mediación y de arreglos institucionales, con ello poder construir centros de poder que faciliten acuerdos y coaliciones en pro del gobierno en turno y a la vez disminuir o marginar a los partidos políticos minoritarios, podemos poner como ejemplo esta hipótesis que del 2004 que es cuando se aprobó el Seguro Popular hasta 2019 cuando se implementó el INSABI todas y cada una de las reformas de salud se han aprobado con la mayoría de los votos y en ningún caso existió que el partido opositor estuviera en contra de dichas políticas.



En cuanto por qué no se dio movilizaciones masivas sociales de la población directamente afectada, no se tiene la información para ver los factores o los motivos del por que no se dieron, es una variable a estudiar en futuros trabajos.

La salud es un tema muy amplio no solo abarca la esfera política, sino además atraviesa el ámbito relacional, los cuerpos, la geografía, la población, las determinantes mínimas de bienestar, derechos adquiridos en tratados internacionales, acceso a medicinas que no sólo incide en los individuos, por el contrario afecta a todos a la sociedad, de ahí la importancia de generar estudios a futuros; la investigación se queda corta, lo cual motiva a sugerir nuevas líneas de investigación; primero no hay elementos para saber cuáles fueron los motivos por los que no existieron movilizaciones al momento del cierre del Seguro Popular; se abre una línea de estudio.

Dado la importancia del tema en salud y el contexto en el que se vive, el tema da para investigar. Estas son algunas preguntas que surgen: ¿Cuáles son las repercusiones en la prestación de los servicios de salud en la población luego del cierre del INSABI?, ¿Por que no funcionó el INSABI?, ¿Hubo una mejoría o una pauperización en la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos?, la Secretaría de Salud e IMSS-BIENESTAR asumen las funciones del INSABI, ¿de qué manera se van a solventar las funciones?, ¿Qué elementos discursivos se han insertado en la comunicación política en materia de salud en los años posteriores al cierre del Seguro Popular y el INSABI ?, son algunas de las interrogantes para futuros estudios.



BIBLIOGRAFÍA

Academia Mexicana de Cirugía, A. C., “Sesión Conjunta con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud”, 17/07/2012, En: <https://www.youtube.com/watch?v=fBReGh-E9fY>, Fecha de consulta: 8 de febrero de 2023.

ADN Opinión, “Ricardo Rocha conversa con Juan Antonio Ferrer Aguilar, director del Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI”, 14/01/202, En: <https://www.youtube.com/watch?v=xWFAEJ7X1sQ&t=17s>, Fecha de consulta: 10 de abril de 2023.

ADN40Mx, “Entrevista con Jorge Alcocer sobre desabasto de medicamentos. Todo Personal”, 1/02/2019, En: <https://www.youtube.com/watch?v=QRyqSPiGKog>, Fecha de consulta: 8 de abril de 2023.

Aguilar, Luis, *La implementación de las políticas*, Ed. Porrúa, México.

_____ *política pública*, Ed. Siglo XXI, México, 2011.

Angulo Menassé, Andrea y Viquez, Héctor Miguel, “La comunicación del Seguro Popular de Salud: un análisis de mensajes publicitarios, 2011-2012”, en *Revista Salud Problema, Segunda Época, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco*, Núm.16, México, 2014.

Aruguete, Natalia, “Agenda setting y framing, un debate teórico inconcluso”, en *Revista Más poder local, Consejo Nacional de Investigación Científica y Técnica, CONICET, Asociación Latinoamericana de investigadores en Campañas Electorales, ALICE*, Argentina, núm. 30, enero 2017.

Auditoría Superior de la Federación, ASF “Gobierno del Estado de Veracruz Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa. Gobierno del Estado de Veracruz Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 09-A-30000-02-0684”, en *Cámara de Diputados*, México, 2010, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo5/2009_0684_a.pdf, Fecha de consulta: 17 de abril de 2023.

_____ “Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 15-A-30000-02-1483”, en *Cámara de Diputados*, México, 2015, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015_1483_a.pdf, Fecha de consulta: de abril de 2023.

_____ “Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave Revisión de Situación Excepcional por la no Transferencia de Recursos Federales para Protección Social en Salud Auditoría de Revisión de Situación Excepcional: 14-A-30000-09-1668”, en *Cámara de Diputados*, México, 2015, En:



https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014_1668_a.pdf, Fecha de consulta: 16 de abril de 2023.

“Gobierno del Estado de Chihuahua (EFSL del Estado) Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 13-A-08000-02-0817”, en *Cámara de Diputados*, México, 2012, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013_0817_a.pdf, Fecha de consulta: 15 de abril de 2023.

“Gobierno del Estado de Chihuahua (Auditoría Coordinada) Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 14-A-08000-02-1524”, en *Cámara de Diputados*, México, 2014, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014_1524_a.pdf, Fecha de consulta: 16 de abril de 2023.

“Gobierno del Estado de Tabasco (EFSL del Estado) Recursos Federales Transferidos a través del Acuerdo de Coordinación Celebrado entre la Secretaría de Salud y la Entidad Federativa Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 11-A-27000-02-0814”, en *Cámara de Diputados*, México, 2011, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Gasto_Federalizado/2011_0814_a.pdf, Fecha de consulta: 18 de abril de 2023.

“Gobierno del Estado de Michoacán Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud Auditoría Financiera y de Cumplimiento: 11-A-16000-02-0708”, en *Cámara de Diputados*, México, 2011, En: https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Gasto_Federalizado/2011_0708_a.pdf, Fecha de consulta: 17 de abril de 2023.

Beltrán, Luis Ramiro, “Salud pública y comunicación social”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm.31, México, 2021.

Berger, Peter L y Luckmann, Thomas. “La construcción social de la realidad”, Ed. Amorrortu-editores, Avellaneda, Argentina, 2003.

Bernadette, Califano, “Los medios de comunicación, las noticias y su influencia sobre el sistema político”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 19, México, 2015.

Berumen Rodríguez, Alejandra Abigail, “Implementación de intervenciones educativas enfocadas en la prevención de enfermedades no transmisibles, ENT, para mejorar la salud ambiental de zonas urbanas marginadas de San Luis Potosí”, Tesis de Maestría: Facultad de Ciencias Químicas, Ingeniería y Medicina, Programas Multidisciplinarios de Posgrado en Ciencias



- Ambientales, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, UASLP, 2018, Repositorio Institucional de la UASLP, México, San Luis Potosí, En: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4547/MCA1BRA201801.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Fecha de consulta: 24 de marzo de 2023. Blanca, Lázaro, *Guía práctica 4, Evaluación de la implementación*, Ed. Iválua, Madrid, 2009.
- Blanca, Lázaro, *Guía práctica 4, Evaluación de la implementación*, Ed. Iválua, Madrid, 2009.
- Bustelo, María, “¿Qué tiene de específico la metodología de evaluación?”, en Bañón, Rafael, (coord.), *La evaluación de la acción y de las políticas públicas*, Ed. Díaz de Santos, España, 2003.
- Caballero, Juan José. “La interacción social en Goffman”, en *Universidad Complutense de Madrid*, En: https://reis.cis.es//REIS/PDF/REIS_083_06.pdf, Fecha de consulta: 17 de julio de 2022.
- Cabrera Franco, Tonatiuh, “La política de promoción de la salud mediante la escuela en México en el significado de la salud de los niños”, Tesis de Doctorado: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2022. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, Ciudad de México, En: <http://132.248.9.195/ptd2022/octubre/0831818/Index.html>, Fecha de consulta: 3 de marzo de 2023.
- _____ “Televisión y salud en México. Un acercamiento al papel de la televisión y la publicidad en México en materia de educación y salud”, Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2013. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, D.F, En: <http://132.248.9.195/ptd2014/enero/0707307/Index.html>, Fecha de consulta: 25 de febrero de 2023.
- _____ “Televisión, escuela y salud, un análisis de las políticas y programas de promoción de la salud dirigidas a la población infantil de México”, Tesis de Maestría: Facultad de Medicina, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, Ciencias Sociomédicas, Gestión y Políticas de Salud, UNAM, 2016. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, Ciudad de México, En: <http://132.248.9.195/ptd2016/diciembre/0753870/Index.html>, Fecha de consulta: 2 de marzo de 2023.
- Canal Oficial de YouTube de la Oficina de la Presidencia de la República 2012 - 2018 “75 Aniversario de la Secretaría de Salud”, 18/10/2018, En: https://www.youtube.com/watch?v=57wvN_ALSB8, Fecha de consulta: 7 de abril de 2023.
- _____ “4to informe de Gobierno-Mensaje del presidente Enrique Peña Nieto”, 25/08/2016, En: https://www.youtube.com/watch?v=_GpL5JBZ8eI&list=PLvtp80ozfi57pNuu2QEAquW3t9bAjTiOY, Fecha de consulta: 11 de abril de 2023.



- Cané Pastorutti, Mariana Noemí, “La construcción de la crisis como objeto de los discursos políticos, Argentina, 1999-2001”, Tesis de maestría: Escuela de Política y Gobierno, EPYG, Programa de la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín, UNSAM, 2018, Repositorio Institucional, Universidad Nacional de San Martín, UNSAM, Argentina, En: https://ri.unsam.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/303/TMAG_ID_AES_2018_CPMN.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Fecha de consulta: 4 de abril de 2023.
- Carpizo, Jorge, *El presidencialismo mexicano*, Ed. Siglo veintiuno, México, 2016.
- Casar, María Amparo, *Sistema político mexicano*, Ed. Oxford, 2017.
- Castaño, Fernando, “2006: una contienda temática”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 2, México, 2006.
- Castro Onofre, M Magdalena y Harvel Orozco, Sofía, “Panorama del gasto en comunicación social en salud: un caso del sector salud en México, 2015-2017”, en *Revista salud pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, INSP*, Núm.3, Vol. 63, Cuernavaca, Morelos, 2021.
- Cobb, Roger *et al.* “Agenda Building as a Comparative Political Process”, en *The American Political Science Review*, vol. 70, núm. 1, marzo, 1976.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, “Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, en *Declaración y Programa de Acción de Viena*, En <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet16Rev.1sp.pdf>, Suiza, Viena, 1993, Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2023.
- Comisión Americana de Derechos Humanos, “Convención Americana de Derechos Humanos”, En: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/TrataPersonas/MarcoNormativoTrata/InsInternacionales/Regionales/Convencion_ADH.pdf, 1981, Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2023.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, “La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Informe Covid-19, CEPAL-OPS”, en OPS, OMS, 2021, En: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf, Fecha de consulta: 12 de agosto de 2022.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH, “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC”, En: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf, México Distrito Federal, 2012, Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2023.



- _____ “Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos. 10 de junio”, México, 2011, En: <https://www.cndh.org.mx/index.php/noticia/reforma-constitucional-en-materia-de-derechos-humanos-10-de-junio>, Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2023.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS, “Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2018”, en *Secretaría de Salud, SSA*, Ciudad de México, 2019, En: [http://www.transparencia.seguropopular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2018/IR%20Integrado%20\(25-01-2019\).v.final.pdf](http://www.transparencia.seguropopular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2018/IR%20Integrado%20(25-01-2019).v.final.pdf), Fecha de consulta: 27 agosto 2023
- _____ “Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2019”, en *Secretaría de Salud, SSA*, Ciudad de México, 2018, En: http://www.transparencia.seguropopular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf, Fecha de consulta: 23 de abril de 2023.
- Comunicación Política y Ciudadana, “Debate presidencial 26 de abril 2006”, 24/10/2015, En: https://www.youtube.com/watch?v=RTQtE_0kt4I, Fecha de consulta: 18 de febrero 2023.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, “Índice de rezago social 2020”, México, En: https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/IRS_2020/PPT_resultados_IRS_2020.pdf, Fecha de consulta: 17 de junio 2021.
- _____ “Fichas de monitoreo y evaluación 2020-2021 de los programas y las acciones federales de desarrollo social”, (colab), Karina Barrios Sánchez, Alice Zahí Martínez Treviño, Rosa María Bejarano Arias, Deniss Cruz Ortega y Jessie Alejandra Hidalgo Castelán, Ciudad de México, 2021, En: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/FMyE_20-21.pdf, Fecha de consulta: 14 de agosto de 2022.
- _____ “Medición multidimensional de la pobreza en México: un enfoque de bienestar económico y de derechos sociales”, México, D.F, 2014, En: <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/FolletosInstitucionales/Documents/MedicionmultidiMf>, Fecha de consulta: 17 de junio de 2022.
- _____ “Salud: Programas que son relevantes para el acceso efectivo a este derecho”, Ciudad de México, 2021, En: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/IEPSM_2021/Derecho_salud.pdf, Fecha de consulta: 23 de abril de 2022.
- _____ “Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI”, México, 2018, En: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf, Fecha de consulta: 19 de agosto de 2022.



_____ “Sistema de protección social en salud: resultados y diagnóstico de cierre”, Ciudad de México, 2019, En: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Analisis_SPSS_2020.pdf, Fecha de consulta: 17 de agosto de 2022.

_____ “Medición multidimensional de la pobreza en México: un enfoque de bienestar económico y de derechos sociales”, México, D.F, 2014, En: <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/FolletosInstitucionales/Documents/MedicionmultidiMf>, Fecha de consulta: 17 de junio de 2022.

_____ Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI”, México, 2018, En: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf, Fecha de consulta: 19 de agosto de 2022.

_____ “Sistema de protección social en salud: resultados y diagnóstico de cierre”, Ciudad de México, 2019, En: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Analisis_SPSS_2020.pdf, Fecha de consulta: 17 de agosto de 2022.

_____ “Salud: Programas que son relevantes para el acceso efectivo a este derecho”, México, 2021, En: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/PPP_2021/Derecho_salud.pdf, Fecha de consulta: 23 de abril de 2022.

_____ “Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013. Valoración de la información de desempeño presentada por el programa, Seguro Popular Comisión Nacional de Protección Social en Salud”, en *Secretaría de salud*, México, 2013, En: https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SALUD/12_U005/12_U005_Ejecutivo.pdf, Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2022.

Conti, Gabriella, Ginja, Rita, “Who benefits from free health insurance: Evidence from Mexico”, en *Institute for Fiscal Studies, Economic and Social Research Council*, London, february, 2023, En: <https://ifs.org.uk/sites/default/files/2023-02/WP202307-Who-benefits-from-free-health-insurance-evidence-from-Mexico.pdf>, Fecha de consulta: 17 de febrero de 2023.

Corsi, Giancarlo, et al. “Glosario sobre la teoría Social de Niklas Luhmann”, en *Universidad Iberoamericana, (coed), Intitulo tecnológico y de estudios superiores de Occidente, ITESO*, México, D.F. 1996.

Cortés Adame, Luis Javier. “La terminación del seguro popular y el diseño del INSABI para atender enfermedades catastróficas en la población sin seguridad social”, Tesis de maestría: Administración y políticas públicas, Centro de investigación y docencia económicas, CIDE, Repositorio digital del CIDE, Ciudad de México, 2021, En: http://mobile.repositoriodigital.cide.edu/bitstream/handle/11651/4479/TESIS_LJCA.pdf?sequence=1&isAllied=y, Fecha de consulta: 4 de septiembre 2021.



- Chavarría Suárez, Mario Cruz y Pérez Pérez, Gabriel, “Posverdad: construcción epistémica para la dominación”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 33, México, 2022.
- Chávez Méndez, María Guadalupe, Et al, “El Programa IMSS Oportunidades. Un acercamiento a su estrategia de comunicación educativa aplicada a un contexto de alta marginalidad”, en *Universidad de Colima, Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, Núm. 31, Vol. 16, México, 2010.
- Chertorivski-Woldenberg, Salomón, “Seguro Popular: logros y perspectivas, en, *Gaceta Médica de México*, Núm, 6. Vol,147, México, 2012, En: https://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/44_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf, Fecha de consulta: 15 de febrero de 2023.
- De la Garza, Thania, et al, “El progresa-oportunidades a 20 años de su creación” en *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL*, (colab), Universidad Nacional Autónoma de México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Ciudad de México, 2019.
- Deleon, Peter, “Policy evaluation and program termination, *Review of policy research*, Vol. 2, núm. 4, 1983, Apud. Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Ídem.
- _____ “Public Policy Termination: An End and a Beginning. Policy Analysis”, en *Universidad de California*, vol. 4, núm. 3, 1978, Apud. Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Op cit.
- Dorantes, Gerardo L, “Opinión pública, medios y construcción de la agenda política”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm.4, México, 2008.
- Edelman, Murray. “La construcción del espectáculo político”, Ed. Manantial, Avellaneda, Argentina, 1991.
- Eslava Rincón, Julia Isabel, Puente Burgos, Carlos Arturo. “Análisis de las políticas públicas: una aproximación desde las ciencias sociales” en *centro de proyectos para el desarrollo, CENDEX*, (AGDT /DT 003-03), En: <https://documents.pub/document/eslava-y-puente-poiticas-y-sistemas-sociales-dt-003-03.html?page=1>, Fecha de consulta: 19 de julio 2022.
- Filgueira, Fernando, “Hacia un modelo de protección social en América Latina”, en *Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL*, Serie Políticas Sociales, Ministerio de relaciones exteriores de Noruega, núm. 188, Santiago de Chile, 2014.
- Forero Santos, Jorge Alberto, “La comunicación social para la promoción de la salud”, en *Revista científicas, Universidad de Caldas, Colombia*, Núm.8, Colombia, 2003.



Franco Giraldo, Álvaro, “Promoción de la salud, PS en la globalidad”, en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia*, Núm.2, Vol.30, Colombia, 2012.

Galicia Palacios, Jorge Luis, “Elementos básico para el manejo de situaciones de crisis informativas. El rumor, la filtración y el falso testimonio, como factores de riesgo”, Tesina de licenciatura, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2022. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, En: <http://132.248.9.195/ptd2022/enero/0821926/Index.html>, Fecha de consulta: 1 de abril de 2023.

Gálvez Cruz, Ana Laura. “El sistema de salud en México y el papel del seguro popular”. Tesis de licenciatura: Facultad de Economía, UNAM, 2013. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, D.F, En: <http://132.248.9.195/ptd2013/junio/0696630/Index.html>, Fecha de consulta: 21 de enero 2022.

García Ramos, Violeta, “El papel de la política social en México: entre la pobreza y el olvido, análisis descriptivo sobre la evolución del PRONASOL a OPORTUNIDADES en el municipio de Valle de Chalco Solidaridad” Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2019. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, Ciudad de México, En: <http://132.248.9.195/ptd2019/junio/0790231/Index.html>, Fecha de consulta: 9 de octubre 2021.

Gobierno de México, “Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud, SPSS”, en *Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, México, enero-diciembre, 2019, En: http://www.transparencia.seguropopular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/plane_sprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf , Fecha de consulta: 18 de noviembre de 2021.

“Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud, SPSS”, en *Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, México, enero-diciembre, 2019, En:http://www.transparencia.seguropopular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planes_programaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf , Fecha de consulta: 18 de noviembre de 2021.

“Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud”, en *Secretaría de Salud, Instituto de Salud para el Bienestar. INSABI*, México, diciembre, 2020, En: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf, Fecha de consulta: 14 de octubre de 2022.

“Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados, enero-julio 2012”, en *Secretaría de Salud*, México, 2012.



Goffman, Erving. “Frame analysis, los marcos de la experiencia”, Ed. Siglo XXI, Madrid, España, 2006.

Gómez Dantés, Octavio Ortiz, Mauricio, “Entrevista con el actuario Juan Antonio Fernández Ortiz, Comisionado Nacional de Protección Social en Salud”, en *Revista Salud Pública de México*, Núm. 6, Vol. 46, México, 2004, En: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600015, Fecha de consulta 2 de febrero de 2023.

Gómez Dantés, Octavio Ortiz, Mauricio, “Entrevista de Salud Pública de México con el doctor Julio Frenk Mora, secretario de Salud de México”, en *Revista Salud Pública de México*, Núm. 6, Vol. 46, Cuernavaca, Morelos, 2004, En: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n6/22572.pdf>, Fecha de consulta: 11 de febrero de 2023.

Graddy, Elizabeth A y Ke Ye, When do we “just say no”? policy termination decisions in local hospital services, *Policy Studies Journal*. 2008. Apud. Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Ídem.

Guerra Osorno, Irma del Carmen, “Aproximación al vínculo entre la agenda institucional y la agenda pública, el caso del Senado de la República de México”, Tesis doctoral: Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE, 2019, Repositorio digital del CIDE, Ciudad de México, En: <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/3867>, Fecha de consulta: 17 de marzo de 2023.

Habermas, Jürgen, “Acción comunicativa y razón sin trascendencia”, Ed. Paidós, España, 2012, En: <https://filosofiadela guerra.files.wordpress.com/2020/07/accic3b3ncomunicativayrazc3b3nsintranscendencia.pdf>, fecha de consulta: 18 de mayo 2022.

_____ “Teoría de la acción comunicativa I, Racionalidad de la acción y racionalización social”, Ed. Taurus, España, 1996.

Hemilse Acevedo, Mariela. “Principales críticas conceptuales al frame analysis. del frame al framing” en *Revista, Pilquen, Sección ciencias sociales, Instituto de investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires- CONICET*, Argentina, núm. 2, vol. 16, mayo 2013.

Hernández Arteaga, Laura. “El Estado en la sociología política de Niklas Luhmann”, en *Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*, México, 2020.

Hernández Llamas, Héctor, “” Cancún, México, 2002, En: <https://xdoc.mx/preview/la-estructura-del-programa-nacional-de-salud-arranca-con-un-5c5b3f3b95df3>, Fecha de consulta: 9 de febrero de 2023.

Hernández-Ibarra, Luis Eduardo. et, al, “Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular”, en *Revista salud pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, INSP*, Núm.2, Vol. 55, Cuernavaca, Morelos, 2012.



- Hortensia Reyes Morales, Estudio sobre los efectos de la acreditación en unidades hospitalarias con intervenciones de CAUSES, en *Secretaría de Salud*, Instituto Nacional de Salud Pública, INSP, (Colab), Díaz Portillo, Sandra, Córdova González, Karla, Villaverde, Karla, México, 2018.
- Hoyo Arana, José Luis. *Contribución teórica de Niklas Luhmann a la ciencia política*. Tesis de doctorado, Facultad de ciencias políticas y sociales, División de estudios de posgrado, UNAM, 2009. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2009/abril/0642322/Index.html>, Fecha de consulta: 17 de junio 2022.
- INE TV, “Segundo debate entre la candidata y los candidatos a la Presidencia de la República”, 10/06/2012, En: https://www.youtube.com/watch?v=QdbyBP_Yw_E&t=10328s, Fecha de consulta: 15 de febrero 2023.
- Iturriaga Saucó, Emma Selene Ixchel. *Aplicación de ciertos postulados de Niklas Luhmann para la elaboración de discursos políticos*. Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Coordinación de ciencias de la comunicación, UNAM, 2015. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, En: <http://132.248.9.195/ptd2015/noviembre/0737977/Index.html>, Fecha de consulta: 6 de junio 2022.
- Jiménez Albornoz, Juan, et al. “La racionalidad de la acción racional”, en *revista central de sociología, Escuela de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central de Chile*, Chile, núm. 8, marzo 2018.
- Jiménez Sánchez, Fernando, “Posibilidades y límites del escándalo político como una forma de control social”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, REIS, Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS, Universidad de la Rioja, UR*, España, Núm., 66, 1994.
- Juárez Castillo, José Miguel, “Un modelo alternativo de comunicación para la implementación de políticas públicas: El seguro popular”, Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de Estudios de la Comunicación, UNAM, 2007. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, D.F, En: <http://132.248.9.195/pd2007/0616636/0616636.pdf>, Fecha de consulta: 6 de marzo de 2023.
- Kirkpatrick, Susan E, James P, Lester y Mark R. Peterson, “The policy termination process: A conceptual framework and application to revenue sharing”, *Policy Studies Journal*, vol.16, núm 1. 1999. Apud. Gutiérrez Escobedo, Victoria Ximena, Ídem.
- La Octava, “Seguro popular no funcionó porque no atendía enfermedades graves: Ferrer”, 9/12/2019, En: <https://www.youtube.com/watch?v=udbKNpoGR04>, Fecha de consulta; 10 de abril de 2023.
- Leal Corral, Diego, “Las agendas pública y mediática en México. Estudio preelectoral 2011-2012”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*,



Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM, Núm. 21, México, 2016.

Leal Fernández, Gustavo, “¿Protección social en salud? Ni seguro ni popular”, en *Revista Estudios Políticos, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de estudios Políticos, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, Núm. 28, Vol. 9, México Distrito Federal, 2013.*

Levy, Santiago y Rodríguez, Evelyne, Sin herencia de pobreza: el programa Progresá – Oportunidades de México, Ed Planeta Mexicana, en *Banco Interamericano de Desarrollo BID, México, 2005.*

Lince Campillo, Rosa María. “Reflexiones acerca del concepto de comunicación. en Niklas Luhmann” en *estudios políticos*, núm. 21, mayo- agosto 1999.

López Pérez, Carolina. “Comunicación y sentimientos desde la Teoría de Sistemas Sociales de Niklas Luhmann”, en *Revista sociológica*, núm. 33, enero-abril 2018, En: <https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v33n93/2007-8358-soc-33-93-53.pdf>, fecha de consulta: 5 de junio 2022.

Luhmann, Niklas, Poder, Ed. Anthropos, España, 1995. En <https://dl.pdfcookie.com/downloadfile/niklasluhmannpoder3lkzgg55mqlk?hash=3006f271e52d94995b253ef2a1ed3d46&key=dmMrdGIMQldtV1dyWjRDVfMRWJtdz09>, fecha de consulta: 2 de junio 2022.

_____ “La sociedad de la sociedad”. Ed Herder, (colab), Universidad Iberoamericana, México, 2006.

Martín Echeverría, Victoria, Andrade del Cid, Patricia, et, al, “Desempeño del modelo de comunicación política mexicano en la elección de 2018. Una evaluación comprensiva”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM, Núm. 30, México, 2021.*

Martínez Garza, Francisco Javier “La contienda electoral federal 2012 en la prensa mexicana”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM, Núm.15, México, 2013.*

_____ “La elección federal en telediciarios públicos”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM, Núm. 27, México, 2019.*

Mballa, Louis Valentin “La racionalidad y contexto político-institucional en la ideación de las políticas públicas” en *Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, centro de Estudios Políticos, México, núm. 45, septiembre-diciembre 2018.*



México evalúa, “Gasto en salud enero-abril 2022” Ciudad de México, 2022 En: <https://www.mexicoevalua.org/gasto-en-salud-en-el-presupuesto-2022-prometer-no-empobrece/>, Fecha de consulta: 7 de agosto de 2022.

Meyenberg Leycegui, Yolanda, Aguilar Valenzuela, Rubén, “La comunicación presidencial en México (1988-2012)”, en *Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza*, (Coord). Hernández Alanís, Berenise, México, 2015.

_____ “Estrategias de comunicación presidencial en México (1994-2018)”, en *Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, IIS, Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información, DGB*, Ciudad de México, 2019.

Milenio multimedia, “FGR va contra ex funcionario de Javier Duarte; era testigo colaborador”, <https://www.milenio.com/policia/fgr-funcionario-javier-duarte-testigo-colaborador>, En: Fecha de consulta: 20 de abril de 2023.

_____ “AMLO toma protesta a integrantes de la Junta de Gobierno del INSABI”, 19/12/2020, En: <https://www.youtube.com/watch?v=Hc7IT8WiM7U>, Fecha de consulta: 24 de octubre de 2023.

_____ “Tercer debate presidencial 2018, video completo”, 13/06/2018, En: <https://www.youtube.com/watch?v=ySXIQYe8Yjs&t=6361s>, Fecha de consulta: 10 de abril de 2023.

Molina Nieto, Zuleyma Karina, “La publicidad oficial durante el sexenio de Enrique Peña Nieto (2012-2018). La inevitable convergencia entre Estado, gobiernos y medios”, Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2022. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, Ciudad de México, En: <http://132.248.9.195/ptd2022/abril/0824397/Index.html>, Fecha de consulta: 30 de marzo de 2023.

Molina, Silvia Inés y del Castillo, Vedia, “Posverdad, la estrategia de Satanás”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm.33, México, 2022.

Moreno Pérez, Salvador y Sánchez Reyes, José Juan, “Reflexiones sobre la operación del Sistema de Protección Social en Salud, Seguro Popular, SP y el Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI” en *Cámara de Diputados, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, CESOP*, Ciudad de México, 2020, En: <https://portalhcd.diputados.gob.mx/PortalWeb/Micrositios/067c3d774a8e42fc9bc8ad2b98f>, Fecha de consulta: 13 de abril de 2022.

Moreno Rebollar, Juan Carlos, *Universalización de los servicios de salud en México. Análisis y perspectiva*. Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública,



- UNAM, 2018. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, Ciudad de México, En: <http://132.248.9.195/ptd2018/junio/0775626/Index.html>, Fecha de consulta: 9 de octubre 2021.
- Notimex TV, “Conferencia de Prensa de AMLO, 16 enero 2020”, 16/01/202, En: <https://www.youtube.com/watch?v=H5W-pdWB8IM>, Fecha de consulta: 10 de abril de 2023.
- O’shea Cuevas, Gabriel Jaime, “Los desafíos del Sistema de Protección Social en Salud”, en *Secretaría de Salud, Secretaría de Cultura, Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, INEHRM, Biblioteca Constitucional, Serie y memoria prospectiva de las secretarías de Estado*, (Cord), Gutiérrez Domínguez, Fernando, México, 2017, En: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5276/21.pdf>, Fecha de consulta: 18 de febrero de 2023. pp, 517-533.
- Ordenador Político, “Seguro Popular-Travieso Arce”, 26/11/2018, En: https://www.youtube.com/watch?v=yYqF_b1Ti0M, Fecha de consulta: 12 de abril de 2023.
- Organización de los Estados Americanos, OEA, “Indicadores de Progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador”, en *Grupo de trabajo del protocolo de San Salvador, GTPSS* En: https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores_progreso.pdf, Washington, DC, 2015, Fecha de consulta: 22 de septiembre de 2023.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU, “Declaración Universal de los Derechos Humanos, DUDH”, En: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf, 2015, Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2023.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, “Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar”, en *Gobierno de Australia Meridional*, 2010, En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf;jsessionid=16FCF4DBDE932FCE4C59EFB376F62D93?sequence=1, Fecha de consulta: 4 de marzo de 2023.
- Ortiz Ocaña, Alexander. “La interacción entre los sistemas vivos, psíquicos y sociales en la teoría sistémica de Niklas Luhmann”, en *Praxis filosófica, Universidad de Magdalena, Santa Marta, Colombia*, núm. 52, junio 2021.
- Ortiz-Ortega, Adriana, Rodríguez Raya, José Luis, et, al, “Seguimiento de las campañas presidenciales 2012 en redes sociales: un estudio exploratorio”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 13, México, 2013, p. 73-92.



PAN, “Seguro Popular “Lupita”, 28 /01/2011, En: <https://www.youtube.com/watch?v=nI5e6oOkWkY>, Fecha de consulta:12 de abril de 2023.

Pareja Sánchez, Norma, “Los nuevos espacios de la comunicación política en el proceso electoral de 2012 en México. La ficción televisiva y la Reforma Electoral de 2007-2008”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm. 12, México, 2103.

Pastor Albaladejo, Gema, "Elementos conceptuales y analíticos de las políticas públicas", en *Teoría y Práctica de las Políticas Públicas*, Valencia, España, 2014, pp 18-20.

Paulina Castaño Acosta, Paulina y Dupuy, Justine “Gasto en propaganda gubernamental”, en *Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, TEPJF*, (Coord), Ugalde, Luis Carlos y Hernández Quintana, Said, Ciudad de México, 2020, pp. 629-649.

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de abril de 2019.

Popular, “Primera intervención de la Comisionada Nacional de Protección Social en Salud, Maestra Angélica Ivonne Cisneros Luján, en la Quinta Reunión de Junta Directiva de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados”, 22/05/2019, En: <https://www.youtube.com/watch?v=IoMB2z8jAYI>, Fecha de consulta: 2 de febrero de 2023.

Presidencia Enrique Peña Nieto, “Mensaje con motivo del Sexto Informe de Gobierno (evento completo)”, 3/09/2018, En: <https://www.youtube.com/watch?v=hOGwQ-aXdXc&t=7468s>, Fecha de consulta:14 de noviembre de 2022.

Presidencia Felipe Calderón, “Inauguración del Centro Médico Chiapas Solidario Doctor Jesús Gilberto Gómez Maza, completo”, 24/11/2012, En: <https://www.youtube.com/watch?v=q1gOajZLLMk>; Fecha de consulta: 11 de abril de 2023, minuto, (40:22-40:55).

“Inauguración del edificio de Hemato-Oncología en Investigación del Hospital Infantil de México”, 14/11/2012, En: <https://www.youtube.com/watch?v=mBmbc3WCzII>, minuto (16:32- 17:00)

“Niña Isabel Garza Rubio, beneficiaria del Hospital Infantil de México Federico Gómez”, 15/11/2012, En: <https://www.youtube.com/watch?v=dDKfmVhFcmE>, Fecha de consulta: 2 de abril de 2023.

Puello Socorrás, Francisco José, “La dimensión cognitiva en las políticas públicas. Interpelación politológica”, en *Revista Universal Nacional, UNAL, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas y Sociales, Departamento de Ciencias Políticas*, Núm. 3, Vol. 2, Colombia, Bogotá, 2007.



Puente Mayagoitia, Daniela, “Análisis de política pública: El seguro popular” Tesis de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, UNAM, 2013. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, En: <http://132.248.9.195/ptd2013/mayo/0693633/Index.html>, Fecha de consulta: 15 de octubre 2021, pp. 17-19.

Ramírez Leyva, Flor Micaela, et al, “Noticias y frames de salud en la televisión en México. Enfoque sobre contenidos y perspectiva de género”, en *Revista Comunicación y Sociedad, Universidad de Guadalajara, México, Universidad Autónoma de Barcelona, España*, Vol.18, 2021, p.4.

Redacción Animal Político, “Gobierno gastó 3,245 mdp en publicidad oficial en 2019; cinco medios concentran 40% de los recursos”, en *Revista Animal Político*, México, 2020, En: <https://www.animalpolitico.com/sociedad/gobierno-amlo-gasto-publicidad-oficial-medios>, Fecha de consulta: 24 de marzo de 2023.

Regonini, Gloria, “El estudio de las políticas públicas”, en *Revista Documentación Administrativa*, España, núm. 224-225, octubre 1990-marzo 1991, pp. 60-88.

Revista Foro 10/25, “¡Afiliate al Seguro Popular! Chiquita González”, 26/11/2018, En: <https://www.youtube.com/watch?v=yRYOwPLnfT8>, Fecha de consulta: 12 de abril de 2023.

Revista Proceso, “César Duarte y sus proveedores favoritos del sector salud”, En: <https://www.proceso.com.mx/reportajes/2015/10/16/cesar-duarte-sus-proveedores-favoritos-del-sector-salud-153783.html>, Fecha de consulta: 20 de abril de 2023.

_____ “Faltan medicinas en Tabasco, pero funcionario de Salud despilfarra en Las Vegas”, En: <https://www.proceso.com.mx/nacional/2012/6/20/faltan-medicinas-en-tabasco-pero-funcionario-de-salud-despilfarra-en-las-vegas-104481.html>, Fecha de consulta: 20 de abril de 2023.

_____ “También con César Duarte hubo quimioterapias falsas en pacientes con cáncer”, En: <https://www.proceso.com.mx/nacional/estados/2017/1/23/tambien-con-cesar-duarte-hubo-quimioterapias-falsas-en-pacientes-con-cancer-177650.html>, Fecha de consulta: 21 de abril de 2023.

_____ Ciudad de México, 2023, En: <https://www.proceso.com.mx/noticias/buscar/?buscar=seguro+popular>, Fecha de consulta: 20 de marzo de 2023.

Robledo Girón, Irving Daniel, “Pueblo: ¿Populismo o subjetivación política?”, Tesis de maestría: Instituto de Investigación Humanidades y Ciencias Sociales, HCS, Centro Interdisciplinario de Investigación, Humanidades, CIIHu, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, UAEM, 2021, Repositorio Institucional de Acceso Abierto, UAEM, Cuernavaca, Morelos, En: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/ha>



<ndle/20.500.12055/2035/ROGIRR06T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Fecha de consulta: 18 de abril de 2023.

Rodríguez, Victoria E, *La descentralización en México, de la reforma municipal a Solidaridad y el nuevo federalismo*, Ed. Fondo de cultura económica, México, D.F, 1997, pp. 161-172.

Rojas Soriano, Raúl, “Áreas de investigación en comunicación y salud”, en *Revista Mexicana de Opinión Pública, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Subdirección de Revistas Académicas y Publicaciones Digitales de la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM*, Núm.29, México,2020, p.129-133.

Rojas Rajs, Soledad y Hernández Zinzún, Gilberto, “Salud y comunicación: la salud en la publicidad de la televisión mexicana”, en *División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM, unidad Xochimilco*, (coord), Jarillo Soto, Edgar C y López Arellano, Oliva, Ciudad de México, 2018, pp. 203-220.

_____ “La diabetes en la publicidad oficial para televisión mexicana: problemas y límites para la comunicación en salud”, en *Revista Salud Problema, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, CONACYT*, Núm. 19, 2014, Ciudad de México, 2016. pp, 9-20.

Roth, André-Noel, *Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación*, Ed. Aurora, Colombia,2009, pp. 57-69.

Ruiz Galicia, César Alan, “El populismo mediático: La relación entre López Obrador y la prensa durante sus primeros dos años y medio de gobierno”, Tesis de maestría: Centro de Investigación y Docencia Económicas CIDE, 2021, Repositorio digital del CIDE, México, En: <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/4453>, Fecha de consulta: 3 de abril de 2023. Pp. 3-9.

Saavedra, Nayelhi, et. al, “Saberes y decires acerca del Seguro Popular. Un estudio en centros de Primer Nivel de Atención de la Ciudad de México”, en *Revista Salud Problema, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco*, Núm. 14, 2014. p, 25-35.

Sabido Ramos, Olga. “Cuerpo y sentidos: el análisis sociológico de la percepción”, en *Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México*, Ciudad de México, México, mayo 2016, pp 64-79.

Salazar Rebolledo, María Grisela, “Aliados estratégicos y los límites de la censura: el poder de las leyes para silenciar a la prensa”, en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Nueva Época, División de Estudios de Posgrado Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM*, Núm.235, México, 2019, pp. 495-522.

Secretaría General, Secretaría de Acceso a derechos y equidad departamento de inclusión social, “Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales”, en *Organización de los Estados Americanos, OEA*, En: <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>, San Salvador, 1988, Fecha de consulta:



Secretaría de Salud, “Seguro Popular, indicadores de resultados del segundo trimestre, año fiscal 2004”, en *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, México, 2005.

_____ (*seguimiento a aspectos susceptibles de mejora clasificados como específicos, derivados de informes y evaluaciones externas. documento de trabajo del programa: U-005 Seguro Popular*), México, 2014, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS, (*seguimiento a aspectos susceptibles de mejora clasificados como específicos, derivados de informes y evaluaciones externas. documento de trabajo del programa: U-005 Seguro Popular*), México, 2014, En: https://www.coneval.org.mx/rw/resource/Mecanismos_2013/SALUD/U005_Seguro%20Popular/12_U-005_DT.pdf, Fecha de consulta: 8 de abril de 2023.

_____ “Seguimiento a aspectos susceptibles de mejora derivados de las evaluaciones externas. Sistema de Protección Social en Salud, CNPSS, Seguro Popular”, en *Secretaría de Hacienda y Crédito Público, SHCP, Secretaría de la Función Pública, SFP*, México, Distrito Federal, 2010, En: https://www.coneval.org.mx/rw/resource/Mecanismos_2009/SALUD/documentoTrabajo%20SEGURO%20POPULAR.pdf, Fecha de consulta: 6 de abril de 2023.

Seguro Popular, “Comisionada Ivonne Cisneros - Audiencias Públicas Instituto de Salud para el Bienestar Mesa 2”, 7/08/2019, En: <https://www.youtube.com/watch?v=6RAYKxkuyuQ>, Fecha de consulta: 10 de abril de 2023.

_____ “Ivonne Montero Cantante, Actriz y Conductora. Beneficiaria del Seguro Popular”, 14/07/2016, En: <https://www.youtube.com/watch?v=qTnP5VgPGbs>, Fecha de consulta: 11 de abril de 2023.

Senado de México, “Comparecencia del comisionado nacional de Protección Social en Salud, Seguro Popular, Antonio Chemor Ruiz, ante la Comisión de Salud, que preside el senador Miguel Ángel Navarro Quintero, de Morena, en el marco del análisis del VI Informe de Gobierno, en materia de política social”, 4/11/2018, En: <https://www.youtube.com/watch?v=4IE39obyAOY>, Fecha de consulta 5 de febrero de 2023.

Shamah Levy Teresa, Et, al, “Encuesta nacional de salud y nutrición 2020 sobre Covid-19, resultados nacionales, ENSANUT2020”, en *Secretaría de Salud, SSA, Instituto Nacional de Salud Pública, INSP, SSA, Cuernavaca, Morelos*, 2021, En: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>, Fecha de consulta: 24 de agosto de 2021.

_____ “encuesta nacional de salud y nutrición 2021 sobre COVID-19 resultados nacionales” en *Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos*, 2022, pp. 61.107.

Sistema de Protección Social en Salud, informe de resultados, enero-diciembre 2018, Op cit, pp. 108-114.



- Sistemas de índices de la Hemeroteca Nacional de México, SIHENA, Instituto de Investigaciones Bibliográficas, Biblioteca Nacional de México, Hemeroteca Nacional de México, UNAM, México, 2022, En: <https://sihena.iib.unam.mx/>, Fecha de consulta: 7 de noviembre de 2022.
- Soumano, María Fernanda, “Aprobar al presidente. Una comparación entre Felipe Calderón y Enrique Peña Nieto”, en *Foro Internacional*, Núm.4, Vol.58, Ciudad de México, 2018, En: <https://www.scielo.org.mx/pdf/fi/v58n4/0185-013X-fi-58-04-629.pdf>, Fecha de consulta: 15 de marzo de 2023, pp. 629-670.
- Subirats, Joan et al., *Análisis y gestión de políticas públicas*, Ed. Ariel, España, 2008.
- Toumeh, Daniel Karam, “El Sistema de Protección Social en Salud y el VIH/Sida”, en *Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública*, Cuernavaca, Morelos, 2009, (coord), Córdoba Villalobos José Ángel, Ponce de León Rosales, Samuel Valdespino, José Luis, En: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp43.pdf, Fecha de consulta: 16 de febrero de 2023, pp. 303-313.
- Trejo Álvarez, Marión Nadezhna Ixchel, *Más allá del Estado, biopolítica y biopoder en Michel Foucault*. Tesis de maestría, Facultad de Filosofía y Letras, Programa de maestría y doctorado en filosofía, Instituto de investigaciones filosóficas. UNAM, 2016. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM. En: <http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/0740433/Index.html>, Fecha de consulta: 17 de febrero 2022, pp. 83-86.
- Trujillo Vega, Ramón, “La política del escándalo: análisis del manejo mediático de la corrupción en Petróleos Mexicanos”. Tesis de licenciatura, Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE, 2015. Repositorio digital CIDE, En: <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/498>, Fecha de consulta: 7 de abril de 2023.
- Uriostegui Carlos, Guadalupe Isabel. *Reflexión para un análisis del discurso a partir de la teoría de la acción comunicativa*. Tesina de licenciatura: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Área de ciencias de la comunicación, UNAM, 2011. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM. En: <http://132.248.9.195/ptb2011/mayo/0669024/Index.html>, Fecha de consulta: 17 de junio 2022.
- Vázquez Rangel, Gloria, “Manual de gestión y comunicación de crisis”, Tesis de licenciatura, Trabajo profesional, Facultad de Estudios Superiores Acatlán, UNAM, 2007. TESIUNAM - Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM, México, En: <http://132.248.9.195/pd2008/0625845/Index.html>, Fecha de consulta: 31 de marzo de 2023, pp. 32-51.
- Vidal Pont, Josep. “La comunicación de Jürgen Habermas y el construccionismo sistémico de Niklas Luhmann: posibilidades de un paradigma de síntesis”, en *Revista, Red de revistas científicas de América latina, el caribe, España y Portugal, Universidad del Zulia*, Venezuela, Venezuela, Macaraibo, núm. 3, vol. 24, julio-septiembre, 2015, pp 23-14.



LEGISLACIÓN EXAMINADA

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 134, párrafo octavo, *Diario Oficial de la Federación*, 13 noviembre de 2007

_____Art,123, fracción XXIX, *Diario Oficial de la Federación*, 31 de diciembre de 1974.

_____Art, 90, *Diario Oficial de la Federación*, 10 de febrero de 2014.

_____Art, 4, *Diario Oficial de la Federación* , 8 de mayo de 2020.

Decreto por el que se autoriza a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a recibir de los concesionarios de estaciones de radio y televisión el pago del impuesto”, en *Diario Oficial de la Federación*, 10 de octubre de 2002

Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.”, en *Diario Oficial de la Federación*, DOF, México, 2011.

Ley General de Comunicación Social”, en *Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Diario Oficial de la Federación*, 11 de mayo de 2018.

Ley General de Desarrollo Social de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de junio de 2018.

Ley General de Salud”, en *Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Diario Oficial de la Federación*, 29 de mayo de 2023.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, artículo 39, fracción VI, 19 de mayo de 2017.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*, artículo 39, fracción VI, 19 de mayo de 2017

Manual de identidad visual para las aplicaciones gráficas y campañas de difusión del Sistema de Protección Social en Salud Julio de 2008, en *Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación*, 7 de julio de 2010.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, *Diario Oficial de la Federación*. 17 de julio de 2018.

Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 17 de diciembre de 2014.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 11 de octubre de 2012.

Reglas de operación del fondo de salud para el bienestar, INSABI, *Diario Oficial de la Federación*, 27 de noviembre de 2020.

Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de marzo de 2002.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

JEFATURA DE PRÁCTICAS Y SERVICIO SOCIAL

ASUNTO: **VOTO APROBATORIO.**

Ciudad Universitaria, a 02 de octubre del 2023.

DRA. DULCE MARÍA ARIAS ATAIDE
DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MORELOS.
P R E S E N T E

Los suscritos Catedráticos de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales dependiente de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, hacen de su conocimiento, que después de haber revisado el trabajo de tesis titulado: : **“COMUNICACIÓN POLÍTICA EN MATERIA DE POLÍTICA DE SALUD DE 2003 A 2020: DEL SEGURO POPULAR AL INSABI”**, que presenta el Pasante en Ciencias Políticas **C. CISNEROS CONTRERAS MAURICIO ALBERTO**, egresado de ésta unidad académica, con número de matrícula **20164001910**, consideramos que reúne los requisitos que exige un trabajo de tal naturaleza, por lo que hacemos saber nuestro **VOTO APROBATORIO.**

Reiteramos a Usted, nuestro respeto.

ATENTAMENTE
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

MTRA. TERESA HERNÁNDEZ SALAS
PRESIDENTE

DRA. MARÍA DOLORES ROSALES CORTÉS
SECRETARIO

MTRA. CRISTINA MARTÍNEZ PÉREZ
VOCAL (*Director de Tesis*)

DRA. ERIKA FLORES DELEON
SUPLENTE

LIC. ADRIANA RIVERA GALICIA
SUPLENTE



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

CRISTINA MARTINEZ PEREZ | Fecha:2023-10-02 18:51:06 | Firmante

RRWkBDtjpCHybqoOCf6zcFkNbwRP+PQh73CSp2gEzyxqHwOzpOIGKomyjv8tUL9AS289kGzsyNWH5AP87daCMXFDZx98ZS9kdWuBn8zAZhVrj0iKBi5FWE18HMqWY98p5fwXbCPgVUwd3feX1ziGjeVwDADmW6V75ihz/c0aoIIPdusKhuMoh6x8efvGN2nk+dtGPEnN3THo2n3YfQU4ING2DNJILziBLZwY/moE7sy92QOI7uz69xyfgCUHldOz+DWXEd6elPDy/LVR5QuuA6Z1S9Fp7Y5P43yeCfal0zD8gH/9u4Vwo1O2jodYuz29Zu6OuvXts4+Qe6VIVvBg==

ERIKA FLORES DELEÓN | Fecha:2023-10-03 10:48:59 | Firmante

i29n/90RnkiW4RF8AzC2LyQMrpjORog/zbGIHfvo92Z9VBtMUJJsRGOaceehfSB+YsYLoaWtaBp0OaOd04q5YAUHDeLJJKofwleHAmuTc8DixtWUgcvjoEx64AYFW8uci3mOz1rh0kYJjozMqK+/3NNRJ+Kq4XGUfrml98DAuoORUeh7Rcv3mSL6RuEG6ggEWZ2dHEeUGuTRLP5Hd+BFRyleJt2k2DrWNJITjIlyk/EC05F0CiaAH3D/VBBdcBm46F0HjMYM+GgjaQn2DYdLOTWLAyD3YvT/vsfVomORsPZJ5LPkoptmp83Z0d/or/9GhsCIYR+QUo97jK8+bQ==

TERESA HERNANDEZ SALAS | Fecha:2023-10-04 13:02:19 | Firmante

Jc/o+yQ+MtcVnr1WpcJw1k71XK38ysF1N/xdm4WQ4uF+F6CZ5xRDD5E0z5vJx1bbDGiOXQLFWv21jDXHzFTUsJ5zTQkOxi0dH7WE4MWaBy4bvXUQ3SqcDPojhjhHPORLn9b3b4pTnL93lky6Pc5cwQz++1zNP6uz4WcZ3w+wHIR8eb+jjj26mDCm79mR1m8tJ85RTdRnV2iBEAFdK035H8NVjmQ6v+wwEUC7FiaCXbY3u9qUzAe9fHOaLSnWtLCUvSXTB76UFqQMolFOumEPEoqa8Wpnc/VPginOb2yqBDnlE3oi93q0nJ6/9x0PUrp8tlPUeCmoZ2AW97O/d9Q==

ADRIANA RIVERA GALICIA | Fecha:2023-10-08 11:17:55 | Firmante

iDktsTD3xm29voi9X9SkKE+OrKC10K+FGIL0zR3Los/EbhNnRWick+Xg5fRLw46cNdiW7WT6OhvpNgyfXXnOOctvQ7FfM3PQ3B9PnOQYZ3EmHi9/W6NI3ccsb5A/LIR/v2t0KwzpONqiKbCnFgRkm82X55wXmCciHfeL4Fyt5KH7eo9Anv2OoTVBoeHfi9+6OVN/kNTEBX3JplRneZ9MeqOj7CSZ1VClb2Ud2MKnYpxr/MQ8bAGKhOuxHYhSpURNUP1iLYqMOB2GDcb7DFDjhJPAjZ8RIP7Cquf0if0lmbujYELh8F2gJjncu/rkZWNwfhOVLohKlKGJoXOHZ2NMg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



5n81t9kHh

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/ZRsLnwqUV8PxL31TCcMKuk5JHcpub8qE>

