

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.



LA TERMINACIÓN DEL SEGURO POPULAR Y EL DISEÑO DEL INSABI PARA
ATENDER ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN LA POBLACIÓN SIN
SEGURIDAD SOCIAL

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA

LUIS JAVIER CORTÉS ADAME

DIRECTOR DE LA TESINA: MTRO. SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG

CIUDAD DE MÉXICO

2021

*A mis padres, Dolores y Javier,
motores, guías, motivadores y
pilares esenciales de este sueño*

Agradecimientos

Este trabajo no sería posible sin el apoyo de muchas personas, a todas ellas mi agradecimiento permanente.

A mi familia, gracias por su amor, comprensión y confianza incondicional. A mi madre, gracias por demostrarme que no existen límites, que la disciplina es pilar esencial del éxito, que la combinación de pasión y constancia pueden hacer sueños realidad, pero sobre todo gracias por enseñar con el ejemplo. A mi padre, gracias por ser guía y crítico de mis ideas, por cuestionarlas, por alimentarlas, por disentir y demostrarme otra perspectiva de las mismas, gracias por el tiempo y paciencia para escuchar. A mi abuelo, gracias por las polémicas y controvertidas conversaciones sobre política que me inspiraron a estudiar la licenciatura en Ciencia Política, y ahora, decidirme por cursar la maestría en Administración y Políticas Públicas, me convenciste que podemos vivir en un mejor país.

A mi director de tesis, el Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg, gracias por sus aportaciones, consejos, ideas e interés en esta investigación, por su compromiso y acompañamiento a pesar de la apretada agenda que siempre lo acompaña; mi agradecimiento, cariño y admiración siempre. Al Dr. José Roldan Xopa, gracias por su apoyo, por resolver dudas de la no muy clara ley mexicana, por apoyar sin escarmentar y por mostrar siempre su calidad humana. A los profesores David Arellano Gault, Manlio Fabio Castillo, Gabriela Pérez, Cynthia Michel y Rik Peters gracias por acompañar, encaminar y colaborar en la realización de este trabajo.

A mi pareja, Frida, gracias por impulsar, apoyar y alentar la terminación de este trabajo y de la maestría. Por ser la primer lectora de cada párrafo y cuestionar cada parte a fin de enriquecerlo; por eso y tantas cosas inexplicables, gracias. A mis totoabos: César, Antonio, Rafel, Rubén y Julio, gracias por hacer más amena la maestría y ayudar a disfrutar esta etapa de formación profesional.

A los entrevistados, mismos que me gustaría nombrar pero por motivos contractuales es mejor mantener en anonimato, gracias por sus valiosas respuestas y la sinceridad de su participación. Su trabajo es crucial para nuestro México, mi respeto y aprecio para todos y todas ustedes.

Resumen

El Seguro Popular era una política pública que brindaba protección financiera en los servicios de salud a la población sin seguridad social. Los tres niveles de atención a la salud estaban cubiertos, el más significativo –por su costo y carácter de los tratamientos- era el tercero, que aseguraba intervenciones relacionadas con enfermedades que provocan gastos catastróficos como: cánceres, VIH Sida, insuficiencia renal, síndrome de Morquio y trasplante de algunos órganos. Enfermedades que en caso de presentarse colocaban en situación de vulnerabilidad al paciente y su familia, que podrían desencadenar en condición de pobreza. Pese a ser una política pública catalogada como exitosa por diversos estudios, con áreas de mejora identificadas y claramente definidas, el gobierno mexicano decidió terminarla, creando en su lugar, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Por ello, en este trabajo, a partir de un análisis cualitativo que utilizó la revisión documental y la realización de entrevistas semiestructuradas como principales técnicas de análisis, se estudió la influencia del proceso de terminación del Seguro Popular en el diseño de la política pública sustituta, el INSABI -específicamente en la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos-. Los resultados del análisis muestran que de todos los factores que determinan la terminación de una política pública –financieros, político-ideológicos y de efectividad gubernamental identificados por Peter DeLeon- el más relevante, en este caso, fue el político-ideológico. Lo cual provocó que el diseño del INSABI no tenga lógica causal en las actividades que propone para conseguir su objetivo: mejorar la atención del tercer nivel para la población sin seguridad social. Este y otros hallazgos son presentados a lo largo de la tesina, así como las implicaciones teóricas y de política pública que el proceso de terminación trae consigo.

Índice

Introducción	1
Marco teórico	4
El diseño de políticas públicas.....	5
La terminación de políticas públicas.....	6
Democracia y políticas públicas	8
Capítulo 1: De donde venimos	10
1.1 La transición epidemiológica y poblacional determinantes del problema.....	10
1.2 Las enfermedades que provocan gastos catastróficos (EC).....	16
1.3 ¿Qué era el SPSS y cómo cubría las EC?	22
1.4 Algunos resultados del SPSS en la cobertura de EC	26
1.5 Principales áreas de oportunidad	29
Capítulo 2: Terminación e inicio de una política pública	33
2.1 La terminación del SPSS	33
<i>Factores financieros</i>	35
<i>Factores político-ideológicos</i>	38
<i>Factores de eficacia gubernamental</i>	42
2.2 El diseño del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).....	47
2.3 Las diferencias entre el SPSS y el INSABI para atender las EC.....	55
2.4 ¿Se resuelven los problemas del SPSS en la atención de EC?	57
Capítulo 3: Recomendaciones de política pública	61
3.1 Ampliación de intervenciones y medicamentos	61
3.2 Vinculación de la RPSSAEPGC en la etapa de prevención	63
3.3 Monitoreo y supervisión para la correcta aplicación del FPGC	64
3.4 Comunicación para EC no cubiertas.....	65
Conclusiones y hallazgos	67
Referencias.....	71
Anexos	80
Anexo 1. Codificación de entrevistas	80
Anexo 2. Cuestionario utilizado en las entrevistas	80

Índice de tablas

Tabla 1. Principales causas de mortalidad y morbilidad en México durante el período 1940-2019.....	12
Tabla 2. Intervenciones relacionadas con enfermedades que provocan gastos catastróficos cubiertas a la población no asalariada.....	18
Tabla 3. Comparación entre los montos realmente asignados y los correspondientes por ley al FPGC durante el período 2007-2019 (mdp).....	29
Tabla 4. Problemas identificados por los entrevistados en la atención de EC por parte del SPSS.....	32
Tabla 5. Comparación de los recursos asignados en el PEF al SPSS 2018 vs 2019 (millones de pesos).....	38
Tabla 6. Diferencias entre el SPSS y el INSABI en la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos.....	57

Índice de gráficas

Gráfica 1. Tasa bruta de mortalidad en México durante el período 1940-2019.....	11
Gráfica 2. Esperanza de vida en México durante el período 1940-2019.....	13
Gráfica 3. Tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento poblacional en México durante el período 1940-2019.....	14
Gráfica 4. Distribución poblacional por edad en México 1990, 2020 y 2050.....	15
Gráfica 5. Total y tipo de establecimientos que en 2019 conformaban la RPSFPGC.....	25
Gráfica 6. Presupuesto total asignado al SPSS durante el período 2007-2019.....	26
Gráfica 7. Casos validados y financiados con el FPGC durante el período 2007-2019.....	27
Gráfica 8. Monto ejercido por el FPGC durante el período 2007-2019.....	28
Gráfica 9. Monto canalizado al FPCG durante el período 2007-2019.....	28
Gráfica 10. Resultados del Análisis sobre prescindibilidad de programas presupuestarios 2018.....	37
Gráfica 11. Población afiliada al SPSS 2004-2019.....	43
Gráfica 12. Composición de la afiliación a la seguridad social y al Seguro Popular por deciles de ingreso corriente total per cápita, 2018.....	44
Gráfica 13. Impuestos recaudados por productos que dañan la salud 2014-2020 (mdp).....	62

Índice de esquemas

Esquema 1. Aportación anual por persona al SPSS en el ejercicio 2019.....	23
Esquema 2. Destino y aplicación por ley de los recursos del SPSS.....	24

Índice de diagramas

Diagrama 1. Organigrama INSABI.....	49
Diagrama 2. Acciones correspondientes a las unidades hospitalarias para obtener los insumos necesarios para atender EC.....	51
Diagrama 3. Teoría de cambio del INSABI para atender enfermedades que provocan gastos catastróficos.....	54

Lista de acrónimos y abreviaturas

AMLO	Andrés Manuel López Obrador
APF	Administración Pública Federal
ASF	Auditoría Superior de la Federación
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIECPA	Catálogo De Intervenciones Relacionadas Con Enfermedades Que Provocan Gastos Catastróficos Con Cobertura A La Población No Asalariada
CNAM	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social
CS	Cuota Social
CSG	Consejo de Salubridad General
CSPSS	Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud
DG	Dirección General
DGGSS	Dirección general de gestión de servicios de salud de la comisión
DOF	Diario Oficial de la Federación
EC	Enfermedades que Provocan Gastos Catastróficos
ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social
FONSABI	Fondo de Salud para el Bienestar
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
HFR	Hospitales Federales de Referencia
HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INE	Instituto Nacional Electoral
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
INSalud	Institutos Nacionales de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

MDP	Millones de pesos
MORENA	Movimiento de Regeneración Nacional
NGP	Nueva Gestión Pública
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAN	Partido Acción Nacional
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PES	Partido Encuentro Social
PIB	Producto Interno Bruto
PIS	Plan Integral de Salud
PRI	Partido Revolucionario Institucional
PT	Partido del Trabajo
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
RPSFPGC	Red de Prestadores de Servicios del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
RPSSPGC	Red de Prestadores de Servicios de la Subcuenta de Protección contra Gastos Catastróficos
SAT	Sistema de Administración Tributaria
SEP	Secretaría de Educación Pública
SES	Sistemas Estatales de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIGGC	Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos
SMGVDF	Salario Mínimo General Diario Para El Distrito Federal
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud
UCNAF	Unidad de Coordinación Nacional de Administración y Finanzas
UCNAMEM	Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamentos y Equipamiento Médico
UCNIRES	Unidad de Coordinación Nacional de Infraestructura y Rehabilitación de Establecimientos de Salud
UCNM	Unidad de Coordinación Nacional Médica

Introducción

Desde 1980, en México, el acceso a las instituciones que brindan los servicios de salud está anclado en la condición laboral de los ciudadanos, misma que también define si se cuenta o no con seguridad social. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la seguridad social es “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas o sociales que derivarían en una fuerte reducción o desaparición de sus ingresos” (1984). Dichas acciones se traducen en servicios de salud, permisos por maternidad o paternidad, seguros por desempleo, accidentes, riesgos provocados por el trabajo o edad de retiro, apoyos para la adquisición de vivienda u otras prestaciones que complementan el salario.

Lo anterior, provoca que el derecho a la protección de la salud -estipulado en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos- se divida en dos regímenes: el de la seguridad social, para las personas asalariadas formalmente; y el denominado abierto, brindado por la secretaría de salud federal y los sistemas estatales de salud, para las personas no asalariadas o comúnmente conocidas como informales.

Los principales institutos de seguridad social en México, son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dedicado a atender a la población que labora en el sector privado, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a la población que trabaja para el estado mexicano. En conjunto, estas dos instituciones atendían en 2016 -de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares que realiza el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI)- a 52 millones de mexicanos, lo que representaba al 47.2 % de la población mexicana. Si a esto, se le suma la población afiliada a otros institutos de seguridad social exclusivos para trabajadores de Petróleos Mexicanos, Defensa Nacional y Marina, existían para ese año un total de 53 millones de mexicanos con seguridad social, poco menos de la mitad del total de la población mexicana (48.1%).

En lo que respecta a los servicios brindados por la secretaría federal y los servicios estatales de salud, desde 2004, el principal brazo de atención estaba estructurado a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), y su brazo operativo el Seguro Popular. Mismo, que para 2018 cubría a “53.5 millones de mexicanos” (CSPSS 2019, 8) que representaban el 50.54% del total de la población. Es decir, poco más de la mitad de los mexicanos demandan

servicios de salud que eran cubiertos financieramente por el SPSS y brindados por las secretarías de salud estatales y federal.

En 2020, el SPSS fue desaparecido y sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Si bien es cierto que esto no se traduce en que la población no asalariada dejará de recibir servicios de salud, si implica un cambio en la manera en que el estado mexicano cubre y financia dichos servicios. Ante esta situación, resulta oportuno investigar cómo la terminación de una política pública (SPSS) afecta el diseño de la intervención creada para sustituirla (INSABI), en este caso específicamente en la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos, ya que son estas las que –de presentarse- pueden causar que gran parte de esta población se sitúe en condición de pobreza.

Por ello, la pregunta que busca responder esta investigación es: ¿Cómo el proceso de terminación del SPSS afectó el diseño del INSABI para atender enfermedades que provocan gastos catastróficos en la población sin seguridad social? En este sentido, el argumento de este trabajo es que la manera en que se dio el proceso de terminación del SPSS afectó negativamente al diseño del INSABI. Debido a que el principal factor que determinó dicha decisión fue el político-ideológico, lo cual impide que el diseño de la política sustituta (INSABI) resuelva los problemas que tenía la política terminada (SPSS). En pocas palabras, esto se traduce en que no exista coherencia en la lógica de su intervención a raíz del factor que produjo la terminación de la política que le antecedió.

Para respaldar la hipótesis planteada, se llevo a cabo un análisis cualitativo a partir de revisión documental y entrevistas semiestructuradas. La metodología utilizada está enfocada en explicar como se dio la terminación de la política que le antecedió (es decir, el SPSS) mediante los factores planteados por Peter DeLeon (1983). Después, se analizó el diseño del INSABI para la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos mediante la teoría de cambio propuesta por la nueva política. Con base en esto, se contrastaron los problemas que tenía el SPSS en este nivel de atención -de acuerdo con la información recolectada mediante entrevistas- para determinar así la influencia que la terminación del Seguro Popular tuvo en el diseño del INSABI. Por último, se plantean posibles instrumentos de política pública que deriven en acciones que mejoren la coherencia en la lógica de la intervención propuesta por el INSABI, dentro de este nivel de atención. Cabe mencionar que los nombres, cargos e instituciones donde

laboran los entrevistados, no serán revelados. En virtud de que, así se acordó con los mismos y fue condición necesaria para aceptar participar en la investigación.

Los resultados del estudio se pueden clasificar en: teóricos y empíricos. Los primeros, son que la terminación de políticas ha sido una de las etapas menos estudiadas dentro del ciclo de políticas y que el análisis de manera desconectada entre sus distintas fases provoca que el estudio de las mismas sea limitado. De ahí, la importancia de analizar al ciclo de políticas como un conjunto y no como etapas aisladas del resto. Así, se demuestra como la terminación influye en la creación y por ende en el diseño de la política creada para sustituirla. Por otro lado, los resultados empíricos indican que los factores financieros y de eficiencia gubernamental no fueron determinantes en la decisión de terminar con el Seguro Popular. Porque, de acuerdo con la revisión documental realizada, no existe evidencia en torno a una disminución de los recursos públicos para costar la intervención ni a evaluaciones o estudios que comprobaran la ineficacia del Seguro Popular. En cambio, el factor político-ideológico fue crucial porque se trató de una política pública que trascendió la alternancia democrática del Ejecutivo Federal entre el Partido Acción Nacional (PAN) y el Partido Revolucionario Institucional (PRI), hecho que reforzó la retórica utilizada por López Obrador en torno a que existía corrupción y que dicha política obedecía al modelo neoliberal implementado durante esos gobiernos. Asimismo, el análisis también muestra, que la terminación cuyo determinante principal es el factor político-ideológico impide que el diseño de la política sustituta resuelva los problemas presentes en la intervención finalizada, debido a que el factor señalado es el único que no está sustentado en evidencia.

Pese a lo anterior, es importante reconocer que este trabajo tiene limitaciones derivadas de la metodología y temporalidad durante la cual se desarrolló. La primera, es el enfoque con el que se analiza el tema, y es que tanto la teoría de terminación de las políticas públicas como el análisis del diseño, solo es una forma de aproximarse al estudio de una política pública de reciente creación. El contexto sanitario que vive México, representó otra limitación debido a que generó desinformación e incertidumbre en torno a los cambios y la manera en que se implementará el INSABI. Esto, pudo sesgar las entrevistas realizadas por la situación que vive el sistema de salud enfrentando la pandemia por Covid-19. La tercera es la poca información disponible sobre el mismo, que puede resultar en una fotografía incompleta de lo que en realidad espera realizar esta política. Empero, esta investigación ofrece aproximaciones que pueden derivar en futuros trabajos al respecto.

Marco teórico

Las políticas públicas son “las acciones de gobierno que tienen como propósito realizar objetivos de interés público” (Aguilar 2010, 17), es decir surgen para intentar resolver problemas sociales enmarcados en un contexto específico. El estudio de las mismas, nació para comprender el proceso por el cual los gobiernos seleccionan y definen que problemas públicos resolverán mediante sus acciones y por medio de que criterios piensan llegar a los objetivos deseados. Para simplificar el conocimiento y examinar dicho proceso, la mayoría de los autores han propuesto analizarlo a partir de la separación del ciclo de políticas en etapas secuenciales con diversas divisiones analíticas y distintas terminologías.

De acuerdo con Paul Cairney (2019), el ciclo de políticas puede dividirse en las siguientes seis etapas:

1. Definición de la agenda: Identificación de problemas que requieren intervención del gobierno, priorización sobre que asuntos necesitan mayor atención y delimitación en torno a la naturaleza de este.
2. Diseño de política: Establecimiento de los objetivos, costos y beneficios de las soluciones, la elección de entre una lista de alternativas, así como la selección de los instrumentos de política.
3. Legitimación: Garantizar que los instrumentos de política pública escogidos tengan apoyo, lo que implica –por ejemplo- aprobación legislativa, aprobación ejecutiva, o la búsqueda de consentimiento a través de la consulta a los grupos de interés.
4. Implementación: Ejecución o puesta en marcha de la solución programada, asegurando que la organización encargada de esta, tenga los recursos económicos, humanos y legales para realizar dicha acción.
5. Evaluación: Valorar en qué medida la política cumplió sus objetivos, si se implementó correctamente y si tuvo el efecto deseado.
6. El mantenimiento, la sucesión o la terminación de la política: Decidir si la política debe continuar, modificarse o abandonarse.

Estas etapas solo “denotan componentes lógicamente necesarios e interdependientes de toda política, integrados a la manera de proceso, y de ninguna manera pueden ser considerados eventos sucesivos y realmente separados” (Aguilar 2000, 15). En otras palabras, el ciclo de políticas sirve para analizar y construir una política pública, sin que esto se traduzca en una

desconexión entre las distintas fases descritas. A pesar de ello, como advierte Fontaine, la división planteada por el ciclo de políticas “ha guiado y dominado el análisis, llevándolo a una mayoritaria especialización por etapa y a un aislamiento integral del estudio de las políticas públicas” (2015, 56), en consecuencia se ha renunciado al estudio de ciertas fases del proceso. En dicho abandono y desconexión entre las distintas etapas del ciclo de políticas, se introduce este trabajo de investigación: el estudio de la relación entre la terminación y el diseño de las políticas públicas.

El diseño de políticas públicas

El diseño o formulación de políticas públicas es, como se observó a través del ciclo de políticas, una etapa donde se establece la manera en que el gobierno planea la intervención a realizar para resolver el problema público identificado previamente. De acuerdo con Aguilar, esta fase “corresponde al primer conjunto predecisional de actividades analíticas y políticas” (2010, 35). Esto, supone que es una actividad en donde: 1) se establecen los medios que se usarán y el tipo de público al que estarán dirigidos, 2) las unidades administrativas y el personal que será responsable de implementar la política y 3) las especificaciones y responsabilidades del trabajo a realizar. En términos simples, el diseño es una especie de “mapa de ruta donde se define explícitamente el problema que se quiere solucionar, la base de las causas que le dieron origen y las vías de acción que resultan factibles para hacerlo” (Merino 2009, 41), ese mapa no debe limitarse solamente al esclarecimiento de la intervención sino que debe determinar una argumentación congruente para orientar y justificar la acción elegida.

Sin embargo, dado que el diseño ha sido visto mayoritariamente como una etapa posterior a la definición de la agenda y por ende a la arena política, este “se ve esencialmente como el resultado de un proceso político, más que como un proceso analítico en sí mismo” (Ingraham 1987, 613). En esta misma línea, Howlet y Lejano argumentan que el diseño de políticas “está orientado a evitar muchas de las ineficiencias e insuficiencias aparentes en otras formas de formulación de políticas menos informadas por el conocimiento, como la negociación política pura, el adhocismo o el ensayo y error” (2013, 359). En otras palabras, el diseño de políticas no es solo un trabajo realizado en lo abstracto sino que obedece a su tiempo histórico, entorno institucional, redes políticas y valores previamente asumidos.

Por lo tanto, como menciona Geva-May (2005), el diseño es simultáneamente sustantivo y verbo, resultado y proceso, que implica la canalización de las energías de actores dispares

hacia un acuerdo en el trabajo para lograr metas conjuntas y específicas, el diseño no es “sinónimo de razonamiento instrumental, pero ciertamente se basa en gran medida en esa forma de razonamiento (...) como resultado, su estudio está correctamente meta-orientado y, por consiguiente, se elimina un paso del análisis de esta etapa” (Linder y Peters 1988, 744). En resumen, esta manera de delimitar el diseño de políticas ha contribuido al avance de la disciplina pero también ha traído consigo que el análisis de esta etapa se desconecte, tanto de factores vinculados a la misma, como -de las otras etapas de la política pública- de la que se explica en el siguiente apartado.

La terminación de políticas públicas

De acuerdo con Peter DeLeon la terminación es “la suspensión o conclusión deliberada de funciones, organizaciones, políticas o programas de gobierno” (1978, 370), es decir es el cese de la intervención propiamente como se diseñó en un inicio. Brewer, define esta última etapa del ciclo de políticas como el “ajuste de políticas o programas que se han convertido en disfuncionales, redundantes, obsoletos o innecesarios” (1974, 241). En la perspectiva político racional, Harold Lasswell (1971) vio la terminación de las políticas como el último y lógico final de su ciclo, sin determinar si estas terminaban por que su intervención había conseguido el cambio deseado o por que simplemente la misma fracaso en sus objetivos. A partir de entonces, el concepto de terminación fue planteado como un concepto dicotómico asociado con el éxito o fracaso de la política pública.

Sin embargo, Adam y Bauer mencionan que “cuando la terminación se entiende puramente como un binario, pocos casos pueden clasificarse como eventos de terminación” (2018, 3), haciendo que el concepto sea poco estudiado o incluso desprestigiado dentro de la disciplina. Del mismo modo, DeLeon (1978) identificó seis razones que explican por qué la terminación de políticas no es tan común como las otras etapas del ciclo: primera, la aversión cognitiva a hacerlo; segunda, la longevidad de las instituciones en general; tercera, el conservadurismo dinámico de las organizaciones que buscan nuevas tareas a medida que desaparecen las viejas; cuarta, el poder de las coaliciones antiterminación; quinta, los obstáculos legales; y sexta, los altos costos de poner en marcha dicha decisión. Estas y otras razones, presentes en la realidad del ciclo, desincentivaron la investigación en torno a esta fase de las políticas públicas.

Pese a estas limitaciones, existen algunos enfoques entorno a la terminación. Uno de los más conocidos es el propuesto por Eugene Bardach quien concibió a esta etapa “como un proceso meramente político, cuyo principal determinante es el conflicto, similar al que ocurre en el diseño o formulación de las políticas” (1976, 126), con este enfoque el concepto adquirió un doble sentido. Ya que si bien, se entiende como el final de la política también puede entenderse como su inicio, debido a que una terminación puede dar paso a una nueva política o simplemente al ajuste de la intervención a concluir. A este respecto, Rolland y Roness (2012) distinguieron dos tipos de terminación: la pura, en la que los cambios generados no conservan a ninguna parte de la intervención; y la denominada en unidades existentes, misma que denota cambios donde todas o algunas partes de la intervención continúan en una o más unidades.

El tipo de terminación esta relacionado con la manera en que se decide concluir la política, el mismo Bardach (1976) señala las siguientes dos formas en las que comúnmente ocurre la terminación:

1. Por explosión: Es la forma más común de terminación porque la resistencia a la misma es normalmente de tal intensidad que cuando finalmente ocurre necesariamente se da con una fuerza demoledora. Esta sucede a través de un cambio de política efectuado por una sola decisión autorizada, misma que es –normalmente- producto de una larga lucha política en la que han participado numerosos actores. Por lo cual, esta forma de terminación esta más relacionada con la pura.
2. Quejido prolongado: A diferencia de la explosión, esta manera de terminación no proviene de una decisión única a nivel de política, sino que obedece a una disminución realizada a largo plazo. Principalmente en torno a los recursos humanos, monetarios y legales, por lo que -ante dicha disminución- con el tiempo la política es suspendida o desaparecida. Dicha forma, tiene una mayor conexión con el tipo de terminación por unidades existentes.

Ambas formas de terminación -de una política- están determinados por los factores que influyen en dicha decisión. Estos fueron identificados y definidos por DeLeon (1983), quien mencionó que la terminación de una política dependía de tres factores esenciales. Por una parte, los financieros –percibidos como las restricciones presupuestarias que encaran los gobiernos- mismos que provocan que estos últimos se vean en la necesidad de reducir el gasto público y por consiguiente promuevan la terminación de algunas de sus intervenciones. Por otra parte, el

político-ideológico –entendido como un conjunto de ideas, principios y doctrinas que se traducen en acciones gobierno- que al ser cambiantes motivan el término de intervenciones o simplemente una desalineación de los intereses políticos bajo los que fue concebida originalmente. Finalmente, la eficacia o efectividad de una política –comprendida como la incapacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función- impulsa a la administración en turno a terminar dicha acción de gobierno. Es importante destacar que estos factores no son excluyentes, ya que pueden presentarse simultáneamente e incluso es poco común que uno solo de dichos factores determine por sí mismo la terminación de la política.

Democracia y políticas públicas

La democracia tiene múltiples significados, acepciones e incluso diversas responsabilidades que -con el tiempo- se le han adjudicado. En su significado minimalista, esta fue definida por Schumpeter como “aquél sistema institucional que para llegar a las decisiones políticas, los individuos adquieren el poder de decidir por medio de una lucha de competencia por el voto del pueblo” (1983, 343). En otras palabras, esta definición observa a la democracia solo como un método por el cual los ciudadanos eligen a sus gobernantes. Este significado tiene la ventaja de poder ser utilizado eficientemente para determinar qué país es democrático. Pero tiene la desventaja, de considerar a la democracia solo como un procedimiento y no como un sistema de gobierno que refleja la interacción entre gobernantes y gobernados.

La democracia en su sentido maximalista, no se considera únicamente como un asunto de elección de gobernantes, sino como un medio que permite “el reparto del poder en la sociedad, entre las regiones y clases sociales, grupos étnicos y géneros” (Sánchez Ruiz 2012, 21). Al perseguir este objetivo, no existe una definición consensuada de lo que es democracia maximalista. Pero, una aproximación adecuada es la propuesta por Goran Therborn, quien la entiende como “un sistema político institucionalizado con un gobierno representativo elegido por la población adulta, cuyos votos tienen igual valor al no sufrir la intimidación del aparato estatal, reduciendo el papel de este a la protección de las libertades de opinión, reunión, organización y prensa para cuidar dicho ambiente” (Therborn 1990, 164). Por tanto, la democracia -además de ser el medio para acceder al poder- es la creación de un ambiente que propicie y defienda la discrepancia.

Como se observa, definir democracia no es nada sencillo. Para efectos de este trabajo, la definición de democracia utilizada será la aportada por Norberto Bobbio, que la define como

“un conjunto de reglas que establecen quienes están autorizados para tomar las decisiones colectivas y bajo que procedimientos (...) por ende un régimen democrático se caracteriza por la atribución de este poder a un número elevado de miembros” (Bobbio 1998, 21-24). Es decir, considera que un régimen es democrático en cuanto sea mayor la cantidad de personas que participan directa o indirectamente en la toma de decisiones de carácter público.

Tomando en cuenta, la definición de políticas públicas –expresada anteriormente- estas son acciones de gobierno que tienen una dimensión política que se encarga de catalogar a los problemas como públicos y otra técnica-causal que no es más que la selección de los medios para llevar a cabo dicha acción. Con base en lo anterior, la parte esencial de gobernar es tomar decisiones; estas pueden beneficiar a ciertos sectores y afectar a otros. Por ello, permanentemente se buscan herramientas que permitan al ciudadano participar en la toma de decisiones con el objetivo de diseñar soluciones más cercanas a sus deseos, así como para empoderarlos y convertirlos en actores proactivos dentro del proceso decisorio.

Con lo anterior, se puede definir un esquema en el cual la arena política -en un ámbito democrático- se encarga de decidir que problemas públicos atender, cómo se tipifica si un problema es público y decidir la inclusión o exclusión de los actores partícipes dentro del proceso. Mientras que, una vez establecida la decisión se entra a un proceso en el cual resta la implementación, para posteriormente evaluar la eficiencia y efectividad de la política pública realizada. La terminación de políticas no debe escapar a este modelo, debido a que -al igual que el resto del ciclo de políticas- se trata de una etapa en donde la participación y decisión debe realizarse de forma tal que se reflejen los intereses de la sociedad, el medio es la democracia. En tanto, que define los valores que existen detrás de una política pública, ya que esta última “al seleccionar problemas y elegir causas para la acción pública, es también una afirmación de valores”. (Merino 2008, 8). Por lo tanto, si bien es cierto que no existe un proceso de terminación único, si se debe aspirar a que –este- se lleve a cabo bajo parámetros democráticos, en donde la evidencia permita un debate público y se llegue a una decisión consensuada entre las autoridades, legítimamente electas. La terminación de políticas no debe ser una decisión unilateral, si se vive en democracia.

Capítulo 1: De donde venimos

Este capítulo explica como ha sido -y se espera que sea- la transición epidemiológica y demográfica en México, determinantes principales para observar a las enfermedades que provocan gastos catastróficos como un problema público. También, ofrece una definición teórica acerca de éstas y porque es importante el actuar gubernamental para mitigarlas. Asimismo, se describe cómo estaba estructurado el instrumento que precedió al INSABI, es decir el SPSS, para la atención de este tipo de enfermedades. Además, se brinda un contexto acerca de los resultados alcanzados por dicha política a través del FPGC, con base en los informes de resultados generados por la Comisión del SPSS. Por último, se exponen las principales áreas de mejora -con base en las información obtenida de las entrevistas- que tenía el SPSS en lo correspondiente a este nivel de atención.

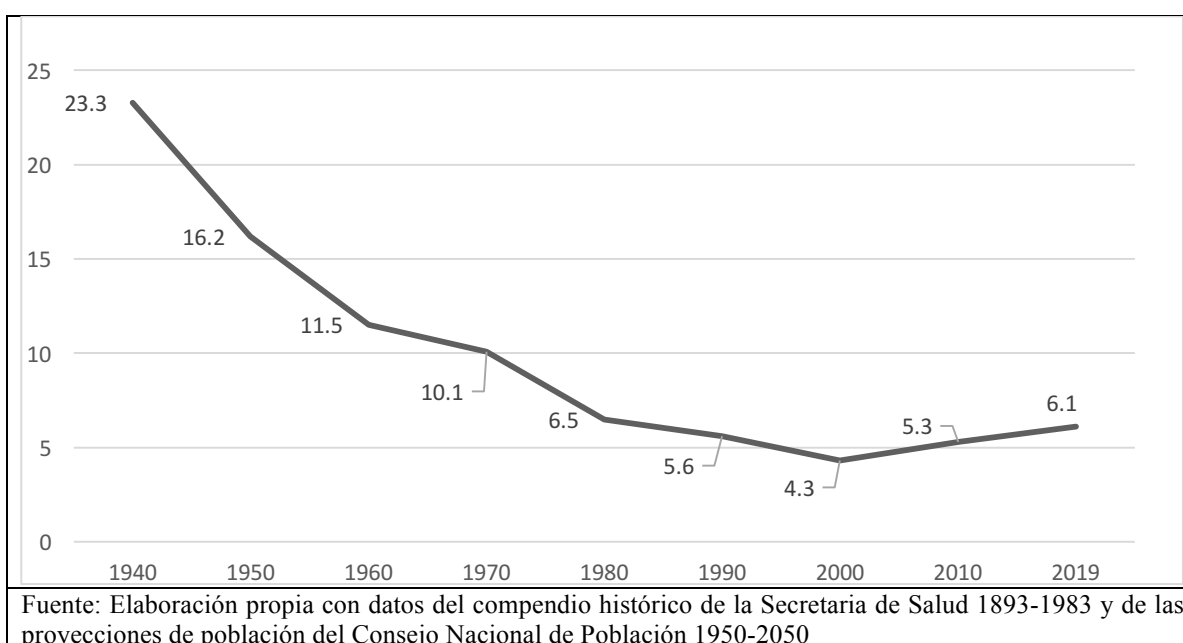
1.1 La transición epidemiológica y poblacional determinantes del problema

Los cambios en las condiciones de salud son estudiados para analizar la evolución sanitaria de una población, estos generalmente incluyen variables como: mortalidad -que es la cantidad de personas que mueren en un determinado período y lugar-; la morbilidad -definida a partir de las causas que provocan una desviación en el bienestar general de las personas-; y la esperanza de vida -comprendida a través del promedio de vida que tiene una persona al nacer en cierto territorio-. Con base en estas variables, en 1971, Abdel Omran acuñó el concepto de transición epidemiológica para explicar como los cambios en los patrones de salud y enfermedades inciden directamente en las transformaciones poblacionales, incorporando así a la epidemiología en la teoría sobre la población.

Por tanto, la transición epidemiológica se refiere a “los cambios de largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que, por lo general, se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas más amplias” (Frenk et al. 1991, 487). En otras palabras, se trata de un concepto dinámico que depende básicamente de la evolución –primordialmente- de factores sociodemográficos como la mortalidad y morbilidad. Consiguientemente, este término ayuda a lo gobiernos a prever que enfermedades aquejan –en presente y futuro- a su población y por ende a transformar los servicios de salud para que ésta pueda atenderse. Por ende, el estudio de dicha transición es fundamental tanto para evaluar políticas públicas en materia de salud como para diseñarlas.

Para analizar la transición epidemiológica en México, se utilizarán la tasa bruta de mortalidad, sus principales causas y la esperanza de vida durante el período 1940-2019. En lo que respecta a la tasa bruta de mortalidad, como se observa en la gráfica 1, disminuyó considerablemente en los últimos 80 años. Estos cambios se deben principalmente, entre otras causas, a los avances en materia de urbanización y cobertura de salud alcanzados durante ese período. Además, se observa como el mayor decremento se dio entre 1940 y 1950, mientras que desde el 2000 se observa un incremento, sin detener la tendencia decreciente durante los años analizados.

Gráfica 1. Tasa bruta de mortalidad en México durante el período 1940-2019



Las causas asociadas a la tasa de mortalidad del período en sus inicios, como se muestra en la tabla 1, eran predominantemente relacionadas con enfermedades infectocontagiosas, es decir las “causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos” (OMS 2021), mismos que pueden transmitirse directa o indirectamente de una persona a otra. Dichas patologías representaban las principales causas de muerte durante la mitad del siglo XX. En cambio, a mediados de la década de los ochenta, las razones principales de muerte comenzaron a asociarse mayoritariamente con enfermedades crónico-degenerativas o simplemente conocidas como no transmisibles, mismas que son definidas como aquellas “afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta” (OMS 2021). Con base en el concepto de transición epidemiológica, descrito anteriormente, puede decirse que esta se dio en México durante el lapso 1970-1990.

Tabla 1. Principales causas de mortalidad y morbilidad en México durante el período 1940-2019

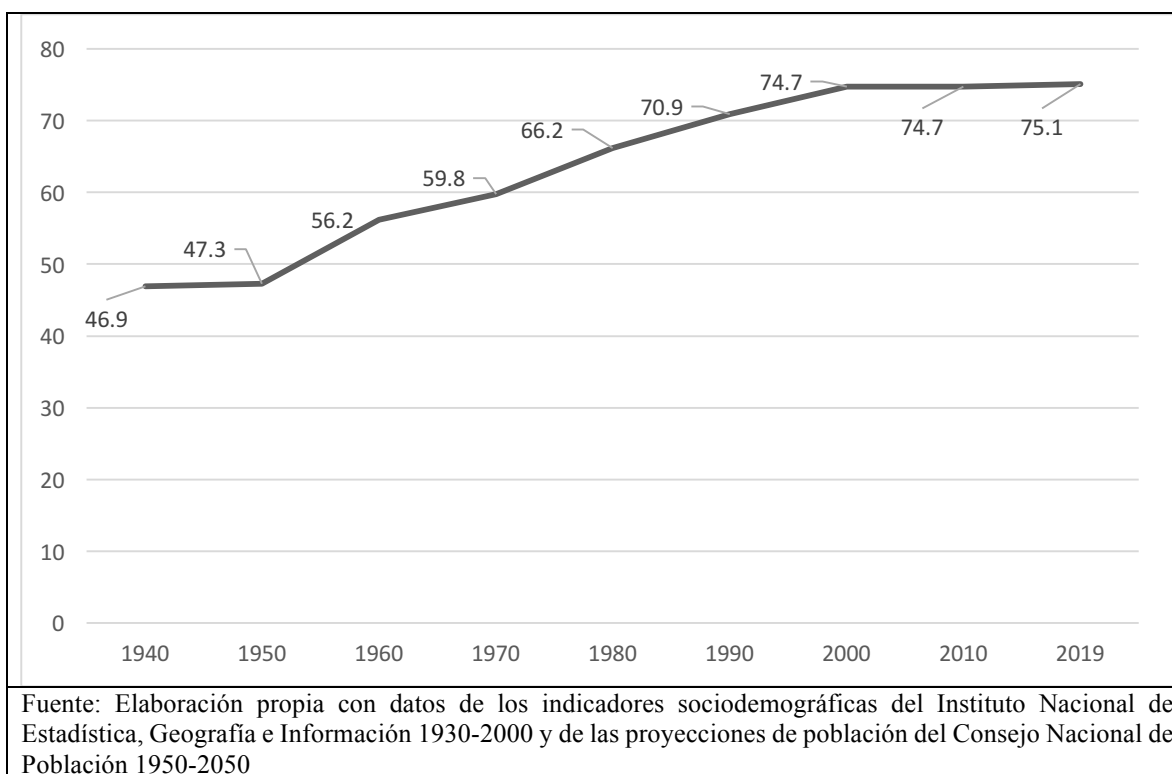
<i>1940</i>	<i>1970</i>	<i>1990</i>	<i>2010</i>	<i>2019</i>
1. Diarreas y enteritis	1. Influenza y neumonía	1. Enfermedades del corazón	1. Enfermedades del corazón	1. Enfermedades del corazón
2. Gripe y neumonía	2. Enteritis y otras enfermedades	2. Tumores malignos	2. Diabetes mellitus	2. Diabetes mellitus
3. Paludismo	3. Enfermedades diarreicas	3. Diabetes mellitus	3. Tumores malignos	3. Tumores malignos
4. Muertes violentas o accidentales	4. Enfermedades del corazón	4. Accidentes	4. Accidentes	4. Enfermedades del hígado
5. Sarampión	5. Enfermedades perinatales	5. Enfermedades del hígado	5. Enfermedades del hígado	5. Enfermedades cerebrovasculares
6. Bronquitis	6. Tumores malignos	6. Enfermedades cerebrovasculares	6. Enfermedades cerebrovasculares	6. Accidentes
7. Enfermedades del hígado y de las vías biliares	7. Sarampión	7. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	7. Agresiones (homicidios)	7. Agresiones (homicidios)
8. Debilidad y vicios de conformación congénita	8. Accidentes	8. Neumonía e influenza	8. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	8. Neumonía e influenza
9. Tuberculosis del aparato respiratorio	9. Cirrosis hepática	9. Agresiones (homicidios)	9. Neumonía e influenza	9. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
10. Disentería	10. Infecciones respiratorias agudas	10. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	10. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	10. Insuficiencia renal
11. Tosferina	11. Tuberculosis del aparato respiratorio	11. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11. Insuficiencia renal	11. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
12. Tofoidea y paratifoidea	12. Homicidio y lesiones intencionales	12. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
13. Embarazo, parto y puerperio	13. Bronquitis, enfisema pulmonar	13. Insuficiencia renal	13. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	13. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
14. Cáncer	14. Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	14. Bronquitis crónica, enfisema y asma	14. Bronquitis crónica, enfisema y asma	14. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)
15. Viruela	15. Diabetes mellitus	15. Enfermedades infecciosas intestinales	15. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	15. Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana

Fuente: Elaboración propia con datos del compendio histórico de la Secretaría de Salud 1893-1983 y de la Dirección General de Información en Salud 1979-2019

En cuanto a la esperanza de vida, tiene una relación negativa con la tasa bruta de mortalidad. Es decir, a medida que esta última disminuye, la primera aumenta y viceversa si la

última aumenta generalmente la primera disminuye en el tiempo. En la grafica 2, se muestra la esperanza de vida durante el período analizado, en ella se observa una tendencia creciente. Esto significa que la población mexicana tendrá un ciclo de vida que se prolongará con el tiempo, lo cual -al igual que la tasa de mortalidad- esta íntimamente relacionado con los avances en materia de urbanización y acceso a los servicios de salud. El mayor incremento de la esperanza de vida se dio de 1950 a 1960, y el menor de ellos se ha dado en la última década -2010 a 2019-, a pesar de esto la tendencia se mantiene creciente a un ritmo constante.

Gráfica 2. Esperanza de vida en México durante el período 1940-2019



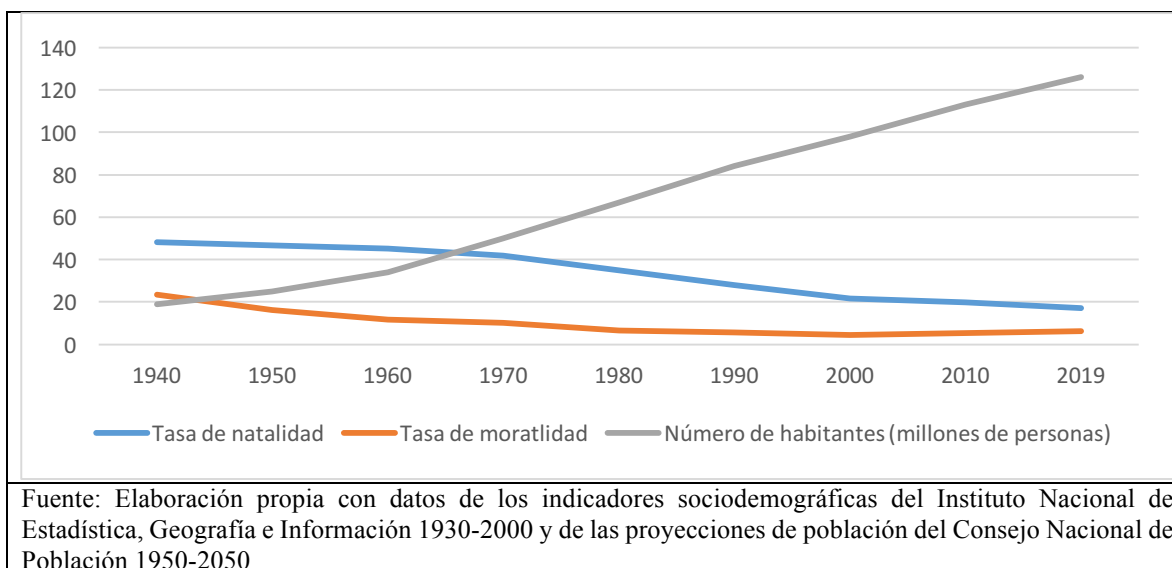
La otra determinante fundamental para entender la importancia de la previsión de enfermedades que provocan gastos catastróficos, es la transición demográfica. Un término utilizado por Thompson para “clasificar a las sociedades humanas en etapas o según el grado de control ejercido por cada población sobre las tasas de mortalidad y de natalidad, por ende es una prueba de ese control y del descenso de una o ambas tasas” (1948, 97). En su estudio, Thompson alude que dicho control y descenso está influido por el avance del proceso de industrialización, mismo que se aceleró durante el período posterior a la segunda guerra mundial.

En síntesis, la transición demográfica “consiste esencialmente en el paso de niveles de natalidad y fecundidad altos sin control, a niveles bajos y controlados, a través de un período

intermedio dentro del cual el descenso de la mortalidad antecede al de la natalidad, generando un crecimiento rápido de la población” (Lopes 1973, 86). Es decir, se trata de un fenómeno asociado con el cambio en la dinámica de los habitantes de un país en concreto durante un tiempo establecido. Para observar esta transición en México, se utilizará nuevamente la tasa de mortalidad complementada por la de natalidad –que mide la frecuencia de los nacimientos ocurridos en relación con la población total- y la de crecimiento poblacional durante el período 1940-2019.

En la gráfica 3, se observa claramente, como México paso de un escenario con tasas de natalidad y mortalidad altas a otro donde ambas han mantenido un ritmo constante de decrecimiento. En cuanto a la tasa de natalidad, se aprecia un sostenido decremento desde el inicio del período, siendo durante la década de 1970 a 1980 la que mayor disminución presenta, la tendencia claramente se mantiene a la baja. La tasa de mortalidad, como ya se había analizado anteriormente, muestra una disminución constante desde 1940, y el ligero repunte de las últimas décadas no afecta la tendencia decreciente presentada. Por su parte, el crecimiento poblacional expone un incremento constante desde el inicio del período, sucediendo durante la década de 1970 a 1980 la mayor alza , mientras que la menor se presentó en la década de los cuarenta.

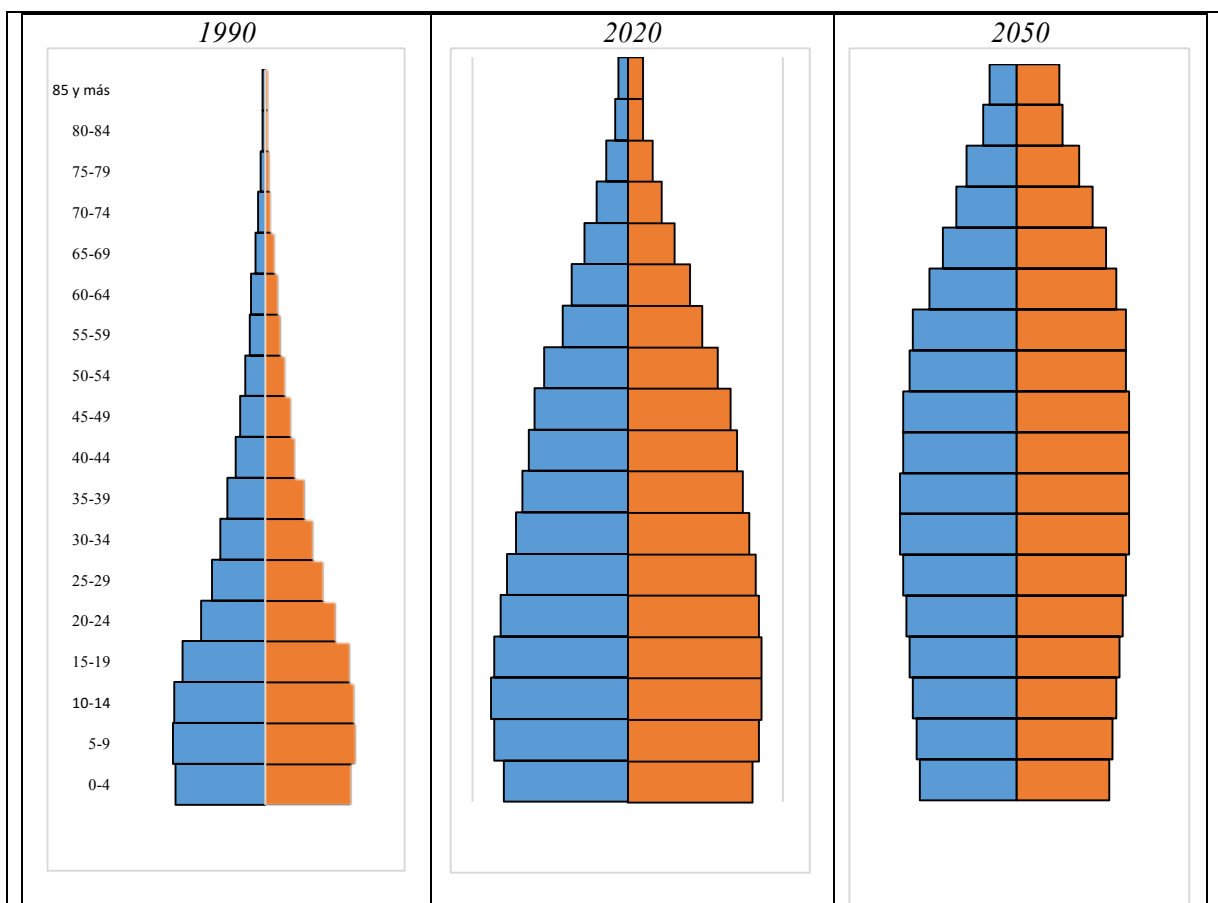
Gráfica 3. Tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento poblacional en México durante el período 1940-2019



Una de las consecuencias de la transición demográfica es la reestructuración de la población, la mexicana no está exenta de esto. En la gráfica 4, se compara la distribución poblacional entre 1990 (pasado), 2020 (presente) y la de 2050 (futuro), en donde se muestra

principalmente que la población de entre 25 y 39 años ha incrementado en los últimos 30 años, y se espera que la tendencia continúe a la alza en las próximas tres décadas. Mientras que la población que más ha disminuido es la de recién nacidos, lo cual se relaciona con las decrecientes tasas de natalidad, para 2050 las proyecciones indican que continuará el decremento en este grupo poblacional. Además de lo anterior, un dato crucial para esta investigación es que la población mayor a 55 años mantiene una tendencia creciente, ya que en 1990 representaba el 8.5% del total de la población, en 2020 representa el 16.5% y para 2050 pasará a significar el 28.9% de la población total en México. Lo cual, aumentará considerablemente los factores de riesgo relacionados con las enfermedades que provocan gastos catastróficos. Complementando lo anterior, también se observa como la esperanza de vida ha aumentado, misma que se refleja en el incremento de la población con más de 75 años de edad.

Gráfica 4. Distribución poblacional por edad en México 1990, 2020 y 2050



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo poblacional 2020 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información y de las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población 1950-2050

Al analizar ambas transiciones, se puede concluir que la población mexicana a lo largo de las últimas décadas ha logrado mejorar su nivel y calidad de vida, a consecuencia del desarrollo económico que ha experimentado el país. Esto se refleja, en la disminución de las tasas de mortalidad y natalidad así como en el aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, el incremento de esta última debe estar acompañada de políticas públicas que –entre otras cosas– aseguren el acceso a los servicios de salud, debido a que “la vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas” (OMS 2018). Dicho de otra forma, que una población viva más años aumenta los riesgos de la misma de sufrir alguna enfermedad que complique su salud, principalmente las de carácter crónico degenerativas o no transmisibles, explicadas previamente. De acuerdo, con lo analizado estas últimas continuarán en aumento dadas las características de la población mexicana.

Una vez entendidas ambas transiciones, es importante definir a las enfermedades que provocan gastos catastróficos mismas que se explican en el siguiente apartado, y están vinculadas estrechamente con el crecimiento y longevidad poblacional, así como con las causas tanto de mortalidad y morbilidad mayoritariamente provocadas por patologías no transmisibles.

1.2 Las enfermedades que provocan gastos catastróficos (EC)

Las EC son patologías que requieren tratamiento que implica un desembolso monetario extraordinario para el ingreso del paciente y su familia, es decir excede un umbral hasta ese momento observado como normal. Lo cual, provoca un impacto severo en el presupuesto familiar que, eventualmente, causa su insolvencia financiera temporal o definitiva. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que “una enfermedad tiene un impacto catastrófico cuando para atenderla se destina más de 30% del presupuesto familiar” (2000, 8). En pocas palabras, una EC se genera cuando la situación financiera del paciente se ve comprometida a consecuencia de la patología.

La anterior, es la definición desde la perspectiva financiera, pero cabe añadir que desde el punto de vista médico, una EC es “una patología cuyo impacto del tratamiento en la carga de la enfermedad es muy baja, por lo cual este se concentra más en los cuidados paliativos que en la posibilidad de cura” (Tobar 2010, 60). Además de esto, las EC en su mayoría son crónico-degenerativas que atacan rápidamente la salud del paciente, colocándolo en riesgo de muerte. Lo que se traduce en un prolongado y costoso tratamiento.

Desde cualquiera de estas visiones, el actuar gubernamental -a través de políticas públicas- es fundamental para asegurar que la población con alguna de las EC, tenga posibilidad de atención y le permita enfrentarla. La mayoría de los gobiernos, reconoce a las EC como un problema de salud pública, y por ello –si cabe el termino acuñado por Robert Castel -realizan una discriminación positiva. Es decir, las EC son excluidas de los catálogos patológicos universales, para a través de esta exclusión focalizar de mejor manera los recursos humanos, tecnológicos, monetarios y de infraestructura que cubran específicamente a este tipo de enfermedades.

En México, el Consejo de Salubridad General (CSG) -que es una autoridad sanitaria dependiente directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna secretaría de estado de acuerdo con el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)- es el encargado de autorizar, modificar y actualizar el listado de EC. La última actualización -publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 26 de junio de 2018- enlista un total de 1176 EC. En este sentido, el SPSS –hasta su desaparición- y el INSABI -en su primer año de implementación- brindaban cobertura a 66 de estas enfermedades. Las cuales representan el 64% de las enfermedades que representan las principales causas de muerte en México, por lo cual dicha cobertura disminuye en más de la mitad el riesgo de la población sin seguridad social, de incurrir en un gasto catastrófico.

Por lo anterior, es fundamental mencionar que en términos estadísticos la cobertura a estas enfermedades pareciera escasa, sin embargo el análisis no debe realizarse de esa manera. Como se describió en el primer apartado de este capítulo, existen enfermedades claramente identificadas y relacionadas con las causas de muerte más frecuentes en México. Bajo este precepto, lo que busca el catálogo es disminuir el riesgo que tienen las personas de incurrir en un gasto catastrófico, para lograrlo –tomando en cuenta la viabilidad presupuestal susceptible a cualquier política pública- se incluyeron dichas intervenciones.

Una vez aclarado esto y con relación a la tabla 1, se puede observar que el catálogo de intervenciones relacionadas con enfermedades que provocan gastos catastróficos con cobertura a la población no asalariada (CIECPA) cubre las complicaciones de la diabetes mellitus (principalmente la insuficiencia renal crónica), así como otros padecimientos del riñón (como la nefritis). Las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, afecciones

del hígado y enfermedades pulmonar-obstructivas. Asimismo, aparece el VIH/SIDA, el cáncer de mama, el cáncer de cérvix y las leucemias.

Así pues, el CIECPA se estructura con base en tres criterios: “el alto costo de la enfermedad, su grado de complejidad o especialidad y el nivel de frecuencia con que se presenta en la población” (LGS 2021, capítulo 6). A continuación se enlistan el total de dichas intervenciones, incluidas en el catálogo mencionado.

Tabla 2. Intervenciones relacionadas con enfermedades que provocan gastos catastróficos cubiertas a la población no asalariada

No.	Grupo	Intervención
1	Recién nacido	Prematurez
2		Síndrome de dificultad del recién nacido
3		Sepsis bacteriana del recién nacido
4	Malformaciones congénitas y/o adquiridas (menores de 18 años)	Atresia anal
5		Atresia esofágica
6		Atresia intestinal
7		Onfalocele
8		Gastrosquisis
9		Atresia-estenosis duodenal
10		Espina bífida
11		Estenosis uretral
12		Estenosis de meato uretral
13		Estenosis ureteral
14		Extrofia vesical
15		Hipoplasia/displasia renal
16		Hipospadias epispadias
17		Uréter retrocavo
18		Ureterocele
19		Uréter ectópico (Meatos ectópico)
20		Malformaciones congénitas cardíacas
21	Enfermedades metabólicas en menores de 10 años	Deficiencia hereditaria del factor VIII
		Deficiencia hereditaria del factor IX

		Enfermedad de von Willebrand
		Enfermedad de Fabry/Enfermedad de Gaucher
22		Enfermedad de Pompe
		Mucopolisacaridosis tipo I
		Mucopolisacaridosis tipo II
		Mucopolisacaridosis tipo IV
		Mucopolisacaridosis tipo VI
23	Cáncer en menores de 18 años	Astrocitoma
24		Ependimoma
25		Meduloblastoma
26		Neuroblastoma
27		Otros tumores del SNC
28		Tumor de Wilms
29		Otros tumores renales
30		Leucemia Linfoblástica
31		Leucemia mieloblástica aguda
32		Leucemia crónicas
33		Síndrome mielodisplásicos
34		Hepatocarcinoma
35		Hepatoblastoma
36		Osteosarcoma
37		Sarcoma de Ewing
38		Linfoma no Hodgkin
39		Enfermedad o linfoma de Hodgkin
40		Retinoblastoma
41		Sarcoma de partes blandas
42		Tumores gonadales
43		Tumores extragonadales
44		Diversos carcinomas

45		Histiocitosis
46	Cáncer en mayores de 18 años	Tumor maligno de ovario
47		Tumor maligno de ovario germinal
48		Tumor maligno de próstata
49		Cáncer testicular seminoma y no seminoma
50		Cáncer cervicouterino
51		Cáncer de endometrio
52		Cáncer de mama
53		Tumor maligno de colon
		Tumor maligno de la unión recto-sigmoidea
		Tumor maligno de recto
54		Linfoma no Hodgkin folicular
		Linfoma no Hodgkin difuso
55		Cáncer de esófago
56		Enfermedades cardiovasculares en menores de 65 años
57	Infectocontagiosas	Hepatitis viral tipo C crónica
58		Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin otra especificación
59	Trasplantes en paciente pediátrico y adulto	Trasplante de córnea
60		Trasplante de médula ósea mayores de 18 años
61		Trasplante de corazón en mayores de 18 años
62		Trasplante hepático en mayores de 18 años
63		Trasplante hepático en mayores de 18 años
64		Trasplante pulmonar en mayores de 18 años
65		Trasplante renal menores de 18 años
66	Genéticas	Síndrome de Turner

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Salud para el Bienestar. Disponible en <https://www.gob.mx/insabi/documentos/66-intervenciones?idiom=es>

Como se observa en la tabla 2, los cánceres (tanto infantiles como adultos) representan el 50% de las intervenciones relacionadas con las EC, seguidas de las malformaciones congénitas y/o adquiridas (25.9%), los trasplantes en paciente pediátrico y adulto (10.6%), cuidados intensivos a recién nacidos (4.5%), enfermedades metabólicas en menores de 10 años e infectocontagiosas (3% cada una), y las enfermedades cardiovasculares en menores de 65 años y las genéticas (1.5 % cada una). A través de este catálogo, se determina si la población no asalariada tiene acceso o no a la atención de su enfermedad, es decir existen los casos donde pacientes diagnosticados con alguna de las EC -enlistadas por el CSG- no son cubiertos por el régimen diseñado para la población también llamada abierta. El establecer mediante un catálogo las intervenciones que se cubren, además de mostrar los servicios otorgados por las instituciones prestadoras, hace que los beneficiarios hagan exigible el derecho a recibir atención en caso de padecer una EC.

Es importante decir, que tanto el listado del CSG y CIECPA, se actualizan cada determinado tiempo. Ya sea para agregar una nueva enfermedad y/o para quitar algún padecimiento que -dado el abaratamiento del tratamiento- ya no es considerado catastrófico, este último caso es menos común. Pese a esto, se debe aclarar que la incorporación de alguna intervención para la población no asalariada es un proceso complicado y difícil de llevar a cabo. En gran medida por el financiamiento que requiere cubrir estos servicios a una gran cantidad de personas, no solo considerando la demanda de ese momento sino también la de futuras generaciones.

Para realizar la incorporación de alguna intervención al CIECPA, se practicaba -durante el SPSS- un estudio actuarial, este servía para “determinar el grado de suficiencia financiera que tenía el FPCG con base en el aseguramiento para respaldar las obligaciones monetarias contraídas con la población afiliada, así como la probable tendencia de ingresos y gastos” (Gobierno de México 2020). Con esto, no sólo se aseguraba la cobertura de la demanda presente en el año en que se aprobaba su incorporación sino que también, se preveía la capacidad presupuestal para atender la posible demanda futura -estimada también mediante este tipo de estudios-. El desarrollo y evolución del CIECPA estaba determinado principalmente por el criterio financiero, estipulado mediante la investigación actuarial correspondiente.

Por ello, una actualización del listado del CSG no necesariamente se ve reflejado en el CIECPA. Ejemplo de esto, es que en 2004 el SPSS cubría 10 intervenciones relacionadas con

las EC, en 2006 pasó a cubrir 16, en 2007 a 20, 2008 a 49, en 2011 a 57, en 2012 a 61, en 2013 disminuyó a 59, en 2015 aumentó a 60, en 2016 a 61, en 2018 a 65, para finalmente llegar en 2019 a las 66 intervenciones enlistadas anteriormente, vigentes hasta enero de 2021.

1.3 ¿Qué era el SPSS y cómo cubría las EC?

En 2004, el gobierno federal mexicano implementó el SPSS con el objetivo de ofrecer protección financiera a los gastos de salud de la población sin seguridad social. Su principal brazo operativo, era el Seguro Popular. El cual, funcionaba como un seguro de salud público y voluntario en el que se combinaba el financiamiento federal y estatal, así como la provisión de servicios de salud descentralizados a través de los sistemas estatales. De acuerdo con González, el Seguro Popular fue creado para lograr tres objetivos primordiales: 1) brindar protección financiera a la población abierta mediante el aseguramiento público en materia de salud, 2) incentivar una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios, y 3) disminuir el número de familias que caen en pobreza anualmente, a consecuencia de afrontar gastos en salud (González 2006, 27).

El diseño del Seguro Popular aseguraba el financiamiento de los servicios personales de salud, que se dividían en: 1) un conjunto esencial de intervenciones correspondientes al primer y segundo nivel (es decir atención ambulatoria brindada en los hospitales generales) y 2) un paquete que implicaba un alto costo de atención (tercer nivel), financiado por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). En este último nivel de atención, los beneficiarios no absorbían ningún costo para recibir la atención, atajando así el llamado gasto de bolsillo y disminuyendo, por ende, el gasto catastrófico. Esto, además de ofrecer protección financiera, era una forma de igualitarismo social ya que “mientras que el gobierno federal contribuía con recursos financieros para proteger la salud de las personas con seguridad social, a través de las contribuciones tripartitas, no lo hacía en el caso de aquellas que pertenecen a la población abierta” (Flamand y Jaimes 2014, 117).

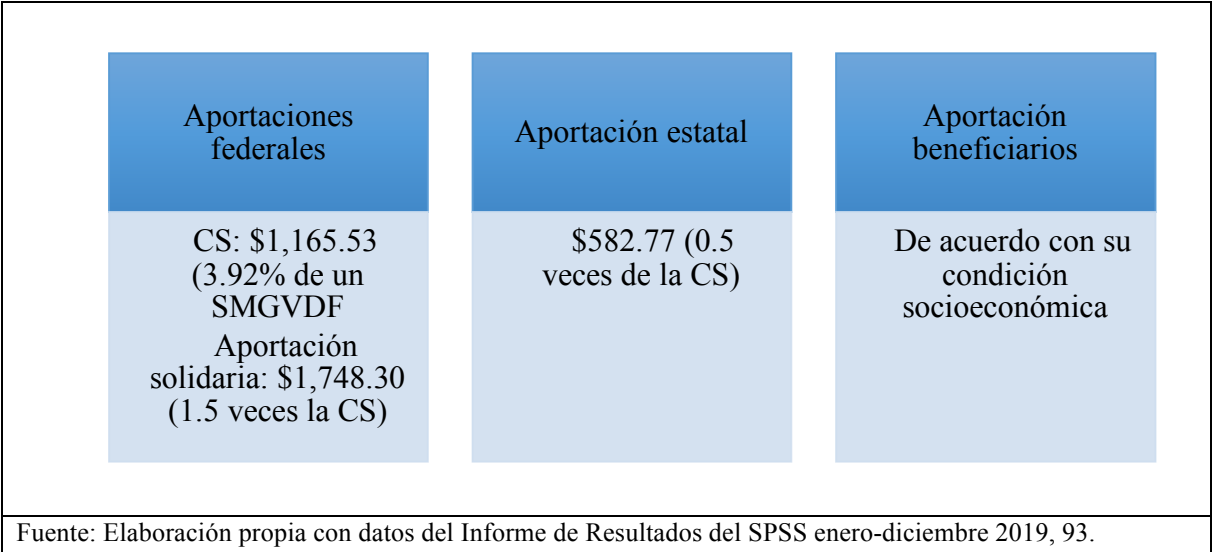
Además de lo anterior, es importante mencionar que el SPSS tenía como condición necesaria la coordinación intergubernamental. Debido a que no proponía crear un nuevo sistema sino aprovechar la infraestructura, medios y procesos disponibles en las entidades federativas. Este diseño, se basó en el proceso descentralizador en torno a los servicios de salud iniciado en la década de los ochenta. El cual -entre otras cosas- buscaba “ampliar la cobertura, mejorar la calidad de los servicios, conciliar la eficiencia en la prestación de la atención y la disminución

del gasto en salud a través de la distribución de competencias entre los niveles gubernamentales federal, estatal y municipal” (Secretaría de Salubridad y Asistencia 1984), es decir se buscaba la concurrencia de los distintos gobiernos para lograr el derecho a la protección en salud, en esa época recientemente incorporado a la constitución mexicana.

El financiamiento del SPSS ocurría de manera solidaria entre la Federación y las entidades federativas. De acuerdo, a los capítulos III y V de Ley General de Salud, a la Federación le correspondía: a) la cuota social (CS) equivalente al 3.92% % del salario mínimo general diario para el Distrito Federal (SMGVDF) por cada individuo afiliado, y b) la aportación solidaria federal que debía representar al menos 1.5 veces el monto de la CS.

En tanto, las entidades federativas estaban obligadas a realizar una aportación solidaria estatal que mínimamente era equivalente a la mitad de la CS. Por su parte, los beneficiarios del SPSS participaban a través de cuotas familiares anticipadas y progresivas establecidas de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas, dichas cuotas eran destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para el SPSS. Por lo cual, no entraban en la misma bolsa de las aportaciones realizadas por los gobiernos federal y estatal, sino que eran recibidos y administrados por los servicios estatales de salud a través de su Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS). Para ilustrar esta explicación, el esquema 1 muestra la aportación anual por persona afiliada al SPSS en el ejercicio 2019, como se observa la aportación gubernamental -conjunta anual por afiliado en el 2019- por ley era de \$3,496.6.

Esquema 1. Aportación anual por persona al SPSS en el ejercicio 2019



Del total de las aportaciones gubernamentales, el 89% se destinaban a transferencias gubernamentales, el 8% al FPGC y el 3% a un fondo de previsión presupuestal reservado para atender necesidades de infraestructura e imprevistos en la demanda de servicios. Mientras que, como se explicó, las cuotas familiares eran exclusivamente destinadas a las necesidades de salud del paciente. El esquema 2 ilustra esta explicación.

Esquema 2. Destino y aplicación por ley de los recursos del SPSS

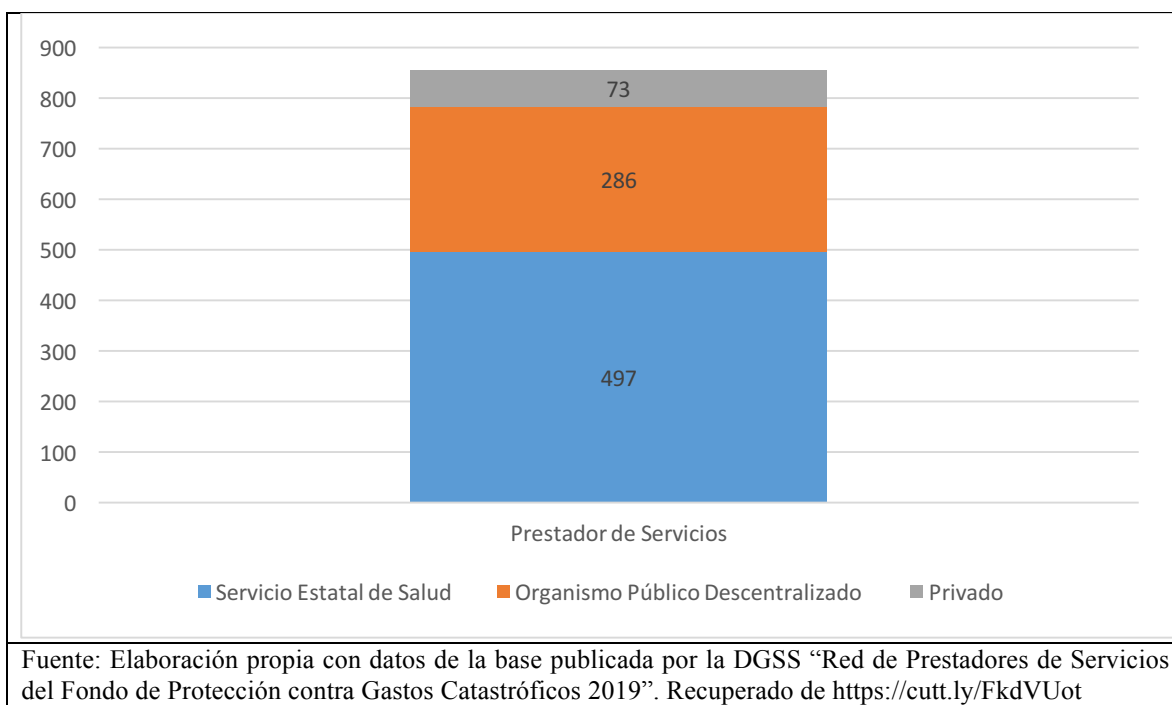


Una vez descrita la manera en que se aseguraba la atención de las EC mediante el SPSS, es oportuno explicar cómo es que los beneficiarios accedían a la atención de estas enfermedades. De acuerdo con las reglas de operación del fideicomiso del SPSS, un beneficiario que padecía una enfermedad perteneciente al listado de EC cubiertas por el Seguro Popular, debía –en primer lugar- acudir a su centro de salud u hospital -donde comúnmente se brindan atenciones del primer y segundo nivel- para que mediante un diagnóstico médico se determinara si podía ser atendido allí o debía acudir a otro prestador de servicios. Una vez diagnosticada la EC -mediante la figura de gestores de servicios de salud- el paciente era canalizado a un hospital de la llamada Red de Prestadores de Servicios del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (RPSFPGC) para su valoración y posterior tratamiento.

La RPSFPGC formaba un conjunto de hospitales públicos y privados dedicados a la atención de alta especialidad, los cuales mediante convenios de colaboración con el SPSS brindaban atención a los beneficiarios del Seguro Popular. Para formar parte de esta red, las instituciones interesadas debían cubrir una serie de requisitos establecidos por la dirección general de gestión de servicios de salud de la comisión (DGGSS), entre ellos su ubicación geográfica, capacidad, permiso sanitario, costo de servicios, y otros establecidos en el Manual de Procedimientos de la Comisión del SPSS.

Hasta 2019, la RPSFPGC contaba con un total de 856 establecimientos autorizados por la DGSS, mismos que brindaban el tratamiento médico necesario y cobraban su costo a la Comisión del SPSS, quien mediante el FPGC pagaba dichos servicios. Dentro de la RPSFPGC existían tres tipos de prestadores: 1) organismos públicos descentralizados de la administración pública ya sea federal o estatal, 2) los correspondientes a los servicios estatales de salud y 3) las instituciones privadas. En pocas palabras, la red estaba formada por entes públicos y privados. Del total de instituciones autorizadas, 91.4% eran públicas (33.4% organismos públicos descentralizados y 58% eran parte de los servicios estatales de salud), mientras que el 8.6% restante correspondían a entes privados. En la gráfica 5, se ilustra dicha información actualizada hasta diciembre de 2019.

Gráfica 5. Total y tipo de establecimientos que en 2019 conformaban la RPSFPGC

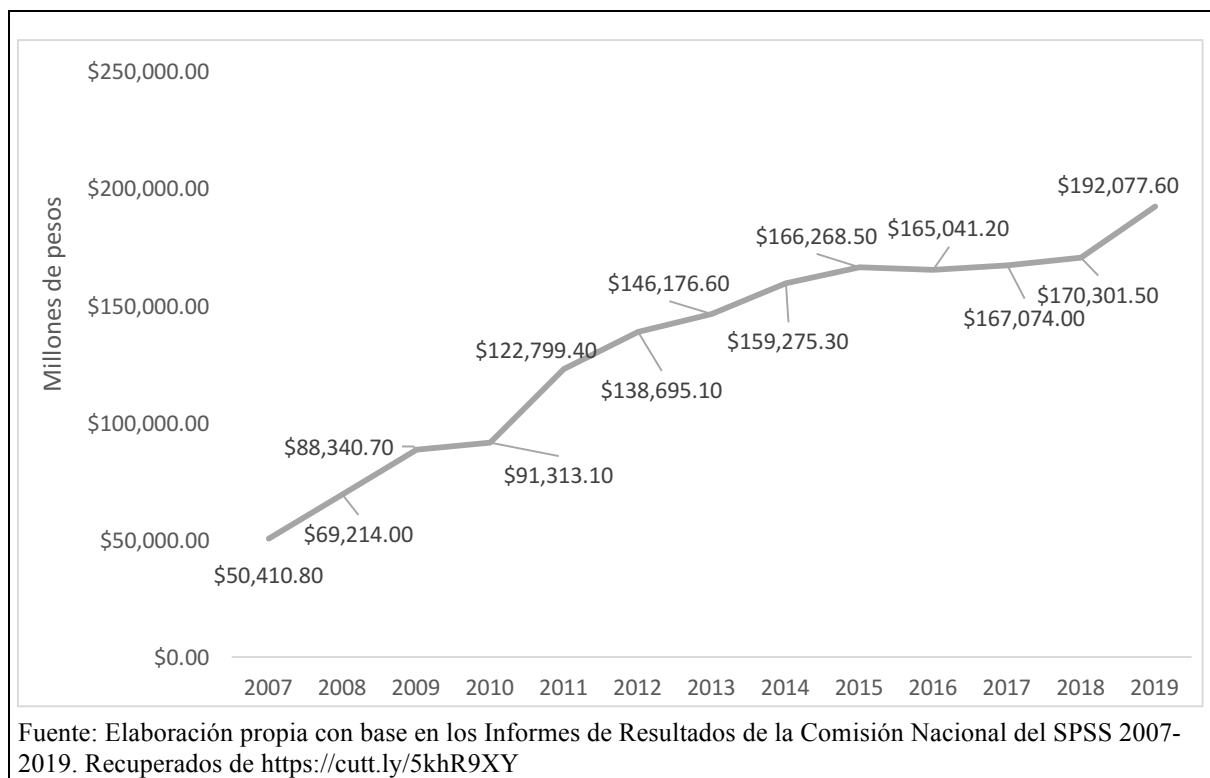


1.4 Algunos resultados del SPSS en la cobertura de EC

Una vez descrita la normatividad bajo la cual se financiaba el SPSS y por consiguiente el FPGC, es oportuno contrastar lo plasmado en la ley con lo que ocurrió en la realidad. Para ello, y con base en los informes de resultados generados por la comisión del SPSS en el período 2007-2019, se muestran los datos alcanzados en tres rubros: 1) presupuesto asignado al Seguro Popular con base en el modelo financiero analizado en la sección anterior, 2) el número de casos cubiertos por el FPGC y monto anual ejercido para el pago de dichos servicios, y 3) el monto canalizado al FPGC.

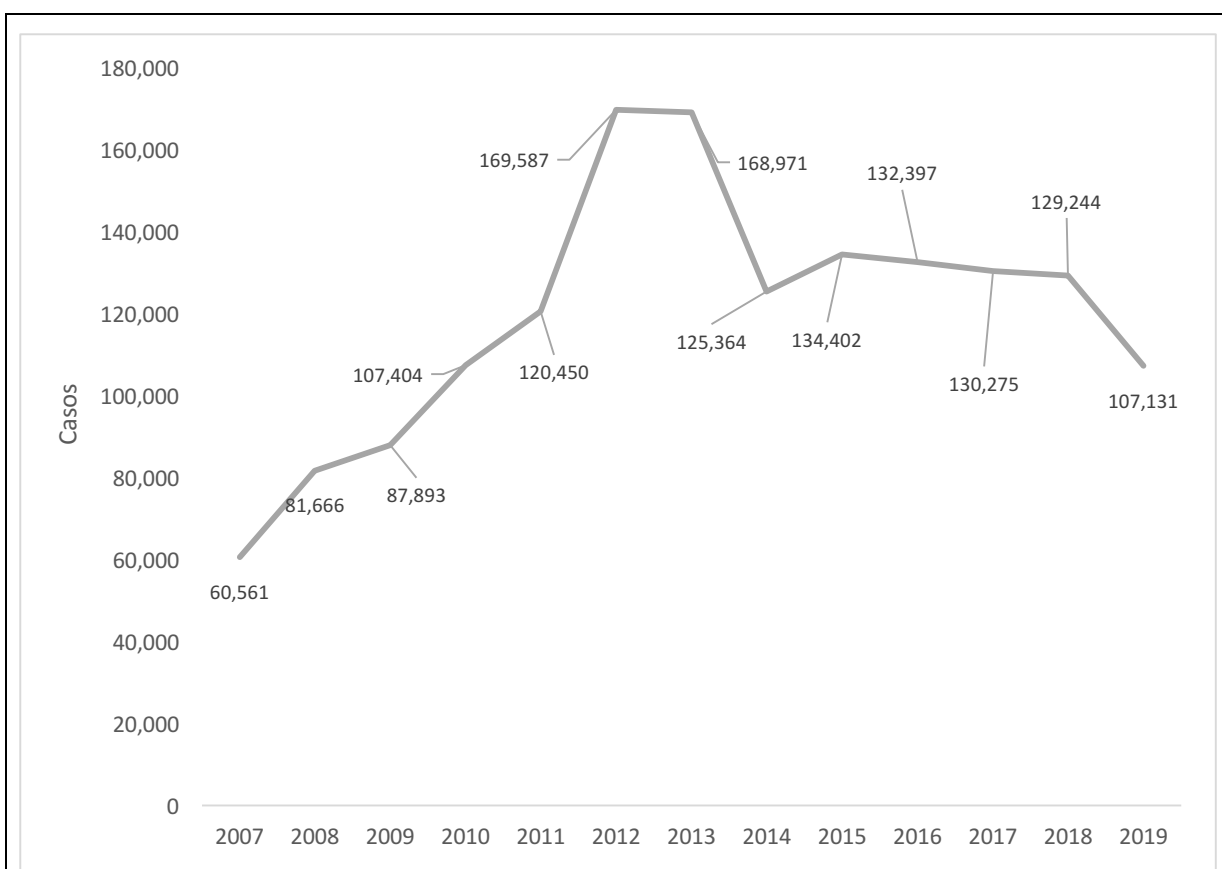
El presupuesto total asignado al SPSS -tomando en cuenta las aportaciones solidarias federales y estatales, así como la cuota social- en cifras nominales, muestra una tendencia creciente, pero con una baja presupuestaria en 2015, a lo largo del período analizado. El año 2019 fue el que mayor presupuesto asignado registró con 192 mil 77 millones de pesos (mdp), mientras que el 2007 fue el que menor con 50 mil 410 mdp. En promedio, a lo largo de ese período, el SPSS tuvo un presupuesto anual asignado de 132 mil 845 mdp. Esta información, se expone en la gráfica 6.

Gráfica 6. Presupuesto total asignado al SPSS durante el período 2007-2019



En cuanto al número de casos validados y financiados por el FPGC, se observa una tendencia creciente pero con una baja clara de 2013 a 2014. En buena medida, esto se debe a que el 17 de abril del 2013, el CSG acordó excluir la enfermedad cataratas del listado de EC. Por ello, la comisión nacional del SPSS autorizó la modificación al CIECPA, para dejar de cubrir el tratamiento quirúrgico para la extirpación de la catarata. Esto, impactó directamente en los casos totales autorizados, ya que hasta 2013 en promedio se registraron 42 mil casos -de esta enfermedad- por año durante el período analizado. Este rubro, es susceptible a cualquier cambio en el listado de EC aprobadas para la cobertura del FPGC. En número netos, el año 2012 fue el que mayor número de casos presentó con 169 mil 587 y el 2007 el que menos con 60 mil 561. En promedio, el FPGC financió 119 mil 642 casos. Esto se expone en la gráfica 7.

Gráfica 7. Casos validados y financiados con el FPGC durante el período 2007-2019

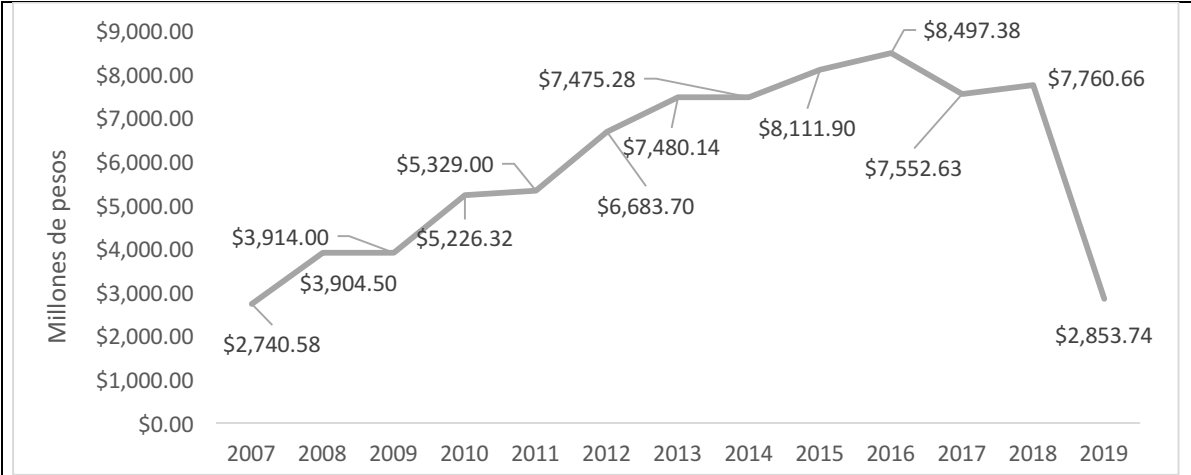


Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Resultados de la Comisión Nacional del SPSS 2007-2019. Recuperados de <https://cutt.ly/5khR9XY>

En lo que respecta al monto ejercido proveniente del FPGC para la atención de los casos -arriba mostrados- en cifras nominales se muestra una tendencia creciente, pero con una leve caída de 2016 a 2017 y una muy fuerte disminución de 2018 a 2019. Este último año, fue en el

que menor monto se ejerció con 2 mil 853 mdp, mientras que 2016 es el que mostró un mayor gasto ejercido con 8 mil 497 mdp. En promedio, a lo largo del período se utilizaron 5 mil 964 mdp provenientes del FPGC. Dicha información se ilustra en la gráfica 8.

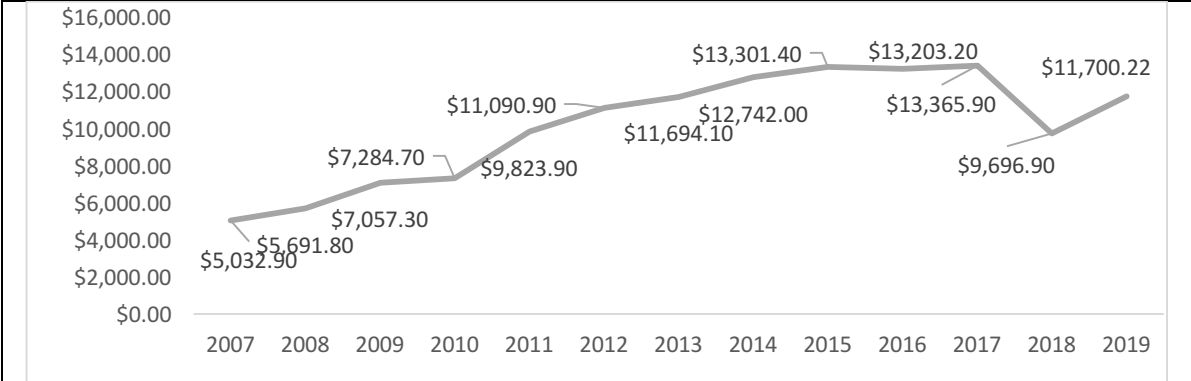
Gráfica 8. Monto ejercido por el FPGC durante el período 2007-2019



Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Resultados de la Comisión Nacional del SPSS 2007-2019. Recuperados de <https://cutt.ly/5khR9XY>

Como se describió en la sección anterior, la normatividad del SPSS indicaba que el 8% del total de las aportaciones federales y estatales serán canalizadas al FPGC. Lo cual, aseguraba recursos para la cobertura de las EC con base en la afiliación registrada por año. En este sentido y tomando en cuenta las cifras reales reportadas por la comisión, el monto canalizado muestra una tendencia creciente, con una caída significativa de 2017 a 2018. En términos nominales, el año 2017 fue el que mayor cifra canalizada reportó con 13 mil 365 mdp y el 2007 el que menos con 5 mil 32 mdp. En promedio, el SPSS canalizó al FPGC 10 mil 223 mdp por año durante el período 2007-2019. Esto se muestra con mayor claridad en la gráfica 9.

Gráfica 9. Monto canalizado al FPCG durante el período 2007-2019



Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Resultados de la Comisión Nacional del SPSS 2007-2019. Recuperados de <https://cutt.ly/5khR9XY>

Sin embargo, no en todos los años del período los montos coincidieron entre lo que marcaba la normatividad y lo que realmente se canalizaba al FPGC. En solo seis años las cifras estipuladas por ley coincidieron con las que realmente se devengaron, en cinco los montos canalizados fueron menores a los legalmente marcados y en dos se registraron cifras superiores a los correspondientemente convenidos en la ley. Esto, se revela con mayor precisión en la tabla 3.

Tabla 3. Comparación entre los montos realmente asignados y los correspondientes por ley al FPGC durante el período 2007-2019 (mdp)

Año	Recursos totales asignados al SPSS	Correspondiente por ley al FPGC (8%)	Real asignado al FPGC	Diferencia
2007	50,410.8	4,032.8	5,032.9	+ 1,000.1
2008	69,214.0	5,537.1	5,691.8	+ 154.7
2009	88,340.7	7,067.2	7,057.3	- 9.9
2010	91,313.1	7,305.0	7,284.7	- 20.3
2011	122,799.4	9,823.9	=	----
2012	138,695.1	11,095.6	11,090.9	- 4.7
2013	146,176.6	11,694.1	=	----
2014	159,275.3	12,742.0	=	----
2015	166,268.5	13,301.4	=	----
2016	165,041.2	13,203.2	=	----
2017	167,074.0	13,365.9	=	----
2018	170,301.5	13,624.1	9,696.9	- 3,927.2
2019	192,077.6	15,366.2	11,700.2	- 3,666

Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Resultados de la Comisión Nacional del SPSS 2007-2019. Recuperados de <https://cutt.ly/5khR9XY>

1.5 Principales áreas de oportunidad

El SPSS en lo correspondiente a la cobertura de atención a EC no era -como prácticamente toda política pública- perfecto. Tenía problemas o áreas de oportunidad para mejorar el servicio brindado en este nivel. Los principales, de acuerdo con las entrevistas realizadas, son cuatro: 1) ampliación de intervenciones y medicamentos cubiertos por el FPCG, 2) vinculación de la RPSFPGC en la etapa de prevención, 3) monitoreo y supervisión para que personas sin seguridad social accedieran a los servicios cubiertos por el FPGC, y 4) la comunicación para beneficiarios cuyo padecimiento no era cubierto por el fondo. Cada una de estas áreas se explican con mayor detalle, a continuación.

Ampliación de intervenciones y medicamentos: Como se explicó anteriormente, el FPGC cubría 66 intervenciones relacionadas con las EC, sin embargo cuando un paciente es atendido por una de estas enfermedades –generalmente- tiene padecimientos asociados a dicha patología. Es decir, además de requerir atención de tercer nivel –durante su tratamiento- también necesitan insumos y medicamentos que palien dichas dolencias. Esto, de acuerdo con todos los entrevistados, provoca que los hospitales del tercer nivel cubran servicios que no están contemplados por el FPGC y tengan que cobrar por dichos servicios “extras” a los beneficiarios provocando “que tengan la impresión de que el FPGC no cubrió la enfermedad catastrófica por la cual llegaron al hospital” (01_TN). Esto, traía consigo dos consecuencias: en primer lugar, representaba un gasto para los hospitales no reembolsado por parte del SPSS mediante el FPGC a través de medicamentos, insumos o transferencias monetarias, lo cual obligaba a la institución a cobrar ciertas cuotas de recuperación a los pacientes; y en segundo lugar, generaba insatisfacción por parte de los beneficiarios, “ya que ellos llegaban a atenderse pensando que no tendrían que hacer ningún desembolso por su tratamiento y durante el mismo eran informados acerca de las cuotas que debían cubrir” (03_TN). Lo anterior, no solo generaba quejas e inconformidades en los institutos sino que dañaba la credibilidad de la política de atención contra enfermedades catastróficas implementadas por el SPSS.

Vinculación de la RPSFPGC en la etapa de prevención: Una de las quejas más recurrentes manifestada por los entrevistados, es que las instituciones encargadas de brindar atención del tercer nivel no eran tomadas en cuenta para ayudar a la prevención. Esta última entendida como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS 1998, 13). Estas medidas pueden ser monitoreo y control de los factores causales, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación física, psicológica o social en caso de secuelas. En la implementación de estas acciones no era considerada la RPSFPGC, limitando su participación en la atención del tercer nivel para cuando el paciente acudía con la enfermedad avanzada y con consecuencias a la salud más severas que en el inicio de la misma. Esto, de acuerdo con las opiniones recolectadas, está muy vinculado con el punto anterior debido a que los costos de atención de alta especialidad se elevan conforme más desarrollada esté la patología en los pacientes.

Monitoreo y supervisión para la correcta aplicación del FPGC: Es importante mencionar, que este punto fue mencionado en menor medida que los anteriores pero se tomó la decisión de incluirlo al ser una observación compartida por los entrevistados. El SPSS empadronaba a todos los beneficiarios proporcionándoles un número de afiliación que comprobaba su carencia de seguridad social, con esto los beneficiarios contaban con la cobertura desde el primer hasta el tercer nivel. Dado que el régimen de seguridad social se basa en la condición laboral del ciudadano, el Seguro Popular debía atender a personas que comprobaran –mediante una carta proporcionada por la dependencia de origen- su no derechohabencia a alguna institución de seguridad social. En el papel, este era un objetivo loable por parte del SPSS porque contribuía a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud para todos los mexicanos. Sin embargo, este propósito género vicios de corrupción en las instituciones de origen, provocando que personas que no necesitaban aseguramiento por parte del Seguro Popular obtuvieran cobertura mediante el FPGC. Esto, fue explicado por uno de los entrevistados quien mencionó que “había pacientes con seguridad social que sobornaban a la burocracia del ISSSTE para que les sellarán su carta de no derechohabencia y accedieran a los servicios que nosotros dábamos, al Seguro Popular le faltó controlar o visualizar a la gente que en verdad requería el servicio” (02_TN). En pocas palabras, el SPSS financiaba atenciones a personas que eran parte de la población asalariada cubierta por instituciones como el IMSS o el ISSSTE. Esto traía dos problemas claros: el primero, el estado mexicano realizaba un gasto doble, financiando al ciudadano -por un lado en su respectiva institución de seguridad social- y por el otro, pagando servicios de alta especialidad mediante el FPGC; el segundo, los servicios del SPSS en lo correspondiente a las EC no llegaban a las personas que realmente lo necesitaban y para el cual fue originalmente creado.

Comunicación para EC no cubiertas: A pesar de existir el listado de EC cubiertas por el SPSS a través del FPGC, los hospitales de tercer nivel recibían a pacientes cuyos padecimientos no eran cubiertos por el Seguro Popular pero requerían atención. Al respecto, uno de los entrevistados, dijo que “desde el punto de vista médico, dar un no rotundo a los pacientes no es ético” (04_EX), pero desde lo administrativo no podían realizar ninguna intervención debido a que no contaban con insumos para realizarla. El problema no era esto último, sino que ni siquiera contaban con información clara acerca de cómo el SPSS podía cubrir o ayudar a estos pacientes. Por lo cual, consideran que un área de mejora ideal era cubrir la enfermedad pero -dado que

conocían la imposibilidad de ello- manifestaban la posibilidad de tener mayor información que les permitiera guiar a los pacientes respecto a dónde dirigirse e incluso lograr vincularlos con fundaciones o instituciones dispuestas a cubrirlos y/o brindar cobertura a este tipo de enfermedades no contempladas en el CIECPA.

Las 4 áreas de oportunidad que tenía el SPSS -en lo correspondiente a las EC identificadas en esta sección- fueron compartidas por la mayoría de los entrevistados al preguntarles: De acuerdo con su experiencia, ¿Cuál considera que eran los errores o áreas de oportunidad que tenía el Seguro Popular en la atención de enfermedades que generan gastos catastróficos? ¿Qué le hubiera gustado que cambiara?. Las respuestas y la frecuencia de las mismas, se muestra en la tabla 4. Empero, es valioso mencionar que hay muchas más que son específicas al tipo de intervención que se realiza, propias del funcionamiento y relación hospital-SPSS que escapan al objetivo de esta investigación. Sin embargo, los problemas descritos en esta sección permiten contar una aproximación en torno a las fallas más sentidas por los involucrados y encargados de la atención de las EC cubiertas mediante el FPGC.

Por lo tanto, estas áreas de mejora serán retomadas en el próximo capítulo para identificar si el diseño del INSABI contempla acciones que permitan solucionar o mejorar estas inconformidades, y de no ser así ofrecer algunas recomendaciones que puedan incidir en su resolución.

Tabla 4. Problemas identificados por los entrevistados en la atención de EC por parte del SPSS

Problema	Número de entrevistados que contestaron con este problema	Tipo de problema
Ampliación de intervenciones y medicamentos	6	Financiamiento
Vinculación de la RPSFPGC en la etapa de prevención	4	Organizacional
Monitoreo y supervisión para la correcta aplicación del FPGC	5	Organizacional
Comunicación para EC no cubiertas	3	Comunicación
Fuente: Elaboración propia		

Capítulo 2: Terminación e inicio de una política pública

En este capítulo, se describe como sucedió el proceso de terminación del SPSS y los factores financieros, político-ideológicos y de eficacia gubernamental, identificados por DeLeon, que llevaron a la toma de esta decisión por parte del gobierno federal. También, se analiza el diseño del INSABI a través de la teoría de cambio que propone para la atención de EC y observar así la coherencia en la lógica de su intervención. Además de esto, se explican los principales cambios entre el SPSS y el INSABI en torno a la atención de EC. Por último, se analiza si el INSABI resuelve –por lo menos desde su diseño- las áreas de mejora que tenía el SPSS de acuerdo con los entrevistados.

2.1 La terminación del SPSS

La desaparición del SPSS fue un tema que planteó el actual presidente de México, Andrés Manuel López Obrador (AMLO), durante su campaña electoral de 2018. La propuesta fue mencionada por primera vez el 12 de junio de 2018, en el marco del tercer debate presidencial, en donde el entonces candidato de la coalición Juntos Haremos Historia -integrada por los partidos políticos: Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA), Partido Encuentro Social (PES) y Partido del Trabajo (PT)- mencionó que “el Seguro Popular, no es seguro ni es popular; va a desaparecer. La gente que hoy lo tiene, va a tener un mejor servicio...Una caja de medicamento para diabetes que cuesta 15 pesos, el gobierno lo compra en 150 pesos más” (INE 2018), señalando los sobrecostos de operación como el principal problema identificado en el SPSS.

Después de que AMLO ganó las elecciones y se convirtió en presidente de México, el 14 de diciembre de 2018 anunció el Plan Integral de Salud (PIS). En el cual, se estableció “la federalización de los servicios de salud -en una primera etapa- de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán” (Proceso 2018) mediante acuerdos de colaboración con los gobiernos estatales. Esto, con el objetivo de que el Gobierno Federal se haga cargo de la operación y financiamiento de los sistemas estatales de salud (SES) para brindar así la atención médica a la población que no tiene seguridad social, anunciando con esto las primeras acciones para terminar con el Seguro Popular. A través de la centralización de los SES, se puede identificar otra razón por la que el Gobierno Federal tomó la decisión de dar por terminado el SPSS, esta es la descoordinación entre los niveles de gobierno. Como se explicó en el primer capítulo, el SPSS aprovechaba la infraestructura hospitalaria y de recursos humanos

existente en las entidades federativas, transfiriendo recursos monetarios a las mismas para que estas atendieran a la población afiliada al Seguro Popular. A este respecto, la absorción por parte del Gobierno Federal esta sustentada, de acuerdo con la Secretaría de Salud Federal, “en que la descentralización en salud provoco desigualdades en las capacidades técnicas, humanas y de infraestructura” (SS 2019, 17), provocando un desajuste en la calidad de los servicios médicos brindados en el territorio mexicano.

Continuando con el proceso de terminación, el 3 de julio de 2019, el presidente de México envió a la Cámara de Diputados una iniciativa de ley para reformar diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud con el objetivo de desaparecer el Seguro Popular y, en su lugar, crear el INSABI. En la exposición de motivos de dicha iniciativa, se mencionó que el SPSS “no garantiza el acceso universal y oportuno a los servicios de salud requeridos por la población que carece de seguridad social, porque funciona como un esquema de financiamiento tripartita. Lo cual provoca que tenga un paquete limitado de intervenciones quirúrgicas y medicamentos” (Cámara de Diputados 2019). Manifestando, en pocas palabras, que el esquema de financiamiento de dicha política no era el adecuado, además de criticar que la cobertura universal se enfocó en brindar aseguramiento y no acceso efectivo a los servicios de salud. A este respecto, se puede identificar otro motivo considerado por el Gobierno Federal para terminar con la política, el diseño del financiamiento y cobertura de la intervención.

Finalmente, esta iniciativa fue aprobada por ambas cámaras –diputados y senadores- y publicada por el Ejecutivo Federal en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019, terminando formalmente con el SPSS. En dicho decreto, además de la creación del INSABI -cuyo inicio de operación fue fijado para el 1 de enero de 2020- se estableció a través del artículo decimo transitorio que “la institución fiduciaria del fideicomiso del SPSS transfiera al INSABI hasta 40 mil millones de pesos del patrimonio de dicho fideicomiso, para que estos recursos se destinen a los fines que en materia de salud determine el INSABI”. Disminuyendo, así, los bienes económicos previstos para la atención de EC o la construcción de infraestructura hospitalaria. Cabe resaltar que para la fecha de publicación del decreto, un total de 15 entidades ya se encontraban adheridas a la secretaria de salud federal, a los 8 mencionados anteriormente se les agregaron los estados de Baja California, Sonora, Puebla, Colima, Hidalgo, San Luis Potosí y la Ciudad de México. Más tarde, el 4 febrero de 2020, las entidades de Durango, Estado

de México, Morelos, Nayarit, Querétaro, Sinaloa, Tlaxcala y Zacatecas cedieron la operación de sus SES a la federación. Por su parte, 9 estados de la República decidieron no adherirse al INSABI, bajo dos modalidades: 1) los que recibirán apoyo federal a través de las clínicas IMSS-Bienestar que son Chihuahua, Coahuila, Michoacán y Tamaulipas; y 2) los que no recibirán ningún apoyo federal, estos casos corresponden a Aguascalientes, Baja California Sur, Guanajuato, Jalisco y Nuevo León.

Una vez descrito el proceso bajo el cual se dio la terminación del SPSS, es oportuno identificar los factores definidos por DeLeon (1983) como esenciales para consumir la terminación de una política pública. Recordando que estos son: 1) financieros –percibidos como las restricciones económicas que enfrentan los gobiernos- mismos que provocan que estos últimos se vean en la necesidad de reducir el gasto público y por consiguiente promuevan la terminación de algunas de sus intervenciones; 2) político-ideológicos–entendidos como un conjunto de ideas, principios y doctrinas que se traducen en acciones de gobierno- que al ser cambiantes motivan el termino de intervenciones o simplemente una desalineación de los valores bajo los que fue concebida originalmente; y 3) eficacia gubernamental–comprendida como la capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función- de no ser así se impulsa a la administración en turno a terminar dicha acción de gobierno. En este orden, se analizan los mismos para el caso del Seguro Popular.

Factores financieros

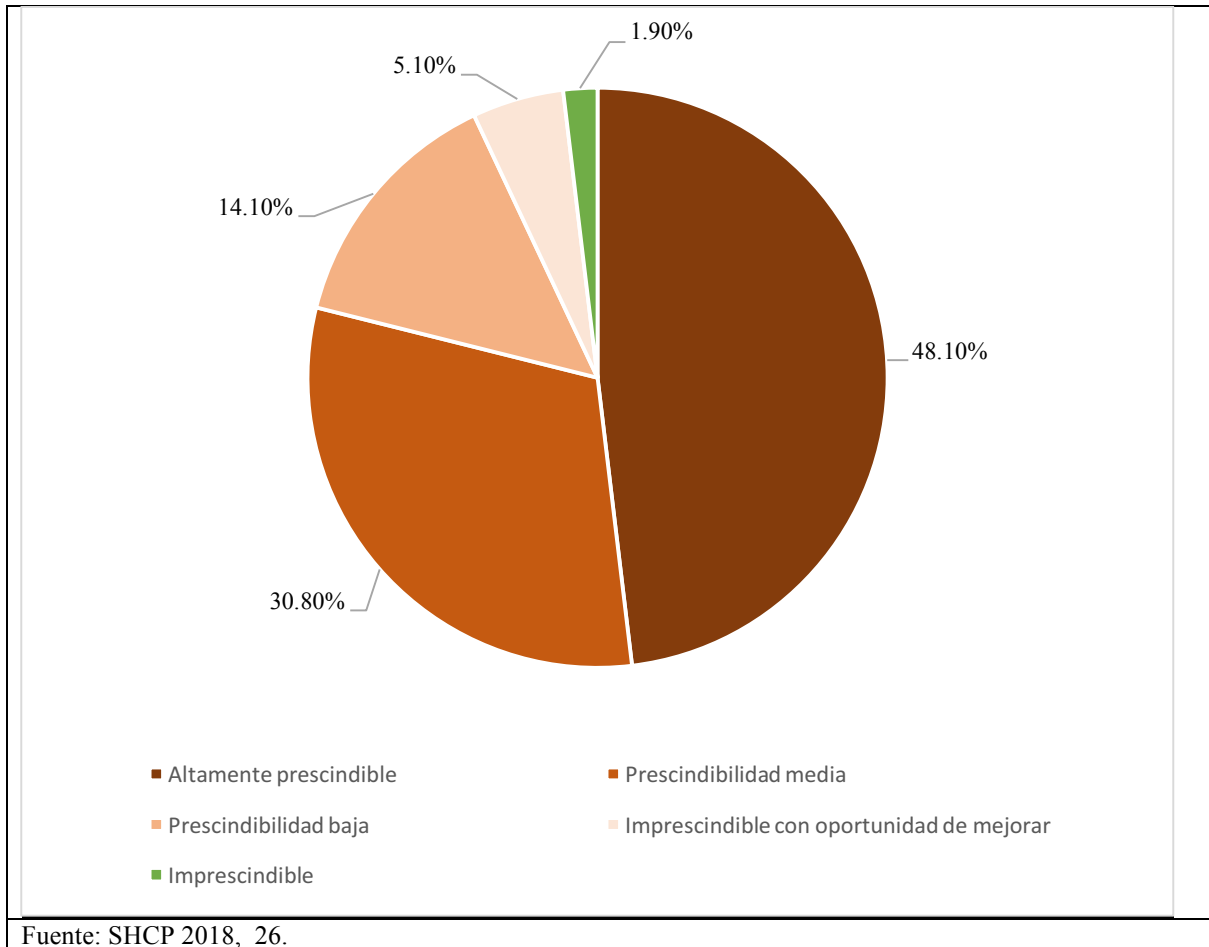
En diciembre de 2018, el gobierno entrante encabezado por AMLO presentó su Paquete Económico para 2019. Este, es definido como un “conjunto de proyectos legislativos que presenta el Ejecutivo Federal al Poder Legislativo, cada año fiscal, para su análisis y aprobación, en materia de política hacendaria, ingresos y egresos; y que sirven para el funcionamiento y operación de la gestión gubernamental federal” (SIL 2021). En pocas palabras, es el documento que expone como se ejercerá el gasto público del Estado para dar cumplimiento a sus funciones esenciales y de donde provendrán los recursos para llevarlas a cabo. Para 2019, dicho paquete fue determinado en un contexto económico mundial positivo pero con un entorno global caracterizado por una marcada incertidumbre y un elevado nivel de volatilidad financiera. Además de esto, se previó la ruptura en las cadenas globales de valor y una mayor reducción en la capacidad e incentivos para la inversión a nivel mundial a consecuencia del ascenso de los conflictos comerciales y geopolíticos. Con base en estas condiciones, la Secretaría de Hacienda

y Crédito Público (SHCP) estableció un escenario macroeconómico medido para el cálculo de las finanzas públicas, estimó una tasa de crecimiento real anual del producto interno bruto (PIB) nacional para 2019 de entre 1.5% y 2.5%- rango prácticamente similar al experimentado en el tercer trimestre de 2018 (2.1%)- , una desaceleración del consumo nacional, de las exportaciones no petroleras y un déficit público correspondiente al 2.0% del PIB (SHCP 2018, 13-15). Basado en estas consideraciones, y bajo las premisas de mantener finanzas públicas sanas, contribuir a la estabilidad y desarrollo del país, el gobierno de AMLO planteó una reingeniería del gasto público para el ejercicio fiscal 2019.

De acuerdo con la SHCP, la reingeniería del gasto público se basó en cuatro rubros fundamentales: el combate a la corrupción, la austeridad republicana en el manejo de recursos públicos, la eliminación de gastos innecesarios y una revisión de los programas sociales (SHCP 2018, 18). De los cuatro, la austeridad republicana fue el principal razonamiento para la nueva configuración del gasto público, debido a que las acciones consistieron en disminuir el nivel de gasto propuesto para servicios personales y gasto de operación de las dependencias de la administración pública federal (APF). En cuanto a la revisión de los programas, esta se hizo con base en un análisis sobre la prescindibilidad de 150 programas que conforman el listado de programas y acciones federales con reglas de operación, otros subsidios, prestación de servicios públicos y provisión de bienes públicos correspondiente al ejercicio fiscal 2018, publicado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL). Los resultados de dicho análisis mostrados en la gráfica 10, arrojaron que el 93% de los programas analizados son prescindibles en distintas medidas, mientras que solo el 7% son imprescindibles.

Cabe resaltar que no se desglosa el índice de prescindibilidad de cada programa, por el contrario se menciona que “al analizar los resultados por dependencia y entidad se observa que la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la de Bienestar (SB) son las únicas que cuentan con programas en la categoría de imprescindibilidad, por su parte los programas considerados como imprescindibles con oportunidad de mejora se encuentran en las de secretarías de Educación, Salud, del Trabajo y Previsión Social, así como el programa IMSS –Prospera. Por el contrario, a excepción de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) e IMSS– Prospera, todas las dependencias cuentan con al menos un programa clasificado como altamente prescindible” (SHCP 2018, 27), con base en dicho análisis se realizó la reingeniería del gasto público.

Gráfica 10. Resultados del Análisis sobre prescindibilidad de programas presupuestarios 2018



Como se menciono anteriormente, la previsibilidad por programa no esta desglosada pero de acuerdo con el listado de CONEVAL- utilizado para realizar el análisis citado- el SPSS formó parte del estudio de previsibilidad. Aunque no se define con claridad en que categoría fue clasificado, se puede afirmar que este formó parte del 7% de los programas catalogados como imprescindibles. Dado que para el 2019, contó con recursos asignados a diferencia de gran parte del 93% de los programas que fueron considerados como prescindibles.

En este sentido, es importante señalar –como se muestra en la tabla 5 - que para 2019 el SPSS recibió un total de 71 mil 215 mdp por parte del gobierno federal, un aumento en términos nominales de 3.1% respecto al presupuesto asignado en 2018 que fue de 68 mil 974 mdp, recordando que el monto asignado se compone de los recursos federales transferibles a las entidades federativas, así como de la parte federal correspondiente al FPGC y al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP).

**Tabla 5. Comparación de los recursos asignados en el PEF al SPSS 2018 vs 2019
(millones de pesos)**

Rubro	2018	2019	Variación % para 2019 (nominales)
Cuota Social y Aportación Solidaria Federal	54,574.7	55,809.81	+ 2.21
FPP	4,703.0	3,705.45	- 21.21
FPGC	9,696.9	11,700.22	+ 17.12
Total	68,974.6	71,215.4	+ 3.1

Fuente: Elaboración propia con base en los Presupuestos de Egresos de la Federación 2018 y 2019 y los Informes de Resultados de la Comisión Nacional del SPSS 2018 y 2019.

En resumen, si bien es cierto que el PEF -para el ejercicio 2019- se construyó bajo un entorno macroeconómico complicado y conservador. Este, buscó dos objetivos principales: por una parte, privilegiar la estabilidad de las finanzas públicas del país; y por otra, reconfigurar el gasto público con base en un análisis de prescindibilidad poco transparentado, en donde se incluyó al SPSS. Todo parece indicar, que el factor financiero no influyó directamente en la terminación del Seguro Popular, ya que -como se observó- este no sufrió una reducción en su presupuesto derivado de que no existió presión fiscal sobre los ingresos tributarios mexicanos para el año 2019.

Factores político-ideológicos

AMLO, el actual presidente de México, llegó a su cargo con un contundente triunfo electoral. El escrutinio final realizado por el Instituto Nacional Electoral (INE) indica que la coalición Juntos Haremos Historia obtuvo el 53.2% de los votos en las elecciones presidenciales del 1 de julio de 2018. Además de esto, la elección del Congreso de la Unión fue inmensamente favorable para la coalición del presidente, ya que: por una parte, en la Cámara de Diputados esta obtuvo un total de 322 legisladores que representan el 64.4% del total, suficientes para realizar modificaciones a leyes, reglamentos y normas, mientras que para reformar la constitución solo necesita el apoyo de 12 diputados para lograr mayoría calificada (334 diputados); por otra parte, en el Senado de la República la coalición obtuvo un total de 70 senadores los cuales representan el 54.6% del total, lo que provoca el mismo escenario que en la cámara baja pero en este caso se necesitan 15 legisladores más para poder realizar cambios referentes a la constitución (INE 2018). Estos resultados, ocasionaron que MORENA se convirtiera en la principal fuerza política

del país y una alineación política entre los poderes Ejecutivo y Legislativo, por lo menos para el primer período de gobierno de AMLO que va de 2018 a 2021.

La victoria significó también la tercera alternancia política del país, debido a que su predecesor Enrique Peña Nieto (2012-2018) provenía del Partido Revolucionario Institucional (PRI) y rompió con dos sexenios consecutivos a cargo de candidatos emanados del Partido Acción Nacional, Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012) y Vicente Fox Quezada (2000-2006). Este último representante de la primera alternancia política de México a nivel federal, al ganar las elecciones para el Poder Ejecutivo tras sesenta años de gobiernos cuyos candidatos provenían del PRI.

Con lo anterior, el triunfo de AMLO implicó un reordenamiento de las preferencias del gobierno a consecuencia de un cambio en la ideología e intereses de la administración entrante. El discurso principal de MORENA -a través de su líder fundador AMLO- siempre fue en contra del PRI y el PAN a quienes llamó parte de lo mismo al “imponer, mantener y preservar el modelo neoliberal desde 1983, cuya principal característica es la deshonestidad y la corrupción” (López 2017, 14), bajo este argumento basó todas sus propuestas de gobierno. Ya que -de acuerdo con su perspectiva- el principal problema que enfrenta México es la corrupción emanada de ambos partidos. En este sentido, durante su discurso de victoria, señaló que “la transformación que se llevara a cabo consistirá, básicamente, en desterrar la corrupción de nuestro país (...) misma que no es un fenómeno cultural sino el resultado de un régimen político en decadencia (...) este mal es la causa principal de la desigualdad social, económica y de la violencia que se vive en el país” (López Obrador 2018), en pocas palabras el eje fundamental del gobierno de López Obrador es el combate a la corrupción.

Después de que el nuevo gobierno tomó posesión formalmente de la administración pública federal -a través de un acto oficial protocolario en la Cámara de Diputados el 1 de diciembre de 2018- AMLO emitió un discurso en el zócalo capitalino en donde estableció las 100 prioridades de su gobierno. La número 13, enfatiza el tema de la salud y textualmente menciona que “se hará realidad el derecho a la salud, ya que el propósito es garantizar a los mexicanos -sin seguridad social- la atención médica y medicamentos con gratuidad. Por lo cual, durante la administración se establecerá un sistema de salud de primera, como en Canadá o en los países nórdicos” (Presidencia 2018). Analizando dicha prioridad, se puede observar que la gratuidad para el presidente de México es que los pacientes del Seguro Popular no desembolsen

un solo peso para recibir el acceso a los servicios de salud, lo que implica simplemente la eliminación de las cuotas de recuperación explicadas en el primer capítulo.

De acuerdo con ese mismo discurso, este objetivo solo puede conseguirse a través de la promoción de la centralización de los servicios estatales de salud, así como de la adquisición y distribución de los medicamentos para todo el servicio público. La centralización es una forma o tendencia organizativa que en el mejor de los casos “promueve la uniformidad en la aplicación de las leyes y en la prestación de los servicios” (Serra 1977, 17). Por lo cual, se caracteriza por depositar en algún órgano la facultad de ejercer toda acción desde el centro llevando a la monopolización de las decisiones, recursos y facultades. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), esta forma administrativa “no puede por si sola gestionar y ejecutar acciones porque requiere un número infinito de decisiones a tomar que no pueden ser visualizadas desde un órgano central” (CEPAL 1991, 27). Por consiguiente, el control que este pueda ejercer sobre las unidades desconcentradas es mínimo y hace poco operables las funciones que busca realizar.

En México, los servicios de salud pública obedecían a esta lógica organizativa, hasta que en 1983 el programa de descentralización de los servicios de salud -de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SS)-, y el programa nacional de salud -enfocado en elevar la eficiencia, ampliar la cobertura y aumentar la calidad de los servicios de salud en el país- plantearon la redefinición de las funciones y atribuciones en cada uno de los niveles de gobierno. De acuerdo con Jaramillo (2007), el proceso descentralizador puede clasificarse en dos etapas:

1. Cambio estructural de salud (1983-1994): Esta arrancó en 1983, cuando se incluyó en la constitución el derecho a la protección de la salud, seguido de la promulgación de la Ley General de Salud en 1984 y la alineación de las leyes estatales de salud. La reforma incluyó diez estrategias (la mitad a nivel macro y la otra parte a nivel micro). Las primeras, fueron la descentralización de los servicios de salud -que por cuestiones económicas solo se realizó en 14 entidades federativas-, la sectorización institucional, la modernización de la SS y los SES, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria. Mientras que las de nivel micro, fueron la investigación en salud, el desarrollo de recursos humanos, la información en salud, el financiamiento y los

insumos para el sistema nacional de salud. Ambas acciones enfocadas en el nivel primario de atención.

2. Concreción (1995-2000): Inició en 1995 y se concentró tanto el ámbito de la SS como en el del IMSS. En la SS, se culminó con el proceso de descentralización de todas las entidades federativas y con base en ello fue formulado un paquete básico con 13 intervenciones destinado a la población rural, se certificaron hospitales y escuelas de medicina, se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CNAM) en 1996 y se regularon las instituciones de seguros especializados en salud. El hincapié de esta etapa fue la sustitución del viejo modelo -vertical y segmentado- por uno nuevo, de tipo universal, participativo y plural que incluyó a los SES como entes autónomos en concordancia con las disposiciones federales.

Bajo este proceso descentralizador y con la reforma a la Ley General de Salud surgió, en 2004, el SPSS durante el gobierno de Vicente Fox Quezada con el objetivo de aprovechar la infraestructura creada a raíz de las reformas observadas sin que las entidades federativas perdieran la operación de sus respectivos SES. Por ello, el SPSS fue concebido como un método de aseguramiento y no como un prestador de servicios de salud. El Seguro Popular obedecía a un esquema de administración pública identificado con la Nueva Gestión Pública (NGP)-entendida como “una forma de administración pública con una competencia basada en el merito, la adjudicación de recursos en relación a los resultados, la toma de decisiones orientada por incentivos de mercado y la identificación de los ciudadanos como clientes” (Arellano y Cabrero 2005, 608), en donde el presupuesto del mismo obedecía a la cantidad de personas afiliadas al programa. Desde la visión de la NGP, el Estado no es un proveedor sino un gestor del acceso a los servicios que exige su población, incluidos los de salud.

Por lo tanto, con base en el análisis de la información recolectada, todo indica que el factor político-ideológico jugó un papel determinante en la terminación del SPSS. Primero, porque fue una política pública que trascendió los cambios de gobierno, ya que fue creada durante la administración de Vicente Fox, mantenida durante el sexenio de Felipe Calderón y preservada por el gobierno priista de Enrique Peña, a pesar de la alternancia política. El que las administraciones de ambos partidos hayan apoyado el Seguro Popular es un indicativo –con base en los discursos realizados- para López Obrador de que existe corrupción y esta política obedece al modelo neoliberal implementado por los gobiernos pasados, sin importar el partido

del que emanaron sus candidatos. Además de esto, el aplastante triunfo electoral obtenido en 2018 -que trajo como consecuencia la alineación entre Ejecutivo y Legislativo federal- facilitó el camino de la administración entrante para tomar la decisión en torno a la desaparición del SPSS. En tercer lugar, que el Seguro Popular cobrara cuotas de recuperación a los beneficiarios—exceptuando a los pertenecientes a los deciles más bajos de la población- es incongruente con la idea de gratuidad planteada por el presidente de México, relacionada con que el Estado debe ser proveedor de los servicios públicos que exige su población mediante una tipo de administración centralizada que permita tener el control absoluto —a través de un órgano concentrado- sobre la operación y funcionamiento de la infraestructura pública hospitalaria existente en el país, sin importar el nivel de gobierno al que pertenezcan. Así, la influencia de este factor fue crucial para la terminación del SPSS, la fuerza política emanada de las urnas dio las herramientas a López Obrador para replantear tanto las prioridades del gobierno como la manera en que se llevarán a cabo.

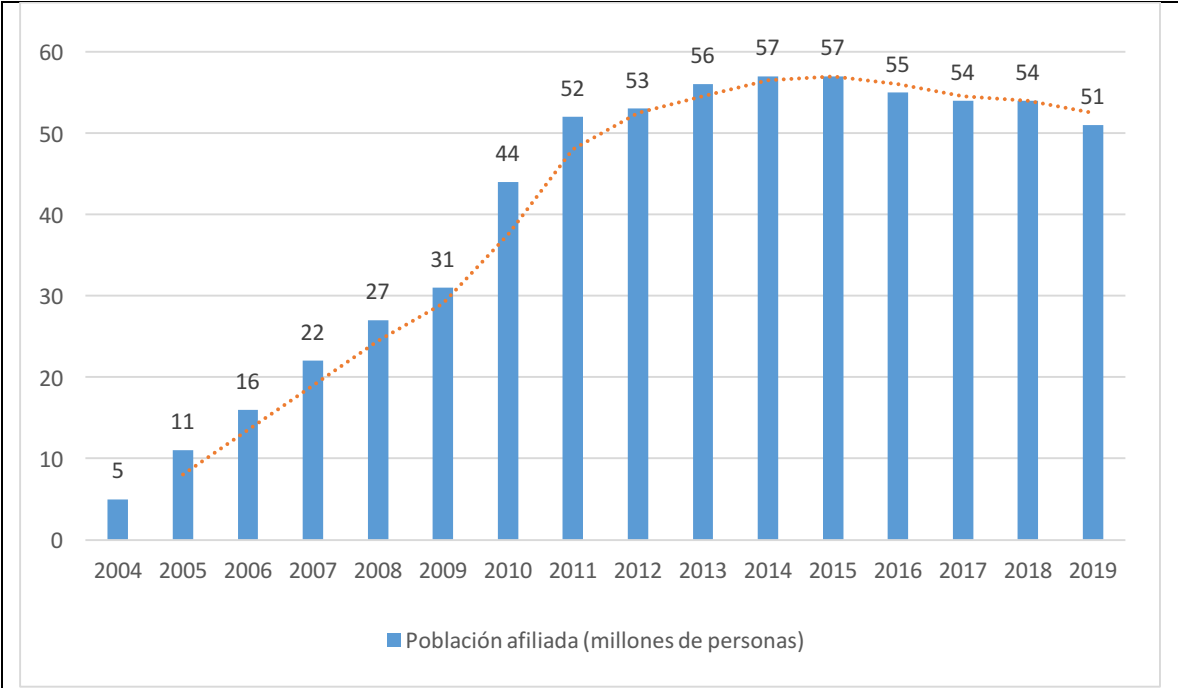
Factores de eficacia gubernamental

La eficacia es definida como “el grado en que se alcanzan los objetivos propuestos por la intervención implementada” (Mokate 1999, 2), para lograr su medición se requiere estipular -desde un inicio- las metas que persigue la política y la manera en que ofrece llegar a dichas soluciones. En el caso del SPSS, su objetivo final era “contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social” (CONEVAL 2014, 1). Para lograr determinar su eficacia, se realizaron —a lo largo de su existencia- una serie de mediciones que revelan en que grado se logró dicho objetivo final.

Una de estas mediciones es la cantidad de beneficiarios que logró incorporar el programa, como se muestra en la gráfica 11, desde 2004 —año de su creación-, la afiliación al Seguro Popular creció gradualmente. Demostrando que el número de mexicanos sin seguridad social representaba en promedio el 45% del total de la población mexicana, aproximadamente 55 millones de personas. El máximo histórico de afiliación fue alcanzado en los años 2013 y 2014, mientras que los mínimos se dieron en los inicios del programa, derivado del proceso de registro y empadronamiento de los beneficiarios. También, se observa con claridad que la afiliación al Seguro Popular creció de manera pronunciada en los últimos años, ya que aumentó

de 15.7 millones de afiliados en 2006 a aproximadamente 51 millones en 2019, año de su desaparición.

Gráfica 11. Población afiliada al SPSS 2004-2019



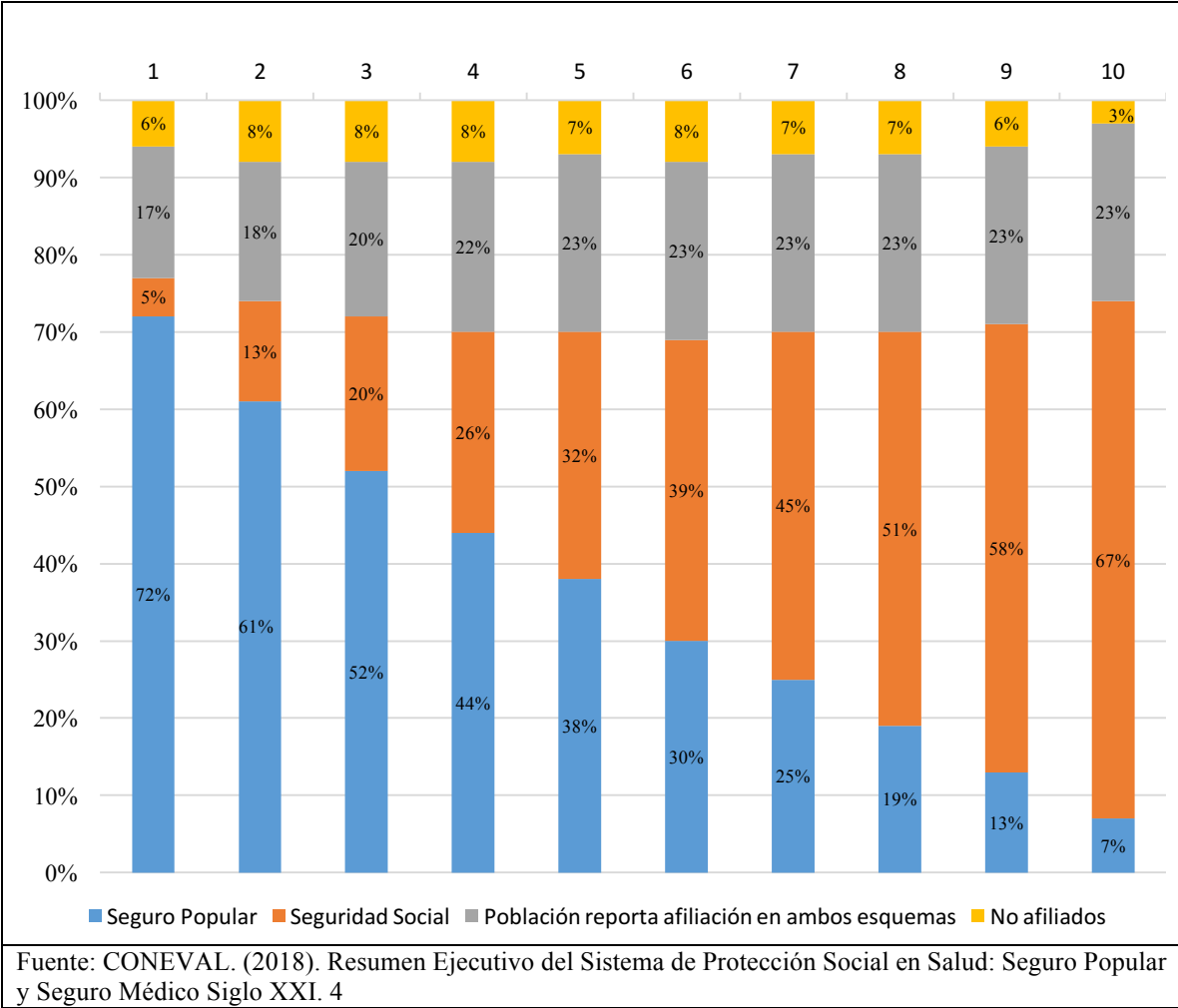
Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Resultados de la Comisión Nacional del SPSS 2004-2019. Recuperados de <https://cutt.ly/5khR9XY>

Ahora bien, es importante señalar que en la última Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) realizada en 2017 por el INEGI, se identifican alrededor de 67 millones de personas sin seguridad social mismas que pueden ser reconocidas como la población potencial del Seguro Popular –es decir, la cantidad de personas que presentan la necesidad o problema que busca atender el SPSS-. Considerando los 54 millones que cubría en 2017, existían para ese año 13 millones de mexicanos que no contaban con acceso a servicios de salud. Esto, de acuerdo con CONEVAL, generaba que la cobertura de la política no llegara al total de la población que sufría la situación que la política esperaba cambiar (2018). En cuanto a las entidades con mayor número de beneficiarios inscritos estaban: Estado de México, Veracruz, Chiapas, Puebla y Jalisco, mientras que las que menor presentaban eran Nayarit, Campeche, Aguascalientes, Colima y Baja California Sur.

La aparición del Seguro Popular ha contribuido a la reducción de la pobreza en México, debido a que esta es medida por CONEVAL mediante 6 indicadores de carencia social, estos

son: rezago educativo, calidad y espacios en vivienda, acceso a seguridad social, alimentación, servicios básicos en vivienda y servicios de salud. De acuerdo con CONEVAL, la carencia por estos últimos –medidos únicamente como afiliación-, se redujo 22.9 puntos porcentuales para el período 2008-2018 dicha “disminución presentada en este indicador, se debió sobre todo al avance en la afiliación al Seguro Popular” (CONEVAL 2018, 19). Al respecto, es importante mencionar, como se observa en la gráfica 12, que el efecto del SPSS en cuanto al acceso a servicios de salud es especialmente significativo en la población con menores ingresos debido a que los deciles con más bajo ingreso estaban mayormente afiliados al Seguro Popular.

Gráfica 12. Composición de la afiliación a la seguridad social y al Seguro Popular por deciles de ingreso corriente total per cápita, 2018



Aunado a lo anterior, se han realizado diversas evaluaciones a los componentes que implementó el SPSS para cumplir con el objetivo propuesto. La más llamativa de ellas, es la evaluación de impacto realizada por CONEVAL en 2008, en donde se demuestra que “la

afiliación a este, evita que miles de familias pongan en riesgo su estabilidad financiera por cuestiones de salud” (2008, 57) Esto, como consecuencia natural de la penetración del sistema y de la ampliación de la población afiliada. Otro hallazgo importante, fue el realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), ya que en un estudio del SPSS durante el período 2004-2015 se señalan dos datos importantes: el primero, que el gasto de bolsillo en salud disminuyó, ya que en 2004 representaba 3.6% del gasto total de los hogares encuestados y para 2014 este porcentaje disminuyó a 2.7%; el segundo, indica que la afiliación del hogar al SPSS redujo la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y empobrecedores en 20 y 42%, respectivamente (Knuel et al. 2018). En cuestiones más específicas, el mismo instituto también documenta como el Seguro Popular tiene un efecto positivo al proteger a los hogares del gasto en salud y gasto excesivo en salud, principalmente en hogares con necesidades de acceder a estos servicios. Esto, debido a que la intervención reduce 3.6% la probabilidad del gasto en salud y en 7.1% en hogares con enfermos diabéticos o hipertensos, enfermedades que de no atenderse pueden causar la muerte u otras enfermedades que ponen en grave peligro la salud, como se explicó en el capítulo 1. La reducción de gastos excesivos en salud durante el año 2012, por parte de los afiliados fue de 36% en el ámbito nacional, para hogares con enfermos de 46.5% y de 41.7% para hospitalizados (Burgos et al. 2013). Con base en estos y otros estudios realizados, el CONEVAL considero –en 2008- que el SPSS era “una efectiva intervención en salud pública, debido a que responde tanto a razones económicas y de justicia social, ya que se rige por el principio de universalidad” (2018, 2).

Lo anterior, no significa que el SPSS era una política pública perfecta –como todas- no estaba exenta de errores y áreas de mejora. La principales, de acuerdo a los propios estudios expuestos, estaban relacionadas con: la calidad de los servicios debido a que se dio prioridad a la afiliación, los catálogos de intervenciones (en todos los niveles de atención) acotaban la protección de la salud, la heterogeneidad de los servicios médicos brindados en las entidades federativas, el aumento de la demanda de los mismos no fue acompañada por un aumento en la capacidad de respuesta de los SES, la escasa fiscalización para no generar incentivos negativos en torno a que posibles usuarios ocultaran su estatus de inscripción a instituciones de seguridad social para poder recibir los beneficios del programa, y los tiempos de espera para recibir atención tanto en urgencias como en citas programadas con antelación. Además, en la última auditoria al programa -en 2018 por parte de la Auditoria Superior de la Federación (ASF)- se

identificó que la comisión del SPSS no contaba con un instrumento de “cotejo del padrón de sus beneficiarios contra los padrones de las instituciones de seguridad social, esquemas públicos y sociales de atención medica. Por lo cual, le es imposible determinar las acciones en caso de identificar duplicidades” (GFS 2018, 23). Esto, sin duda significaba un grave problema ya que se podría estar brindado atención medica a personas que en realidad están aseguradas por medio de la seguridad social, a la postre se convierte no solo en un despropósito para los objetivos del SPSS sino en un doble gasto para el estado mexicano. Asimismo, la ASF en su Informe Individual del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2017, encontró diversas irregularidades referentes a recursos no devengados por 758 mdp que significaron el 1.4% del total de recursos asignados ese año al SPSS, pagos de nomina no autorizados, adquisición de medicamentos no incluidos en los catálogos estipulados por el propio programa, transferencias de recursos a cuentas bancarias de fondos no autorizados y de los cuales no existió reintegro, pago de servicios a instituciones privadas que elevaban el costo de operación del Seguro Popular y poca congruencia de la información enviada por parte de las entidades federativas sobre el ejercicio y destino de los recursos transferidos por parte del gobierno federal mediante el SPSS (ASF 2018).

En suma, se reconoce que existían problemas de implementación y vicios generados por el SPSS en mayor medida derivado de la escasa fiscalización que se tenía sobre los recursos otorgados a los estados, como parte del mecanismo de aseguramiento planteado por el Seguro Popular. Además de diversos problemas administrativos que ocasionaban retrasos o ineficientes servicios médicos para los asegurados. Pese a ello, y derivado de la conclusión de la máxima autoridad en México –CONEVAL- para realizar evaluaciones referentes a las políticas sociales implementadas, que menciona que el SPSS era una política efectiva. Se puede concluir que los efectos positivos de la intervención eran mucho mayores a los negativos para la población beneficiaria. Por lo tanto, la decisión de terminar con el Seguro Popular no obedece a la lógica de política basada en evidencia – esta última definida como “los esfuerzos emprendidos por un conjunto de actores nacionales e internacionales para, mediante diversas técnicas, determinar que intervenciones o programas no generan los efectos deseados sobre la población” (Pérez y Maldonado 2020, 10)- lo cual complementado con el análisis realizado en este apartado, ayuda a establecer que el factor de eficacia gubernamental no fue un determinante fundamental para

dar por concluido el SPSS. Pese a ello, se debe reconocer que se requerían instrumentos de política pública que solucionarían los errores identificados en el Seguro Popular.

Con base en el análisis hecho, se puede concluir que el factor político-ideológico fue el principal determinante para terminar con el SPSS. Debido a que la lógica de su intervención obedecía a un tipo de administración que no compaginaba con los valores e intereses de la actual administración, encabezada por AMLO. Por su parte, el factor de eficacia gubernamental no fue determinante para la terminación de la política, ya que si bien es cierto que existían áreas de mejora, ninguna de ellas impidió que el Seguro Popular se evaluara como una política pública exitosa. Por último, el factor financiero no tuvo injerencia alguna en la decisión gubernamental porque no existe evidencia que mostrara que los recursos públicos no pudieran ser mantenidos para continuar con el financiamiento del SPSS. El hecho, es que el Seguro Popular fue terminado y la atención médica a personas que no cuentan con seguridad social esta planteada de otra manera, ahora esta se dará a través del Instituto de Salud para el Bienestar, cuya estructura orgánica y diseño para atender EC se explica en el siguiente apartado.

2.2 El diseño del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)

El INSABI es un organismo descentralizado de la administración pública federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la Secretaría de Salud. Lo anterior, significa – de acuerdo con el artículo 14 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales- que puede realizar actividades correspondientes a áreas estratégicas o prioritarias, en este caso la salud, prestar servicios públicos o sociales -como la atención medica-, así como obtener o aplicar recursos para fines de asistencia o seguridad social. Bajo este contexto, el objetivo del instituto es brindar tanto los servicios como los insumos de salud de manera gratuita con calidad a todas las personas que se encuentren en el país y no cuenten con seguridad social, esto con base en criterios de universalidad, igualdad e inclusión. Para lograr esto, el INSABI no solicita a las personas sin seguridad social afiliarse ni pagar cuotas para recibir atención médica y medicamentos gratuitos. Por lo cual, los beneficiarios solo deberán contar con CURP o presentar su acta de nacimiento para acceder a los servicios que brinda el instituto. La apuesta esencial del organismo es implementar un esquema centralizado en el gobierno federal con el objetivo de financiar y operar la infraestructura médica existente en las entidades federativas, y así -a través de esta- brindar los servicios de salud prometidos. Esto, para “evitar la duplicidad o dispersión de plazas médicas, lograr ahorros y combatir la corrupción en la compra de

medicamentos” (Gobierno de México 2019), así como para lograr incrementar la inversión en salud realizada para la población que no cuenta con derechohabiencia a ningún instituto de seguridad social.

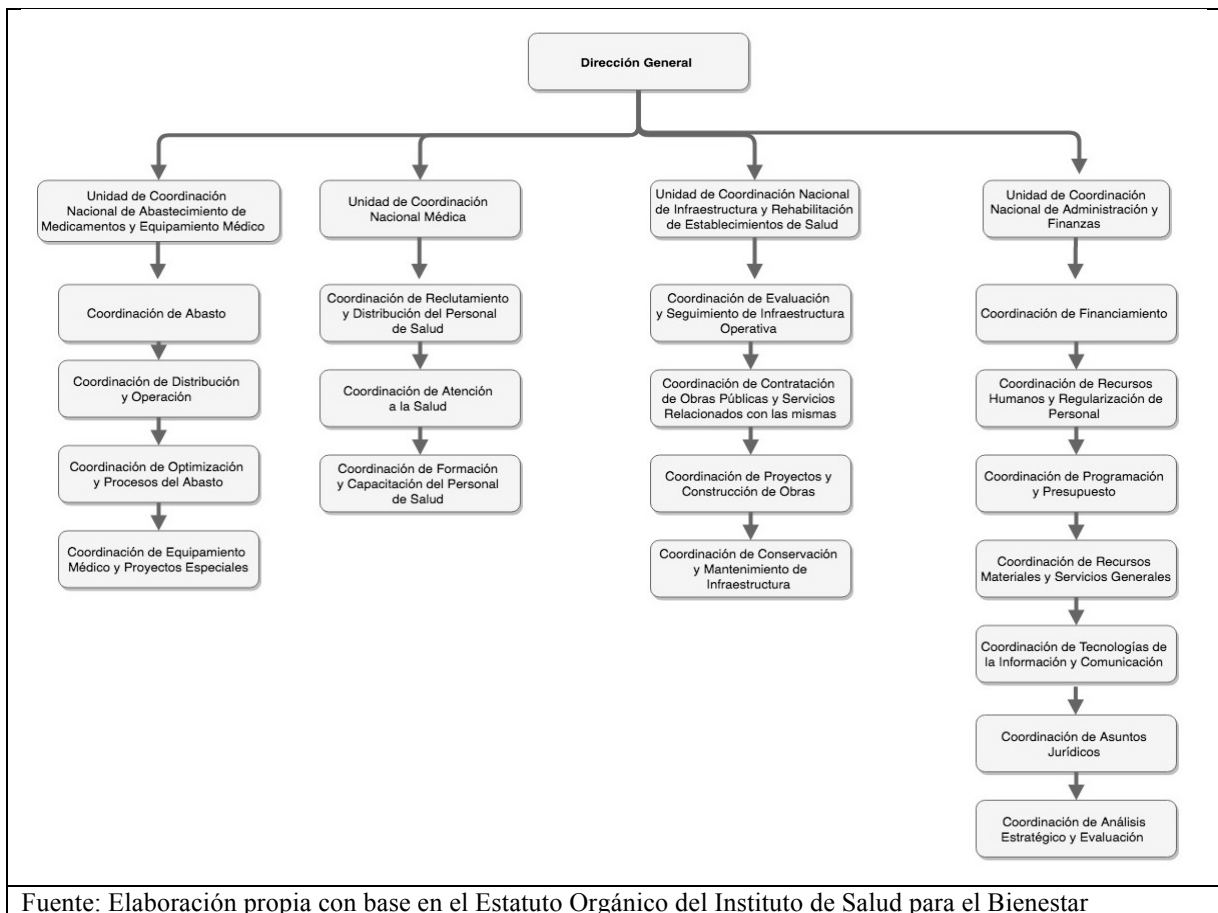
A fin de realizar sus objetivos, el INSABI cuenta con una estructura orgánica que se muestra en el diagrama 1. Las funciones de cada una de las áreas se describen a continuación, con base en el Estatuto Orgánico del INSABI publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de noviembre de 2020.

- Dirección General (DG): Le corresponde proponer ante la SS las adecuaciones necesarias al marco jurídico para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos. Sus funciones principales al interior de la organización son: supervisar que las unidades administrativas ejerzan el presupuesto autorizado, nombrar o remover a los coordinadores de las distintas áreas, crear los manuales de organización generales y de procedimientos, ejercer y presentar el presupuesto requerido por el instituto.
- Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamentos y Equipamiento Médico (UCNAMyEM): Las tareas que debe realizar son integrar las necesidades de los medicamentos y demás insumos para la salud, evaluar las condiciones y necesidades del equipamiento requerido para asegurar la prestación de los servicios médicos, la adquisición y distribución de los medicamentos e insumos necesarios para la prestación de los servicios establecidos, coordinar el análisis de los costos relativos a los servicios médicos y proponer manuales de procedimientos para brindar la atención.
- Unidad de Coordinación Nacional Médica (UCNM): Las labores a su cargo son proponer políticas y programas institucionales en materia de prestación de servicios, planear, coordinar y evaluar el otorgamiento de los mismos, determinar las necesidades de los servicios de salud e intervenciones necesarias para su mejora y coadyuvar en la detección de necesidades de recursos humanos que requieren las unidades médicas.
- Unidad de Coordinación Nacional de Infraestructura y Rehabilitación de Establecimientos de Salud (UCNIRES): Los quehaceres que le corresponden son evaluar las condiciones y necesidades de infraestructura hospitalaria para asegurar la prestación de servicios de salud, proponer esquemas de intervención para adecuar los bienes inmuebles en los que se presenten los mismos, revisar y ejecutar el programa de

conservación, mantenimiento y seguridad de la infraestructura hospitalaria en las regiones, colaborar en los análisis de costos financieros para adecuar los bienes inmuebles y participar en la elaboración de los instrumentos jurídicos que permitan la intervención del gobierno federal para la rehabilitación de los establecimientos de salud.

- Unidad de Coordinación Nacional de Administración y Finanzas (UCNAF): Las obligaciones que debe realizar son formular y proponer el anteproyecto del presupuesto anual del INSABI, conducir el análisis técnico para desarrollar el modelo financiero para la gratuidad de los servicios de salud, proponer programas para la regularización del personal profesional, técnico y auxiliar de la salud en las entidades federativas, apoyar la evaluación financiera de necesidades sobre los recursos humanos y materiales necesarios, participar en la determinación de los acuerdos de coordinación con las entidades federativas, coadyuvar en los análisis financieros para la implementación de la gratuidad y supervisar la conformación de la estructura institucional del INSABI.

Diagrama 1. Organigrama INSABI



La atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos

En lo que respecta a la atención de EC o también conocidas como enfermedades del tercer nivel, la apuesta central del INSABI se concentra en ser el prestador de los servicios de salud correspondientes a este nivel de atención. Esto, a través de la compra, distribución y abastecimiento de los insumos necesarios -medicamentos, equipo médico - para que la Red de Prestadores de Servicios de la Subcuenta de Protección contra Gastos Catastróficos (RPSSAEPGC) brinde la atención oportuna relacionada con las 66 intervenciones enlistadas en el CIECPA descrito en el capítulo 1. Cabe mencionar que la RPSSAEPGC –con la aparición del INSABI- esta formada únicamente por hospitales públicos, tales como los regionales de alta especialidad (HRAE), los institutos nacionales de salud (INSalud), los hospitales federales de referencia (HFR), los vinculados con universidades y los correspondientes a los SES. Por lo cual, para la atención de EC cubiertas por el INSABI no son consideradas las unidades medicas del sector privado.

Para financiar dichas acciones, se creó el Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI) el cual, de acuerdo con el artículo 77 bis 29 de la Ley General de Salud, es un fideicomiso público sin estructura orgánica en donde el INSABI funge como fideicomitente. Para formarlo, el artículo 77 bis 17 de la misma ley señala que se reservaran el 11% de los recursos asignados al INSABI. De dicho porcentaje, el 8% será destinado a la atención de EC, 2% a la atención de necesidades de infraestructura preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación y el 1% para complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos e insumos médicos para el primer y segundo nivel de atención, así como para costear el acceso a exámenes clínicos asociados a personas sin seguridad social. Los recursos para la atención de EC (8%) serán reservados en la subcuenta del fondo denominada atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos, llamada simplemente SAEPGC en la regla 2 fracción XXI de las reglas de operación del FONSABI.

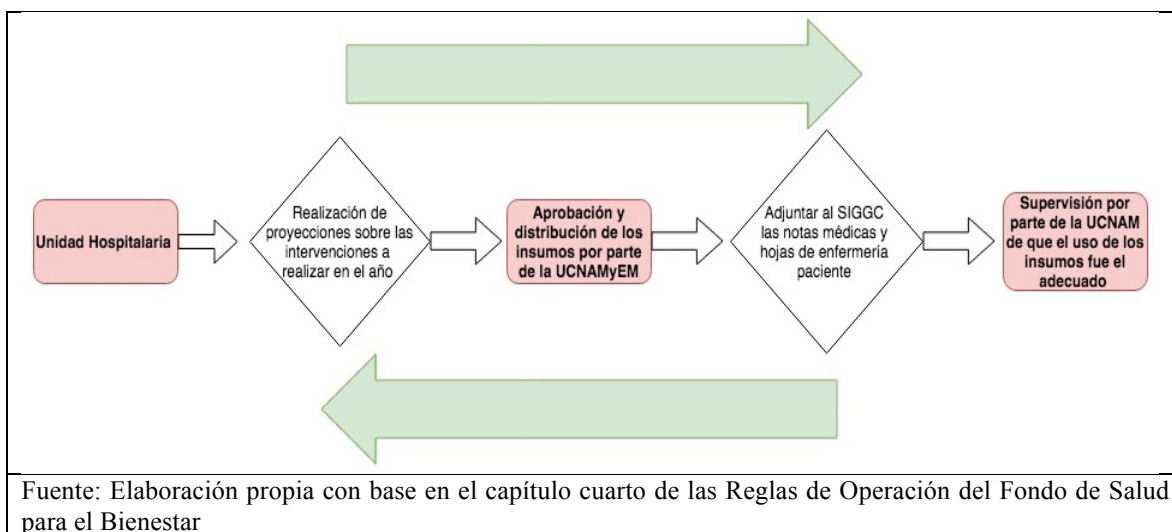
A fin de cumplir con la compra, distribución y abastecimiento de los medicamentos, equipo e insumos médicos necesarios para que la RPSSAEPGC realice las intervenciones relacionadas con las EC, en el capítulo cuarto de dichas reglas se establecen dos mecanismos fundamentales para llevar a cabo la atención. Esta se dará a través de la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamento y Equipamiento Médico (UCNAMyEM) con

cargo al SAEPGC y de la Unidad de Coordinación Nacional Medica (UCNM), dichos mecanismos son los siguientes:

- a) Solicitud a cada unidad médica -perteneciente a RPSSAEPGC- de la proyección de intervenciones a cubrirse al año siguiente, incluyendo la cantidad de medicamentos e insumos que se requieran para llevarlas a cabo, además de estipular los calendarios de la respectiva recepción de los mismos. Esto, deberá entregarse año con año a la UCNAMyEM para su eventual aprobación.
- b) Creación del Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC) a cargo de la UCNM, contemplado como una herramienta informática que permita verificar y tener por comprobado que los insumos entregados a las unidades médicas se destinaron exclusivamente a las intervenciones de EC. Para ello, cada unidad hospitalaria deberá adjuntar en el SIGGC las notas médicas, así como hojas de enfermería en donde se muestren los medicamentos y demás insumos asociados a cada paciente atendido por alguna de las intervenciones contempladas en el CIECPA.

Ambas acciones implican el desarrollo de capacidades administrativas por parte de las unidades hospitalarias pertenecientes a la RPSSAEPGC. En el diagrama 2, se muestra como se espera que funcione el abastecimiento y supervisión de los insumos necesarios para brindar los servicios de atención a los pacientes diagnosticados con alguna EC, con base en la información otorgada por parte de los hospitales.

Diagrama 2. Acciones correspondientes a las unidades hospitalarias para obtener los insumos necesarios para atender EC



Para analizar de mejor manera el diseño de una política pública, dentro de la literatura de evaluación de diseño, existe el enfoque de teoría de cambio. La cual “describe los tipos de intervenciones necesarias para llegar a un resultado en concreto” (Taplin y Clark 2012, 1), por lo cual es una manera de mostrar la lógica causal que existe detrás de una política pública. Generalmente, la teoría de cambio se ilustra con un formato dinámico, empleando cajas y flechas, que ayudan a diagramar el proceso de cambio y sobre todo a explicar como todos los elementos operan juntos (Ortiz y Rivero 2007). De acuerdo con Taplin y Clark, los elementos necesarios para formar dicha teoría son: 1) el fin, entendido como el resultado final de la intervención que al ser el más significativo es de carácter macro; 2) resultados de corto y mediano plazo, definidos como acciones– suficientes y necesarias - para la consecución del fin; 3) actividades, son las intervenciones realizadas por la política para llevar a cabo los resultados a corto y mediano plazo para que estos a su vez contribuyan a la consecución del fin; y 4) supuestos, representan situaciones fuera del control organizacional que influyen las actividades, en pocas palabras son acontecimientos que escapan al dominio de la política pública en cuestión.

Bajo este enfoque, y para analizar la lógica causal del diseño del INSABI - específicamente en lo que respecta a la atención de EC- se realizó la teoría de cambio del mismo con base en el Programa Institucional 2020-2024 del INSABI y el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, la cual será descrita a continuación con cada uno de sus elementos e ilustrada en el diagrama 3.

1. Supuestos: El INSABI parte de tres supuestos que no dependen directamente de su control estos son que: los ingresos tributarios del gobierno federal crecerán o se mantendrán estables, la centralización del financiamiento eficiente el uso de los recursos públicos, y que la inversión pública en salud es fundamental para el desarrollo económico y social de México.
2. Actividades: Las intervenciones propuestas por el INSABI giran en torno al financiamiento, el desarrollo de capacidades de las unidades médicas y el control de los insumos necesarios para brindar la atención a EC.

Financiamiento

-Creación del FONSABI exclusivo para el financiamiento de EC, conformado con el 8% de los recursos totales asignados al INSABI.

Desarrollo de capacidades

- Construcción anual de una base de datos con las solicitudes de medicamentos y pruebas de laboratorio para adquirir con el FONSAFI
- Coordinación de la RPSSAEPGC en la solicitud de insumos para atender EC
- Difusión de materiales técnicos sobre mantenimiento y conservación de equipos médicos

Control de los insumos

- Control en la entrega y uso de medicamentos adquiridos por el FONSAFI
- Compra de equipos médicos esenciales y de alto costo para los establecimientos de la RPSSAEPGC
- Establecimiento de parámetros de requerimiento para equipos médicos
- Realización de estudios de situación y capacidad resolutoria basada en el uso de equipos médicos

3. Resultados: Estos son clasificados según su temporalidad –corto o mediano plazo-, son las acciones que deben ocurrir gracias a las intervenciones hechas por el INSABI y necesariamente tienen que suceder para conseguir el fin.

Corto plazo

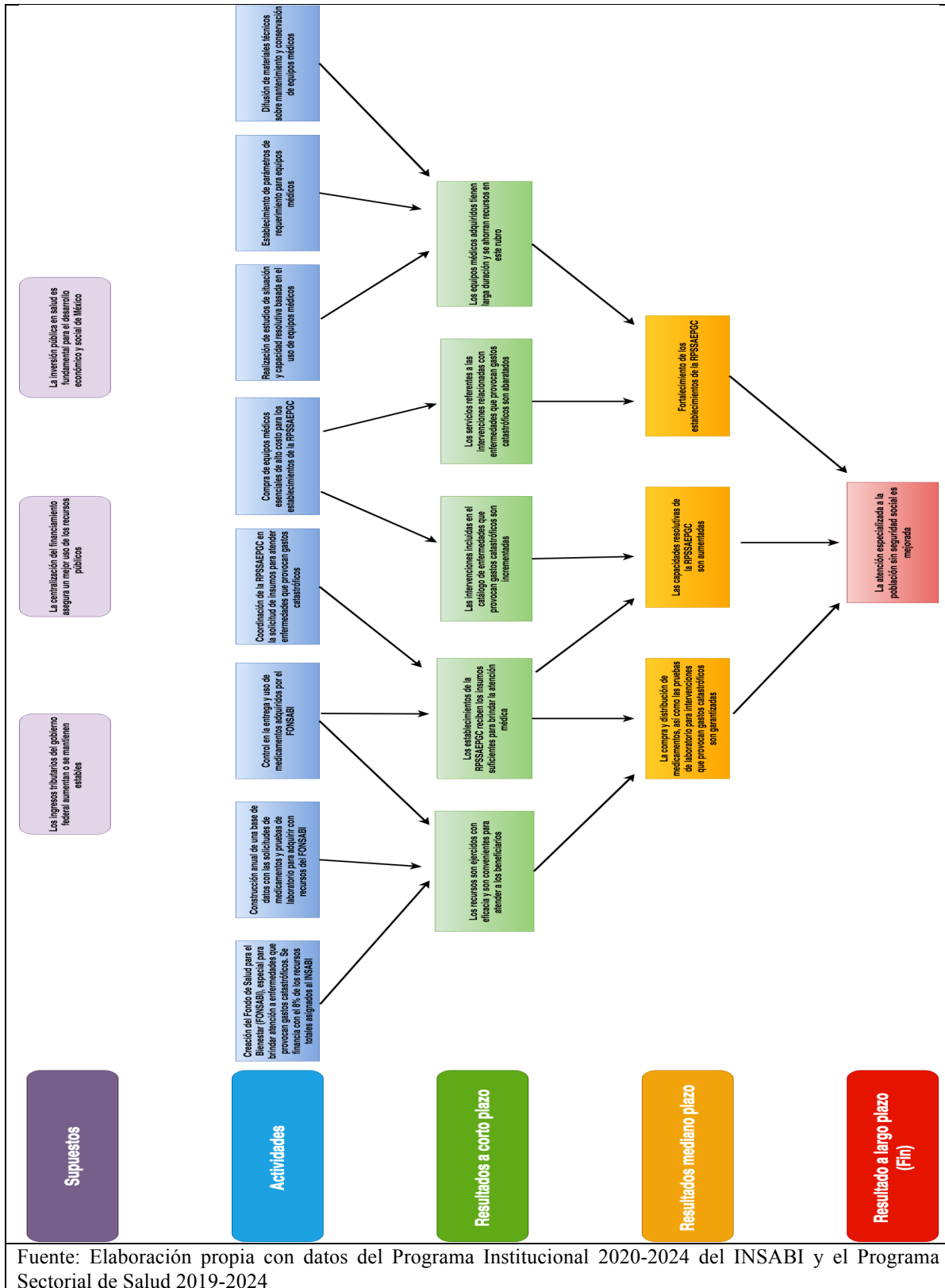
- Los recursos son ejercidos con eficacia y son convenientes para atender a los beneficiarios
- Los establecimientos de la RPSSAEPGC reciben los insumos suficientes para brindar la atención médica
- Las intervenciones incluidas en el CIECPA son incrementadas
- Los servicios referentes a las intervenciones relacionadas con EC son abarataadas
- Los equipos médicos adquiridos tienen larga duración y se ahorran recursos en este rubro

Mediano plazo

- La compra y distribución de medicamentos, así como las pruebas de laboratorio para intervenciones relacionadas con EC son garantizadas
- Las capacidades resolutorias de la RPSSAEPGC son aumentadas
- Fortalecimiento de los establecimientos de la RPSSAEPGC

4. Fin: Es el resultado final que espera lograr el INSABI con las actividades propuestas, este es mejorar la atención especializada a la población sin seguridad social.

Diagrama 3. Teoría de cambio del INSABI para atender enfermedades que provocan gastos catastróficos



Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Institucional 2020-2024 del INSABI y el Programa Sectorial de Salud 2019-2024

2.3 Las diferencias entre el SPSS y el INSABI para atender las EC

La principal diferencia del INSABI respecto al SPSS, es que el primero opera bajo un tipo de administración centralizada, en donde este se encarga de la operación, financiamiento y control de los insumos –medicamentos, equipo médico- necesarios para que los establecimientos públicos -pertenecientes a la RPSSAEPGC- brinden los servicios a la población no asalariada, por medio de la absorción de los sistemas estatales de salud para convertirlos en parte de la institución. En tanto que el SPSS, se administraba de manera descentralizada debido a que operaba aprovechando la infraestructura hospitalaria instalada pagando por cada servicio del tercer nivel brindado a los beneficiarios registrados en el padrón del Seguro Popular.

Otra diferencia entre el SPSS y el INSABI, es que el INSABI funge como un prestador de servicios a través de los establecimientos públicos pertenecientes a la RPSSAEPGC. Esto, a través de acuerdos de colaboración en los que el INSABI exige -a cada uno de los establecimientos- realizar la solicitud de los insumos necesarios para atender EC y la posterior comprobación del uso correcto de los mismos en los pacientes atendidos. Mientras que el SPSS, operaba como una aseguradora que pagaba por servicio brindado a los establecimientos de la RPSFPGC, lo cual implicaba que cada prestador del servicio determinaba los insumos necesarios para llevar a cabo alguna de las intervenciones incluidas en el CIECPA y posterior a la atención, el SPSS efectuaba el pago monetario al establecimiento por dicho servicio -mediante el FPCG-.

En cuanto al financiamiento, ambos se apoyan en la creación de un fondo exclusivo para costear las intervenciones relacionadas con EC conformado con el 8% del total de los recursos destinados a la atención de personas sin seguridad social. Sin embargo, el INSABI plantea nutrirlo únicamente con dinero proveniente del gobierno federal, ya que las entidades federativas no tienen obligación de aportar recursos monetarios al ceder su infraestructura hospitalaria. Por su parte, el FPGC creado por el SPSS era nutrido tanto por el gobierno federal como por las entidades federativas. Al quitar a uno de sus financiadores, la cantidad destinada al costeo de intervenciones relacionadas con EC disminuirá. Esta, es una de las diferencias cruciales debido a que se pone en riesgo la atención de la demanda futura en torno a dichas enfermedades. Debido a que, mientras el FPCG no tenía límites de anualidad presupuestal. Por lo cual, los recursos del fondo podían irse acumulando e incrementando para crear una bolsa

que aseguraba la cobertura de los mismos servicios en el futuro; los del FONSABI no puede acumularse debido a que por ley si los recursos acumulados son “en un monto superior a dos veces la suma aprobada en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020 como aportaciones al Fideicomiso del Fondo de Salud para el Bienestar (...) el remanente podrá destinarse a fortalecer acciones en materia de salud a través del reintegro de recursos mediante la Tesorería de la Federación” (LGS 77 bis 17). Con esta modificación a ley, los recursos para atender las EC futuras no están asegurados -ya que en caso de incrementar- estos serán dispuestos por el gobierno federal para llevar a cabo las acciones que considere oportunas para mejorar la salud.

En lo que respecta a las cuotas de recuperación, en el SPSS se determinaban de acuerdo con un estudio socioeconómico del paciente atendido, mediante 7 clasificaciones en las cuales se tomaban en cuenta variables –entre paréntesis se muestra la ponderación que tenía cada una- como el ingreso familiar (55), la ocupación (10), los egresos realizados por la familia (10), las condiciones de vivienda (20) y la salud que gozaba la familia en general (5). La clasificación 1X significaba una puntuación de 0 a 12 puntos, lo cual se traducía en la excepción del pago de una cuota, mientras que el resto -1,2,3,4,5,6- si realizaban el pago de cuotas de manera progresiva, según la puntuación obtenida en dicho estudio socioeconómico (DOF 2013). Por su parte, el INSABI eliminó el pago de cuotas para todos los usuarios, independientemente de su condición socioeconómica. Los recursos por este concepto serán cubiertos por el INSABI a los institutos nacionales de salud, hospitales federales de referencia, regionales de alta especialidad y unidades adscritas a la RPSSAEPGC.

La afiliación de los beneficiarios es otra de las diferencias identificadas, ya que mientras el SPSS pedía a sus beneficiarios que se afiliarán al programa -mediante la comprobación de la no derechohabencia y de la residencia en territorio mexicano- para otorgar la póliza que aseguraba la atención médica, en cualquier nivel de atención. El INSABI no solicita afiliación, ya que “los beneficiarios solo deberán presentar su credencial del INE, la Clave Única de Registro de Población (CURP) o su acta de nacimiento para recibir los servicios públicos de salud, por lo cual ya no necesitarán afiliarse ni pagar cuotas” (Gobierno de México 2019). Esto impacta en la atención de EC, ya que como se mostro en capítulo 1, una de los principales problemas era la atención a personas que si tenían seguridad social, lo cual impedía corroborar

que los servicios médicos fueran brindados a quienes realmente no cuentan con seguridad social. En la tabla 6, se resumen estas diferencias de manera simplificada.

Tabla 6. Diferencias entre el SPSS y el INSABI en la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos

	<i>SPSS</i>	<i>INSABI</i>
Tipo de administración	Descentralizada	Centralizada
Rol	Aseguradora	Prestador de servicios
Financiamiento	A través de un fondo formado por recursos federales y estatales con criterios de sustentabilidad	A través de la subcuenta de un fondo formado por recursos federales
Cuotas de recuperación	Si para lo no cubierto, cobradas de manera progresiva mediante un estudio socioeconómico.	No, son cubiertas por el instituto
Afiliación	Si	No

Fuente: Elaboración propia

2.4 ¿Se resuelven los problemas del SPSS en la atención de EC?

En el capítulo 1, se describieron cuatro áreas de oportunidad que tenía el SPSS en la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos -con base en lo expuesto por los entrevistados- éstas eran: la ampliación de intervenciones y medicamentos, la vinculación de la RPSSAEPGC en la etapa de prevención, el monitoreo y supervisión para la correcta aplicación del FPGC, y la comunicación para las EC no cubiertas por el CIECPA. A continuación, se analiza si el INSABI resuelve –desde el diseño- cada uno de estos problemas o áreas de mejora identificados en el SPSS.

Ampliación de intervenciones y medicamentos: De acuerdo con el modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, se espera lograr “el reconocimiento progresivo de intervenciones que ocasionan gastos catastróficos de 66 a 95 intervenciones con insumos cubiertos por el FONSABI” (2020, 62). Esto, con base en la teoría de cambio observada, se espera conseguir a través del uso eficiente de los recursos y la compra centralizada de equipos médicos de alta especialidad –misma que espera abaratar los servicios en este nivel de atención-. Estos dos resultados intermedios, serán alcanzados con base en cuatro actividades: control en la entrega y uso de medicamentos, coordinación médica para identificar necesidades en torno a medicamentos e insumos, compra de equipos médicos esenciales y la realización de

estudios de situación y capacidad. Sin embargo, el reto de dichas actividades radica en el financiamiento, ya que se propone aumentar las intervenciones y medicamentos asociados sin plantear un esquema para costear dicha acción. Para 2020 y 2021, el INSABI¹ recibió 112 mil 538 mdp -72 mil 538 vía el PEF y 40 mil² adicionales otorgados directamente del fideicomiso del SPSS que entre otras cosas cubría EC- y 74 mil 766 mdp, respectivamente. Tomando en cuenta que el INSABI reserva el 8% del total de sus recursos en la SAEPGC, en 2020 fue nutrida con 9 mil 003 y con 5 mil 981 mdp para 2021. Ambas cifras, están por debajo del promedio de 10 mil 129 mdp que se obtuvo durante el período 2007-2019, mostrado en la gráfica 9 del capítulo 1. Es decir, el INSABI planea aumentar las EC cubiertas con menos recursos de los que contaba el SPSS, además cabe recordar que la demanda futura en torno a las EC enlistadas en el CIECPA, ya no están aseguradas debido a la transformación que sufrió el FPGC previsto Seguro Popular y al límite de acumulación que puede realizar la SAEPGC. En pocas palabras, el problema no se resuelve, por el contrario podría exacerbarse hacia el futuro debido a la nula propuesta en torno a un esquema de financiamiento que permita no solo asegurar los recursos suficientes para cubrir la demanda futura sino que permita realizar la ampliación planteada por el INSABI.

Vinculación de la RPSSAEPGC en la etapa de prevención: Como se observó, en la teoría de cambio del INSABI, no existe ninguna acción que vincule a la RPSSAEPGC con la etapa de prevención. Esto, se traduce en que el problema se conservó pese a la terminación del SPSS. La vinculación de los establecimientos del tercer nivel a la etapa de prevención permitiría “detectar y controlar rápidamente eventos agudos de salud pública de cualquier origen, con especial atención a los riesgos para la salud prioritarios en la esfera nacional” (OMS 2010, 11). Además de lo anterior, involucrar a los establecimientos que brindan atención del tercer nivel ayudaría a los mismos a realizar posibles proyecciones con base en los hábitos y actividades identificadas en la población no asalariada. La principal queja en torno a este problema, es que los pacientes acudían a estos establecimientos una vez que su enfermedad estaba muy avanzada, lo cual no solo provocaba una disminución en las posibilidades de recuperación del paciente sino también en mayores costos asociados a la atención requerida por el mismo. En otras palabras, estas

¹ Datos obtenidos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2020 y 2021, disponibles en <https://cutt.ly/jxsuUxG> y <https://cutt.ly/TxsuSFb>

² Con base en el artículo decimo transitorio del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud

unidades hospitalarias son utilizadas en la última etapa de la enfermedad –cuando ya esta muy avanzada- a pesar de contar con herramientas para participar en una etapa primaria, como es la prevención. Al respecto y con base en el análisis del diseño del INSABI, todo parece indicar que este problema no será resuelto, permaneciendo pese a los cambios implementados por la nueva política para atender a la población sin seguridad social.

Monitoreo y supervisión para la correcta aplicación del FPGC: En este caso, dado la desaparición del SPSS y la transformación del FPGC a SAEPGC, la unidad de análisis es la misma y gira en torno a como lograr que los recursos reservados para las EC sean utilizados de manera correcta y eficaz. Dado que el INSABI, ya no pagará por servicio brindado sino que dotará a los establecimientos pertenecientes a la RPSSAEPGC –todos ellos públicos- de los insumos necesarios para que estos otorguen la atención. La apuesta central del instituto para lograr monitorear y supervisar la correcta aplicación de los mismos son dos actividades: la primera, es la construcción del SIGGC en donde los establecimientos deberán subir de manera digitalizada la notas médicas y hojas de enfermería que permitirá saber que los insumos entregados fueron ocupados de manera correcta; la segunda, es el control de la entrega y distribución de los medicamentos asociados, ya que se parte del supuesto de que la centralización permitirá que las unidades hospitalarias soliciten únicamente los insumos que requieren para atender a pacientes del INSABI. Ambas acciones, en teoría, surgen para resolver el problema en este sector, sin embargo la eliminación del requisito de afiliación puede provocar un incentivo negativo para que los usuarios sin seguridad social acudan a alguno de los establecimientos de la RPSSAEPGC y reciban la atención con cargo a la SAEPGC. Lo anterior, provocaría que el problema de monitorear y supervisar el uso correcto de los recursos continúe, además de generar un doble gasto para el estado mexicano, al financiar la atención a personas que cuentan con derechohabiencia en alguna de las instituciones de seguridad social, a las cuales ya realiza aportaciones el gobierno federal. En palabras simples, el problema de monitorear y supervisar la correcta aplicación -de la ahora SAEPGC- espera ser resuelto con la creación del SIGGC, así como con el control de la entrega y distribución de medicamentos asociados a las EC, empero la eliminación de la afiliación pone en riesgo la utilidad de ambos instrumentos.

Comunicación para EC no cubiertas: El INSABI, como se describió anteriormente, espera ampliar la cobertura de atención a EC pero al arranque de su operación mantiene las 66 intervenciones enlistadas en la tabla 2 del capítulo 1. El problema expuesto por los entrevistados

–más allá de la ampliación del CIECPA- es el desconocimiento de la actuación que deben tener para brindar información referente a la manera en que debe atenderse al paciente con alguna EC no cubierta por el catálogo. Aunque, como se explicó en el capítulo 1, el CIECPA se forma bajo la frecuencia con que se presentan las enfermedades es importante mencionar que la probabilidad de que ocurran enfermedades no cubiertas por el INSABI aún es significativa. Pese a esto, en la teoría de cambio realizada, no se identifica la creación de mecanismos que doten de información referente a las acciones que deben seguir los establecimientos de la RPSSAEPGC en caso de recibir a algún paciente que padezca una enfermedad no cubierta por el instituto. En síntesis, el problema no será resuelto -pese a la aparición del INSABI- ya que este espera lograr ampliar la cobertura de EC, pero aún sucediendo esto, es importante dotar a la RPSSAEPGC de herramientas que les permitan conocer de mejor manera su margen de actuación. Si a esto se le suma, que en el discurso presidencial se menciona que todo esta incluido de manera gratuita, el protocolo será vital para el accionar de las unidades médicas.

En conclusión, el INSABI no resuelve ninguno de los cuatro aspectos identificados por los entrevistados. El que, por diseño, esta más cerca de resolver es el de monitoreo y supervisión para la correcta aplicación del FPGC (ahora SAEPGC), empero la eliminación de la afiliación implica un reto mayúsculo tanto para el monitoreo y supervisión como para los instrumentos planteados por el INSABI enfocados en resolver los problemas heredados del SPSS. Las cuatro áreas de mejora sugeridas por los entrevistados, significaban el mejoramiento de la atención en el tercer nivel a la población abierta, fin que persigue el INSABI. Sin embargo, no propone instrumentos de política que resuelvan dichos problemas, lo cual a su vez genera incongruencia en la lógica de su intervención. En el capítulo tres, se esbozan posibles recomendaciones de política pública que pueden mejorar las actividades formuladas por el INSABI, para lograr mejorar la atención especializada a la población sin seguridad social.

Capítulo 3: Recomendaciones de política pública

En este capítulo, se exponen algunas propuestas para solucionar los problemas manifestados por los entrevistados y dar coherencia a la lógica causal diseñada por el INSABI. Con ellas, se espera contribuir al cumplimiento del objetivo prioritario que promete la intervención del instituto: mejorar la atención especializada para la población sin seguridad social.

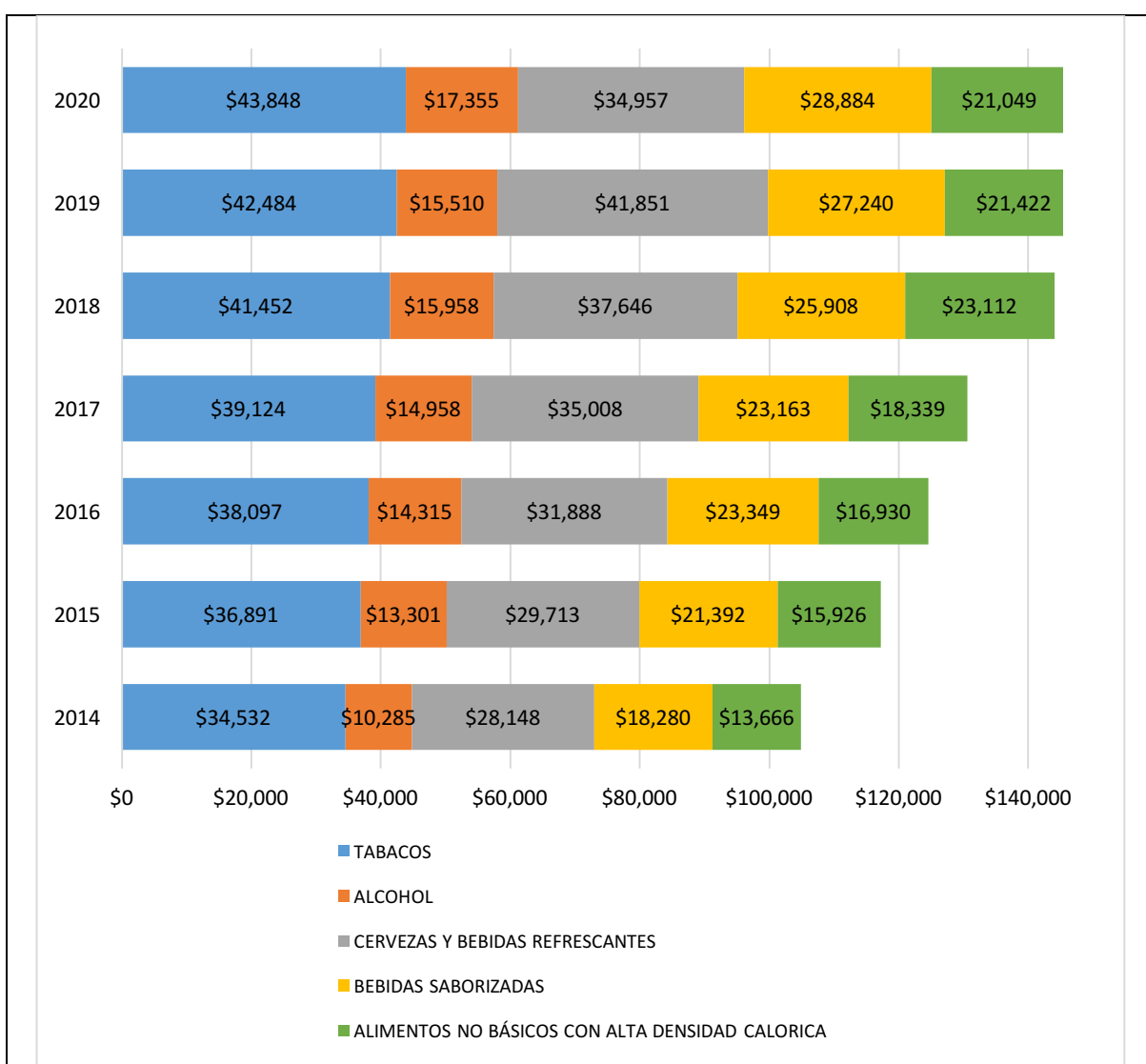
3.1 Ampliación de intervenciones y medicamentos

Como se observó, el financiamiento representa el principal reto para solucionar este problema -expuesto por los entrevistados- y planteado como uno de los componentes de la teoría de cambio del INSABI. A fin de conseguir mayores recursos monetarios, para la ampliación de intervenciones y medicamentos en el corto-mediano plazo, así como el aseguramiento de la atención de EC en el futuro, se propone que -adicional al presupuesto que se le destina al INSABI- el 5% de los ingresos tributarios recaudados mediante la carga impositiva a ciertos productos, cuyo exceso de consumo causan daño a la salud, sea destinado exclusivamente a la SAEPGC. Esos productos son: tabacos, alcohol, cerveza y bebidas refrescantes, bebidas saborizadas y alimentos no básicos con alta densidad calórica (botanas, confitería, chocolates y productos derivados del cacao, etc.). De acuerdo con datos del Sistema de Administración Tributaria (SAT), por concepto de estos productos, el gobierno federal ha recaudado anualmente un promedio de 130 mil 854 mdp durante el período 2014-2020. En la gráfica 13, se muestra como el tabaco es el producto por el cual se recaudan mayores impuestos por este tipo de bienes, seguido de las cervezas y bebidas refrescantes, las bebidas saborizadas, los alimentos no básicos con alta densidad calórica y el alcohol, además de que la tendencia indica que la recaudación por concepto de dicho gravamen continuará en aumento.

Por ello, destinar el 5% de esa recaudación -exclusivamente a la atención de EC para la población sin seguridad social- representaría en promedio 6 mil 542 mdp adicionales directos a la SAEPGC, lo cual dotaría de mayores recursos al INSABI. Para ejemplificar esto, como se analizó en el capítulo 2, la SAEPGC en 2020 fue nutrida -de acuerdo a lo estipulado en la ley- con 9 mil 003 mdp y con 5 mil 981 mdp para 2021. Con la propuesta descrita, para 2020 dicha subcuenta pudo recibir 15 mil 545 mdp, y en 2021, 12 mil 523 mdp, ambas cifras están por encima del promedio de 10 mil 129 mdp que se destinaron al FPGC del SPSS durante el período 2007-2019. Para lograr acumular una bolsa creciente a lo largo del tiempo que permita incrementar la intervenciones y medicamentos relacionados con la atención de EC, será

necesario eliminar la prohibición en torno a que el INSABI no puede reunir recursos acumulados “en un monto superior a dos veces la suma aprobada en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020” (LGS 77 bis 17), localizado en el artículo 77 bis 17 de la Ley General de Salud. Lo anterior, con el objetivo de permitir que el FONSABI acumule recursos que en el mediano plazo permitan el incremento de las intervenciones de EC cubiertas por el INSABI. Además de lograr atraer una mayor cantidad de recursos para la atención de EC, esta propuesta conseguiría trasladar -mediante acciones reales de protección a la salud- los impuestos recaudados por concepto de daños a la misma, a la población que más lo necesita.

Gráfica 13. Impuestos recaudados por productos que dañan la salud 2014-2020 (mdp)



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Administración Tributaria disponibles en <https://cutt.ly/uvwWpxR>

Además de la eliminación respecto al límite de acumulación que tiene el FONSABI, esta propuesta requiere dos reformas legales: una a la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios y otra a la Ley General de Salud. Esto, debido a que el Código Fiscal de la Federación indica en su artículo primero que “solo mediante ley podrá destinarse una contribución a un gasto público específico” (CFF 2021), lo que se traduce que debe estar estipulado en la ley del impuesto correspondiente el destino exacto que tendrá. En lo que respecta, a la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios será necesario agregar un artículo que mencione: el 5% de la recaudación tributaria por concepto de IEPS en tabacos, alcohol, cervezas y bebidas refrescantes, alimentos no básicos con alta densidad calórica y bebidas saborizadas se destine al FONSABI, para que este a su vez lo transfiera a la SAEPGC. Por su parte, la Ley General de Salud debe reformarse en su artículo 77 bis 17, ya que se debe especificar que el INSABI asignará –adicional al 8% de los recursos señalados en los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13- los recursos provenientes de la recaudación del IEPS en tabacos, alcohol, cervezas y bebidas refrescantes, alimentos no básicos con alta densidad calórica y bebidas saborizadas; estipulado en la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios. La relación entre ambas leyes, permitirá dar a esta propuesta un marco jurídico sólido. Cabe mencionar, que para realizar estas reformas se requiere mayoría simple -es decir el 50% más uno del Congreso de la Unión-, lo que es posible debido a la alineación entre Ejecutivo y Legislativo descrita en el capítulo 2.

3.2 Vinculación de la RPSSAEPGC en la etapa de prevención

Para resolver este problema, es necesario realizar campañas de prevención semestrales en las cuales participen médicos y enfermeras de la RPSSAEPGC, misma que tiene la percepción de ser involucrada en el último eslabón de la detección de enfermedades. Es decir, cuando estas se encuentran muy avanzadas y el tratamiento es tanto más largo como mucho más costoso que al principio de la patología. Esto, genera que la atención de enfermedades con un alto progreso provoque un mayor gasto para instituciones de alta especialidad. Sin embargo, la resolución de este problema no debe entenderse como un simple involucramiento en la etapa de prevención por parte de las instituciones dedicadas a brindar atenciones del tercer nivel, sino como una estrategia integral que le apuesta a un viraje de un sistema de salud curativo a uno preventivo, para atacar de manera oportuna las enfermedades presentes en la población mexicana y disminuir así la probabilidad de padecer una crónico-degenerativa relacionada con las EC.

Lo anterior, es oportuno debido a que la visita al médico se caracteriza por ocurrir cuando se tienen un malestar en la salud y no cuando se encuentra en un estado sano. Por ello, deben aumentarse las consultas preventivas para construir un seguimiento de manera sistemática que permita detectar factores de riesgo para atacarlos en una etapa temprana y no cuando estos desemboquen en un padecimiento más grave. De acuerdo con la Comisión Nacional Fronteriza México-Estados Unidos, las principales causas por las que los mexicanos no acuden al médico de manera habitual son: económicas -alto costo de atención médica especializada y de medicamentos o tratamientos especializados-; sistémicas -servicios limitados y sin acceso a seguro médico; y geográficas –distancia considerable de la comunidad al centro de salud más cercano, principalmente en zonas rurales del país- (2020, 5).

Con base en estas causas, la propuesta central para resolver el problema es la utilización de unidades médicas móviles pertenecientes a la SS y operadas por la RPSSAEPGC que permitan: 1) detecciones oportunas como VIH, medición de glucosa, presión arterial, colesterol, índice de masa corporal, entre otros; 2) inmunizaciones contra enfermedades infecto-contagiosas; y 3) educación a través de campañas de difusión sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud mediante pláticas informativas que relaten la situación a la que se enfrenta un paciente que padece una EC e incluso con algunas experiencias de los mismos. Esta propuesta, responde a la demanda de vincular a la RPSSAEPGC a la etapa de prevención pero también contribuye a mejorar en el mediano y largo plazo la atención de EC, disminuyendo la probabilidad de requerir atención especializada, además de dotar a la red con información que le permita entablar un seguimiento anual a potenciales pacientes.

3.3 Monitoreo y supervisión para la correcta aplicación del FPGC

De acuerdo con la teoría de cambio planteada por el INSABI, la construcción del SIGGC y el control –mediante la centralización- de la entrega y distribución de los medicamentos asociados, resolverán este problema. Analizadas *per se*, ambas acciones atacan y prometen solucionar la falla manifestada por los entrevistados, relacionada con la correcta aplicación del FPGC, ahora de la SAEPGC. Esto, asumiendo que la construcción del SIGGC estará acompañada de actividades de capacitación para la RPSSAEPGC y el fortalecimiento de sus áreas administrativas encargadas de realizar la digitalización de las notas médicas y hojas de enfermería exigidas. Mientras que, el control de la entrega y distribución de los medicamentos

-mediante la centralización- este asegurada a través de la red de distribución actual y no existan retrasos en la entrega de estos que impidan la realización de las intervenciones.

Sin embargo, y suponiendo lo expresado anteriormente, el hecho de que el INSABI no tenga entre sus actividades realizar un padrón con sus beneficiarios, afecta de manera negativa y hace insuficientes las acciones en torno al monitoreo y supervisión de la correcta aplicación de los recursos devengados por la SAEPGC. Este problema se origina, como se explicó en el capítulo 1, porque ciudadanos con acceso a la seguridad social prefieren atenderse en hospitales reservados para la población sin dicha seguridad o corrompen a las autoridades de los institutos de seguridad social para que estos entreguen un carta de no afiliación y así poder recibir la atención como población no asalariada. Esto, finalmente provoca que los recursos destinados a la población abierta no se ejerzan de manera eficaz.

Por ello, la propuesta para resolver este problema –manteniendo las acciones planteadas en este rubro- es en primer lugar, que el INSABI empadrene a sus beneficiarios y pueda saber cuantas personas solicitan los servicios de salud que brinda, y en segundo lugar, impulsar ante la SS la construcción de una base de datos nacional con la compilación de los padrones de derechohabientes tanto del INSABI como de las instituciones de seguridad social, dicha base debe estar controlada y manejada por la SS pero con acceso abierto de consulta a las instituciones encargadas de dar lo servicios públicos de salud. La base, deberá ser actualizada por lo menos una vez al mes y alimentada con los datos que las dependencias entreguen a la SS. Este instrumento de recolección y acceso a la información del paciente atendido tanto por la seguridad social como por el INSABI, permitirá –sobre todo- a esté último identificar a aquellos ciudadanos que soliciten la atención médica en sus instalaciones, aún teniendo derechohabencia dentro del régimen de seguridad social. Esto, no con el objetivo de negar el servicio sino de lograr coordinación entre el INSABI y los institutos de seguridad social para que estos retribuyan mediante numerario, especie, capacitación o intercambio de atenciones, el servicio brindado por el INSABI a pacientes provenientes de sus instituciones. Con ello, se lograría que los recursos de la SAEPGC sean aplicados con mayor eficacia en la atención de EC presentes en la población no asalariada.

3.4 Comunicación para EC no cubiertas

Este problema trae como consecuencia que los beneficiarios de la política diseñada para atender EC en la población no asalariada –antes Seguro Popular, hoy INSABI- no tengan certeza

en torno a cómo y donde pueden obtener los servicios de salud relacionados con una EC enlistada por el CSG pero no incluida en el CIECPA, provocando descontento con la política implementada. Por su parte, para el personal médico significa no contar con procedimientos de actuación que les permitan brindar apoyo o simplemente comunicar alternativas a los pacientes con alguna EC no cubierta por el INSABI. En conjunto, ambas inconformidades, producen insatisfacción con la política y en consecuencia dañan la legitimidad de la misma tanto al interior como al exterior de la organización.

Con el objetivo de resolver el problema, la propuesta es crear un protocolo de actuación en donde se especifiquen de manera clara y precisa las acciones que debe seguir el personal médico para canalizar a este tipo de pacientes, dicho documento puede elaborarlo la unidad de coordinación médica. En él, deberán especificarse lineamiento claros que permitan al personal del establecimiento médico dar una respuesta homogénea al paciente para no generar confusión en él. Como mínimo, el protocolo deberá responder a las siguientes preguntas: ¿puede el establecimiento atender esa patología? ¿cuál es el costo? ¿qué establecimientos realizan la intervención necesaria? ¿en caso de no contar con los recursos para cubrir el costo de la enfermedad a que instancia debe dirigirse el paciente?. Al responder a estas preguntas, se podrá dar certidumbre al paciente respecto a los pasos que deberá seguir para atender su patología. Además de esto, será importante que el INSABI establezca acuerdos con fundaciones cuya labor es financiar padecimientos que están fuera de la cobertura del CIECPA, estos acuerdos deberán estar enfocados en difundir la labor de estas organizaciones al interior del instituto, para que los pacientes tengan información y puedan ser acercados a alternativas de atención, en caso de no contar con los recursos suficientes para cubrir los costos de su enfermedad por propia cuenta.

Resolver el problema de comunicación permitirá, al interior, dotar de márgenes de acción claros al personal médico que labora en el INSABI, así como a los pacientes que exigen y demandan atención fuera de las intervenciones enlistadas por el CIECPA. Al exterior, contribuirá con la satisfacción en torno a la atención de EC por parte del INSABI y por ende a la legitimidad del mismo. El protocolo, es una buena herramienta para solucionar las dudas generadas por las intervenciones no cubiertas y su implementación requiere de pocos recursos, el mayor reto pasará por acercar a los pacientes a las fundaciones u organismos sin fines de lucro, dedicados a apoyar e incluso financiar este tipo de enfermedades.

Conclusiones y hallazgos

La atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos (EC) es el último nivel de atención que puede recibir un paciente, y por ende el tratamiento que recibe se traduce en una cuestión de vida o muerte. Dicha atención, tienen un costo elevado dada la especialización requerida por parte del personal médico, la duración del procedimiento para llegar a la cura y los medicamentos asociados. Esto, se exacerbaba en la población no asalariada debido a que no contaban con seguridad social que asegurara el acceso a los servicios de salud requeridos en este y otros niveles de atención. Lo cual, representaba un problema público que debía resolver el estado mexicano. La aparición del Seguro Popular -en 2004- dio respuesta a esta problemática, por medio del aseguramiento de la población sin seguridad social a través de un esquema intergubernamental financiado entre los gobiernos federal y estatal. Mediante la creación de un fondo exclusivo para costear EC se logró incrementar paulatinamente la cobertura de este tipo de enfermedades hasta 66, mismas que fueron incluidas de acuerdo a la incidencia y frecuencia con que se presentan en los mexicanos. Diversos estudios -aunque con áreas de mejora- consideraron al Seguro Popular como una política pública exitosa que debía contar con mayores recursos para ampliar las EC que atendía.

No obstante lo anterior, la administración del presidente Andrés Manuel López Obrador decidió terminar esta política y crear -en sustitución- el INSABI, un régimen de prestación de servicios de salud centralizado en su operación y financiamiento. Al respecto, en esta tesina se examinó la influencia del proceso de terminación del Seguro Popular en el diseño del INSABI, específicamente en la atención de EC. Con base en el análisis, se descubrió que el principal factor que determinó la terminación del SPSS fue el político-ideológico. Esto generó, que los problemas que arrastraba dicha política no sean resueltos -desde el diseño- por el INSABI. Las áreas de oportunidad identificadas en el Seguro Popular mediante la realización de entrevistas fueron: ampliación de intervenciones y medicamentos; vinculación de la RPSSAEPGC en la etapa de prevención; monitoreo y supervisión para la correcta aplicación del FPGC; y la comunicación para EC no cubiertas. Estas, fueron contrastadas con la teoría de cambio del INSABI, y con ello se logró identificar que ninguna de las actividades -que plantea esta nueva política- ataca directamente las problemáticas que arrastraba el SPSS. De modo que se demuestra, como los factores por los cuales se termina una política influyen en el diseño de la intervención sustituta. En la situación del Seguro Popular, el factor político-ideológico afectó

de manera negativa al diseño del INSABI, debido a que dicho factor se determina por un conjunto de ideas, principios y doctrinas preconcebidas que al traducirse en acciones gobierno, desechan la evidencia existente en torno a los fallos presentes en una política. Esto, trae como consecuencia que en lugar de mejorar lo que ya se tienen, se prefiera destruir y arrancar de nuevo.

La terminación es la etapa del ciclo de políticas menos estudiada, porque –entre otras cosas- ha sido considerada como un suceso poco recurrente y atractivo. Sin embargo, en años recientes, la aparición de gobiernos populistas ha intensificado esta etapa y por tanto acelerado la eliminación -sin evidencia solida- de políticas públicas que muestran resultados positivos en la población que atienden. A este respecto, una correcta comprensión de la etapa de terminación y de los factores que influyen en ella, puede ser valioso para que los decisores elaboren estrategias para una terminación de políticas ordenada o en su caso impedir que esta etapa suceda. En consecuencia, el interés de esta investigación, además de explorar los factores que determinan la terminación de la política, fue analizar este proceso en la fase del diseño de la intervención sustituta. Los resultados del análisis muestran que los factores financieros y de eficacia gubernamental no fueron determinantes en esta decisión, ya que de acuerdo con la revisión documental realizada no existió evidencia en torno a una disminución de los recursos públicos para costar la intervención, ni a evaluaciones o estudios que comprobaran la ineficacia del Seguro Popular.

En cambio, el factor político-ideológico fue crucial porque se trató de una política pública que trascendió los cambios de gobierno. Debido a que fue creada durante una de las administraciones panistas (Vicente Fox), mantenida durante la siguiente (Felipe Calderón) y preservada por el gobierno priista del expresidente Peña Nieto. El que las administraciones de ambos partidos hayan apoyado el Seguro Popular fue un indicativo –con base en los discursos realizados- para la nueva administración federal de que existía corrupción y esta política obedecía al modelo neoliberal implementado por los gobiernos pasados, sin importar el partido del que emanaron sus candidatos. Adicionalmente, el aplastante triunfo electoral obtenido en 2018 por López Obrador, trajo como consecuencia la alineación entre Ejecutivo y Legislativo federal, mismo que facilitó el camino de la administración entrante para tomar la decisión de terminar con SPSS. Por último, que el Seguro Popular cobrara cuotas de recuperación a los beneficiarios era incongruente con la idea de gratuidad planteada por AMLO, relacionada con

que el Estado debe ser proveedor de los servicios públicos que exige su población, mediante una tipo de administración centralizada que permita tener el control absoluto de la infraestructura pública hospitalaria.

Asimismo, el análisis muestra que la terminación cuyo determinante principal es el factor político-ideológico trae como consecuencia, no solo la imposibilidad de identificar si la política que se quiere terminar sirve o no, sino que es poco probable detectar áreas de mejora - en dicha política- para crear una intervención sustituta que resuelva tales áreas y por ende haga más efectiva la injerencia de la misma. La teoría de cambio del INSABI, construida en el capítulo 2, permitió comprobar como las actividades planteadas para brindar la atención de EC no resuelven los problemas expuestos por los entrevistados. Lo que genera, en pocas palabras, que la lógica de su intervención -en ese nivel de atención- sea incongruente.

Los hallazgos de esta investigación son relevantes para analizar al ciclo de políticas como un conjunto y no como etapas aisladas o desconectadas del resto. En esta tesina, se ha demostrado como la terminación influye en la creación y por ende en el diseño de la política creada para sustituirla. También, muestra que la literatura referente a la terminación es –todavía- limitada para explicar la conexión de esta, con las distintas fases del proceso de políticas tanto en su análisis como en su creación. En esta misma línea, es indispensable ampliar el estudio de la terminación a distintos contextos, a fin de enriquecer esta etapa del estudio de las políticas y con ello lograr medir el grado de influencia en el diseño de las mismas. El deseo, es que este trabajo desencadene nuevas investigaciones al respecto y que se reconozca al ciclo de políticas públicas como un componente lógicamente necesario e interderdependiente de toda intervención integrada a manera de proceso, pero de ninguna manera ser considerado como un evento sucesivo y realmente separado. De verlo así, la literatura sobre terminación puede crecer y generar con ello estrategias que permitan a los gobiernos tomar mejores decisiones en torno a la mejora de las acciones que realizan. Con esto, podrían resistirse presiones políticas que desembocan en decisiones impulsivas que a la postre terminan por dar marcha atrás a actividades que eran benéficas para la sociedad, y en lugar de aprovechar el avance conseguido prefieren destruir lo existente.

Como se mostró, las enfermedades que provocan gastos catastróficos no harán más que aumentar a lo largo del tiempo, conforme la transición epidemiológica y poblacional continúen su tendencia. Por ello, es fundamental que el INSABI rectifique el rumbo para brindar certeza a

la población que no cuenta con un empleo formal. Este trabajo, realiza algunas recomendaciones que sin duda son perfectibles y son apenas algunas aproximaciones para dar mayor coherencia a la política que sustituyo al Seguro Popular. Con ello, se espera contribuir a la mejora de la atención de enfermedades catastróficas, que no solo significan insatisfacción física y emocional, sino vulnerabilidad para millones de familias mexicanas que en caso de tener a un familiar con algún padecimiento de este tipo, pueden caer en situación de pobreza.

Referencias

- Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, Diario Oficial de la Federación [DOF] 27-05-2013 (Mex.).
- Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, Diario Oficial de la Federación [DOF] 1-12-2020 (Mex.).
- Adam, Christian y Michael Bauer. 2018. "Policy and Organizational Termination". En *Oxford Research Encyclopedia of Politics*, editado por William Thompson. Reino Unido: Oxford University Press.
- Aguilar, Luis. 2000. *Problemas públicos y agenda del gobierno*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Aguilar, Luis. 2010. *Política Pública*. México: Siglo XXI Editores-Escuela de administración Pública del DF.
- Arellano, David, y Enrique Cabrero. 2005. "La Nueva Gestión Pública y su teoría de la organización: ¿con argumentos antiliberales? Justicia y equidad en el debate organizacional público". *Revista gestión y política pública* 14 (3): 599-618.
- Auditoría Superior de la Federación. 2018. *Recursos federales transferidos a través del acuerdo de coordinación celebrado entre la secretaría de salud y la entidad federativa (seguro popular)*. Auditoría Superior de la Federación y Cámara de Diputados. <https://cutt.ly/6xi43z0>.
- Bardach, Eugene. 1976. "Termination of policies, programs and organizations". *Policy Sciences Review* 7 (2): 123-131.
- Bobbio, Norberto. 1988. *El futuro de la democracia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Brewer, Garry. 1974. The policy sciences emerge: to nature and structure a discipline. *Policy Sciences Review* 5 (3): 239-244.

- Burgos, Leticia., Edson Mori, Veronica Wirtz, y Aarón Salinas. 2013. “Efectos del seguro popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación”. *Revista de salud pública* 55 (2): S91-S99.
- Cairney, Paul. 2013. “Policy Concepts in 1000 Words: The Policy Cycle and its Stages”, 11 de noviembre. En *Politics and Public Policy*, producido por Paul Carney, podcast. <https://cutt.ly/6nZWibx>.
- Cámara de Diputados. 2019. “Presenta Mario Delgado iniciativa para desaparecer el Seguro Popular y, en su lugar, crear el Instituto de Salud para el Bienestar”. *Notilegis*, núm. 2498, 3 de julio de 2019. <https://cutt.ly/HcJfW5X>.
- Castel, Robert. 2004. *Las trampas de la exclusión: Trabajo y utilidad social*. Colección Fichas del siglo XXI. Argentina: Topía Editorial.
- Código Fiscal de la Federación [CFF], Diario Oficial de la Federación [DOF] 31-12-1981, últimas reformas DOF 23-04-2021 (Mex.).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 1991. *Las nociones de centralización y descentralización*. Chile: ILPES.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2008. Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2007. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2009. *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2008*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2010. *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2009*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2011. *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2010*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2012 *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2011*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2012. *Manual de Procedimientos de la Comisión del SPSS*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2013. *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2012*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2014. *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2013*. México: CNSPSS.

- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2015 *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2014*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2016. *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2015*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2017. *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2016*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2018. *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2017*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2019. *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2018*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. 2020. *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud: enero-diciembre 2019*. México: CNSPSS.
- Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. s.f. “Red de Prestadores de Servicios del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos 2019”. Accedido 22-01-2021. <https://cutt.ly/1cJf2a9>.
- Comisión Nacional Fronteriza. s.f. “Unidades Móviles de Salud: Facilitando acceso a servicios de Salud”. Accedido 21-03-2021. <https://cutt.ly/3vZ2a8A>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. 2009. *Evaluación de efectos del sistema de protección social en salud 2008*. México: CONEVAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. 2014. *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013: valoración de la información de desempeño presentada por el programa Seguro Popular*. México: CONEVAL. <https://cutt.ly/3nCBMGP>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. 2018. *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*. México: CONEVAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. 2018. *Resumen Ejecutivo del Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI*. México: CONEVAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. 2019. “Base de datos de Programas y Acciones Federales con Reglas de Operación, otros subsidios, prestación de servicios

- públicos y provisión de bienes públicos”. Accedido 14-12-2021. <https://cutt.ly/BvZ25T9>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. 2019. *Ficha de monitoreo 2017-2018: Seguro Popular*. México: CONEVAL.
- Consejo Nacional de Población. s.f. “Indicadores demográficas de México 1950-2050”. Accedido 19-01-2021. <https://cutt.ly/ScJh1ub>.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, CP, Diario Oficial de la Federación [DOF] 05-02-1917, últimas reformas DOF 25-02-2021 (Mex.).
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la LGS y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, Diario Oficial de la Federación [DOF] 29-11-2019 (Mex.).
- DeLeon, Peter. 1978. “Public policy termination: an end and beginning”. *Policy Analysis Review*: 369-372.
- DeLeon, Peter. 1983. “Policy evaluation and program termination”. *Review of policy research* 2 (4): 631-647.
- Estatuto Orgánico del INSABI, Diario Oficial de la Federación [DOF] 19-11-2020 (Mex.).
- Flamand, Laura, y Carlos Moreno. 2014. *Seguro Popular y federalismo en México: Un análisis de políticas públicas*. México: CIDE.
- Fontaine, Guillaume. 2015. *El análisis de políticas públicas: conceptos, teorías y métodos*. España: Anthropos Editorial- FLACSO.
- Frenk, Julio., Tomás Freika, y José Bobadilla. 1991. “La transición epidemiológica en América Latina”. *Bol of saint panam* 111 (6): 485-496.
- Geva-May, Iris. 2005. *Thinking like a policy analyst: Policy analysis as a clinical profession*. Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- Gobierno de México. 2020. *Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa*. México: Secretaría de Salud.
- Gobierno de México. s.f. “Instituto de Salud para el Bienestar”. Accedido 05-01-2021. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>.
- Gobierno de México. s.f. “Valuaciones actuariales”. Accedido 25-01-2021. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/valuaciones-actuariales>.

- González, Eduardo. 2006. *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México: SS-Fondo de Cultura Económica.
- Grupo Funcional Desarrollo Social. 2018. *Informe Individual del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2017*. México: Grupo Funcional de Desarrollo. <https://cutt.ly/MnCN7WE>.
- Howlett, Michael, y Raúl Lejano. 2013. "Tales from the Crypt: The Rise and Fall (and Re-Birth?) of Policy Design Studies". *Administration and Society Review* 45: 356-380
- Ingraham, Patricia. 1987. "Toward more systematic consideration of policy design". *Policy Studies Journal* 15 (4): 611-628.
- Instituto de Salud para el Bienestar. 2020. *66 intervenciones*. México: INSABI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información. 2001. *Indicadores sociodemográficos de México: 1930-2000*. México: INEGI. <https://cutt.ly/5xiyOSV>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información. 2016. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información. 2021. *Presentación de resultados del Censo de población y vivienda*. México: INEGI. <https://cutt.ly/zxiuuga>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información. 2021. *Censo de Población y Vivienda 2020*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información. s.f. *Presentación de resultados de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2017*. México: INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/eness/2017/>.
- Instituto Nacional Electoral TV. 2018. "Tercer Debate Presidencial #Elecciones2018". Youtube, 12 de junio de 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=Gy8t1AtWIuE>.
- Instituto Nacional Electoral. s.f. "Cómputos distritales 2018: elecciones federales". Accedido 10-02-2021. <https://computos2018.ine.mx/#/presidencia/nacional/1/1/1/1>.
- Jaramillo, Martha. 2007. "La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos". *Revista gerencia y políticas de salud* 6 (13): 85-111.
- Kanul, Felicia., Héctor Arreola, Oscar Méndez, David Lugo, y Rebeca Wong. 2018. "Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México: 2004-2012". *Revista de Salud Pública* 18 (60): 130-140.

- Lasswell, Harol. 1971. *A preview of policy sciences*. Estados Unidos de América: American Elsevier.
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales [LFEP], Diario Oficial de la Federación [DOF] 14-05-1986, últimas reformas DOF 01-03-2019 (Mex.).
- Ley General de Salud [LGS], Diario Oficial de la Federación [DOF] 07-02-1984, últimas reformas DOF 29-11-2019 (Mex.).
- Linder, Stephen, y Guy Peters. 1988. “The Analysis of Design or the Design of Analysis?”. *Policy Studies Review* 7 (4): 738-750.
- Lopes, Neide. 1973. “Transición demográfica: ¿Resumen histórico o teoría de población?”. *Demografía y Economía* 1 (2): 86-95.
- López Obrador, Andrés Manuel. 2017. *2018: La salida*. México: Planeta.
- López Obrador, Andrés Manuel. 2018. “Discurso completo de AMLO desde la plancha del Zócalo”. Aristegui Noticias. 2 de julio de 2018, video, 20:05, <https://aristeguinoticias.com/0207/mexico/discurso-completo-de-amlo-desde-la-plancha-del-zocalo-video/>.
- Merino, Mauricio. 2008. “La importancia de ética en el análisis de las políticas públicas”. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* (41): 5-32.
- Merino, Mauricio. 2009. *Enfoques de política pública*. México: CIDE.
- Modificación a la lista actualizada de las enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, Diario Oficial de la Federación [DOF] 26-06-2018 (Mex.).
- Mokate, Karen. 1999. *Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir?*. Chile: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Omran, Abdel. 1971. “The epidemiology transition: A theory of the epidemiology of population change”. *Milbank Mem Fund Q* 49 (4): 509-538.
- Organización Internacional del Trabajo. s.f. “Hechos concretos sobre la seguridad social. OIT”. Accedido 04-01-2021. <https://cutt.ly/nnZWHD1>.
- Organización Mundial de la Salud. 1998. *Promoción de la Salud: Glosario*. Chile: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2000. *The world health report: 2000*. Francia: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2010. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos*. Suiza: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. 2018. “Envejecimiento y salud”. Accedido 03-02-2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
- Organización Mundial de la Salud. s.f. “Enfermedades infecciosas”. Accedido 06-02-2021. https://www.who.int/topics/infectious_diseases/es/.
- Organización Mundial de la Salud. s.f. “Enfermedades no transmisibles”. Accedido 06-02-2021. <https://cutt.ly/qnZWXb5>.
- Ortiz, Alfredo y Guillermo Rivero. s.f. “Desmitificando la teoría del cambio”. Accedido 03-03-2021. <https://cutt.ly/ynZWN0s>.
- Pérez, Gabriela. y Claudia Maldonado. 2020. *Antología sobre evaluación de impacto: conceptos y debates sobre causalidad, rigor y validez*. México: CIDE.
- Presidencia de México. s.f. “100 compromisos del presidente Andrés Manuel López Obrador”. Accedido 07-03-2021. <https://presidente.gob.mx/100-compromisos-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-a-un-ano-del-triunfo/>.
- Proceso. s.f. “López Obrador y gobernadores del sur-sureste firman convenio para federalizar salud”. Accedido 08-03-2021. <https://cutt.ly/7cJvKXe>.
- Reglas de operación del Fideicomiso del SPSS [ROFSPSS], Diario Oficial de la Federación [DOF] 16-11-2004, últimas reformas DOF 22-01-2018 (Mex.).
- Reglas de operación del Fondo de Salud para el Bienestar [ROFONSABI], Diario Oficial de la Federación [DOF] 7-10-2020 (Mex.)
- Rolland, Vidar y Paul Roness. 2012. “Foundings and Terminations: Organizational Change in the Norwegian State Administration”. *International Journal of Public Administration* 35 (12): 1947–2011.
- Sánchez Ruiz, Enrique. 2004. *Comunicación y Democracia*. México: INE.
- Schumpeter, Joseph. 1983. *Capitalismo, socialismo y democracia*. México: Orbis.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 2019. *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2020: Análisis funcional programático económico*. México: SHCP.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. s.f. “Criterios generales de política económica para la iniciativa de ley de ingresos y el proyecto de presupuesto de egresos de la federación correspondientes al ejercicio fiscal 2019”. Accedido 11-03-2021. <https://cutt.ly/TnZW21R>.

- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. s.f. “Presupuesto de Egresos de la Federación 2020”.
Accedido 11-03-2021. <https://cutt.ly/jxsuUxG>.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. s.f. “Presupuesto de Egresos de la Federación 2021”.
Accedido 11-03-2021. <https://cutt.ly/TxsuSFb>.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. s.f. “Proyecto de presupuesto de egresos de la
federación: exposición de motivos”. Accedido 10-03-2021, <https://cutt.ly/hnZZSab>.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1984. *Programa Nacional de Salud*. México: Poder
Ejecutivo.
- Secretaría de Salud. 1984. *Compendio histórico de estadísticas vitales 1893-1983 (33 Tomos)*.
México: Gobierno Federal.
- Secretaría de Salud. 2019. *Programa Sectorial de Salud 2019-2024*. México: Gobierno de
México.
- Secretaría de Salud. 2020. *Programa Institucional 2020-2024 del INSABI*. México: Gobierno
de México.
- Secretaría de Salud. s.f. “Sistema de información de la secretaría salud: causas de defunción”.
Accedido 13-02-2021. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>.
- Senado de la República. 2020. “Aprobado: concentrarán en Tesofe 33 mmdp del Fondo de Salud
para el Bienestar”. *Boletín 363*. <https://cutt.ly/lcJQIn>.
- Serra, Andrés. 1977. *Derecho administrativo: doctrina, legislación y jurisprudencia*. México:
Miguel Ángel Porrúa.
- Sistema de Administración Tributaria. s.f. “Recaudación: Ingresos tributarios del Gobierno
Federal”. Accedido 14-03-2021. <https://cutt.ly/uvwWpxR>.
- Sistema de Información Legislativa. s.f. “Paquete económico”. Accedido 08-02-2021.
<http://sil.gobernacion.gob.mx/Glosario/definicionpop.php?ID=174>.
- Taplin, Dana. y Helene Clark. 2012. *Theory of change basics: a primer on theory of change*.
Estados Unidos de América: ActKnowledge.
- Therborn, Göran. 1990. “Existen verdaderamente (amenazas contra) las democracias?”. En
Política. Teoría y métodos, compilado por Edelberto Torres-Rivas. Costa Rica: Editorial
Universitaria Centroamericana/FLACSO.
- Thompson, Warren. 1958. *Population and Peace in the Pacific*. Estados Unidos de América:
University of Chicago Press.

Tobar, Federico. 2010. "La salud como un activo económico". *Revista [I] salud* 5 (21): 54-56.

Anexos

Anexo 1. Codificación de entrevistas

Código	Tipo de entrevista	Profesión	Ciudad	Fecha
01_TN	Semiestructurada	Medicina	Ciudad de México	22/01/2021
05_FP	Semiestructurada	Administración	Ciudad de México	23/01/2021
04_EX	Semiestructurada	Medicina	Ciudad de México	29/01/2021
02_TN	Semiestructurada	Medicina	Ciudad de México	02/02/2021
03_TN	Semiestructurada	Medicina	Ciudad de México	05/02/2021
06_FP	Semiestructurada	Administración	Ciudad de México	09/03/2021

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Cuestionario utilizado en las entrevistas

1. En primer lugar me gustaría, que me contara ¿si este instituto tiene un acuerdo de colaboración para atender a pacientes del INSABI, es decir es un prestador de servicios?
2. Este Instituto, fue tomado en cuenta por el INSABI para su diseño o para manifestar inconformidades con el Seguro Popular en aras de mejorar la atención de enfermedades del tercer nivel?
3. De acuerdo a su experiencia en el instituto ¿Cuál considera que eran los errores o áreas de oportunidad que tenía el Seguro Popular en la atención de enfermedades que generan gastos catastróficos? ¿Qué le hubiera gustado que cambiara?
4. ¿Cómo ha sido la transición del Seguro Popular al INSABI para el Instituto, específicamente en la atención de enfermedades que ocasionan gastos catastróficos?
5. Aproximadamente, ¿Qué porcentaje de los pacientes atendidos provienen del INSABI o provenían del seguro popular?
6. ¿Qué tan dependiente era el instituto del apoyo financiero que otorgaba el Seguro Popular mediante el Fondo de Atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos?

7. Además de las reglas de operación del INSABI que son públicas, ¿le han entregado otro tipo de documentos como protocolos, manuales o boletines relacionados a los cambios fundamentales que plantea esta política?

8. Una de las diferencias entre el Seguro Popular y el INSABI en la transferencia de los apoyos provenientes del Fondo de Atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos, es que ahora en lugar de transferir recursos monetarios por paciente atendido se transferirán los medicamentos e insumos necesarios por paciente atendido. ¿Qué retos considera que traerá este cambio para su Instituto? ¿Ustedes realizan proyecciones acerca de la intervenciones o tratamientos que realizaran año con año?

9. Para comprobar que los insumos y medicamentos fueron utilizados adecuadamente por su Instituto, de acuerdo a la regla 35 de las Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar (correspondiente a la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos), la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamento implementara el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (que es una herramienta informática digital) en donde los prestadores de servicios, en este caso su Instituto, deberán subir digitalmente las notas medicas y hojas de enfermería en donde se muestren los medicamentos y demás insumos asociados utilizados. ¿Qué cambios implica para el Instituto esta nueva normatividad? ¿Se plantea abrir una nueva área encargada de hacer esta tarea o ya tiene en mente a que área existente se le encomendara esta tarea?

10. Personal de la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamento, han tenido comunicación con ustedes para plantear la manera en que se implementara la nueva normatividad para otorgar apoyos financieros con cargo a la Subcuenta del Fondo denominada Atención de Enfermedades que provocan gastos catastróficos?

11. ¿Considera que lo planteado por el INSABI, facilita la labor del Instituto, es decir con las medidas tomadas cree que más gente sin seguridad social reciba más y mejores atenciones correspondientes al tercer nivel?

12. Por último, tomando en cuenta lo que va del proceso y el contexto sanitario que estamos viviendo, ¿Qué le gustaría que fuera diferente? ¿Qué parte de este proceso de implementación y de diseño le gustaría que cambiara? ¿Cuáles creen que son los límites del INSABI en la atención de enfermedades que generan gastos catastróficos?