



Universidad Autónoma
del Estado de México

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

***“Eficiencia y gestión pública en el sistema de salud del
Estado de México, a partir de las políticas implementadas
por la Cuarta Transformación (2018–2025)”***

TESIS

Que para optar por el título de
Licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública

Presenta
Tania Rendon Ortiz

Directora
Dra. en E.P. Rosa Patricia Reyes Román

Toluca, Estado de México, julio de 2026.



ÍNDICE

Introducción	5
CAPÍTULO I	9
Fundamentos teóricos y dimensiones analíticas para el estudio de la eficiencia en la gestión pública del sistema de salud mexiquense	9
1.1 Salud como construcción multidimensional del bienestar	11
1.2 Salud pública como respuesta social organizada al bienestar colectivo.....	12
1.3 Políticas públicas: decisiones estatales que estructuran el derecho a la salud	13
1.4 El institucionalismo como enfoque de las ciencias sociales	15
1.4.1 Instituciones, reglas y prácticas: el institucionalismo como clave para entender la operación real del sistema de salud	16
1.5 Una mirada a las teorías públicas del sector salud en México	17
Comentarios finales del capítulo.....	20
CAPÍTULO II	21
Evolución histórica del sistema de salud mexicano y su configuración en México	21
2.1 Antecedentes del sistema de salud mexicano (antes de 1940).....	21
2.2 Construcción del sistema de salud (1940-1970)	22
Origen del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	24
2.3 Expansión, descentralización e intentos de universalización del sistema de salud (1970–2000).....	30
2.4 Evolución reciente del sistema de salud mexicano (2000–2025).....	32
2.5 Antecedentes del Sistema de Salud en el Estado de México.....	36
2.5.1 Coexistencia institucional y concentración de servicios	37
2.5.2 Presión demográfica y demanda hospitalaria	37
Comentarios finales del capítulo.....	39
CAPÍTULO III.....	41

Una probadita a la configuración política y territorial y población del Sistema de Salud en el Estado de México	41
3.1 Mucha gente, poca calma: el peso demográfico del Estado de México en el sistema de salud	42
3.2 Contexto político-administrativo (Gobierno de Morena, 2018–2026).....	43
3.3 ¿Quién manda aquí? La arquitectura política del sistema de salud mexiquense.....	44
3.4 El mapa no miente: cómo se distribuyen (y concentran) los servicios de salud en el Estado de México	45
3.5 No todas las personas llegan igual: desigualdades territoriales en el acceso a la salud	48
3.6 Muchos sistemas, un solo paciente: la fragmentación institucional en el Estado de México	49
3.7 Planear sin adivinar: decisiones, recursos y prioridades en salud estatal	51
3.8 Toluca no duerme: el Valle como nodo sanitario regional.....	52
3.9 Lo que el territorio revela del sistema.....	53
3.10 La realidad alcanza al diseño: retos actuales del sistema de salud mexiquense.....	54
3.11 Vinculación teórica-metodológica.....	56
3.12 El Hospital General Regional No. 220 como microsistema institucional del estudio	57
Comentarios finales del capítulo.....	58
CAPÍTULO IV	60
Del diseño institucional a la realidad: metodología y análisis empírico	60
4.1 Estrategia metodológica	61
4.3 Limitaciones en el acceso a la información y opacidad institucional.....	63
4.4 Recursos humanos	66
4.3 Infraestructura y presupuestos	69
4.4 Perfil de la demanda y principales causas de atención	71

4.5 Especialidades médicas del Hospital	72
4.6 Marco institucional y realidad operativa del Hospital General Regional No. 220	73
4.6.1 Información oficial y capacidad de evaluación del hospital	74
4.6.2 ¿Qué está ocurriendo en la práctica cotidiana del hospital?	75
4.7 Cuando las reglas existen, pero no gobiernan: una lectura institucional del HGR No. 220	77
4.8 Las fallas que no son errores: anatomía de un arreglo institucional	78
4.8.1 Planeación y organización institucional	78
4.8.2 Gestión de recursos humanos	79
4.8.3 Gestión de la infraestructura y capacidad instalada	79
4.8.4 Gestión presupuestal y rendición de cuentas	79
4.8.5 Evaluación de programas y políticas internas	80
4.9 ¿Por qué es interesante realizar una mirada general? Lo que se puede observar sin pisar el hospital	80
4.10 La Ciencia Política frente a la implementación incómoda	81
Conclusión	85
Bibliografía	88

Introducción

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito analizar la eficiencia de la gestión pública en el sistema de salud mexiquense a partir de un análisis documental de las políticas implementadas durante la Cuarta Transformación (2018–2025). El estudio pretendió comprender cómo es que las estrategias y lineamientos formulados por las autoridades sanitarias buscan enfrentar los retos del sector salud, especialmente en términos de cobertura, calidad, eficiencia y acceso a los servicios médicos en el Estado de México, identificando los principales desafíos administrativos, humanos y materiales que aportan o afectan su efectividad.

Asimismo, se analizó si los programas y reformas implementados durante este periodo plasmados en la ley cumplen con sus objetivos de eficiencia, equidad y fortalecimiento institucional, o si existen evidencias que muestran brechas entre la intención gubernamental y los resultados observables.

El interés central de este estudio radica en identificar los factores que impactan el diseño de políticas vinculadas con la aplicación efectiva de las políticas de salud e insumos analíticos para optimizar la gestión pública y la prestación de servicios sanitarios. Mediante este análisis se busca presentar una mirada crítica y propositiva sobre la eficiencia de las políticas de salud en México, considerando las reformas recientes¹ y la necesidad de garantizar un acceso oportuno y de calidad a la atención médica para la población.

Por lo tanto, la pregunta de investigación la cual pretende responder esta investigación es la siguiente: ¿Cómo las reglas formales e informales condicionan los servicios de salud públicos en el Estado de México?, en concreto, en el Hospital Regional IMSS No 220 "General José Vicente Villada", del cual estoy refiriendo este caso de estudio.

Desde la ciencia política y la administración pública, este tema es de gran relevancia porque permite analizar el papel del Estado en la planeación, ejecución y evaluación de las políticas de salud. Estudiar la gestión pública en el sector sanitario implica revisar cómo las decisiones gubernamentales, la estructura institucional y los procesos administrativos influyen directamente en la calidad de los servicios médicos. Además, este enfoque brinda herramientas analíticas para

¹ Las reformas recientes a las que se hace referencia incluyen, principalmente: la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2019; las reformas a la Ley General de Salud orientadas a garantizar la gratuidad de los servicios médicos y medicamentos; la desaparición del INSABI y la transferencia de sus funciones al programa IMSS-Bienestar a partir de 2023; así como el proceso de federalización de los servicios de salud estatales y el fortalecimiento del modelo de atención primaria impulsado durante la Cuarta Transformación.

proponer estrategias orientadas a la transparencia, eficiencia y uso racional de los recursos públicos, buscando fortalecer la confianza ciudadana en las instituciones.

El estudio se centrará particularmente en el análisis del “Hospital General José Vicente Villada”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en Toluca, Estado de México, con el objetivo de analizar los servicios de salud pública en el Estado de México mediante la identificación de las reglas formales e informales que intervienen en su implementación, para explicar las estrategias de salud impulsadas durante el gobierno de la Cuarta Transformación.

La metodología empleada fue de tipo documental, basada en la revisión, análisis e interpretación de fuentes oficiales, informes gubernamentales, marcos normativos, artículos académicos e información que brinda la Unidad de Transparencia de IMSS. Este enfoque permitirá establecer un panorama que brindará sustento al diagnóstico sobre la eficiencia de las políticas implementadas durante el periodo de estudio; no obstante, es importante señalar que el desarrollo del presente estudio enfrentó limitaciones relacionadas con el acceso a información concreta y actualizada sobre los datos reales del hospital. Es importante señalar que se identificaron dificultades para obtener registros verificables sobre recursos humanos, infraestructura y resultados en la prestación de servicios de salud, lo que limita la posibilidad de realizar un análisis empírico más profundo. Estas limitaciones se asocian principalmente a la disponibilidad restringida de información pública, a los tiempos de respuesta institucional y a los criterios de confidencialidad aplicables en el ámbito hospitalario. Sin embargo, dicha situación refuerza la pertinencia del enfoque documental adoptado, al permitir analizar el diseño normativo, programático y discursivo de las políticas de salud, así como contrastarlo con la información accesible, evidenciando posibles brechas entre la planeación institucional y la realidad operativa.

De esta manera, se busca contribuir a la comprensión crítica del desempeño institucional, proporcionando elementos que favorezcan la reflexión sobre la eficacia y coherencia de las políticas públicas implementadas en el sector salud durante el periodo analizado.

Cabe resaltar que el interés central de esta investigación consiste en contribuir al análisis de la eficiencia institucional del sistema de salud mediante el estudio de un caso específico. A partir de la revisión documental y del enfoque institucionalista adoptado, se busca identificar los factores organizacionales, normativos y administrativos que influyen en la capacidad de respuesta de los servicios de salud, así como las posibles brechas entre el diseño de las políticas públicas y su implementación en el ámbito hospitalario.

La atención médica no es un privilegio ni una concesión institucional, y, por tanto, debe ser garantizada por el Estado; por ello, cualquier forma de injusticia o desigualdad que se reproduzca en este sector no puede ser normalizada ni tolerada.

No debe ser de relevancia quién sea la persona que recibe la atención; el trato debe ser siempre digno, oportuno y humano, ya sea que se trate de una persona mayor, una niña, un niño o un joven, y con mayor razón cuando se enfrenta a una situación de urgencia. En este sentido, resulta indispensable que el personal de salud cuente con la capacitación necesaria para responder de manera adecuada; pero también es responsabilidad directa del Estado garantizar que los hospitales dispongan de los recursos humanos, materiales y administrativos suficientes para atender las necesidades que diariamente enfrenta la población.

La presente investigación se encuentra organizada en cuatro capítulos, además de una introducción y conclusiones generales. En la introducción se plantea el problema de investigación, la relevancia del estudio, los objetivos y el enfoque analítico que orienta el trabajo.

El **capítulo 1** desarrolla los fundamentos teóricos y conceptuales que sustentan la investigación. En este apartado se abordan las nociones de salud como derecho social, las políticas públicas como instrumentos de acción estatal y el institucionalismo como marco analítico central para comprender la distancia entre el diseño formal de las políticas y su implementación real. Asimismo, se revisan algunas teorías relevantes aplicadas al sector salud en México, con el fin de establecer las categorías analíticas que guiarán el estudio.

El **capítulo 2** ofrece un recorrido histórico-institucional del sistema de salud en México, destacando los principales procesos de construcción, expansión y reforma del aparato sanitario. Se analizan los antecedentes del sistema nacional y del sistema de salud en el Estado de México, así como la evolución de la seguridad social, la segmentación institucional y los intentos de universalización, desde el Seguro Popular hasta la transición al INSABI y al modelo IMSS-Bienestar. Este capítulo permite contextualizar los problemas estructurales que inciden en el funcionamiento actual de las instituciones de salud.

El **capítulo 3** se centra en la configuración política y territorial del sistema de salud en el Estado de México. A partir del análisis del peso demográfico, la arquitectura político-administrativa, la distribución territorial de los servicios y las desigualdades en el acceso a la atención, se muestra cómo el territorio, la fragmentación institucional y la concentración de la demanda condicionan la operación de los servicios hospitalarios. Este capítulo funciona como un puente analítico entre el nivel macro del sistema y el estudio de caso desarrollado posteriormente.

El **capítulo 4** presenta la estrategia metodológica y el análisis empírico del estudio de caso del Hospital General Regional No. 220 “Gral. José Vicente Villada” del IMSS, en Toluca, Estado de México. A partir de información documental y datos proporcionados por la Unidad de Transparencia del IMSS, se analizaron los recursos humanos, la infraestructura, el presupuesto, el perfil de la demanda y las especialidades médicas del hospital. El capítulo contrasta el marco normativo e institucional con la realidad operativa de la unidad, identificando deficiencias estructurales desde una perspectiva institucionalista. Finalmente, se reflexiona sobre la pertinencia de realizar análisis a escala micro, la relevancia de estos casos para la Ciencia Política y los retos que plantean las reformas recientes en materia de salud.

CAPÍTULO I

Fundamentos teóricos y dimensiones analíticas para el estudio de la eficiencia en la gestión pública del sistema de salud mexiquense

El presente capítulo busca observar de manera documental la eficiencia y la gestión pública del sistema de salud mexiquense, con el propósito de comprender cómo se han diseñado y aplicado las políticas sanitarias en los últimos años en el Estado de México. Es importante identificar los elementos institucionales, organizativos y administrativos que intervienen en su funcionamiento, sin emitir juicios previos sobre sus resultados, sino construyendo un marco de referencia que permita valorar su desempeño con base en evidencia científica, rigurosa y verificable.

De esta forma, el estudio adquiere relevancia social, institucional y académica al ofrecer una visión fundamentada sobre la forma en que las políticas públicas en materia de salud se implementan y gestionan a partir del periodo a analizar. Al mismo tiempo, pretende aportar elementos de análisis que contribuyan a la comprensión de la eficiencia gubernamental y de los desafíos institucionales asociados al cumplimiento efectivo del derecho a la salud para la población mexiquense.

Durante el periodo de la Cuarta Transformación (2018–2025), se han implementado políticas públicas con la finalidad de fortalecer la atención médica y mejorar la gestión institucional.

Diversos autores han señalado la importancia de integrar marcos conceptuales sólidos para el análisis de políticas públicas en salud. Por ejemplo, Gómez-Dantés (2006) subraya que la eficiencia debe analizarse no sólo como resultado administrativo, sino como parte de una estructura institucional que condiciona la operación cotidiana de los servicios de salud. Asimismo, textos como *“Eficiencia del Gasto Público en Salud”* (UNAM, 2014) destacan que la eficiencia debe evaluarse mediante indicadores claros de desempeño, capacidad resolutive y administración de insumos.

Por otro lado, la eficiencia y la gestión pública en salud deben analizarse desde una perspectiva multidimensional que considere la estructura institucional, los procesos operativos, el uso de los recursos financieros y los resultados obtenidos en términos de calidad y cobertura de los servicios (Arredondo & González, 2011). Dimensión institucional (estructura, organización y normatividad).

1. Dimensión operativa (procesos, capacidad instalada, personal e insumos).

2. Dimensión financiera (recursos, gasto y sostenibilidad).
3. Dimensión de resultados (calidad, cobertura, oportunidad y percepción ciudadana).

Estas dimensiones permiten articular un marco para evaluar la distancia entre el diseño institucional y la práctica cotidiana. Autores como Márquez (2018) y Arredondo & González (2011) enfatizan que un análisis de eficiencia debe considerar las tensiones² entre la planeación gubernamental y la realidad operativa de los servicios de atención.

Con base en lo anterior, esta investigación adopta la eficiencia y la gestión pública como dimensiones centrales del análisis, desde las cuales se examinan los avances, limitaciones y desafíos del sistema de salud en el periodo de la Cuarta Transformación (2018–2025).

Esta perspectiva permitirá observar si las políticas implementadas logran traducirse en acciones efectivas dentro del Hospital 220 del IMSS, que representa un microsistema institucional en un plano subnacional con mirada local y territorial de la política pública.

Con base en estas dimensiones analíticas, la eficiencia institucional será observada empíricamente a través de cuatro ejes de análisis desarrollados en el capítulo IV: recursos humanos, infraestructura, presupuesto y perfil de la demanda. Los recursos humanos y la infraestructura se vinculan con la dimensión operativa, al reflejar la capacidad instalada y la disponibilidad de personal para la prestación de servicios. El presupuesto se relaciona con la dimensión financiera, al permitir evaluar la suficiencia y utilización de recursos económicos. Finalmente, el perfil de la demanda y las principales causas de atención corresponden a la dimensión de resultados, ya que muestran las presiones que enfrenta la institución y su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población usuaria.

Por otro lado, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2024), el gasto público en salud ha representado entre 2.5 % y 3 % del Producto Interno Bruto (PIB), cifra que se mantiene por debajo del promedio recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), que

² Estas dimensiones permiten articular un marco para evaluar la distancia entre el diseño institucional y la práctica cotidiana de los servicios de salud. En este sentido, autores como Márquez (2018) y Arredondo y González (2011) señalan que el análisis de la eficiencia implica considerar diversas tensiones, tales como la discrepancia entre la planeación normativa y la capacidad institucional real; la asignación presupuestal frente a las necesidades operativas; la definición de metas e indicadores en contraste con las condiciones efectivas de trabajo; así como la aplicación de políticas centralizadas en contextos locales con características diferenciadas.

sugiere un mínimo de 6 % para garantizar una cobertura universal efectiva. Esta baja inversión se refleja en la falta de mantenimiento de hospitales, la saturación de servicios, especialmente en áreas de urgencias, y la carencia de medicamentos e insumos médicos.

Asimismo, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2023) ha señalado que más del 35% de la población mexicana a nivel federal enfrenta algún tipo de carencia por acceso a servicios de salud, lo que evidencia la realidad entre las políticas públicas y la cobertura real. A esto se suma la escasez de personal médico: según la Secretaría de Salud (2023), México cuenta con 2,4 médicos por cada mil habitantes, mientras que la OMS recomienda un mínimo de 4,5.

1.1 Salud como construcción multidimensional del bienestar

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo del tiempo, adaptándose a los cambios sociales, culturales y científicos de cada época. En sus inicios, la salud se entendía como la ausencia de enfermedad o padecimiento físico, una visión reduccionista centrada en el cuerpo y en la medicina curativa (Menéndez, 2018). Sin embargo, este enfoque resultó insuficiente para explicar las condiciones que influyen en el bienestar de las personas y en su relación con el entorno social.

Uno de los referentes más importantes en la definición contemporánea de salud es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), que la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición amplió el panorama de la salud al incluir dimensiones psicológicas y sociales, reconociendo que los determinantes del bienestar humano trascienden los aspectos biológicos.

Con el paso del tiempo, autores han cuestionado y complementado esta definición por considerarla idealista o poco real, ya que el “completo bienestar” puede ser inalcanzable para gran parte de la población. En este sentido, la salud se ha reinterpretado como un proceso dinámico, que depende de las condiciones de vida, las oportunidades sociales y el acceso a servicios de atención (Breilh, 2010). Desde esta perspectiva, la salud no es un estado estático, sino una construcción social influida por factores económicos, culturales, ambientales y políticos.

En México, de acuerdo con la Secretaría de Salud (2023), la salud pública se entiende como el conjunto de acciones del Estado y de la sociedad orientadas a prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover el bienestar físico y mental de la población. Esta visión integra la participación institucional con la

responsabilidad ciudadana, haciendo énfasis en el papel de las políticas públicas para garantizar condiciones de equidad y acceso universal a los servicios.

En el ámbito de las ciencias sociales, el concepto de salud también se analiza como un reflejo del grado de desarrollo y justicia social de un país. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2023), la salud es un componente esencial del bienestar, ya que su carencia limita el ejercicio de otros derechos y profundiza las desigualdades.

La salud en México debe entenderse como un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales. Este enfoque reconoce que el estado de salud de una persona no depende únicamente de la ausencia de enfermedad, sino de las condiciones de vida, el bienestar emocional y las oportunidades socioeconómicas disponibles (OMS, 2006). En este sentido, los determinantes sociales de la salud como el ingreso, la educación, la vivienda, la alimentación, el trabajo y la seguridad social influyen directamente en el bienestar de las poblaciones.

Desde el marco normativo, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud establecen que la salud es un derecho humano fundamental que el Estado debe garantizar bajo principios de equidad, accesibilidad y calidad (Secretaría de Salud, 2020). Este fundamento jurídico orienta las políticas públicas y la planeación institucional en entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social.

No obstante, el sistema de salud mexicano enfrenta desafíos estructurales, como la inequidad en el acceso, la fragmentación institucional, la saturación de los servicios de urgencias y las presiones derivadas de la transición epidemiológica (Frenk & Gómez-Dantés, 2018). Estos factores generan brechas entre el diseño de las políticas públicas y su implementación en el funcionamiento del sistema sanitario.

1.2 Salud pública como respuesta social organizada al bienestar colectivo

La salud pública se concibe como el conjunto de acciones colectivas orientadas a proteger y mejorar la salud de la población. Según Winslow (1920), se trata de “la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”. Esta definición clásica resalta el carácter social y preventivo de la salud pública, en contraste con la atención individual que caracteriza a la medicina clínica.

En este sentido, la salud pública implica no solo la prestación de servicios médicos, sino también la planeación, gestión y evaluación de políticas que incidan

en los determinantes sociales de la salud. Frenk (1997) plantea que el sistema de salud debe entenderse como una respuesta social organizada a los problemas de salud de la población, donde intervienen instituciones, recursos y políticas que buscan alcanzar equidad, eficiencia y calidad en la atención. Así, la salud pública constituye un campo esencial para analizar la efectividad de las políticas públicas y su impacto real en la población, ya que permite observar cómo las decisiones gubernamentales se traducen en acciones concretas que influyen en el bienestar colectivo. A través del estudio de la salud pública, es posible evaluar si las estrategias del Estado realmente contribuyen a mejorar las condiciones de vida, reducir las desigualdades sociales y garantizar el acceso equitativo a los servicios sanitarios (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

Desde esta perspectiva, la salud pública se convierte en un indicador del desempeño gubernamental, pues refleja la capacidad del Estado para planificar, administrar recursos, coordinar personal y responder a las necesidades sociales de manera oportuna y eficaz (Secretaría de Salud, 2023). En este sentido, analizar la salud pública permite valorar el grado de eficiencia, equidad y sostenibilidad de las políticas implementadas, así como las diferencias existentes entre los objetivos institucionales y los resultados observados en la práctica (CONEVAL, 2023).

1.3 Políticas públicas: decisiones estatales que estructuran el derecho a la salud

El concepto de política pública constituye uno de los pilares fundamentales del análisis gubernamental contemporáneo, ya que representa el conjunto de decisiones, acciones e instrumentos que los gobiernos implementan para responder a problemas públicos específicos. De acuerdo con Aguilar Villanueva (2016), una política pública puede entenderse como “un proceso integral mediante el cual el Estado identifica, diseña, ejecuta y evalúa soluciones a las demandas sociales que surgen de la interacción entre el gobierno y la ciudadanía”. En este sentido, la política pública no se limita a la formulación de programas, sino que implica un proceso continuo que abarca desde la definición del problema hasta la evaluación de los resultados.

En el ámbito de la salud pública, las políticas se orientan a garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud (artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), por lo que constituyen una función esencial del Estado mexicano. Estas políticas reflejan las prioridades ideológicas y presupuestarias de cada administración. En el caso del gobierno de Morena (2018–2025), se han centrado en la universalización de los servicios, la gratuidad y la equidad, plasmadas en la creación de programas como el (INSABI) y el

fortalecimiento del IMSS-Bienestar (Secretaría de Salud, 2021). Sin embargo, como señalan Roth (2018) y Velasco (2020), el éxito de una política pública depende de la coherencia entre su diseño institucional y su implementación práctica, lo que en el sector salud mexicano sigue representando un desafío constante.

El análisis de las políticas públicas en salud requiere considerar los principios que guían la acción del Estado mexicano en esta materia. De acuerdo con el marco constitucional y los lineamientos de la Secretaría de Salud, los pilares fundamentales del sistema son la universalidad, la equidad, la calidad y la prevención (Secretaría de Salud, 2020; OPS, 2019). Estos principios orientan³ tanto el diseño institucional como la operación cotidiana de los servicios de salud, incluidos los del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La universalidad implica que todas las personas deben tener acceso a servicios de salud sin importar su condición social, económica o laboral, siendo un derecho garantizado en el artículo 4° constitucional (Secretaría de Gobernación, 1917). Por su parte, la equidad se refiere a la distribución justa de recursos y oportunidades, reconociendo que distintos grupos poblacionales requieren apoyos diferenciados para alcanzar niveles similares de bienestar (Marmot, 2005).

El principio de calidad exige que los servicios se proporcionen de manera eficiente, segura y con estándares profesionales adecuados, de modo que las instituciones aseguren procesos efectivos y resultados de salud positivos (Frenk & Gómez-Dantés, 2018). Finalmente, la prevención es un eje estratégico orientado a reducir riesgos, controlar enfermedades y promover estilos de vida saludables mediante acciones anticipadas y políticas de salud pública de largo plazo (OPS, 2019).

La incorporación de estos principios es particularmente relevante para el análisis de su cumplimiento, específicamente en este sector, donde las dificultades ponen a prueba la universalidad, la equidad, la calidad de la atención y la capacidad preventiva del sistema. Presentarlos permite comprender los criterios normativos bajo los cuales debería evaluarse la efectividad de la política pública en salud.

³ El análisis de las políticas públicas en salud requiere considerar los principios que guían la acción del Estado mexicano en esta materia. De acuerdo con el marco constitucional y los lineamientos de la Secretaría de Salud, los pilares fundamentales del sistema son la universalidad, la equidad, la calidad y la prevención (Secretaría de Salud, 2020; OPS, 2019). Estos principios orientan el diseño institucional al definir los criterios de cobertura, asignación de recursos, normatividad y organización de los servicios, y se reflejan en la operación cotidiana mediante la ampliación del acceso, la focalización de la atención hacia poblaciones con mayores necesidades, la estandarización de procesos clínicos y la priorización de acciones preventivas, incluidos los servicios prestados por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para efectos de esta investigación, los principios analíticos centrales serán universalidad, equidad, calidad y eficiencia. La transparencia y sostenibilidad serán consideradas dimensiones complementarias de la gestión pública.

1.4 El institucionalismo como enfoque de las ciencias sociales

Esta teoría sostiene que las instituciones, entendidas como reglas formales e informales, rutinas, valores, procedimientos y estructuras organizacionales, moldean profundamente el comportamiento de los actores y el funcionamiento de las organizaciones públicas. A diferencia de teorías que explican la acción pública únicamente a partir de decisiones racionales, intereses individuales o condiciones económicas, el institucionalismo pone el énfasis en cómo las reglas del juego, los patrones históricos y las estructuras organizadas influyen en la toma de decisiones y en los resultados de las políticas públicas. (March & Olsen, 1984; Hall & Taylor, 1996; Peters, 2005).

Para este enfoque, las instituciones no son únicamente leyes o estructuras administrativas visibles, sino también los hábitos, prácticas, usos administrativos, ideas compartidas y rutinas que se reproducen dentro de las organizaciones. Estos elementos crean estabilidad, pero también generan inercia, es decir, continuidad de prácticas aun cuando las políticas cambian formalmente. Las instituciones funcionan como marcos de referencia que definen qué comportamientos son posibles, legítimos o esperados dentro de un sistema. Por ello, ejercen una influencia profunda sobre cómo se diseñan, interpretan y ejecutan las políticas públicas (North, 1990; Mahoney & Thelen, 2010).

En el institucionalismo contemporáneo se distinguen varias corrientes como el institucionalismo histórico⁴, sociológico⁵ y racional⁶, pero todas coinciden en que las instituciones son determinantes para explicar por qué las políticas públicas funcionan de una manera en la teoría y de otra en la práctica, por qué ciertos

⁴ El institucionalismo histórico analiza cómo las decisiones y estructuras del pasado condicionan el funcionamiento actual de las instituciones y limitan las posibilidades de cambio político y administrativo (Hall & Taylor, 1996).

⁵ El institucionalismo sociológico sostiene que las instituciones funcionan mediante valores, normas culturales y prácticas compartidas que moldean el comportamiento de los actores dentro de las organizaciones (March & Olsen, 1989).

⁶ El institucionalismo racional explica el funcionamiento institucional a partir de decisiones estratégicas de actores racionales que actúan dentro de reglas y estructuras establecidas (Peters, 2019).

cambios avanzan y otros se bloquean, y por qué las reformas suelen encontrarse con resistencias internas difíciles de transformar.

Desde esta perspectiva, las instituciones no son solo normas y reglas formales, sino también rutinas, creencias organizacionales, incentivos, relaciones de poder y capacidades administrativas que moldean el comportamiento de los actores involucrados (March & Olsen, 1989). Incorporar el institucionalismo en el análisis permite identificar cómo el diseño normativo y los objetivos de política se ven afectados por limitaciones operativas, prácticas informales y procesos históricos que caracterizan a instituciones como el IMSS.

1.4.1 Instituciones, reglas y prácticas: el institucionalismo como clave para entender la operación real del sistema de salud

Una vez entendido el institucionalismo como enfoque general, su aplicación al sistema de salud permite observar cómo las instituciones sanitarias, hospitales, clínicas, unidades de urgencias, direcciones administrativas y áreas operativas reproducen reglas, valores y prácticas que moldean la implementación real de las políticas públicas.

El sistema de salud no funciona únicamente con base en leyes, programas o reformas; opera a partir de interacciones cotidianas, arreglos organizacionales, niveles de coordinación, recursos disponibles y prácticas heredadas. Así, las instituciones de salud generan sus propias rutinas: desde la forma de gestionar recursos, asignar personal o priorizar pacientes, hasta prácticas informales como la discrecionalidad administrativa, la resolución improvisada de problemas, la dependencia de liderazgos internos o la resistencia a adoptar nuevas normas (Arredondo & Orozco, 2008).

El institucionalismo permite comprender que, aunque una política pública esté diseñada para mejorar la eficiencia, la calidad o la equidad del sistema de salud, su implementación puede verse condicionada por factores como:

- **Inercia institucional:** prácticas históricas que persisten, aunque ya no respondan al diseño oficial de la política.
- **Capacidad organizacional limitada:** falta de recursos, personal o infraestructura que afecta la operación.
- **Culturas administrativas internas:** valores, prioridades y estilos de gestión propios de cada unidad.
- **Descoordinación entre niveles:** tensiones entre federación, estado y unidades hospitalarias.

- **Resistencia al cambio:** oposición implícita o explícita a nuevas reformas, como la transición hacia IMSS-Bienestar.

Estos factores influyen en la forma en que se traducen los principios de universalidad, equidad, prevención y calidad en decisiones concretas dentro de los servicios de salud. Por ello, el institucionalismo es un enfoque especialmente pertinente para explicar la distancia entre el diseño normativo y la operación real del sistema sanitario mexicano, particularmente en un periodo de reformas profundas como el de la Cuarta Transformación (2018–2025).

En el contexto del Hospital 220, el institucionalismo ofrece una lente analítica para explicar por qué, aun cuando la normativa establece el derecho a la salud y define principios rectores claros, la operación real del hospital puede no cumplir plenamente con estos estándares. Factores como la cultura organizacional, la disponibilidad de recursos, la saturación del servicio, los patrones de decisión internos y las dinámicas laborales influyen directamente en el desempeño institucional (North, 1990). De este modo, el institucionalismo permite vincular la diferencia entre lo “diseñado” y lo “ejecutado”, mostrando cómo las instituciones pueden facilitar o limitar la implementación de las políticas públicas.

1.5 Una mirada a las teorías públicas del sector salud en México

El estudio de las políticas públicas permite comprender cómo los gobiernos transforman sus decisiones en presupuesto para resolver problemas sociales. Dye (2017) define las políticas públicas como “todo lo que un gobierno decide hacer o no hacer”, mientras que Easton (1965) las describe como un sistema de asignación autoritativa de valores dentro de la sociedad. Ambas definiciones coinciden en que las políticas son procesos intencionados que implican tanto decisiones como omisiones, y que reflejan prioridades gubernamentales.

Dentro del ciclo de las políticas públicas, la fase de implementación es crucial. Pressman y Wildavsky (1984) subrayan que la implementación es el punto más complejo del proceso, ya que intervienen múltiples actores e instituciones que pueden alterar los resultados esperados. En el caso de la política de salud, esto se traduce en la coordinación entre distintos niveles de gobierno, la distribución de recursos y la capacidad institucional, administrativa, presupuestal y humana de las unidades médicas para cumplir con los objetivos establecidos.

Por su parte, Sabatier y Mazmanian (1980) sostienen que una política se implementa de manera exitosa cuando sus objetivos son claros, sus recursos son suficientes y las estructuras administrativas son estables. Sin embargo, cuando existen deficiencias en cualquiera de estos aspectos, como ocurre en muchos

hospitales públicos en México, surgen diferencias entre el diseño institucional y la práctica cotidiana.

En el caso de México, las teorías de las políticas públicas se han aplicado principalmente desde un enfoque racional y administrativo⁷, centrado en la planeación institucional, la eficiencia en la gestión de recursos y la evaluación de resultados (Aguilar Villanueva, 2020).

La implementación de políticas de salud en México ha estado influida por los cambios políticos y estructurales del Estado. Durante el periodo de la Cuarta Transformación (2018–2025), el gobierno federal ha impulsado una política de salud centrada en la universalización del acceso y en el fortalecimiento del sistema de salud, buscando reducir la fragmentación institucional y la desigualdad en la atención (Secretaría de Salud, 2023). No obstante, su aplicación enfrenta retos derivados de la limitada capacidad administrativa, el déficit de personal médico y las diferencias regionales en infraestructura y recursos (CONEVAL, 2023).

Desde la mirada de la ciencia política y la administración pública, la aplicación de la teoría de las políticas públicas al sector salud permite analizar la eficiencia y efectividad del Estado en la prestación de servicios esenciales.

En este sentido, las teorías de las políticas públicas ofrecen un marco analítico para evaluar los procesos de formulación, implementación y evaluación de los programas de salud. A través de ellas, se puede identificar si las decisiones gubernamentales están alineadas con los principios de eficiencia, equidad y transparencia, o si existen brechas entre los objetivos normativos y los resultados observables en las instituciones sanitarias (Parsons, 2018).

El análisis de las políticas públicas en salud debe comprenderse no solo desde los marcos normativos que reconocen el derecho a la protección de la salud, sino desde la capacidad real del Estado para garantizarlo. Aunque el artículo 4° constitucional y la Ley General de Salud establecen una base jurídica sólida, ya que reconocen explícitamente la salud como un derecho fundamental, asignan al Estado la responsabilidad de organizar y prestar los servicios de salud, definen

⁷ ¹ El *enfoque racional* en políticas públicas sostiene que los tomadores de decisiones analizan problemas de manera objetiva, identifican todas las alternativas posibles y seleccionan la opción óptima con base en evidencia, eficiencia y cálculo costo–beneficio. Parte de la idea del “decisor racional” y de procesos lineales de solución de problemas (Simon, 1997; Dye, 2013).

² El *enfoque administrativo* se centra en la estructura burocrática y en los procedimientos formales del Estado. Considera las políticas como el resultado de reglas, jerarquías, manuales operativos y rutinas institucionales, privilegiando la coordinación interna, la normatividad y la implementación desde las instituciones públicas (Peters, 2010; Aguilar, 2016).

competencias entre los distintos niveles de gobierno y establecen principios rectores que orientan el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas sanitarias. Este marco normativo no solo legitima la acción pública en materia de salud, sino que también permite evaluar el grado en que dicho derecho se materializa en la práctica institucional. Diversos autores han señalado que la efectividad de este derecho depende de factores institucionales, presupuestales y administrativos que condicionan su cumplimiento cotidiano. Como advierte González (2019), el marco legal sólo se materializa cuando las instituciones cuentan con la capacidad operativa necesaria, mientras que Laurell (2013) enfatiza que la fragmentación y la desigualdad estructural del sistema mexicano generan problemática entre la norma y la práctica, especialmente visible en los servicios más saturados.

De esta manera, la teoría sobre políticas públicas en salud muestra que el principal desafío no radica únicamente en el diseño normativo o programático, sino en la implementación efectiva dentro de instituciones específicas. Por ello, analizar un caso concreto como el Hospital 220 permite observar cómo estos principios de equidad, eficiencia y universalidad se ven tensionados por la práctica cotidiana. El estudio de esta unidad hospitalaria revela la distancia existente entre el diseño institucional de las políticas sanitarias y su aplicación real, convirtiéndose en un espacio ideal para evaluar la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud en contextos de alta demanda y limitaciones estructurales.

En el caso del Estado de México, estas directrices se han traducido en una mayor coordinación federal–estatal, particularmente a través del proceso de transferencia de los servicios hacia el modelo IMSS-Bienestar, cuyo objetivo es homogeneizar la calidad de la atención, ampliar la cobertura y mejorar la disponibilidad de insumos y personal (IMSS-Bienestar, 2023).

Asimismo, la entidad ha experimentado avances en infraestructura⁸, como la apertura y puesta en operación del Hospital Regional de Especialidades de Atenco, así como la reconversión y fortalecimiento de unidades de primer y segundo nivel para responder a la demanda creciente de servicios (Gobierno del Estado de México, 2024). Sin embargo, la aplicación de estas políticas sigue enfrentando retos importantes, entre ellos los regionales en capacidad instalada, el déficit de personal médico y de enfermería, y las limitaciones administrativas que

⁸ Los avances en infraestructura del Hospital General Regional No. 220 del IMSS se explican por su papel estratégico como unidad de referencia en la región Toluca–Valle de México. La saturación histórica de sus áreas clínicas y la necesidad de responder a un mayor volumen de pacientes derivados de unidades de primer nivel motivaron procesos de fortalecimiento estructural, reconversión de espacios y adecuación de áreas hospitalarias, particularmente durante y después del periodo de emergencia sanitaria, con el propósito de mejorar la capacidad operativa, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente.

persisten en la gestión local (CONEVAL, 2023). Estos elementos permiten comprender cómo las transformaciones impulsadas a nivel federal interactúan con las capacidades institucionales estatales, condicionando la efectividad real de la política de salud en la entidad.

Comentarios finales del capítulo

El análisis teórico desarrollado en este capítulo permitió establecer que la eficiencia en el sistema de salud no puede comprenderse como un concepto meramente administrativo o financiero, sino como una categoría compleja atravesada por factores institucionales, normativos y sociales. La revisión conceptual evidenció que la salud, en tanto derecho humano y bien público, implica responsabilidades estructurales del Estado que trascienden la simple provisión de servicios.

Desde esta perspectiva, evaluar la eficiencia exige cuestionar no solo la disponibilidad de recursos, sino la manera en que las instituciones los organizan distribuye y transforman en resultados concretos para la población. La eficiencia, por tanto, no se reduce a indicadores cuantitativos, sino que se vincula con la capacidad institucional para responder a la demanda social con calidad, oportunidad y equidad.

El enfoque institucionalista adoptado en esta investigación permite comprender que los resultados del sistema sanitario son producto de una trayectoria histórica acumulativa. Las reglas formales, las reformas legales y los rediseños administrativos no operan en el vacío; interactúan con prácticas arraigadas, estructuras burocráticas preexistentes y limitaciones presupuestales que condicionan su implementación. En consecuencia, la brecha entre el diseño normativo y la realidad operativa constituye un elemento central para analizar el desempeño hospitalario.

Este marco teórico también pone en evidencia que las fallas en eficiencia no necesariamente responden a decisiones individuales, sino a problemas estructurales del modelo organizativo, tales como segmentación, fragmentación institucional, sobrecarga de servicios y restricciones financieras. Bajo esta lógica, el estudio del Hospital General Regional No. 220 no pretende generalizar conclusiones a todo el sistema de salud del Estado de México, sino analizarlo como un caso de estudio que refleja, en escala local, tensiones estructurales del modelo sanitario nacional.

Finalmente, el capítulo deja claro que la eficiencia debe analizarse de manera multidimensional, integrando variables institucionales, administrativas y de resultados.

CAPÍTULO II

Evolución histórica del sistema de salud mexicano y su configuración en México

El presente capítulo expone la conformación histórica e institucional del sistema de salud en México con el propósito de comprender las condiciones estructurales que influyen en el funcionamiento actual de los servicios médicos públicos. Más que realizar una revisión descriptiva aislada, el capítulo busca explicar cómo las decisiones políticas, administrativas y organizacionales adoptadas a lo largo del tiempo configuraron un modelo sanitario segmentado, cuyas características impactan directamente en la prestación cotidiana de los servicios.

Para ello, en primer lugar, se revisan los antecedentes sanitarios previos a la consolidación del Estado social, así como el proceso de construcción institucional ocurrido a partir de la década de 1940. Posteriormente se analizan las etapas de expansión, descentralización e intentos de universalización de la cobertura, hasta llegar a las reformas recientes orientadas a reorganizar la atención médica en el país. A partir de esta evolución histórica se identifica la estructura actual del sistema y sus principales consecuencias operativas.

En la segunda parte del capítulo, el análisis se traslada del plano nacional al ámbito regional y organizacional mediante la revisión del sistema de salud en el Estado de México y, finalmente, del Hospital General Regional No. 220. Este recorrido permite vincular el diseño institucional del sistema con su materialización práctica en una unidad médica de alta demanda, particularmente en el área de urgencias, donde las políticas públicas se traducen en procesos reales de atención.

De esta manera, el capítulo establece el puente analítico entre el contexto macro del sistema sanitario mexicano y el objeto de estudio de la investigación, proporcionando los elementos necesarios para comprender por qué determinadas problemáticas operativas no responden únicamente a fallas administrativas locales, sino a características estructurales del propio modelo de salud.

2.1 Antecedentes del sistema de salud mexicano (antes de 1940)

Antes de la conformación del sistema de salud moderno, la atención sanitaria en México se caracterizaba por ser dispersa, asistencial y limitada en cobertura. Durante el siglo XIX y principios del XX, la responsabilidad del cuidado de la salud no recaía plenamente en el Estado, sino principalmente en instituciones de beneficencia, órdenes religiosas, ayuntamientos y juntas de salubridad locales. La atención médica se concentraba en zonas urbanas y estaba dirigida, sobre todo, a

la población sin recursos mediante hospitales civiles y casas de asistencia, mientras que la población rural permanecía prácticamente sin servicios formales (Frenk et al., 2006).

En este periodo predominaba una concepción higienista de la salud pública. Las acciones gubernamentales se enfocaban más en el control de epidemias como viruela o fiebre amarilla que en la provisión sistemática de servicios médicos. El Estado intervenía principalmente mediante campañas sanitarias, cuarentenas, vacunación y medidas de saneamiento básico, pero sin garantizar atención médica continua a la población. En consecuencia, la salud era entendida como un problema de orden público y no aún como un derecho social (Fierros Hernández, 2014).

Tras la Revolución Mexicana comenzó a gestarse un cambio gradual en la responsabilidad estatal. La Constitución de 1917 introdujo el principio de protección social, lo que permitió que el gobierno federal ampliara su participación en materia sanitaria. Durante las décadas de 1920 y 1930 se crearon dependencias especializadas y se profesionalizó la salud pública, destacando la fundación de la Escuela de Salubridad en 1922, orientada a formar personal técnico para campañas nacionales de prevención (Gudiño-Cejudo et al., 2013).

Sin embargo, hasta finales de la década de 1930 la intervención estatal continuaba fragmentada y centrada en acciones preventivas más que en atención médica integral. No existía aún un sistema organizado de servicios ni instituciones de seguridad social que garantizaran acceso permanente a la población trabajadora. En este contexto, la política sanitaria mexicana se encontraba en una etapa preinstitucional: el Estado comenzaba a asumir responsabilidades en salud, pero todavía no contaba con una estructura administrativa capaz de proporcionar cobertura médica sistemática.

Este escenario sentó las bases para la transformación que ocurriría a partir de la década de 1940, cuando la salud pasó de ser una acción asistencial para convertirse en un componente formal de la política social del Estado mexicano.

2.2 Construcción del sistema de salud (1940-1970)

Entre 1940 y 1970 el Estado mexicano transitó de acciones sanitarias dispersas a la conformación de un sistema institucional de atención médica. En este periodo la salud dejó de entenderse únicamente como un problema de higiene pública y comenzó a integrarse formalmente a la política social, vinculada al modelo de industrialización y al crecimiento del empleo asalariado urbano.

Durante estos años se fortaleció la Secretaría de Salubridad y Asistencia como autoridad rectora en materia sanitaria y se crearon las principales instituciones de seguridad social. En 1943 se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social,

orientado a proteger a los trabajadores del sector privado, y en 1959 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, destinado a los empleados públicos. Con ello se estableció un esquema de acceso a la atención médica basado en la condición laboral, mientras que la población sin empleo formal continuó siendo atendida por servicios asistenciales gubernamentales (Laurell, 2015).

Este modelo permitió ampliar la infraestructura hospitalaria, profesionalizar la atención médica y aumentar la cobertura, pero también dio origen a un sistema segmentado, organizado en instituciones paralelas según el tipo de afiliación. Hacia finales de la década de 1960 ya se encontraba definida la estructura básica del sistema de salud mexicano, la cual continuaría expandiéndose en las décadas posteriores.

Sexenio de Manuel Ávila Camacho (1940 – 1946)

El sexenio de Manuel Ávila Camacho marcó un punto de inflexión en la conformación del sistema de salud mexicano, al consolidar la transición hacia un modelo institucional vinculado al desarrollo industrial y al crecimiento del empleo formal urbano. En este periodo, el Estado fortaleció su papel como garante de la protección social, articulando la política sanitaria con el proyecto económico de industrialización por sustitución de importaciones.

El acontecimiento más relevante fue la creación, en 1943, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución diseñada para otorgar servicios médicos y prestaciones sociales a los trabajadores del sector privado y sus familias.

Paralelamente, en 1943 se reorganizó la estructura sanitaria federal mediante la formalización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual concentró funciones de salud pública, asistencia social y regulación sanitaria. Esta dualidad institucional de seguridad social para trabajadores formales y servicios asistenciales para población sin afiliación sentó las bases de un sistema segmentado.

Si bien estas reformas representaron un avance significativo en términos de cobertura y profesionalización médica, también consolidaron un diseño estructural basado en la condición laboral como criterio de acceso. Esta característica marcaría el desarrollo posterior del sistema de salud mexicano y explicaría, en décadas subsecuentes, diversas tensiones relacionadas con financiamiento, coordinación institucional y equidad en la prestación de servicios.

Creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

El origen de la actual Secretaría de Salud se remonta al proceso de reorganización administrativa del Estado mexicano durante la primera mitad del siglo XX. Antes de su formalización como Secretaría, las funciones sanitarias estaban a cargo del Departamento de Salubridad Pública, creado en el periodo posrevolucionario como parte de los esfuerzos por centralizar las acciones de higiene y control epidemiológico.

En 1943, durante el sexenio de Manuel Ávila Camacho, se creó formalmente la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), institución que integró bajo una misma estructura las funciones de salud pública, asistencia social y regulación sanitaria. La creación de la SSA representó un avance significativo en la institucionalización del sistema de salud, ya que permitió articular políticas de vacunación, saneamiento básico, control epidemiológico y atención hospitalaria en zonas rurales y urbanas marginadas.

No obstante, la configuración institucional adoptada en 1943 también reforzó la lógica dual del sistema mexicano. Mientras la Secretaría de Salubridad y Asistencia se encargaba de atender a la población sin seguridad social mediante servicios públicos financiados por el Estado, el recién creado Instituto Mexicano del Seguro Social operaba bajo un esquema contributivo destinado a trabajadores formales.

Con el paso del tiempo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia evolucionó en atribuciones y estructura, hasta convertirse en la actual Secretaría de Salud. Sin embargo, su origen histórico explica por qué el sistema mexicano se desarrolló bajo un esquema fragmentado, donde la rectoría sanitaria y la provisión de servicios quedaron distribuidas en distintas instituciones con lógicas de financiamiento diferenciadas.

Origen del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue creado en 1943 como parte del proceso de consolidación del Estado social mexicano y de la política de industrialización impulsada durante la década de 1940. Su establecimiento respondió a la necesidad de proteger a la población trabajadora formal frente a riesgos derivados de enfermedad, accidentes laborales, invalidez y maternidad. De acuerdo con el propio Instituto Mexicano del Seguro Social (Gobierno de México, 2023), el IMSS nació como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, financiado mediante un esquema tripartito en el que participan el Estado, los empleadores y los trabajadores.

La creación del IMSS representó un cambio estructural en la política sanitaria nacional, pues introdujo un modelo contributivo de seguridad social vinculado directamente al empleo formal. Durante sus primeras décadas, el IMSS impulsó la construcción de hospitales, clínicas y unidades médicas en zonas urbanas e industriales, ampliando progresivamente la cobertura de atención médica especializada. De acuerdo con Frenk et al. (2006), esta expansión contribuyó significativamente a la mejora de indicadores sanitarios y a la profesionalización de la atención médica en el país. Sin embargo, también consolidó una estructura institucional diferenciada respecto de los servicios públicos destinados a la población sin afiliación.

La coexistencia del IMSS con la Secretaría de Salubridad y Asistencia configuró un sistema de provisión paralela: por un lado, un esquema contributivo orientado a trabajadores formales; por otro, servicios financiados por recursos fiscales para quienes no contaban con seguridad social. Esta segmentación, como han señalado González-Block y Homedes (2012), generó diferencias en infraestructura, financiamiento y calidad de atención entre subsistemas, situación que ha persistido a lo largo del tiempo.

En consecuencia, el nacimiento del IMSS no solo amplió el acceso a servicios médicos para un sector importante de la población, sino que definió uno de los pilares estructurales del sistema de salud mexicano contemporáneo. Su modelo organizacional, basado en afiliación laboral y financiamiento tripartito, continúa siendo un elemento central en la configuración institucional y en los desafíos actuales relacionados con coordinación, equidad y eficiencia operativa.

Sexenio de Miguel Alemán Valdés (1946 – 1952)

El sexenio de Miguel Alemán Valdés se desarrolló en un contexto de consolidación del modelo de industrialización por sustitución de importaciones, caracterizado por crecimiento urbano, expansión del empleo formal y fortalecimiento de la infraestructura pública. En este escenario, la política de salud continuó el proceso de institucionalización iniciado en la administración anterior, profundizando la expansión de la seguridad social y la modernización hospitalaria.

Durante este periodo se impulsó la ampliación de la infraestructura médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, fortaleciendo la construcción de hospitales y clínicas en zonas industriales y urbanas. De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (Gobierno de México, 2023), la década de 1940 y principios de 1950 representaron una etapa de crecimiento organizacional que permitió consolidar el modelo de aseguramiento contributivo y ampliar el número de trabajadores afiliados.

Paralelamente, la Secretaría de Salubridad y Asistencia continuó desarrollando campañas nacionales de vacunación, control epidemiológico y saneamiento básico, particularmente en regiones rurales y marginadas. Según Gómez-Dantés et al. (2011), durante este periodo se observaron mejoras progresivas en indicadores sanitarios como la reducción de enfermedades transmisibles y el aumento de la esperanza de vida, resultado de la combinación entre políticas de salud pública y expansión hospitalaria.

No obstante, la ampliación institucional no implicó una integración estructural del sistema. Por el contrario, el crecimiento del IMSS y el fortalecimiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia consolidaron un esquema de provisión paralela, donde el acceso a servicios médicos continuó determinado por la condición laboral. Esta configuración reforzó la segmentación institucional que caracterizaría al sistema mexicano en las décadas posteriores.

En términos estructurales, el sexenio de Miguel Alemán no transformó el diseño del sistema, pero sí consolidó su modelo organizacional. La expansión de infraestructura y afiliación fortaleció la cobertura para sectores formales, mientras que la población sin seguridad social permaneció bajo esquemas asistenciales financiados por recursos fiscales. Esta dualidad sentó bases administrativas que, con el tiempo, influirían en las diferencias de financiamiento, capacidad operativa y eficiencia entre subsistemas.

Sexenio de Adolfo Ruiz Cortines (1952 – 1958)

El sexenio de Adolfo Ruiz Cortines se caracterizó por una política de austeridad y estabilización económica orientada a corregir desequilibrios fiscales heredados del periodo anterior. En materia de salud, esta etapa no implicó una reforma estructural del sistema, pero sí consolidó el modelo institucional previamente establecido, fortaleciendo la expansión gradual de los servicios médicos y de seguridad social.

Durante este periodo continuó el crecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), particularmente en la ampliación de unidades médicas urbanas y en el incremento del número de trabajadores afiliados. De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (Gobierno de México, 2023), la década de 1950 fue clave para la consolidación administrativa del instituto, al establecer mecanismos más estables de financiamiento tripartito (Estado, patrones y trabajadores) y fortalecer su estructura organizacional.

Paralelamente, la Secretaría de Salubridad y Asistencia mantuvo campañas nacionales de salud pública enfocadas en el control de enfermedades transmisibles, vacunación y mejora del saneamiento básico. Según Gómez-Dantés

et al. (2011), durante la década de 1950 México experimentó una transición epidemiológica incipiente, marcada por la disminución progresiva de enfermedades infecciosas y el aumento relativo de padecimientos crónico-degenerativos, lo que comenzó a modificar las demandas sobre el sistema sanitario.

Desde una perspectiva institucional, el sexenio de Ruiz Cortines profundizó la segmentación funcional del sistema. Mientras el IMSS consolidaba su cobertura para trabajadores del sector privado formal, la población rural y no asalariada continuaba dependiendo de servicios asistenciales financiados por el Estado, con menor infraestructura y capacidad resolutive. Esta diferenciación no fue producto de una política explícita de exclusión, sino resultado del diseño contributivo de la seguridad social y de las limitaciones fiscales del periodo.

En términos estructurales, la etapa 1952–1958 puede interpretarse como un periodo de estabilización organizacional. Se fortalecieron las bases administrativas, financieras y operativas del sistema de seguridad social, pero sin avanzar hacia un modelo integrado. Esta consolidación institucional sentó las condiciones para la siguiente gran expansión del sistema, que ocurriría al final de la década con la creación del ISSSTE en 1959.

Sexenio Adolfo López Mateos (1958 – 1964)

El sexenio de Adolfo López Mateos representó una etapa de expansión del Estado social mexicano, caracterizada por el fortalecimiento de las instituciones públicas y la ampliación de derechos laborales. En el ámbito sanitario, este periodo es particularmente relevante por la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959, lo que consolidó formalmente la segmentación del sistema de salud mexicano, tema que se abordará en el siguiente punto más concreto.

Igualmente, durante este sexenio continuó la expansión del Instituto Mexicano del Seguro Social, fortaleciendo infraestructura hospitalaria y cobertura en zonas urbanas e industriales. La Secretaría de Salubridad y Asistencia, por su parte, mantuvo la responsabilidad sobre la población sin seguridad social, especialmente en áreas rurales. Esta triple estructura IMSS para trabajadores privados, ISSSTE para trabajadores públicos y servicios asistenciales para población abierta terminó por definir la arquitectura institucional del sistema mexicano durante la segunda mitad del siglo XX.

En términos de política pública, el periodo 1958–1964 puede interpretarse como término de la fase de construcción del modelo segmentado. La expansión de la cobertura formal fortaleció la protección social para sectores asalariados, pero

también institucionalizó diferencias en financiamiento, capacidad operativa y acceso a servicios entre subsistemas. Esta configuración estructural tendría implicaciones duraderas en términos de eficiencia, equidad y coordinación interinstitucional.

Creación del ISSSTE en 1959

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fue creado en 1959 durante el sexenio de Adolfo López Mateos, con el propósito de extender la protección social a los trabajadores al servicio del Estado. De acuerdo con el propio ISSSTE (Gobierno de México, 2023), su fundación respondió a la necesidad de garantizar servicios médicos, prestaciones sociales y seguridad económica a los empleados públicos federales, quienes hasta entonces no contaban con un sistema integral de seguridad social equiparable al del sector privado afiliado al IMSS.

La creación del ISSSTE consolidó el modelo de seguridad social basado en la condición laboral, ampliando la cobertura institucional, pero manteniendo la lógica segmentada del sistema. Según la Secretaría de Salud (2023), con la incorporación de esta nueva institución se formalizó una estructura diferenciada en la provisión de servicios médicos: los trabajadores del sector privado eran atendidos por el IMSS, mientras que los trabajadores del sector público quedaban bajo la responsabilidad del ISSSTE.

Desde una perspectiva analítica, diversos estudios publicados en *Salud Pública de México* (SciELO) han señalado que esta expansión institucional fortaleció la cobertura sanitaria formal, pero también consolidó la fragmentación organizacional del sistema.

Este punto histórico es de bastante relevancia, ya que aquí se crea la estructura de quien es acreedor a tal sector, ya sea privado o seguridad social, es decir, la creación del ISSSTE reforzó la segmentación ya iniciada con el IMSS, estableciendo un sistema tripartito en la práctica: seguridad social para trabajadores privados (IMSS), seguridad social para trabajadores públicos (ISSSTE) y servicios asistenciales para población sin afiliación, bajo la rectoría de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Este diseño institucional, consolidado a finales de la década de 1950, constituye uno de los rasgos más persistentes del sistema de salud mexicano.

Cuadro 1 Estructura del sistema de salud en México por tipo de cobertura

Seguridad Social	Población sin Seguridad Social	Sector Privado
Cubre a trabajadores formales, jubilados y sus familias. El IMSS atiende a la mayoría, seguido por el ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR.	Atendida mayoritariamente por el programa IMSS-Bienestar (que sustituye a esquemas anteriores como el INSABI) en conjunto con los Servicios Estatales de Salud (SESA).	Compuesto por consultorios, clínicas y hospitales, atiende a personas con capacidad de pago, representando una gran parte de la infraestructura, pero operando con poca regulación.

Elaboración propia con información extraída de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México:
<https://www.gob.mx/salud>

Sexenio de Gustavo Díaz Ordaz (1964 - 1970)

El sexenio de Gustavo Díaz Ordaz se desarrolló en el contexto del llamado “desarrollo estabilizador”, etapa caracterizada por crecimiento económico sostenido, control inflacionario y fortalecimiento institucional del Estado mexicano. En materia de salud, este periodo se distinguió por la ampliación de infraestructura hospitalaria y la consolidación operativa de las instituciones de seguridad social, particularmente el IMSS y el ISSSTE.

Durante estos años continuó la expansión del Instituto Mexicano del Seguro Social, aumentando la cobertura de trabajadores afiliados y fortaleciendo su red hospitalaria en zonas urbanas e industriales. De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (Gobierno de México, 2023), la década de 1960 fue clave para la profesionalización administrativa del instituto y la ampliación de servicios especializados, lo que incrementó su capacidad resolutive.

Por su parte, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado también avanzó en la construcción de clínicas y hospitales para atender a la burocracia federal. Según el ISSSTE (Gobierno de México, 2023), en este periodo se consolidaron programas médicos integrales y se fortaleció la estructura organizacional que le permitiría expandirse en la década siguiente.

En el ámbito de la salud pública, la Secretaría de Salubridad y Asistencia mantuvo campañas de control epidemiológico, vacunación y atención materno-infantil, contribuyendo a la reducción sostenida de enfermedades transmisibles.

Desde una perspectiva estructural, el sexenio de Díaz Ordaz no transformó el diseño institucional del sistema de salud, pero sí profundizó su consolidación. El modelo segmentado quedó plenamente institucionalizado: el IMSS para trabajadores del sector privado, el ISSSTE para trabajadores del Estado y la Secretaría de Salubridad y Asistencia para población sin seguridad social. Esta arquitectura fortaleció la cobertura formal, pero también acentuó diferencias en financiamiento, infraestructura y calidad de servicios entre subsistemas.

En general, el periodo 1964–1970 puede interpretarse como una etapa de expansión cuantitativa sin integración funcional. El crecimiento de infraestructura y afiliación no fue acompañado de mecanismos efectivos de coordinación interinstitucional, lo que consolidó una fragmentación que impactaría posteriormente en eficiencia operativa y equidad en el acceso.

2.3 Expansión, descentralización e intentos de universalización del sistema de salud (1970–2000)

El periodo comprendido entre 1970 y 2000 se caracteriza por una profunda expansión de la cobertura sanitaria, la diversificación de esquemas de atención y el incremento de la complejidad organizacional del sistema de salud mexicano. A diferencia de la etapa previa (1943–1969), centrada en la consolidación del modelo contributivo segmentado, esta fase estuvo marcada por intentos de ampliar la cobertura hacia la población no asalariada y por reformas orientadas a mejorar la eficiencia administrativa.

Sexenio de Luis Echeverría (1970 – 1976)

Durante el gobierno de Luis Echeverría Álvarez, el Estado fortaleció su intervención directa en la atención de la población sin seguridad social. A través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se impulsaron programas rurales y comunitarios, ampliando la construcción de centros de salud y brigadas médicas en zonas marginadas.

Este periodo marcó el inicio de una expansión más formal de servicios financiados con recursos fiscales para población abierta. Sin embargo, aunque se amplió la cobertura territorial, se mantuvo la segmentación del sistema entre seguridad social contributiva y servicios asistenciales (Gómez-Dantés et al., 2011).

Sexenio de José López Portillo y Pacheco (1976 – 1982)

Durante el gobierno de José López Portillo y Pacheco se consolidó la expansión de servicios de salud hacia la población rural y sin seguridad social. El hecho más relevante fue la creación en 1979 del programa IMSS-COPLAMAR, coordinado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyo objetivo fue llevar atención médica a comunidades marginadas mediante clínicas rurales y hospitales básicos.

Este programa amplió significativamente la cobertura territorial del sistema y formalizó la atención financiada con recursos fiscales dentro del propio IMSS. Sin embargo, aunque se extendieron los servicios, se mantuvo la segmentación institucional entre población asegurada y no asegurada.

Sexenio de Miguel de la Madrid (1982 – 1988)

Durante el gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado, el sistema de salud enfrentó el impacto de la crisis económica y el ajuste estructural. En este contexto, se impulsaron reformas orientadas a la eficiencia administrativa y a la reorganización institucional.

El cambio más relevante fue la reforma al artículo 4° constitucional en 1983, que reconoció el derecho a la protección de la salud y dio sustento jurídico a la reorganización del sector. Asimismo, la Secretaría de Salud sustituyó formalmente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se inició un proceso de descentralización de los servicios dirigidos a la población sin seguridad social hacia los gobiernos estatales.

Aunque estas medidas buscaron mejorar la eficiencia y racionalizar el gasto, la descentralización generó diferencias en capacidad operativa y financiamiento entre entidades federativas, reforzando la heterogeneidad del sistema.

Sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988 – 1994)

Durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari se profundizó el proceso de modernización administrativa del sector salud y la descentralización de servicios para población sin seguridad social, y la descentralización del sistema de salud, orientados a transferir responsabilidades operativas a las entidades federativas y ampliar la atención médica en comunidades con mayores niveles de marginación.

Avances clave en políticas y programas

- Descentralización de los servicios de salud hacia los gobiernos estatales.
- Fortalecimiento de la coordinación entre federación y entidades federativas.
- Implementación del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL).
- Ampliación de programas de atención médica comunitaria en zonas rurales.

- Impulso a campañas de vacunación y prevención sanitaria.
- Construcción y rehabilitación de clínicas y centros de salud en comunidades marginadas.
- Incorporación de criterios de eficiencia administrativa y racionalización del gasto público en el sector salud.

La Secretaría de Salud fortaleció la transferencia de responsabilidades a los estados, buscando mayor eficiencia operativa y mejor gestión local. Asimismo, se impulsaron estrategias de focalización del gasto social en comunidades de alta marginación.

Aunque estas medidas ampliaron la cobertura y promovieron mayor responsabilidad estatal, la descentralización produjo resultados heterogéneos entre entidades federativas, manteniéndose la fragmentación estructural del sistema.

Sexenio de Ernesto Zedillo (1994 – 2000)

Durante el gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León se impulsaron reformas orientadas a fortalecer la sostenibilidad financiera de la seguridad social en un contexto de crisis económica.

El cambio más relevante fue la aprobación de la nueva Ley del Seguro Social en 1995, que entró en vigor en 1997 y modificó el sistema de pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social, introduciendo un esquema de cuentas individuales administradas por entidades financieras. La reforma buscó garantizar la viabilidad financiera ante el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas.

Aunque se modernizó el marco normativo y financiero, hacia el año 2000 persistían la segmentación institucional y diferencias en acceso y calidad entre subsistemas.

2.4 Evolución reciente del sistema de salud mexicano (2000–2025)

Entre 2000 y 2018 el sistema de salud mexicano experimentó reformas orientadas a ampliar la cobertura hacia la población sin seguridad social y avanzar hacia la universalización del acceso.

El cambio más relevante fue la creación en 2003 del Seguro Popular, impulsado durante el gobierno de Vicente Fox Quesada e implementado por la Secretaría de Salud. Su objetivo fue ofrecer protección financiera y acceso a servicios médicos a personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE, mediante un esquema financiado con recursos federales y estatales.

Durante el sexenio de Felipe Calderón Hinojosa se amplió la afiliación, alcanzando cobertura casi universal en términos administrativos. Posteriormente, bajo Enrique Peña Nieto, se impulsaron estrategias de consolidación y coordinación interinstitucional.

No obstante, aunque aumentó la cobertura formal, persistieron problemas de fragmentación, desigualdad en financiamiento per cápita y diferencias en calidad y capacidad resolutive entre subsistemas (Gómez-Dantés et al., 2011). Así, el periodo 2000–2018 representó un avance en protección financiera, pero sin lograr la integración estructural del sistema.

Sexenio de Vicente Fox Quesada (2000 – 2006)

Durante el gobierno de Vicente Fox Quesada se impulsó una de las reformas más importantes en materia de salud: la creación del Seguro Popular en 2003, coordinado por la Secretaría de Salud.

El objetivo fue ampliar la cobertura hacia la población sin seguridad social, ofreciendo acceso a un paquete de servicios médicos financiado con recursos federales y estatales. Esta reforma buscó reducir el gasto de bolsillo y avanzar hacia la universalización del acceso.

La creación del Seguro Popular se formalizó en 2003 durante el gobierno de Vicente Fox Quesada, mediante la reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), coordinado por la Secretaría de Salud.

El objetivo principal fue ampliar la cobertura hacia la población sin seguridad social, trabajadores informales, desempleados y población rural mediante un esquema financiado con recursos federales y estatales. A través de este mecanismo se buscó reducir el gasto de bolsillo y ofrecer acceso a un paquete explícito de intervenciones médicas. El Seguro Popular no sustituyó a las instituciones de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE, aunque incrementó significativamente la afiliación, el sistema mantuvo su estructura segmentada entre IMSS, ISSSTE y servicios para población abierta.

Sexenio de Felipe Calderón (2006 – 2012)

Durante el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa se consolidó la expansión del Seguro Popular, creado en el sexenio anterior. El objetivo central fue alcanzar la cobertura universal en términos de afiliación administrativa.

En 2012 se declaró que prácticamente toda la población contaba con algún esquema de aseguramiento (IMSS, ISSSTE o Seguro Popular). Asimismo, se amplió el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de

Protección contra Gastos Catastróficos, con el fin de fortalecer la protección financiera de los hogares.

No obstante, aunque aumentó la cobertura formal, persistieron diferencias en financiamiento, infraestructura y calidad entre instituciones, manteniéndose la segmentación estructural del sistema.

Sexenio de Enrique Peña Nieto (2012 – 2018)

Durante el sexenio 2012–2018, la política de salud pública en México se orientó al fortalecimiento de la cobertura sanitaria, la ampliación de infraestructura hospitalaria y el fortalecimiento del Seguro Popular como principal mecanismo de acceso a servicios médicos para población sin seguridad social. Asimismo, se impulsaron estrategias de prevención, vacunación y ampliación de cobertura médica en distintos sectores de la población.

Se impulsaron estrategias orientadas a la portabilidad de servicios y al fortalecimiento financiero del sistema, manteniendo el esquema del Sistema de Protección Social en Salud bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Asimismo, se promovieron acciones para mejorar la infraestructura hospitalaria y ampliar la cobertura de intervenciones médicas de alto costo, algunos de los principales avances fueron:

- Ampliación de la cobertura de servicios de salud.
- Fortalecimiento y expansión del Seguro Popular.
- Construcción y modernización de hospitales y clínicas.
- Incremento en la cobertura de vacunación.
- Reducción de mortalidad materna e infantil.
- Impulso a políticas de prevención y atención primaria.
- Ampliación de cobertura de medicamentos y padecimientos.

Sin embargo, aunque se mantuvo la cobertura administrativa cercana a la universalidad, persistieron problemas de fragmentación institucional, desigualdad en financiamiento y diferencias en calidad entre subsistemas.

Cabe resaltar que, durante la administración de Peña Nieto, los avances en materia de salud pública resultaron limitados, ya que los indicadores disponibles reflejan un progreso insuficiente en la mejora del acceso, la calidad y la cobertura de los servicios de salud.

Sexenio de Andrés Manuel López Obrador

A partir de 2019, durante el gobierno de Andrés Manuel López Obrador, se inició una reestructuración profunda del sistema de salud orientada a sustituir el

esquema del Seguro Popular y fortalecer un modelo de atención financiado principalmente con recursos públicos.

En 2020 se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, con el objetivo de garantizar atención gratuita a la población sin seguridad social. No obstante, el modelo enfrentó retos operativos y de coordinación con las entidades federativas.

En 2023, el INSABI fue sustituido y se consolidó el esquema de IMSS-Bienestar como organismo público descentralizado encargado de brindar servicios médicos a la población sin seguridad social. Este proceso implicó la transferencia gradual de infraestructura y personal de los servicios estatales hacia un modelo federalizado.

- Sustitución del Seguro Popular por el INSABI.
- Implementación y consolidación del modelo IMSS-Bienestar.
- Federalización de los servicios de salud estatales.
- Política de gratuidad en atención médica y medicamentos.
- Programa “La Clínica es Nuestra”.

Si bien la reorganización buscó avanzar hacia mayor integración y gratuidad, el sistema continúa enfrentando desafíos relacionados con financiamiento, capacidad hospitalaria, abasto de medicamentos y coordinación interinstitucional.

Sexenio de Claudia Sheinbaum Pardo

Durante la actual administración de la presidenta Claudia Sheinbaum Pardo, la política pública en materia de salud se ha orientado al fortalecimiento de la atención preventiva, la ampliación de la cobertura médica y la consolidación de un sistema de salud universal. Entre los principales avances destacan los siguientes:

- Implementación del programa “Salud Casa por Casa”.
- Fortalecimiento del modelo IMSS-Bienestar.
- Distribución gratuita y fortalecimiento del abasto de medicamentos.
- Proyecto de Servicio Universal de Salud.
- Digitalización y credencialización del sistema de salud.

Desarrollo de los avances

Durante la administración de Claudia Sheinbaum Pardo se han implementado diversas estrategias y programas en materia de salud pública orientados al fortalecimiento de la atención médica, la reorganización institucional y la ampliación de cobertura sanitaria. Entre las principales acciones se encuentra el programa “Salud Casa por Casa”, dirigido a personas adultas mayores y personas

con discapacidad, el cual opera mediante visitas domiciliarias realizadas por personal médico y de enfermería para efectuar seguimiento clínico, monitoreo de enfermedades y atención preventiva en los hogares. Esta política pública busca articular la atención comunitaria con el primer nivel de atención médica.

Asimismo, el gobierno federal ha continuado el fortalecimiento del modelo IMSS-Bienestar como esquema de atención para población sin seguridad social. Este proceso ha implicado la incorporación de hospitales, clínicas y centros de salud estatales bajo coordinación federal, así como la homologación administrativa y operativa de servicios médicos en distintas entidades federativas. Paralelamente, se han implementado estrategias relacionadas con la distribución gratuita de medicamentos y el fortalecimiento de mecanismos de abasto mediante Farmacias del Bienestar y sistemas centralizados de distribución farmacéutica. Estas acciones se encuentran vinculadas con la política de gratuidad en servicios médicos y medicamentos impulsada por el gobierno federal.

De igual manera, la administración federal ha planteado el desarrollo de un Servicio Universal de Salud orientado a integrar institucionalmente al IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar mediante mecanismos de coordinación, interoperabilidad y acceso compartido a servicios médicos especializados. Como parte de este proceso, también se han impulsado medidas de digitalización y credencialización del sistema sanitario, incluyendo expedientes clínicos electrónicos, recetas digitales y una credencial única de salud, con el propósito de facilitar el acceso de las personas usuarias a los servicios médicos públicos y fortalecer la coordinación administrativa entre instituciones del sector salud.

2.5 Antecedentes del Sistema de Salud en el Estado de México

El sistema de salud en el Estado de México reproduce la estructura segmentada del modelo nacional, pero con particularidades derivadas de su tamaño poblacional, nivel de urbanización y heterogeneidad socioeconómica. La entidad es la más poblada del país, lo que incrementa significativamente la demanda de servicios hospitalarios.

Sin embargo, de acuerdo con la Ley General de Salud, el desarrollo del sistema de salud en las entidades federativas se consolidó a partir de los procesos de descentralización impulsados durante la década de 1980, mediante los cuales los gobiernos estatales comenzaron a asumir mayores responsabilidades en la prestación de servicios médicos y programas sanitarios. En el caso del Estado de México, el crecimiento demográfico y urbano favoreció la ampliación de infraestructura hospitalaria, centros de salud y servicios de atención comunitaria para población sin seguridad social.

Posteriormente, las reformas nacionales en materia de salud, como el Seguro Popular y el modelo IMSS-Bienestar, influyeron en la organización y funcionamiento de los servicios de salud en el Estado de México, particularmente en la coordinación entre los gobiernos federal y estatal.

2.5.1 Coexistencia institucional y concentración de servicios

En el Estado de México operan simultáneamente:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- ISEM (servicios estatales)
- IMSS-Bienestar (recientemente federalizado)

La entidad concentra una de las mayores redes hospitalarias del IMSS a nivel nacional, particularmente en zonas metropolitanas como Toluca, Naucalpan, Tlalnepantla y Ecatepec, debido a su alta actividad industrial y densidad laboral formal.

Esta coexistencia institucional genera:

- Diferencias en financiamiento per cápita.
- Variaciones en equipamiento e infraestructura.
- Desigualdad en tiempos de atención y capacidad resolutive.
-

De acuerdo con la Secretaría de Salud federal (2023), la fragmentación institucional continúa siendo uno de los principales retos para la eficiencia del sistema, especialmente en entidades con alta concentración urbana como el Estado de México.

2.5.2 Presión demográfica y demanda hospitalaria

El Estado de México supera los 16 millones de habitantes, lo que lo convierte en la entidad con mayor población del país (INEGI, 2020). Esta característica impacta directamente en:

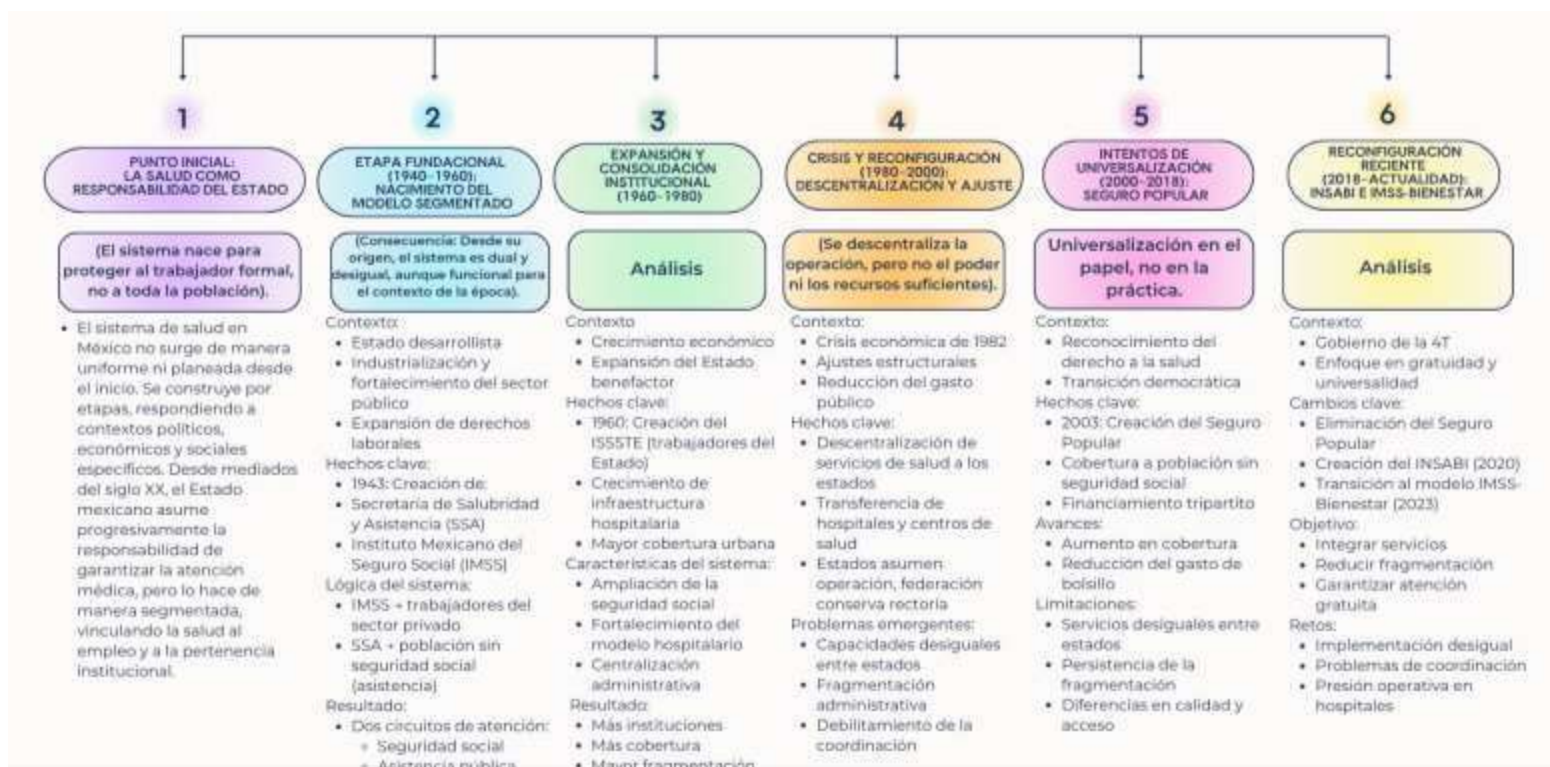
- Saturación de servicios de urgencias.
- Alta ocupación hospitalaria.
- Incremento en enfermedades crónicas no transmisibles.

Además, su integración funcional con la Zona Metropolitana del Valle de México provoca movilidad intermunicipal e interestatal de pacientes, generando sobrecarga en unidades hospitalarias estratégicas.

Con el propósito de sintetizar los principales procesos de transformación del sector salud en México, se presenta el siguiente esquema⁹, el cual resume de manera cronológica las etapas de conformación, expansión, crisis y reconfiguración del sistema sanitario nacional. La representación gráfica permite visualizar cómo el modelo pasó de una estructura inicial orientada a la protección del trabajador formal a un sistema segmentado que, a lo largo de las décadas, ha experimentado intentos de universalización y recientes procesos de recentralización.

Asimismo, el esquema destaca los elementos estructurales más relevantes de cada etapa, contexto político-económico, reformas institucionales y principales consecuencias, lo que facilita comprender que las problemáticas actuales no son fenómenos aislados, sino resultado de una evolución histórica acumulativa. Esta síntesis permite establecer el vínculo entre los procesos nacionales y los retos operativos que enfrentan actualmente las instituciones de salud.

Ilustración 1 Evolución estructural del sector salud en México



Elaboración propia con información extraída de la Secretaría de Salud. (2022). *El sistema de salud en México: evolución y retos*. SciELO México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2024). Nigenda, G., & González-Robledo, L. M. (2013).

La ilustración 1 presenta una síntesis de la evolución del sistema de salud en México, organizada en seis etapas históricas. Muestra cómo el sistema surge enfocado en los trabajadores formales, se consolida como un modelo segmentado con distintas instituciones, se expande durante el crecimiento económico, enfrenta una crisis que provoca descentralización y fragmentación, intenta avanzar hacia la universalización con el Seguro Popular, y finalmente se reconfigura en años recientes con nuevos modelos como INSABI e IMSS-Bienestar, buscando mayor cobertura y gratuidad, aunque con retos en su implementación.

Comentarios finales del capítulo

El recorrido histórico desarrollado en este capítulo permite comprender que el sistema de salud mexicano no es el resultado de una planeación integral única, sino de decisiones acumuladas a lo largo del tiempo que respondieron a contextos políticos, económicos y sociales específicos. Desde su origen, el modelo se estructuró con base en la condición laboral, lo que dio lugar a una segmentación institucional que, aunque amplió progresivamente la cobertura, también generó diferencias en financiamiento, infraestructura y calidad de atención entre subsistemas.

La expansión de la seguridad social durante la segunda mitad del siglo XX fortaleció la protección de los trabajadores formales, mientras que la población sin afiliación dependió de esquemas asistenciales financiados por recursos fiscales. Posteriormente, los intentos de universalización ampliaron la afiliación administrativa y la protección financiera, pero no lograron integrar estructuralmente al sistema. Las reformas recientes, orientadas a la recentralización y federalización de servicios, muestran que el debate sobre la organización más eficiente del modelo sanitario continúa abierto.

En el caso del Estado de México, las características demográficas y la alta concentración urbana intensifican los retos históricos del sistema. La coexistencia de múltiples instituciones en una misma entidad, junto con una elevada demanda hospitalaria, genera presiones constantes sobre la capacidad operativa de las unidades médicas. Esta realidad no puede analizarse únicamente desde una perspectiva administrativa local, sino como expresión de un diseño institucional más amplio.

El Hospital General Regional No. 220 representa, en este sentido, un punto de observación privilegiado. En él convergen la segmentación histórica del sistema, la presión demográfica regional y las limitaciones estructurales del modelo de financiamiento. El área de urgencias, particularmente, refleja con claridad la

tensión entre el derecho a la salud reconocido constitucionalmente y las condiciones reales de prestación del servicio.

Así, el análisis histórico e institucional desarrollado en este capítulo permite establecer que las problemáticas de eficiencia, saturación o tiempos de espera no son fenómenos aislados ni exclusivamente atribuibles a la gestión interna del hospital. Más bien, forman parte de una dinámica estructural derivada de la evolución del sistema de salud mexicano. Comprender esta trayectoria resulta indispensable para evaluar con mayor objetividad el desempeño del Hospital General Regional No. 220 y para analizar, en el siguiente capítulo, los elementos teóricos que permitirán valorar la eficiencia de sus servicios.

CAPÍTULO III

Una probadita a la configuración política y territorial y población del Sistema de Salud en el Estado de México

Como se ha señalado, desde una perspectiva institucional, el sistema de salud mexiquense se inserta en el marco del Sistema Nacional de Salud y se caracteriza por la coexistencia de múltiples subsistemas que operan de manera paralela, tanto federales como estatales. Esta estructura responde a procesos históricos de construcción institucional y a distintos modelos de financiamiento y provisión de servicios, los cuales influyen en la forma en que se distribuyen los recursos, se define la cobertura y se organiza la atención médica en el territorio (Secretaría de Salud, 2023).

El componente territorial adquiere especial importancia en el análisis del sistema de salud, ya que la ubicación de la infraestructura, la distribución del personal médico y la organización de las jurisdicciones sanitarias están directamente relacionadas con las características poblacionales y geográficas de la entidad. En el caso del Estado de México, la coexistencia de zonas metropolitanas altamente urbanizadas con regiones semiurbanas y rurales plantea retos diferenciados para la planeación y operación de los servicios de salud, particularmente en los niveles de atención hospitalaria y de urgencias (OPS, 2021).

Este capítulo ofrece una aproximación analítica a la configuración política y territorial del sistema de salud en el Estado de México, con el propósito de identificar los principales arreglos institucionales y criterios de organización que orientan la prestación de servicios. Más que presentar un diagnóstico exhaustivo, se busca proporcionar un marco contextual que permita comprender cómo el diseño institucional y la planeación territorial influyen en el funcionamiento cotidiano del sistema.

Asimismo, se examina el papel del gobierno estatal y federal en la definición de prioridades, la asignación de recursos y la coordinación interinstitucional, considerando la magnitud poblacional de la entidad y su impacto en la demanda de servicios de salud. Este enfoque permite valorar en qué medida la estructura del sistema responde a las características del territorio y a las necesidades generales de la población (Gobierno del Estado de México, 2023).

3.1 Mucha gente, poca calma: el peso demográfico del Estado de México en el sistema de salud

El tamaño poblacional del Estado de México no solo implica un mayor volumen de usuarios potenciales, sino también una demanda diversa y heterogénea de servicios de salud. La entidad presenta una combinación de zonas metropolitanas altamente urbanizadas, áreas con crecimiento acelerado y regiones con características semiurbanas y rurales, lo que genera patrones diferenciados de utilización de los servicios de salud. Esta heterogeneidad territorial incrementa la complejidad de la planeación sanitaria, ya que las necesidades de atención médica varían significativamente entre municipios y regiones (OPS, 2021).

Desde una perspectiva estratégica, el Estado de México desempeña un papel clave dentro del Sistema Nacional de Salud. La presión que ejerce su población sobre la infraestructura sanitaria no se limita a los servicios estatales, sino que impacta de manera directa en las instituciones federales, particularmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Debido a la cercanía con la Ciudad de México y a la concentración de unidades médicas de segundo y tercer nivel, el estado funciona como un espacio de tránsito y recepción de pacientes provenientes tanto de municipios colindantes como de otras entidades federativas, lo que incrementa la carga asistencial de los servicios (Secretaría de Salud, 2023).

El crecimiento demográfico sostenido y la densidad poblacional en determinadas zonas han generado una presión constante sobre la capacidad instalada del sistema de salud. En muchos casos, la expansión de la infraestructura hospitalaria y la contratación de personal médico no han seguido el mismo ritmo que el aumento de la población y de la demanda de servicios. Esta situación se traduce en una utilización intensiva de las unidades médicas existentes, particularmente en hospitales generales y en servicios de urgencias, donde se concentran los flujos de atención más inmediatos (González-Block & Homedes, 2012).

La relación entre demanda y planeación constituye uno de los principales retos para el sistema de salud en el Estado de México. Aunque los instrumentos de planeación consideran variables demográficas generales, la dinámica poblacional de la entidad marcada por la movilidad interna, el crecimiento urbano y la expansión de zonas metropolitanas dificulta la anticipación precisa de las necesidades futuras en materia de salud. Como resultado, la demanda de servicios en ciertos territorios puede rebasar la capacidad operativa prevista, afectando la oportunidad y continuidad de la atención (Frenk et al., 2006).

Así pues, el peso demográfico del Estado de México puede entenderse como un factor estructural que condiciona el funcionamiento del sistema de salud. Más allá

de la disponibilidad formal de servicios, la magnitud poblacional incide en la saturación de unidades médicas, en la carga de trabajo del personal de salud y en la capacidad del Estado para responder de manera eficiente a las necesidades sanitarias de la población. Reconocer esta variable resulta fundamental para contextualizar el análisis territorial e institucional del sistema de salud mexiquense y para comprender las dinámicas que se observan en niveles críticos de atención.

3.2 Contexto político-administrativo (Gobierno de Morena, 2018–2026)

El periodo comprendido entre 2018 y 2026 marca una etapa de transformación profunda en el sistema de salud mexicano, y como ya se mencionó en el capítulo anterior, en el contexto histórico, desde la llegada al poder del Movimiento de Regeneración Nacional con el presidente Andrés Manuel López Obrador y, posteriormente, con la continuidad del proyecto político encabezado por Claudia Sheinbaum Pardo. Bajo el lema de la Cuarta Transformación “4T”, el gobierno federal propuso una reconfiguración de las políticas públicas orientadas al fortalecimiento del Estado como garante del bienestar social, con especial énfasis en la universalización del derecho a la salud, la gratuidad de los servicios y la equidad en la atención médica (Gobierno de México, 2019).

En materia de salud, el gobierno de Morena planteó un cambio estructural en el modelo de atención. En 2020 se eliminó el Seguro Popular y se creó el Instituto de Salud para el Bienestar “INSABI”, cuyo objetivo fue ofrecer servicios médicos y medicamentos gratuitos a toda la población sin seguridad social. Sin embargo, su implementación enfrentó dificultades relacionadas con la coordinación interinstitucional, la transferencia de recursos estatales y la operación hospitalaria (Secretaría de Salud, 2021). Ante estos desafíos, en 2023 el gobierno federal anunció la sustitución progresiva del INSABI por el programa IMSS-Bienestar, con el propósito de unificar la atención médica bajo un solo sistema público nacional, fortaleciendo la infraestructura hospitalaria, la contratación de personal médico y la dotación de insumos (IMSS, 2023).

Los principales ejes de política pública en salud promovidos por Morena se centraron en:

1. Universalidad, para garantizar el acceso a todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral.
2. Gratuidad, al eliminar el cobro de cuotas de recuperación en hospitales públicos.
3. Equidad, para priorizar a los sectores históricamente marginados.

4. Fortalecimiento de la salud pública, mediante campañas de prevención, vacunación y atención primaria (Secretaría de Salud, 2020).

Dichas deficiencias se observan en problemas como la saturación de pacientes, la falta de personal médico especializado y la escasez de insumos, lo cual genera una brecha significativa entre el diseño institucional de las políticas y la realidad cotidiana de los servicios de salud (Pardo, 2019; Mendoza & Ortega, 2021).

3.3 ¿Quién manda aquí? La arquitectura política del sistema de salud mexiquense

La arquitectura política del sistema de salud en el Estado de México se inscribe en el marco del Sistema Nacional de Salud y se caracteriza por una distribución de competencias entre los distintos órdenes de gobierno. De acuerdo con la Ley General de Salud, la rectoría del sistema corresponde al gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, mientras que los gobiernos estatales y municipales participan en la planeación, operación y provisión de servicios, conforme a los procesos de descentralización implementados desde la década de 1980 (Secretaría de Salud, 2023).

En este esquema, el gobierno federal conserva funciones estratégicas relacionadas con la definición de políticas nacionales, la regulación sanitaria, la coordinación interinstitucional y el financiamiento de programas prioritarios. Instituciones federales como el IMSS, el ISSSTE y, más recientemente, el IMSS-Bienestar, operan directamente unidades médicas dentro del territorio mexiquense, lo que refuerza la presencia federal en la prestación de servicios de salud y complejiza la gobernanza del sistema a nivel estatal (Gómez-Dantés et al., 2021).

Por su parte, el gobierno del Estado de México es responsable de la organización y operación de los Servicios de Salud del Estado de México (SSEM), así como de la planeación sanitaria estatal, la administración de infraestructura hospitalaria y la implementación de programas de salud pública dirigidos a la población sin seguridad social. Estas funciones se ejercen en coordinación con la federación, particularmente en materia de financiamiento y lineamientos técnicos, lo que implica un margen de autonomía limitado por los acuerdos intergubernamentales vigentes (Gobierno del Estado de México, 2023).

El nivel municipal, aunque formalmente tiene atribuciones más acotadas en materia de salud, participa en acciones de promoción, prevención y apoyo logístico, especialmente a través de los servicios básicos, la vigilancia sanitaria y la colaboración con las jurisdicciones sanitarias. No obstante, su capacidad de

intervención depende en gran medida de los recursos financieros y administrativos disponibles, lo que genera una participación heterogénea entre municipios (OPS, 2021).

La coordinación institucional entre los distintos órdenes de gobierno constituye uno de los elementos centrales y más complejos de la arquitectura política del sistema de salud mexiquense. La coexistencia de múltiples instituciones con distintos esquemas de financiamiento, normas operativas y poblaciones objetivo requiere mecanismos de articulación que no siempre se traducen en una gestión integrada. Como señalan González-Block y Homedes (2012), esta multiplicidad institucional tiende a generar superposición de funciones, vacíos de atención y dificultades en la planeación conjunta.

Estas dinámicas dan lugar a tensiones administrativas que se expresan en la definición de responsabilidades, la asignación de recursos y la toma de decisiones operativas. En particular, los procesos recientes de recentralización asociados al INSABI y al modelo IMSS-Bienestar han reconfigurado las relaciones entre la federación y las entidades federativas, generando ajustes institucionales que aún se encuentran en proceso de consolidación (Laurell, 2020).

En este sentido, la arquitectura política del sistema de salud en el Estado de México puede entenderse como un entramado de acuerdos formales y tensiones administrativas que influyen de manera directa en la prestación de los servicios. Analizar quién toma las decisiones, cómo se coordinan los distintos actores y cuáles son los límites de cada nivel de gobierno resulta fundamental para comprender el funcionamiento cotidiano del sistema y los retos que enfrenta en términos de gobernanza, eficiencia y capacidad de respuesta.

3.4 El mapa no miente: cómo se distribuyen (y concentran) los servicios de salud en el Estado de México

La distribución territorial de los servicios de salud en el Estado de México responde a una lógica administrativa y funcional que se articula a través de las jurisdicciones sanitarias. Estas unidades territoriales constituyen el nivel operativo intermedio del sistema de salud estatal y tienen como finalidad organizar, coordinar y supervisar la prestación de servicios en áreas geográficas específicas, considerando criterios poblacionales, administrativos y de accesibilidad (Secretaría de Salud, 2023). La delimitación de las jurisdicciones busca facilitar la planeación y gestión de los recursos sanitarios, aunque su funcionamiento efectivo depende de la capacidad institucional y de la infraestructura disponible en cada región.

Las jurisdicciones sanitarias operan como vértice de articulación entre el nivel central de decisión y las unidades médicas locales, permitiendo la implementación de programas de salud pública y la organización de los servicios de atención. Sin embargo, la heterogeneidad territorial del Estado de México caracterizada por zonas metropolitanas densamente pobladas y regiones con menor concentración urbana genera dinámicas diferenciadas en la provisión de servicios, lo que influye en la carga operativa y en la capacidad de respuesta de cada jurisdicción (OPS, 2021).

Uno de los rasgos más visibles de esta configuración territorial es la centralización de hospitales y servicios de especialidad. La mayor parte de los hospitales de segundo¹⁰ y tercer nivel¹¹ se concentran en zonas urbanas estratégicas y en municipios con alta densidad poblacional, particularmente en áreas metropolitanas como Toluca, Naucalpan y Nezahualcóyotl. Esta concentración responde a criterios de eficiencia, disponibilidad de personal especializado y cercanía a medios de transporte, pero también genera flujos constantes de pacientes provenientes de municipios periféricos (Gómez-Dantés et al., 2021).

La centralización hospitalaria implica que el acceso a servicios especializados dependa, en muchos casos, de la movilidad territorial de los usuarios. Aunque esta lógica permite optimizar recursos tecnológicos y humanos, también incrementa la presión sobre determinados hospitales, especialmente en servicios de alta demanda como urgencias, cirugía y atención especializada. En consecuencia, los hospitales concentradores funcionan como nodos regionales que absorben una demanda superior a la de su área inmediata de influencia (Frenk et al., 2006).

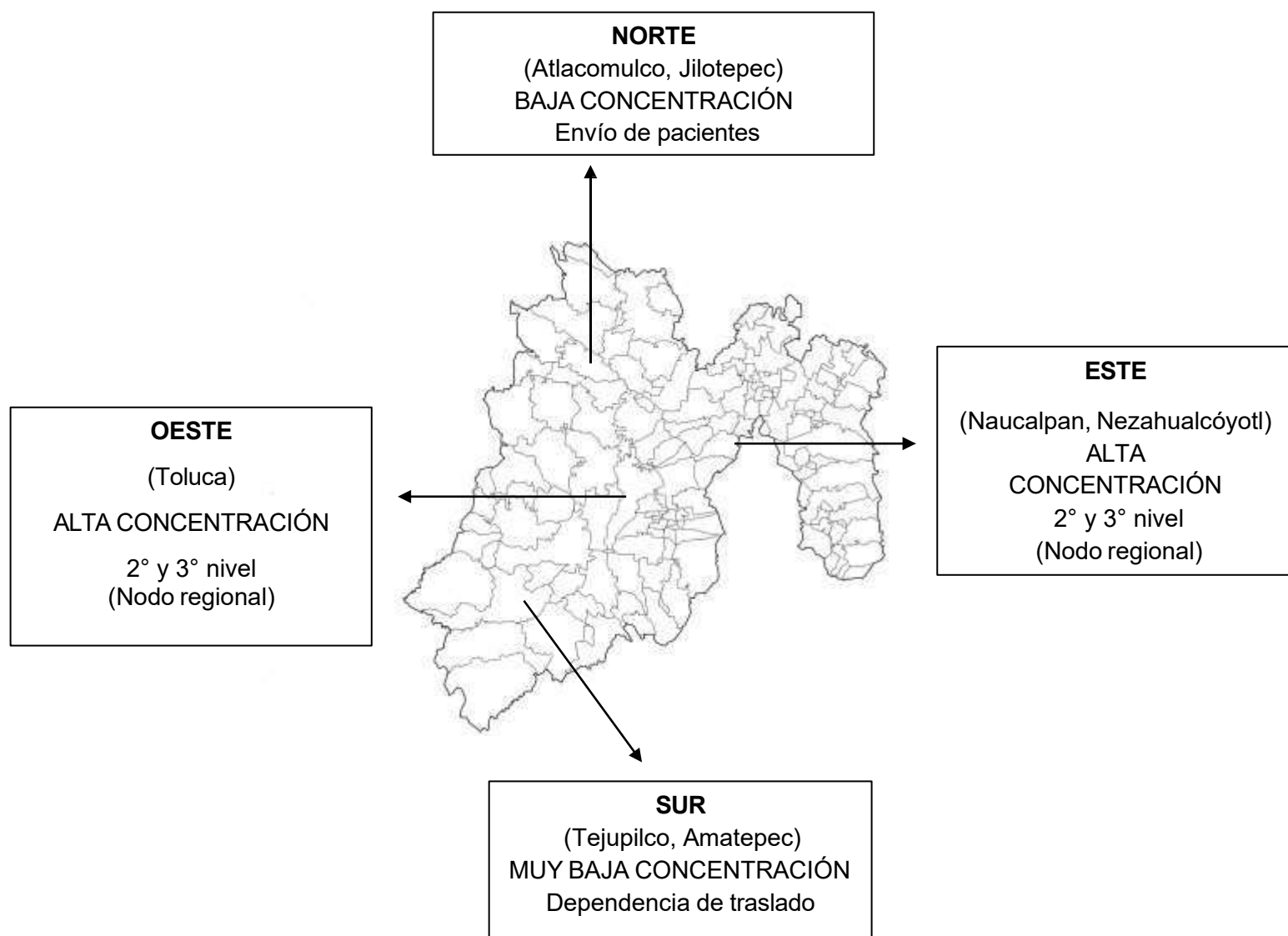
El territorio, en este sentido, no solo explica la localización de los servicios de salud, sino que también introduce factores que complejizan su funcionamiento. La distancia geográfica, la conectividad vial, el crecimiento urbano no planificado y la expansión de zonas conurbadas influyen en los tiempos de traslado, en la referencia de pacientes y en la saturación de las unidades médicas.

Estas variables territoriales interactúan con el diseño institucional del sistema de salud, condicionando la operación cotidiana de los servicios (INEGI, 2023).

¹⁰ Hospital de segundo nivel: Establecimientos que brindan atención médica especializada de mediana complejidad, incluyendo hospitalización, urgencias y cirugías básicas o intermedias. Infraestructura Médica. (2024). *¿Qué es un hospital de segundo nivel?*

¹¹ Hospital de tercer nivel: Centros de alta especialidad que atienden enfermedades complejas mediante tecnología avanzada, subespecialistas y procedimientos como trasplantes o cirugías mayores. Sanatorio. (2025). *¿Qué significa que un hospital sea de segundo o tercer nivel?*

Ilustración 2 "Distribución territorial de hospitales de segundo y tercer nivel en el Estado de México y patrones de concentración urbana"



Elaboración propia con información extraída de Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Knaut, F. (2006). *La salud de las poblaciones: retos y perspectivas del sistema de salud mexicano*. Ciudad de México.

El mapa representa la distribución territorial de los hospitales de segundo y tercer nivel en el Estado de México, mostrando cómo la localización de estos servicios de salud genera patrones de concentración urbana y flujos de pacientes. Los hospitales de alta especialidad se ubican principalmente en los municipios con mayor densidad poblacional, como Toluca, Naucalpan y Nezahualcóyotl,

respondiendo a criterios de eficiencia, disponibilidad de personal especializado y cercanía a medios de transporte.

Los municipios periféricos dependen de estos hospitales concentradores para acceder a servicios especializados, lo que genera flujos constantes de pacientes hacia los nodos urbanos, especialmente para atención en urgencias, cirugías y consultas de alta demanda. La accesibilidad a los servicios de salud está condicionada por factores geográficos y urbanos, como la distancia y el tiempo de traslado, la conectividad vial, y el crecimiento urbano no planificado y la expansión de zonas conurbadas. Estos factores influyen en la saturación de hospitales y en la eficiencia del sistema de salud, ya que los hospitales concentradores absorben una demanda superior a la de su área inmediata.

Se puede resumir que la distribución territorial de los servicios de salud en el Estado de México refleja una combinación de criterios administrativos, demográficos y funcionales. El análisis del mapa sanitario permite identificar patrones de concentración y dispersión que inciden directamente en la accesibilidad y en la organización de la atención médica. Comprender cómo el territorio estructura y, al mismo tiempo, complica la provisión de servicios resulta fundamental para contextualizar el desempeño del sistema de salud y para analizar, en capítulos posteriores, el funcionamiento de unidades médicas específicas dentro de esta configuración espacial.

3.5 No todas las personas llegan igual: desigualdades territoriales en el acceso a la salud

El acceso a los servicios de salud no se configura únicamente a partir de la afiliación institucional o del marco normativo que reconoce el derecho a la salud, sino también a partir del territorio en el que habitan las personas. En el Estado de México, las características geográficas, urbanas y demográficas influyen de manera directa en las condiciones bajo las cuales la población se aproxima o no a los servicios de atención médica. En este sentido, el lugar donde se vive se convierte en una variable clave para comprender las diferencias en el acceso efectivo a la salud (OPS, 2021).

Una de las expresiones más claras de estas diferencias se observa en las brechas entre zonas urbanas, rurales y metropolitanas. Mientras que las áreas metropolitanas concentran una mayor proporción de unidades médicas, hospitales de segundo y tercer nivel, así como servicios especializados, las regiones rurales y semiurbanas dependen en mayor medida de centros de salud con capacidades limitadas y de traslados hacia municipios más grandes. Esta distribución territorial

genera patrones de acceso diferenciados que no responden únicamente a la necesidad de atención, sino a la proximidad física de los servicios (INEGI, 2023).

Las desigualdades territoriales también se manifiestan en la disponibilidad de infraestructura y personal de salud. Municipios con alta densidad poblacional y relevancia administrativa concentran hospitales, especialistas y equipamiento médico, mientras que otras regiones enfrentan déficits persistentes de personal médico, insumos y servicios de apoyo diagnóstico. Estas diferencias inciden en la oportunidad de la atención y en las alternativas reales que tienen las personas al momento de requerir servicios de salud, particularmente en situaciones de urgencia (Gómez-Dantés et al., 2021).

Desde una perspectiva institucional, estas disparidades territoriales reflejan decisiones de planeación que priorizan criterios de eficiencia y concentración de recursos, pero que no siempre logran equilibrar las necesidades de poblaciones dispersas o con menor conectividad. Aunque la centralización de servicios especializados puede justificarse desde el punto de vista técnico, sus efectos territoriales son evidentes: para una parte de la población, acceder a la atención implica recorrer mayores distancias, asumir tiempos de espera prolongados y depender de sistemas de referencia que no siempre funcionan de manera óptima (Frenk et al., 2006).

En este contexto, el territorio opera como un determinante que condiciona las trayectorias de atención dentro del sistema de salud. El código postal, más que un dato administrativo, se convierte en un factor que influye en la disponibilidad de servicios, en la rapidez de la respuesta institucional y en la experiencia misma de la atención médica.

Reconocer las desigualdades territoriales en el acceso a la salud no implica abandonar una mirada institucional, sino complementarla. Este enfoque permite comprender que el funcionamiento del sistema de salud no es homogéneo en el territorio y que las condiciones geográficas y administrativas influyen en la manera en que se materializa el derecho a la salud. Analizar estas diferencias resulta fundamental para contextualizar los retos operativos del sistema y para entender por qué la atención no se vive de la misma manera en todos los espacios del Estado de México.

3.6 Muchos sistemas, un solo paciente: la fragmentación institucional en el Estado de México

El sistema de salud en el Estado de México se caracteriza por una marcada fragmentación institucional, resultado de un proceso histórico de construcción de

subsistemas con reglas, financiamiento y poblaciones objetivo-diferenciadas. En el territorio conviven instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), los Servicios de Salud del Estado de México (SSEM) y, más recientemente, el modelo IMSS-Bienestar. Esta coexistencia configura un entramado institucional complejo que incide directamente en la forma en que se brinda la atención médica (Gómez-Dantés et al., 2021).

Desde una perspectiva normativa, cada una de estas instituciones responde a marcos legales específicos y atiende a poblaciones diferenciadas según su condición laboral o de afiliación. Sin embargo, en la práctica cotidiana del sistema de salud, estas fronteras institucionales no siempre se corresponden con las necesidades reales de la población. El territorio mexiquense, por su densidad poblacional y movilidad constante, propicia que las trayectorias de atención de los pacientes crucen límites institucionales, es que el diseño formal del sistema no siempre logra articular de manera eficiente (OPS, 2021).

La fragmentación institucional genera, entre otros efectos, duplicidades en la infraestructura y en los servicios, así como vacíos de atención en determinadas regiones o niveles asistenciales. Mientras algunas zonas concentran múltiples unidades médicas pertenecientes a distintas instituciones, otras dependen de una oferta limitada de servicios. Esta distribución desigual no responde necesariamente a una lógica de complementariedad, sino a procesos de expansión institucional poco coordinados, que dificultan la planeación integral del sistema de salud (González-Block & Homedes, 2012).

En este contexto, el paciente se convierte en el punto de convergencia y, en ocasiones, de fricción entre los distintos subsistemas. La referencia y contrarreferencia entre instituciones, el acceso a servicios especializados y la continuidad de la atención suelen depender más de acuerdos administrativos que de un esquema integrado de atención. Como señalan Frenk et al. (2006), la fragmentación limita la capacidad del sistema para ofrecer trayectorias de atención coherentes y oportunas, particularmente en servicios de alta demanda como urgencias y hospitalización.

Los intentos recientes por fortalecer la coordinación interinstitucional, especialmente a partir de la creación del INSABI y su posterior transición hacia el modelo IMSS-Bienestar, han buscado reducir estas brechas mediante esquemas de integración operativa y financiera. No obstante, estos procesos han implicado ajustes administrativos complejos y reconfiguraciones institucionales que aún se encuentran en consolidación, lo que mantiene vigentes muchos de los retos asociados a la fragmentación del sistema (Laurell, 2020).

La fragmentación institucional del sistema de salud en el Estado de México revela una tensión persistente entre el diseño organizativo y la experiencia real de la atención. Aunque el sistema se compone de múltiples instituciones, el paciente es uno solo y sus necesidades no se fragmentan de acuerdo con la afiliación administrativa. Analizar esta realidad permite comprender cómo la coordinación interinstitucional, cuando se queda en el papel, impacta directamente en la operación cotidiana del sistema y en la manera en que se materializa la atención en el territorio mexiquense.

3.7 Planear sin adivinar: decisiones, recursos y prioridades en salud estatal

La planeación sanitaria constituye uno de los pilares fundamentales para el funcionamiento del sistema de salud a nivel estatal, ya que de ella dependen la definición de prioridades, la asignación de recursos y la orientación de las acciones públicas en materia de atención médica. En el Estado de México, este proceso se articula a través de instrumentos formales de planeación que buscan alinear las necesidades de la población con las capacidades institucionales y presupuestales del sector salud (Secretaría de Salud, 2023).

La asignación presupuestal representa un componente central de la planeación sanitaria, pues traduce las decisiones políticas en recursos concretos para la operación del sistema. A nivel estatal, el financiamiento de los servicios de salud se integra por recursos federales y estatales, cuya distribución responde a criterios normativos, poblacionales y programáticos. No obstante, la magnitud de la demanda y la diversidad territorial del Estado de México imponen presiones constantes sobre el presupuesto disponible, obligando a priorizar ciertas áreas y niveles de atención sobre otros (SHCP, 2022).

Desde la perspectiva de la gestión pública, la planeación en salud enfrenta limitaciones estructurales que condicionan su efectividad. Entre ellas se encuentran la rigidez de los esquemas presupuestales, la dependencia de transferencias federales y los márgenes acotados de maniobra para redistribuir recursos en función de cambios rápidos en la demanda. Estas restricciones dificultan que la planeación se ajuste de manera ágil a las dinámicas territoriales y a los retos operativos que emergen en la prestación cotidiana de los servicios de salud (González-Block & Homedes, 2012).

Asimismo, la planeación sanitaria se desarrolla en un contexto institucional marcado por la fragmentación del sistema de salud y por la coexistencia de múltiples actores con competencias diferenciadas. Esta configuración complica la coordinación interinstitucional y limita la posibilidad de construir estrategias integrales de largo plazo, ya que las decisiones presupuestales y operativas no

En este escenario, la planeación se sitúa constantemente entre lo deseable y lo posible. Por un lado, los documentos programáticos establecen objetivos ambiciosos en términos de cobertura, calidad y acceso a los servicios de salud; por otro, las restricciones financieras, administrativas y operativas obligan a realizar ajustes que, en la práctica, redefinen las prioridades. Esta tensión no implica necesariamente una falla del proceso de planeación, sino una expresión de los límites estructurales de la gestión pública en un sector altamente demandante como el de la salud (Frenk et al., 2006).

Planear en salud en el Estado de México no significa anticipar cada escenario, sino tomar decisiones informadas dentro de un marco de incertidumbre y restricciones. Analizar cómo se definen las prioridades, cómo se asignan los recursos y cómo se gestionan los límites institucionales permite comprender las condiciones bajo las cuales opera el sistema de salud estatal y contextualizar los retos que enfrentan las unidades médicas en su funcionamiento cotidiano.

3.8 Toluca no duerme: el Valle como nodo sanitario regional

El Valle de Toluca se ha consolidado como uno de los nodos sanitarios más relevantes del centro del país, no solo por su densidad poblacional, sino por la concentración estratégica de infraestructura hospitalaria y servicios especializados. Su cercanía con la Zona Metropolitana del Valle de México, así como su papel como capital estatal, ha favorecido la localización de hospitales de segundo y tercer nivel que atienden tanto a población local como a pacientes provenientes de municipios circundantes (INEGI, 2023).

La concentración de servicios y especialidades en el Valle responde a una lógica histórica de centralización de recursos sanitarios. Hospitales generales, unidades de alta especialidad y clínicas de referencia se ubican principalmente en Toluca y municipios colindantes, lo que convierte a esta región en un punto de atracción permanente para la demanda de atención médica. Esta configuración territorial fortalece la capacidad resolutive regional, pero al mismo tiempo incrementa la presión operativa sobre las unidades existentes (Secretaría de Salud, 2023).

Uno de los efectos más visibles de esta concentración es la movilidad constante de pacientes. Personas provenientes de municipios rurales, semiurbanos e incluso de otras regiones del Estado de México se trasladan al Valle en busca de atención hospitalaria, particularmente en servicios de urgencias y especialidades médicas. Estos desplazamientos no siempre responden a mecanismos formales de referencia, sino a la percepción frecuentemente acertada de que en Toluca existen mayores probabilidades de recibir atención oportuna (OPS, 2021).

La movilidad intermunicipal de pacientes genera una presión sostenida sobre los hospitales del Valle, especialmente en horarios nocturnos, fines de semana y periodos de alta demanda epidemiológica. En este contexto, los servicios de urgencias operan como un punto de entrada continuo, donde convergen padecimientos agudos, enfermedades crónicas descompensadas y casos que no encontraron respuesta en otros niveles de atención. De ahí que pueda afirmarse que Toluca, en términos sanitarios, no duerme: la demanda se mantiene activa más allá de los horarios administrativos del sistema (Gómez-Dantés et al., 2021).

Dentro de este entramado territorial, la Clínica 220 del IMSS ocupa un lugar estratégico. Ubicada en una zona clave del Valle de Toluca, esta unidad de segundo nivel atiende no solo a derechohabientes del municipio, sino a una población mucho más amplia que rebasa los límites territoriales inmediatos. Su servicio de urgencias refleja con claridad las dinámicas regionales de concentración, movilidad y saturación que caracterizan al sistema de salud mexiquense (IMSS, 2023).

El contexto territorial de la Clínica 220 permite observar cómo las decisiones de localización de infraestructura, la distribución desigual de servicios y los flujos intermunicipales de pacientes impactan directamente en la operación cotidiana de los hospitales. Más allá de su capacidad instalada, estas unidades enfrentan una demanda moldeada por el territorio, por la densidad poblacional y por las brechas existentes entre municipios, factores que condicionan de manera constante su funcionamiento.

Se podría decir que, el Valle de Toluca se configura como un nodo sanitario regional donde convergen población, infraestructura y decisiones institucionales. Analizar este espacio resulta fundamental para comprender las presiones que enfrentan hospitales como la Clínica 220 y para explicar por qué los servicios de urgencias se convierten en escenarios donde el diseño del sistema de salud se enfrenta, día y noche, a la realidad territorial.

3.9 Lo que el territorio revela del sistema

El análisis desarrollado a lo largo de este capítulo permitió aproximarse a la configuración política y territorial del sistema de salud en el Estado de México, poniendo en evidencia que su funcionamiento no puede entenderse únicamente desde el diseño normativo o institucional. La revisión de los elementos demográficos, administrativos y territoriales mostró que el sistema opera dentro de un espacio complejo, dinámico y altamente demandante, donde las decisiones de

planeación interactúan de manera constante con realidades que desbordan los esquemas formales de organización.

Desde una perspectiva analítica, el territorio emerge como un factor explicativo central del funcionamiento del sistema de salud mexiquense. La distribución poblacional, la concentración de servicios, la movilidad intermunicipal y la localización estratégica de hospitales influyen directamente en la demanda, en los flujos de atención y en la presión operativa de las unidades médicas. En este sentido, el territorio no es un simple escenario donde se implementan políticas públicas, sino un elemento activo que condiciona moldea y, en ocasiones, redefine la operación cotidiana del sistema.

Entender el territorio como clave explicativa permite, además, superar lecturas abstractas del sistema de salud y acercarse a su funcionamiento real. Al observar cómo el diseño institucional se enfrenta a contextos territoriales específicos, es posible identificar los límites operativos del modelo y las áreas donde la política pública encuentra mayores dificultades para materializarse en la práctica. Esta mirada no busca señalar fallas individuales, sino comprender las condiciones estructurales bajo las cuales operan las instituciones de salud.

Este cierre abre el camino hacia el estudio de caso que se desarrollará en los capítulos siguientes. La Clínica 220 del IMSS, ubicada en el Valle de Toluca, representa un espacio privilegiado para observar cómo las dinámicas territoriales, institucionales y poblacionales analizadas en este capítulo se expresan en la atención cotidiana, particularmente en el área de urgencias. De este modo, el análisis territorial realizado aquí funciona como un puente conceptual y empírico que permite transitar del plano estructural del sistema de salud al nivel operativo, donde el diseño institucional se encuentra, sin intermediarios, con la realidad.

3.10 La realidad alcanza al diseño: retos actuales del sistema de salud mexiquense

El sistema de salud del Estado de México enfrenta actualmente una serie de retos que evidencian la distancia existente entre el diseño institucional y su funcionamiento cotidiano. Si bien la entidad cuenta con una estructura sanitaria amplia y diversa, la presión derivada del tamaño poblacional, la complejidad territorial y la fragmentación institucional ha puesto a prueba la capacidad real del sistema para responder de manera oportuna y eficiente a las necesidades de atención en salud.

Uno de los principales desafíos radica en la relación entre la capacidad instalada y la demanda real de servicios. Aunque el Estado de México concentra un número

importante de hospitales, clínicas y unidades médicas, estos recursos resultan insuficientes frente a la magnitud y heterogeneidad de la población que demanda atención. La infraestructura existente, diseñada bajo criterios de planeación formal, opera con frecuencia al límite de su capacidad, especialmente en áreas críticas como hospitalización y servicios de urgencias, donde la demanda suele ser constante y, en muchos casos, imprevisible.

Esta tensión entre capacidad y demanda se ve agravada por la dinámica territorial y la movilidad intermunicipal de pacientes. Unidades médicas localizadas en zonas estratégicas reciben población que rebasa su área de influencia formal, lo que genera una sobrecarga operativa que no siempre se refleja en los esquemas de asignación de recursos o de personal. De este modo, el diseño del sistema, aunque técnicamente estructurado, se enfrenta a una realidad que desborda sus supuestos originales de funcionamiento.

Otro reto central del sistema de salud mexiquense es la coordinación interinstitucional pendiente. La coexistencia de múltiples subsistemas IMSS, ISSSTE, ISSEMyM, Servicios de Salud del Estado de México e IMSS-Bienestar ha dificultado la construcción de mecanismos efectivos de articulación. Aunque existen marcos normativos y acuerdos formales de coordinación, en la práctica persisten problemas de comunicación, duplicación de funciones y vacíos de atención que impactan directamente en la continuidad y calidad de los servicios. (González-Block & Homedes, 2012).

La falta de una integración funcional sólida se manifiesta de manera clara en la atención hospitalaria y de urgencias, donde los flujos de pacientes no siempre siguen los canales institucionales previstos. En estos espacios, las decisiones operativas se toman con base en la urgencia inmediata más que en la lógica del sistema, lo que revela los límites de la coordinación cuando esta se queda en el plano normativo y no logra materializarse en la práctica cotidiana (Laurell, 2015).

En este contexto, los límites del modelo de atención se hacen visibles en la experiencia diaria de las unidades médicas. El modelo institucional, pensado para ordenar la provisión de servicios, se enfrenta a condiciones reales marcadas por la saturación, la escasez de recursos humanos, la presión asistencial constante y la necesidad de respuestas inmediatas. Estas tensiones no necesariamente implican el fracaso del sistema, pero sí evidencian la necesidad de repensar sus supuestos operativos y de fortalecer las capacidades institucionales para adaptarse a escenarios complejos y cambiantes.

Finalmente, los retos actuales del sistema de salud mexiquense muestran cómo la realidad termina alcanzando al diseño. La brecha entre lo planeado y lo vivido en los servicios de salud permite identificar áreas críticas de mejora y subraya la

importancia de analizar el sistema no solo desde su estructura normativa, sino desde su funcionamiento efectivo. Este análisis resulta clave para comprender los desafíos contemporáneos del sistema y para contextualizar, desde una mirada territorial e institucional, la operación cotidiana de unidades estratégicas como la Clínica 220 del IMSS.

3.11 Vinculación teórica-metodológica

La presente investigación se sustenta teóricamente en el institucionalismo, el cual permite analizar las políticas públicas de salud a partir de la relación entre las reglas formales, los diseños institucionales y su implementación en contextos concretos. Desde esta perspectiva, el análisis no se centra únicamente en los resultados de las políticas, sino en la manera en que las instituciones estructuran, condicionan y en algunos casos limitan su propia capacidad de funcionamiento.

En congruencia con este enfoque, la metodología empleada fue de tipo documental, basada en la revisión, análisis e interpretación de fuentes oficiales, informes gubernamentales, marcos normativos, artículos académicos e información proporcionada por la Unidad de Transparencia del IMSS. Este diseño metodológico permite construir un panorama general sobre la implementación de las políticas públicas en salud durante el periodo de estudio, particularmente en el marco del modelo IMSS-Bienestar y la reorganización del sistema de salud.

La vinculación entre teoría y método se establece a partir del análisis de las instituciones de salud como unidades de observación, donde los principios del institucionalismo permiten interpretar la distancia entre el diseño normativo de las políticas públicas y su operación real. En este sentido, la eficiencia de las políticas no se asume como un resultado dado, sino como una categoría analítica que se construye a partir del contraste entre lo formalmente establecido y lo empíricamente observable.

No obstante, el desarrollo del estudio enfrentó limitaciones relacionadas con el acceso a información concreta y actualizada sobre el funcionamiento del hospital objeto de análisis. En particular, se identificaron dificultades para obtener registros verificables sobre recursos humanos, infraestructura y resultados en la prestación de servicios de salud, lo que restringe la posibilidad de realizar un análisis empírico exhaustivo.

Estas limitaciones se vinculan principalmente con la disponibilidad restringida de información pública, los tiempos de respuesta institucional y los criterios de confidencialidad aplicables en el ámbito hospitalario. Sin embargo, esta situación no debilita el enfoque metodológico adoptado, sino que refuerza su pertinencia, ya

que permite centrar el análisis en el diseño normativo, programático y discursivo de las políticas públicas, así como en la información efectivamente accesible.

De esta manera, el estudio contribuye a una comprensión crítica del funcionamiento institucional del sistema de salud, evidenciando posibles brechas entre la planeación de las políticas públicas y su implementación en el nivel operativo.

3.12 El Hospital General Regional No. 220 como microsistema institucional del estudio

Estudiar un hospital en específico permite entender cómo se aplican en la práctica las políticas de salud que se diseñan a nivel nacional. Aunque las políticas se formulan de manera general para todo el país, su implementación ocurre en espacios concretos como los hospitales, donde se organizan los servicios, se distribuyen los recursos y se atiende directamente a la población.

Por esta razón, el Hospital General Regional No. 220 “Gral. José Vicente Villada” se toma en esta investigación como un “microsistema institucional”, es decir, como un espacio donde se puede observar en pequeña escala cómo funciona el sistema de salud en la realidad.

Este hospital es un caso adecuado porque forma parte del segundo nivel de atención, lo que significa que atiende casos que requieren especialidades médicas, hospitalización y atención de urgencias. Además, recibe una gran cantidad de pacientes de distintos municipios, lo que lo convierte en una unidad con alta demanda de servicios y con una operación compleja.

Al analizar este tipo de hospitales es posible ver si lo que establecen las políticas públicas realmente se cumple en la práctica. Por ejemplo, si los recursos humanos son suficientes, si la infraestructura es adecuada o si los servicios médicos funcionan como se plantea en los programas oficiales.

De esta forma, el hospital no se estudia como un caso aislado, sino como un ejemplo que permite entender cómo se aplican las políticas de salud en la vida real. Esto ayuda a identificar diferencias entre lo que se planea desde el nivel nacional y lo que realmente ocurre en la operación diaria de los servicios de salud.

En resumen, el Hospital General Regional No. 220 permite observar de manera concreta cómo funciona la política pública de salud en un espacio real, lo que hace posible analizar sus alcances y sus limitaciones en la práctica.

Comentarios finales del capítulo

El análisis de la configuración política y territorial del sistema de salud en el Estado de México permitió comprender que su funcionamiento no puede explicarse únicamente a partir del diseño normativo o de la estructura institucional formal. A lo largo del capítulo se evidenció que el sistema opera en un contexto marcado por una alta complejidad demográfica, una organización institucional fragmentada y una dinámica territorial que condiciona de manera constante la prestación de los servicios de salud.

El peso demográfico de la entidad se consolida como un elemento estructural que incide directamente en la planeación y operación del sistema de salud. La magnitud y heterogeneidad de la población mexiquense generan una demanda sostenida y diversa que ejerce presión sobre la capacidad instalada, particularmente en los hospitales de segundo nivel y en los servicios de urgencias. Esta presión no solo es resultado del número de habitantes, sino también de la movilidad intermunicipal y de la función estratégica que cumple el Estado de México dentro del Sistema Nacional de Salud.

Desde el ámbito político-administrativo, la arquitectura del sistema de salud mexiquense refleja una distribución compleja de competencias entre los distintos órdenes de gobierno y una coexistencia de múltiples instituciones con esquemas de operación diferenciados. Si bien esta estructura responde a procesos históricos de descentralización y a reformas recientes orientadas a la universalización de la atención, en la práctica genera retos significativos de coordinación, definición de responsabilidades y gestión integrada de los servicios. La fragmentación institucional se traduce en duplicidades, vacíos de atención y trayectorias asistenciales poco articuladas, lo que impacta directamente en la experiencia de los usuarios del sistema.

El territorio emergió como una clave explicativa central para entender estas dinámicas. La distribución y concentración de los servicios de salud, la ubicación estratégica de los hospitales y las diferencias en accesibilidad entre regiones urbanas, metropolitanas y rurales configuran escenarios diferenciados de atención. En este sentido, el territorio no actúa únicamente como un espacio físico donde se implementan políticas públicas, sino como un factor activo que moldea la demanda, condiciona los flujos de atención y expone los límites operativos del sistema.

Asimismo, el análisis mostró que la planeación sanitaria y la asignación de recursos se desarrollan en un contexto de restricciones estructurales que dificultan su adaptación a las dinámicas reales del territorio. La tensión entre los objetivos establecidos en los instrumentos de planeación y las posibilidades operativas del

sistema se manifiesta de manera clara en la saturación de los servicios hospitalarios y de urgencias, donde convergen las presiones demográficas, territoriales e institucionales.

En este contexto, el Valle de Toluca se identificó como un nodo sanitario regional clave, caracterizado por la concentración de infraestructura hospitalaria y por una movilidad constante de pacientes que rebasa los límites territoriales formales. Unidades como la Clínica 220 del IMSS sintetizan estas dinámicas y permiten observar de manera concreta cómo las decisiones de política pública, la organización institucional y el territorio convergen en la práctica cotidiana de los servicios de salud.

En conjunto, las conclusiones de este capítulo confirman que el sistema de salud del Estado de México opera dentro de una lógica territorial e institucional compleja, donde las decisiones de planeación y diseño se encuentran permanentemente con realidades que las tensionan y, en ocasiones, las rebasan. Este marco analítico resulta indispensable para comprender el funcionamiento operativo del sistema y sienta las bases para el análisis del estudio de caso, en el que se profundizará en cómo estas dinámicas se expresan de manera concreta en la atención hospitalaria, y veremos esto con los siguientes datos.

CAPÍTULO IV

Del diseño institucional a la realidad: metodología y análisis empírico

El presente capítulo tiene como propósito primero y fundamental presentar datos, analizarlos, exponer y justificar la estrategia metodológica empleada en esta investigación, así como los procedimientos utilizados para la identificación, selección y análisis de la información que sustenta el estudio. La metodología constituye un elemento central del trabajo, en tanto define el camino a través del cual se analizan las políticas públicas de salud implementadas durante la Cuarta Transformación (2018–2025) y se examina su expresión concreta en el funcionamiento del sistema de salud del Estado de México.

La investigación se apoya en el análisis de políticas públicas y el institucionalismo, en salud como marcos analíticos, lo que posibilita identificar las diferencias existentes entre la formulación de las políticas y su implementación práctica. En este sentido, el hospital 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en Toluca, Estado de México, se asume como un caso de estudio que permite observar, a nivel micro institucional, cómo se materializan o se limitan los lineamientos y objetivos de las políticas sanitarias.

Asimismo, en este capítulo se describen las fuentes de información utilizadas, las categorías de análisis definidas y los alcances y limitaciones del estudio, con el fin de garantizar la transparencia y coherencia del proceso de investigación. De esta manera, la metodología propuesta busca ofrecer un sustento sólido para el análisis desarrollado en los capítulos posteriores y contribuir a una comprensión crítica del desempeño institucional del sistema de salud en el periodo señalado.

4.1 Estrategia metodológica

La presente investigación se desarrolló mediante un enfoque cualitativo con apoyo de información cuantitativa, orientado al análisis de la eficiencia institucional en el sistema de salud público del Estado de México durante el periodo 2018-2025. Metodológicamente, se adoptó la estrategia de estudio de caso, tomando como unidad de observación al Hospital General Regional No. 220 “Gral. José Vicente Villada” del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en Toluca, Estado de México.

La selección de este hospital responde a diversos criterios. En primer lugar, se trata de una unidad de segundo nivel de atención con cobertura regional y una amplia población derechohabiente. En segundo lugar, concentra servicios de hospitalización, consulta especializada y atención de urgencias, lo que permite observar la interacción entre recursos humanos, infraestructura, presupuesto y demanda de servicios. Finalmente, su ubicación en la capital del Estado de México permite analizar la implementación de políticas sanitarias en un contexto de alta concentración poblacional y elevada demanda de atención médica.

El estudio se centró en el análisis de las políticas sanitarias implementadas durante el periodo 2018-2025, particularmente aquellas vinculadas con la reorganización institucional del sistema de salud, el fortalecimiento de la atención médica, la ampliación de la cobertura y las estrategias orientadas a mejorar la eficiencia de los servicios públicos de salud.

Para la obtención de información se recurrió a la revisión documental de programas sectoriales, informes institucionales, documentos normativos, estadísticas oficiales y solicitudes de acceso a la información pública dirigidas al Instituto Mexicano del Seguro Social. La información obtenida fue organizada y analizada a partir de categorías previamente definidas: recursos humanos, infraestructura, presupuesto, demanda de atención y capacidades institucionales.

Estas categorías permitieron evaluar la eficiencia institucional a partir de dimensiones operativas, financieras y de resultados, estableciendo un vínculo entre el marco teórico desarrollado en los capítulos anteriores y el análisis empírico presentado en este capítulo.

4.2 Políticas sanitarias consideradas en la investigación

La presente investigación se centra en el análisis de las principales políticas sanitarias implementadas durante el periodo de la Cuarta Transformación (2018–2025), las cuales inciden en el funcionamiento del Instituto Mexicano del Seguro

Social (IMSS) y, de manera específica, en la operación del Hospital General Regional No. 220, considerado como unidad de estudio.

En este sentido, es importante precisar que las políticas sanitarias consideradas no abarcan la totalidad del sistema de salud mexicano, sino únicamente aquellas que, por su relevancia institucional, operativa y administrativa, tienen impacto directo o indirecto en la organización, gestión y eficiencia del hospital analizado.

Las políticas sanitarias que se analizan en la presente investigación son las siguientes:

a) IMSS-Bienestar (Modelo de Atención a la Población sin Seguridad Social)

El programa IMSS-Bienestar constituye una de las principales estrategias de reconfiguración del sistema de salud pública durante la Cuarta Transformación. Su objetivo es garantizar el acceso gratuito a servicios de salud para población sin seguridad social mediante la federalización y ampliación de la red de servicios médicos públicos.

Aunque el Hospital General Regional No. 220 pertenece al régimen ordinario del IMSS, esta política impacta de manera indirecta en su funcionamiento, en tanto forma parte del proceso de reorganización nacional del sistema de salud, lo cual influye en la redistribución de la demanda de atención médica y en la presión sobre hospitales regionales.

b) Plan de Salud del Gobierno de México (Reorganización del sistema público de salud)

El Plan de Salud del Gobierno de México representa la estrategia general de reorganización del sistema sanitario impulsada a partir de 2018, orientada a la integración operativa de las instituciones públicas de salud, particularmente el IMSS, el ISSSTE y el modelo IMSS-Bienestar.

Esta política se analiza en la presente investigación debido a su impacto en la articulación institucional del sistema de salud y en la forma en que se redistribuyen funciones, recursos y responsabilidades entre niveles de atención. En el caso del Hospital General Regional No. 220, esta reorganización se refleja en la carga de atención y en la presión sobre su capacidad operativa.

c) Estrategia de Digitalización del Sistema de Salud (IMSS Digital y Expediente Clínico Electrónico)

La estrategia de digitalización del sistema de salud, implementada a través de herramientas como IMSS Digital y el Expediente Clínico Electrónico, forma parte

de los procesos de modernización administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de estudio.

Esta política se analiza debido a su incidencia en la eficiencia institucional, al transformar los procesos de gestión de citas, registro de pacientes, administración de expedientes clínicos y control de información médica. En el Hospital General Regional No. 220, su implementación impacta directamente en la operación cotidiana de los servicios y en la gestión administrativa del hospital.

Delimitación de las políticas consideradas en el estudio

Las políticas anteriormente descritas constituyen el conjunto de políticas sanitarias consideradas como eje de análisis de la presente investigación, debido a que representan las principales líneas de acción del sector salud durante la Cuarta Transformación que inciden en el funcionamiento del IMSS.

Su selección responde a criterios de relevancia institucional y operativa, en tanto permiten analizar la relación entre diseño de política pública, implementación institucional y resultados en términos de eficiencia gubernamental en el Hospital General Regional No. 220.

4.3 Limitaciones en el acceso a la información y opacidad institucional

El análisis de las deficiencias institucionales del hospital se enfrentó, desde una etapa temprana de la investigación, a importantes limitaciones relacionadas con el acceso a la información pública. A pesar de que el marco normativo en materia de transparencia reconoce el derecho de acceso a la información como un mecanismo fundamental para la rendición de cuentas y la evaluación de la acción pública, en la práctica el proceso para obtener datos oficiales resultó complejo, prolongado y, en diversos casos, incompleto.

Entre las principales dificultades identificadas se encuentra la emisión de respuestas parciales o incompletas por parte de la Unidad de Transparencia del IMSS, en las cuales la información proporcionada no correspondía plenamente con lo solicitado o carecía del nivel de detalle necesario para un análisis exhaustivo. Asimismo, se detectó la entrega de datos desactualizados, lo que limita la posibilidad de evaluar con precisión la situación actual del hospital y su capacidad operativa real.

Otro obstáculo relevante fue la falta de desagregación de la información, particularmente en rubros como recursos humanos, infraestructura y servicios hospitalarios. La presentación de datos agregados impide identificar con claridad la distribución interna de los recursos, las cargas de trabajo específicas y las áreas

con mayores carencias, lo que reduce significativamente el alcance analítico del estudio. A ello se suman los casos de negativas parciales o silencios administrativos, en los que no se obtuvo respuesta dentro de los plazos establecidos o se recurrió a argumentos administrativos para justificar la no entrega de la información solicitada.

Estas dificultades no solo se tradujeron en retrasos en el desarrollo de la investigación, sino que evidenciaron la existencia de procesos burocráticos extensos y poco eficientes, caracterizados por múltiples etapas administrativas, tiempos prolongados de espera y una limitada comunicación institucional. En este sentido, el acceso a la información se convirtió en un proceso que, lejos de facilitar el análisis de la gestión pública, funcionó como una barrera adicional para la evaluación del desempeño institucional.

Desde la perspectiva del institucionalismo, estas limitaciones no pueden entenderse únicamente como fallas operativas aisladas, sino como manifestaciones de prácticas institucionales normalizadas. La opacidad en la gestión de la información se configura como un rasgo estructural del funcionamiento institucional, en el cual el cumplimiento formal de las normas de transparencia no necesariamente se traduce en una apertura real y efectiva de los datos públicos.

En consecuencia, la opacidad institucional observada durante el desarrollo de esta investigación no debe interpretarse únicamente como una restricción metodológica, sino como un hallazgo analítico relevante, que permite comprender las dinámicas internas del hospital y del sistema de salud en general. La dificultad para acceder a la información pública se constituye, así, en un reflejo de las limitaciones institucionales que inciden directamente en la planeación, ejecución y evaluación de los servicios de salud, y que posteriormente impactan en la calidad de la atención brindada a la población.

Durante el desarrollo de la investigación se identificó una escasez significativa de información confiable y verificable sobre la situación real del hospital. Si bien en algunos medios de comunicación es posible encontrar referencias generales que permiten vislumbrar ciertas problemáticas del sistema de salud, dichas fuentes resultan insuficientes para realizar un análisis riguroso, debido a su carácter descriptivo y a la ausencia de datos sistematizados. Esta limitación hizo indispensable recurrir a los mecanismos formales de acceso a la información a través de la Unidad de Transparencia del Seguro Social.

Esta situación generó importantes retos metodológicos, ya que la ausencia de datos claros y oportunos limita la posibilidad de contrastar de manera directa el diseño institucional con la realidad hospitalaria. Sin embargo, desde una

perspectiva institucionalista, estas dificultades no constituyen únicamente un problema técnico, sino que evidencian fallas estructurales en los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, los cuales, aunque formalmente establecidos, no garantizan el acceso efectivo a información que permita evaluar la gestión pública en materia de salud.

Así, la limitada disponibilidad de datos confiables no solo condicionó el desarrollo de la investigación, sino que también reflejó una problemática institucional más amplia que incide directamente en la comprensión y evaluación de la realidad hospitalaria.

4.3 Hospitales de primer nivel, segundo nivel y tercer nivel.

El sistema de salud se organiza en distintos niveles de atención con el objetivo de clasificar los servicios médicos según su complejidad y capacidad de resolución.

El primer nivel de atención corresponde a la atención básica y preventiva. En este nivel se encuentran centros de salud y unidades médicas familiares que brindan servicios de consulta general, control de enfermedades comunes, vacunación y promoción de la salud. Su función principal es la prevención y la detección temprana de enfermedades.

El segundo nivel de atención está conformado por hospitales generales y regionales que atienden padecimientos de mayor complejidad. En este nivel se ofrecen servicios de especialidades básicas, hospitalización, cirugías generales y atención de urgencias. Su función es resolver problemas de salud que no pueden ser atendidos en el primer nivel.

El tercer nivel de atención incluye hospitales de alta especialidad. Estos centros están preparados para atender enfermedades complejas que requieren tecnología avanzada, subespecialidades médicas y procedimientos altamente especializados.

Dentro de esta clasificación, el Hospital General Regional No. 220 “Gral. José Vicente Villada” del IMSS se ubica en el segundo nivel de atención. Esto significa que su función principal es la atención especializada intermedia, incluyendo hospitalización, cirugía general, consulta de especialidad y atención de urgencias.

Al ser un hospital de segundo nivel, el HGR No. 220 recibe pacientes referidos de unidades de primer nivel y atiende padecimientos que requieren mayor capacidad diagnóstica y terapéutica, lo que lo posiciona como una unidad clave dentro de la red de servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.4 Recursos humanos

Los recursos humanos constituyen un indicador fundamental para evaluar la eficiencia de un hospital, ya que el personal de salud es el principal responsable de la atención directa a los pacientes y del funcionamiento cotidiano de los servicios médicos. La cantidad, distribución y organización del personal influyen directamente en la capacidad del hospital para responder a la demanda de consultas, hospitalizaciones y urgencias.

En este sentido, no solo importa cuántas personas trabajan en el hospital, sino también cómo están distribuidas entre áreas médicas, de enfermería, técnicas y administrativas, así como su asignación por turnos. Una distribución adecuada del personal permite garantizar la continuidad del servicio, reducir tiempos de espera y mejorar la calidad de la atención.

Por ello, el análisis de los recursos humanos permite identificar si la estructura del personal es suficiente y funcional frente a la carga de trabajo del hospital, lo cual es un elemento clave para valorar su eficiencia operativa dentro del sistema de salud.

De acuerdo con la información proporcionada por la Unidad de Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, el hospital cuenta con un total de 1,984 trabajadores, quienes se distribuyen en distintas categorías profesionales que incluyen personal médico, de enfermería y personal técnico-administrativo, los cuales resultan indispensables para el funcionamiento de los servicios hospitalarios y de atención de urgencias.

En lo que respecta al personal de enfermería, se observa en la tabla 1, una alta concentración de recursos humanos, lo cual responde a la naturaleza asistencial del hospital y a la atención continua que requieren los pacientes hospitalizados. Destacan las categorías de enfermera general, auxiliar de enfermería y enfermera especialista, las cuales, en conjunto, representan uno de los pilares del modelo de atención. La distribución del personal de enfermería se organiza en turnos matutino, vespertino, nocturno y jornadas móviles, permitiendo la cobertura permanente de los servicios. Tan solo las categorías de enfermera general y auxiliar de enfermería suman más de cuatrocientas plazas, lo que evidencia la importancia de este recurso humano en la operación cotidiana del hospital.

Por su parte, el personal médico se integra por médicos generales, médicos familiares, médicos no familiares y médicos especialistas, además de médicos en formación adscritos a programas de residencia. De acuerdo con los datos disponibles, el grupo más numeroso corresponde a los médicos no familiares, lo cual se asocia directamente con el carácter de hospital de segundo nivel y con la atención de padecimientos de mayor complejidad, particularmente en el área de

urgencias y hospitalización. La presencia de médicos especialistas distribuidos en los diferentes turnos permite la atención oportuna de casos que requieren intervención especializada.

La organización por turnos muestra una distribución relativamente equilibrada entre los horarios matutino, vespertino y nocturno, lo que resulta fundamental para garantizar la continuidad de la atención durante las 24 horas del día. Asimismo, la existencia de personal en jornadas móviles permite ajustar la cobertura de recursos humanos de acuerdo con las necesidades operativas de los distintos servicios, incluida el área de urgencias, donde la demanda puede variar significativamente.

La Unidad de Transparencia señala que la distribución del personal se realiza conforme a las necesidades diarias de las áreas de hospitalización, consulta externa y urgencias, en apego a sus respectivas áreas de responsabilidad. No obstante, la elevada carga de trabajo derivada del volumen de atenciones, particularmente en urgencias, plantea retos constantes en términos de suficiencia del personal y de condiciones laborales, aspectos que inciden directamente en la calidad de la atención brindada.

En conjunto, el análisis de los recursos humanos permite identificar que el Hospital General Regional No. 220 dispone de una estructura de personal amplia y diversificada; sin embargo, la demanda sostenida de servicios obliga a una gestión eficiente del capital humano para cumplir con los estándares de calidad establecidos por la normativa institucional y garantizar el derecho a la salud de la población derechohabiente.

Tabla 1 Recursos Humanos

Puesto	Total, Personal	Distribución por turnos	Interpretación analítica
Auxiliar de enfermería	221	Presencia equilibrada en los tres turnos; apoyo móvil limitado	Es un grupo clave para la operación cotidiana. La alta carga en nocturno sugiere presión asistencial continua.
Enfermera general	225	Distribución homogénea, con refuerzo móvil	Constituye el núcleo del cuidado directo. La carga sostenida indica demanda

			constante en hospitalización y urgencias.
Enfermera general de clínica	137	Mayor presencia en nocturno	Refleja mayor complejidad clínica durante la noche, posiblemente por urgencias no diferibles.
Enfermera especialista	114	Equilibrio en turnos + jornada acumulada	Indica especialización disponible, pero posiblemente insuficiente ante alta demanda de urgencias.
Enfermera jefa de piso	54	Presencia constante en todos los turnos	Asegura supervisión, aunque el número limitado puede afectar la gestión operativa en horas pico.
Auxiliar / Enf. en salud pública	3	Muy baja presencia	Evidencia un enfoque limitado en prevención y promoción dentro de la unidad.
Médicos familiares no	362	Alta concentración en matutino y vespertino; refuerzo en jornada acumulada	Son el principal soporte médico hospitalario y de urgencias; la sobrecarga sugiere saturación estructural.
Médicos familiares	31	Mayor presencia nocturna y en jornada acumulada	Participación marginal en la atención hospitalaria directa.
Médicos generales	14	Presencia limitada	Refleja una estructura altamente

			especializada, con poca flexibilidad médica general.
Médicos de / traslados urgencias	9	Presencia mínima	Indica posible debilidad en la atención prehospitalaria y traslados.
Total, general	1,170	Distribución casi equilibrada por turnos	Aunque numéricamente suficiente, la distribución no garantiza atención oportuna en urgencias.

Elaboración propia con base en información proporcionada por la Unidad de Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), vía solicitud de acceso a la información pública, 2026.

4.3 Infraestructura y presupuestos

La infraestructura y el presupuesto son elementos clave para evaluar la eficiencia administrativa de un hospital, ya que representan los recursos materiales y financieros con los que cuenta la institución para operar. La infraestructura determina la capacidad física de atención como camas, consultorios, quirófanos y equipos médicos, mientras que el presupuesto define la disponibilidad de recursos económicos para mantener, equipar y hacer funcionar estos servicios.

En este sentido, la eficiencia administrativa se puede observar en la forma en que estos recursos se organizan, se distribuyen y se utilizan para responder a la demanda de atención médica. No basta con que el hospital cuente con infraestructura y presupuesto asignado, sino que es necesario analizar si estos recursos son suficientes, funcionales y adecuados para cubrir las necesidades de la población usuaria.

Por ello, el análisis conjunto de infraestructura y presupuesto permite comprender la capacidad real del hospital para operar y ofrecer servicios de salud, así como identificar posibles limitaciones en su funcionamiento dentro del sistema de salud.

El Hospital General Regional No. 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado en Toluca, Estado de México, inició funciones el 1 de febrero de 1976, cuenta con la clave institucional 16010568100091 y opera como una unidad de segundo nivel de atención, lo que implica la provisión de servicios especializados y de mayor complejidad para una amplia población derechohabiente. En este contexto, la infraestructura hospitalaria constituye un elemento central para garantizar la continuidad y calidad de la atención médica.

También, constituye una de las unidades médicas más relevantes dentro del sistema de salud pública federal. De acuerdo con datos del propio IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2023), este hospital pertenece a la Representación Estatal del IMSS Estado de México Poniente y forma parte de la red de hospitales de segundo y tercer nivel que atienden a los derechohabientes de la región centro del país. Desde su inauguración en 1976, su propósito ha sido garantizar servicios médicos integrales y de calidad, en concordancia con el derecho a la protección de la salud reconocido en el Artículo 4° Constitucional.

El HGR No. 220 atiende aproximadamente a más de 780 mil derechohabientes, provenientes no solo de Toluca, sino también de municipios cercanos como Metepec, Zinacantepec, Lerma, Almoloya de Juárez y Tenango del Valle, además de algunos municipios del vecino estado de Michoacán (IMSS, 2023).

El Hospital General Regional No. 220, de acuerdo con la información proporcionada por la Unidad de Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, dispone de 38 camas censables y 83 camas no censables, lo que permite atender tanto a pacientes que requieren hospitalización formal como a aquellos que demandan atención temporal, observación clínica o manejo en el área de urgencias. Asimismo, la unidad cuenta con 38 consultorios de especialidades, los cuales sustentan la atención ambulatoria y el seguimiento de pacientes referidos desde otros niveles de atención.

En cuanto a las áreas de atención y servicios médicos, el hospital ofrece servicios de urgencias, hospitalización y consulta de especialidad, además de áreas de apoyo diagnóstico y terapéutico como laboratorio, rayos X, tomografía, ultrasonido, quirófano y farmacia. Estos servicios permiten la atención de padecimientos de diversa complejidad, entre los que destacan enfermedades crónicas y agudas que con frecuencia requieren intervención inmediata, como neumonía, sepsis, fracturas y padecimientos quirúrgicos abdominales, lo cual incrementa la presión operativa sobre la infraestructura disponible, especialmente en urgencias.

Respecto a los recursos financieros, la Unidad de Transparencia reporta que el presupuesto anual asignado al hospital para el año 2025 asciende a

\$1,534,610,928 (mil quinientos treinta y cuatro millones seiscientos diez mil novecientos veintiocho pesos). Este presupuesto se destina al sostenimiento de la infraestructura física, la operación de los servicios médicos, el equipamiento, la adquisición de insumos y el funcionamiento administrativo de la unidad. No obstante, la magnitud de la demanda de servicio plantea el reto permanente de asegurar que los recursos financieros resulten suficientes y se ejerzan de manera eficiente para responder a las necesidades reales de atención.

En conjunto, el análisis de la infraestructura y el presupuesto del Hospital General Regional No. 220 permite identificar una base material y financiera significativa; sin embargo, la antigüedad de la unidad, la elevada carga asistencial y la diversidad de servicios que ofrece evidencian posibles limitaciones estructurales que pueden incidir en la eficiencia operativa.

4.4 Perfil de la demanda y principales causas de atención

La demanda hospitalaria es un elemento clave para analizar la capacidad institucional y la eficiencia de un hospital, ya que refleja el volumen y tipo de población que requiere atención médica, así como la presión que esta genera sobre los servicios disponibles. A través del análisis de la demanda es posible identificar si la capacidad instalada del hospital es suficiente para responder de manera oportuna a las necesidades de salud de la población.

Asimismo, el tipo de padecimientos que predominan en la demanda permite comprender qué tan preparado está el hospital en términos de personal, infraestructura y servicios especializados. Una alta concentración de casos complejos o de urgencias, por ejemplo, puede incrementar la carga operativa y poner a prueba la capacidad de respuesta institucional.

Por ello, el estudio del perfil de la demanda no solo describe qué enfermedades o condiciones se atienden con mayor frecuencia, sino que también permite evaluar indirectamente la eficiencia del hospital para organizar y responder a la atención médica que recibe.

El análisis del perfil de atención médica del Hospital General Regional No. 220 permite identificar los principales padecimientos que motivan la demanda de servicios, así como sus implicaciones en la organización y funcionamiento.

Entre las principales causas de atención se encuentran la enfermedad renal crónica, la neumonía, la sepsis, así como diversas lesiones traumáticas, como fracturas de tibia y fémur, además de padecimientos quirúrgicos agudos como la colecistitis aguda y la apendicitis. Estos diagnósticos reflejan la coexistencia de

enfermedades crónicas, infecciosas y eventos agudos que requieren atención inmediata y, en muchos casos, hospitalización.

Este perfil de atención genera una demanda heterogénea y compleja, que exige la disponibilidad permanente de camas, personal médico especializado, servicios de diagnóstico y quirófano, particularmente en el área de urgencias. Asimismo, la atención de pacientes con enfermedades crónicas y complicaciones agudas incrementa la estancia hospitalaria y la rotación de camas, lo que impacta directamente en la capacidad de respuesta del hospital.

En este sentido, el perfil de los padecimientos atendidos constituye un elemento central para comprender las tensiones existentes entre la demanda real de servicios y los recursos disponibles, y permite contextualizar las limitaciones operativas que enfrenta el hospital.

4.5 Especialidades médicas del Hospital

De acuerdo con la información disponible en la tabla 2, el hospital cuenta con una amplia diversidad de especialidades clínicas, quirúrgicas y de apoyo, lo que le permite atender tanto padecimientos agudos como enfermedades crónicas y casos de alta complejidad. Entre las especialidades quirúrgicas se encuentran cirugía general, cirugía de mano, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía maxilofacial, cirugía de columna, urología, ortopedia y proctología, las cuales resultan particularmente relevantes para la atención de urgencias traumáticas y quirúrgicas.

En el ámbito de las especialidades clínicas, el hospital ofrece servicios de medicina interna, cardiología, neurología, neumología, infectología, gastroenterología, endocrinología, geriatría y psiquiatría clínica, lo que permite el abordaje integral de enfermedades crónicas, infecciosas y degenerativas que con frecuencia derivan en complicaciones agudas atendidas en urgencias.

Asimismo, se cuenta con especialidades como angiología, dermatología, oftalmología, otorrinolaringología y audiología, que fortalecen la capacidad resolutive del hospital.

El hospital también dispone de servicios especializados de atención crítica y de apoyo, tales como la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, urgencias de adultos, anestesiología, rehabilitación, terapia física y ocupacional, inhala-terapia y psicología en medicina física. Estas áreas resultan estratégicas para la atención de pacientes en estado grave, la recuperación funcional y la continuidad del tratamiento posterior a la fase aguda.

En conjunto, la oferta de especialidades médicas posiciona al Hospital General Regional No. 220 como una unidad con capacidad para atender una demanda diversa y compleja. No obstante, la amplitud de especialidades también implica retos en términos de coordinación, disponibilidad de personal especializado y capacidad operativa, particularmente en el área de urgencias, donde la atención inmediata y multidisciplinaria resulta indispensable.

Tabla 2 Especialidades médicas del Hospital

ANESTESIOLOGIA ANGIOLOGIA AUDIOLOGIA CIRUGIA GENERAL OFTALMOLOGIA OTORRINOLARINGOLOGIA PROCTOLOGIA	UROLOGIA CIRUGIA MAXILOFACIA CIRUGIA DE MANO CIRUGIA PLASTIC AY RECONSTRUCTIVA	CIRUGIA DE COLUMNA NEUROLOGIA	ORTOPEDIA CARDIOLOGIA DERMATOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA GASTROENTEROLOGIA
PSIQUIATRIA CLINICA RUMETOLOGIA PSICOLOGIA MEDICINA FISICA	REHABILITACION TERAPIA FISICA Y REHABILITACION OCUPACIONAL INHALOTERAPIA	UCIA URGENCIAS ADULTOS URGENCIAS	PEDIATRIA MEDICA UCIP CIRUGIA PEDIATRIA	MEDICINA INTERNA NEUROLOGIA NEGROLOGIA NEUMOLOGIA GERIATRIA INFECTOLOGIA

Elaboración propia con base en información proporcionada por la Unidad de Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General Regional No. 220 “Gral. José Vicente Villada”.

4.6 Marco institucional y realidad operativa del Hospital General Regional No. 220

El funcionamiento del Hospital General Regional No. 220 “Gral. José Vicente Villada” se encuentra regulado por un entramado de normas, programas y lineamientos que forman parte del diseño institucional del sistema de salud mexicano, particularmente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Dicho marco institucional establece no solo la estructura organizativa del hospital, sino también las responsabilidades, capacidades esperadas y estándares mínimos que deben guiar la prestación de los servicios de salud.

Desde el punto de vista normativo, el hospital, en su carácter de unidad de segundo nivel de atención, tiene la obligación de garantizar servicios médicos oportunos, continuos y de calidad, respaldados por una adecuada dotación de recursos humanos, infraestructura suficiente y equipamiento médico funcional. Asimismo, las normas y programas vigentes establecen la necesidad de contar con procesos administrativos eficientes, mecanismos de planeación y evaluación, así como sistemas de información que permitan monitorear el desempeño institucional y orientar la toma de decisiones.

El diseño institucional también contempla la implementación de programas de atención especializada, prevención y control de enfermedades, vigilancia epidemiológica y capacitación continua del personal de salud. Estos programas tienen como finalidad fortalecer la capacidad resolutive del hospital y responder a las necesidades de la población derechohabiente, bajo el principio de progresividad del derecho a la salud y el uso eficiente de los recursos públicos.

Desde el enfoque del institucionalismo, este conjunto de normas y lineamientos configura lo que March y Olsen (1989) denominan una estructura formal de reglas, que define cómo deben actuar las organizaciones públicas y qué resultados se espera que produzcan. En este sentido, el marco institucional asume la existencia de capacidades administrativas, técnicas y financieras suficientes para cumplir con los objetivos planteados, así como la presencia de mecanismos efectivos de coordinación y control.

No obstante, como advierte el institucionalismo, la sola existencia de reglas formales no garantiza su cumplimiento efectivo. Las instituciones pueden presentar una brecha entre el diseño normativo y su aplicación práctica, especialmente cuando las capacidades reales de implementación no corresponden con las expectativas establecidas en la norma (North, 1990). Por ello, el análisis del marco institucional resulta fundamental para identificar los supuestos sobre los que se construye la operación hospitalaria y para comprender, en etapas posteriores del análisis, las posibles incongruencias entre lo que las normas establecen y la realidad operativa del hospital.

4.6.1 Información oficial y capacidad de evaluación del hospital

En términos de recursos humanos, el hospital reporta una plantilla total de 1.984 trabajadores. No obstante, la información proporcionada no especifica la distribución del personal por categoría médica, personal de enfermería, técnicos, administrativos, intendencia o mantenimiento ni por área funcional o turno. Esta falta de desagregación impide evaluar si la dotación de personal resulta adecuada para la demanda de atención, así como identificar posibles desequilibrios en la asignación de recursos humanos entre los distintos servicios hospitalarios.

Respecto a la infraestructura hospitalaria, los datos oficiales señalan la existencia de 348 camas censables y 83 camas no censables, así como 38 consultorios de especialidades. Asimismo, se reporta la disponibilidad de servicios esenciales como urgencias, hospitalización, quirófano, farmacia, laboratorio, rayos X, tomografía y ultrasonido. Sin embargo, la información no precisa el estado físico del equipamiento, su nivel de funcionamiento, ni la tasa de ocupación de las

camas, lo que limita la posibilidad de evaluar la capacidad real de atención del hospital.

En cuanto a la atención médica, el hospital reporta una capacidad diaria promedio de 1,072 consultas y 133 atenciones en el área de urgencias. Entre las principales causas de atención se encuentran padecimientos de alta complejidad y elevada demanda de recursos, como la enfermedad renal crónica, la sepsis, la neumonía, así como fracturas de tibia y fémur, colecistitis aguda y apendicitis. No obstante, los datos oficiales no incluyen información detallada sobre el número de hospitalizaciones, la duración promedio de la estancia hospitalaria ni los resultados clínicos, lo que dificulta dimensionar el impacto real de estos padecimientos en la operación del hospital.

En el ámbito administrativo y financiero, se reporta que el presupuesto anual asignado al hospital para el año 2025 asciende a \$1,534,610,928 pesos. Sin embargo, la información proporcionada no detalla la distribución del presupuesto por rubros, ni el ejercicio del gasto, ni los criterios de asignación de recursos, lo que impide evaluar la eficiencia del uso de los recursos públicos y su correspondencia con las necesidades operativas del hospital.

Finalmente, aunque se señala la existencia de diversos programas de salud vigentes, así como acciones de capacitación y actualización del personal, los datos oficiales no incluyen indicadores de cobertura, alcance, evaluación o resultados de dichos programas. En este sentido, la información disponible permite constatar la existencia formal de programas y servicios, pero no su impacto efectivo en la mejora de la atención hospitalaria.

Desde una perspectiva institucionalista, los datos oficiales reflejan una estructura organizativa formalmente consolidada, pero con importantes vacíos informativos que limitan la posibilidad de evaluar su desempeño real. La información existe, pero se presenta de manera agregada, fragmentada y sin indicadores de resultado, lo que sugiere una lógica institucional orientada al cumplimiento administrativo, más que a la evaluación sustantiva de la gestión hospitalaria.

4.6.2 ¿Qué está ocurriendo en la práctica cotidiana del hospital?

Al contrastar el diseño institucional y la información oficial disponible con la realidad operativa del Hospital General Regional No. 220, se advierte una diferencia estructural entre lo que las normas establecen, lo que los datos reportan y lo que efectivamente ocurre en la práctica cotidiana.

Si bien el hospital cuenta formalmente con una amplia gama de servicios, especialidades médicas y programas de salud, la falta de información

desagregada y actualizada impide evaluar cómo estos recursos operan en el día a día. La atención de padecimientos de alta complejidad, como la enfermedad renal crónica, la sepsis o las fracturas graves, requiere no solo infraestructura y personal suficiente, sino también una organización interna eficiente, disponibilidad constante de insumos y una adecuada coordinación entre áreas clínicas y administrativas. No obstante, estos elementos no pueden ser verificados a partir de la información oficial proporcionada.

En la práctica cotidiana, el funcionamiento del hospital parece depender en gran medida de estrategias informales de adaptación institucional, en las que la operación se ajusta a partir de los recursos disponibles, más que de una planeación basada en información precisa y evaluable. La ausencia de indicadores sobre carga de trabajo, ocupación hospitalaria, distribución del personal por turnos y resultados clínicos sugiere que la gestión hospitalaria se desarrolla bajo condiciones de incertidumbre organizacional, lo que limita la capacidad de anticipar necesidades y mejorar la calidad de la atención.

Desde la perspectiva del institucionalismo, esta situación puede interpretarse como una manifestación de desacoplamiento entre las estructuras formales y las prácticas reales, fenómeno descrito por Meyer y Rowan (1977), en el cual las organizaciones mantienen una apariencia de cumplimiento normativo mientras ajustan su funcionamiento cotidiano a partir de restricciones estructurales. En este contexto, las normas, programas y lineamientos operan como referentes formales, pero no necesariamente como guías efectivas de la acción organizacional.

Asimismo, la opacidad informativa y la falta de evaluación sistemática limitan los mecanismos de rendición de cuentas y dificultan la identificación de áreas críticas de mejora. Esto impacta directamente en la capacidad institucional para garantizar el derecho a la salud, ya que la ausencia de información confiable reduce la posibilidad de diseñar intervenciones correctivas basadas en evidencia.

Es importante señalar que estas problemáticas no deben atribuirse a fallas individuales del personal médico o administrativo, sino a deficiencias estructurales del arreglo institucional que condicionan la operación del hospital. La distancia entre lo que el marco institucional presupone y lo que la realidad permite implementar revela limitaciones en las capacidades estatales para gestionar de manera efectiva los servicios hospitalarios, lo cual constituye uno de los hallazgos centrales de esta investigación.

Es decir, la práctica cotidiana del Hospital General Regional No. 220 evidencia que la existencia de normas, recursos reportados y programas formales no garantiza, por sí misma, una operación eficiente y evaluable. La distancia entre el diseño institucional, los datos oficiales y la realidad operativa se refleja como un problema

estructural que incide directamente en la calidad de la atención y en la efectividad del sistema de salud.

4.7 Cuando las reglas existen, pero no gobiernan: una lectura institucional del HGR No. 220

El análisis de los datos obtenidos a partir de solicitudes de información, documentos normativos y fuentes oficiales permite identificar que las deficiencias observadas en el Hospital General Regional No. 220 no pueden explicarse únicamente por la falta de recursos materiales o humanos, sino que responden a limitaciones estructurales del arreglo institucional bajo el cual opera la institución.

Desde la perspectiva del institucionalismo, las instituciones no se definen solo por sus reglas formales, sino por la manera en que estas son interpretadas, aplicadas y reproducidas en la práctica cotidiana. En este sentido, los datos analizados evidencian una distancia significativa entre las disposiciones normativas y la capacidad real de implementación, lo cual se traduce en problemas de operación, planeación y rendición de cuentas.

Uno de los principales hallazgos institucionales es la debilidad en los mecanismos de información y transparencia, lo cual limita tanto la evaluación externa como la toma de decisiones internas. La información proporcionada por las instancias correspondientes resulta fragmentada, poco desagregada y, en algunos casos, desactualizada, lo que impide construir un diagnóstico preciso sobre la situación real del hospital. Esta situación puede interpretarse como una práctica institucional normalizada, en la que el cumplimiento de las obligaciones de transparencia se reduce a un ejercicio formal, sin garantizar su utilidad sustantiva.

Asimismo, el análisis de los datos revela la presencia de un desacoplamiento institucional, entendido como la coexistencia de estructuras formales que cumplen con los requerimientos legales, pero que no se reflejan plenamente en la operación cotidiana del hospital. Tal como señalan los enfoques institucionalistas, este fenómeno permite a las organizaciones mantener legitimidad frente al entorno normativo, aun cuando su funcionamiento interno no responda de manera efectiva a los objetivos establecidos.

En términos de recursos humanos, infraestructura y cobertura de servicios, los datos oficiales sugieren una disponibilidad que, en el papel, resulta suficiente para cumplir con las funciones asignadas al hospital. No obstante, la ausencia de indicadores claros de desempeño y evaluación impide verificar si dichos recursos se traducen en una atención médica eficiente y oportuna. Desde el institucionalismo, esta situación refleja una capacidad institucional limitada, donde

la existencia de recursos no se acompaña de mecanismos efectivos de coordinación, supervisión y mejora continua.

El análisis institucional también permite identificar que la operación del hospital se encuentra fuertemente condicionada por procesos burocráticos rígidos, que dificultan la adaptación a las necesidades reales de la población usuaria. Estas dinámicas refuerzan la idea de que las instituciones tienden a reproducir prácticas establecidas, incluso cuando estas resultan ineficientes, generando inercias organizacionales que afectan la calidad de los servicios de salud.

En conjunto, los datos analizados confirman que las problemáticas del Hospital General Regional No. 220 deben entenderse como el resultado de fallas institucionales sistémicas, más que como errores individuales o coyunturales. La perspectiva institucionalista permite así evidenciar que la brecha entre el diseño normativo y la realidad operativa responde a la falta de articulación entre reglas formales, capacidades administrativas y prácticas organizacionales, lo cual limita el cumplimiento efectivo de los objetivos del sistema de salud.

4.8 Las fallas que no son errores: anatomía de un arreglo institucional

El contraste entre el marco institucional, la información oficial disponible y la realidad operativa del Hospital General Regional No. 220 permite identificar un conjunto de deficiencias estructurales que afectan su funcionamiento y desempeño. Estas deficiencias no responden a errores individuales ni a fallas circunstanciales, sino a limitaciones inherentes al arreglo institucional bajo el cual opera el hospital, particularmente en términos de planeación, gestión, transparencia y capacidad de implementación.

Desde el enfoque del institucionalismo, dichas deficiencias deben entenderse como el resultado de una desarticulación entre las reglas formales y las prácticas reales, así como de capacidades estatales limitadas para traducir el diseño normativo en resultados efectivos (North, 1990; Peters, 2019).

4.8.1 Planeación y organización institucional

Una de las principales deficiencias identificadas se relaciona con la ausencia de una planeación institucional basada en información precisa y desagregada. Si bien el hospital cuenta con normas y lineamientos que orientan su funcionamiento, la falta de datos detallados sobre la distribución del personal, el uso de la infraestructura y la carga real de atención impide una planeación estratégica que responda a las necesidades operativas del hospital.

Esta situación evidencia una planeación más orientada al cumplimiento formal que a la gestión efectiva, en la que las decisiones institucionales no necesariamente se sustentan en diagnósticos actualizados ni en indicadores de desempeño verificables.

4.8.2 Gestión de recursos humanos

A pesar de que el hospital reporta una plantilla total de 1,984 trabajadores, la ausencia de información desagregada por categoría, área y turno constituye una deficiencia estructural relevante. Esta falta de claridad limita la posibilidad de evaluar si el personal disponible es suficiente y adecuadamente distribuido para atender la demanda diaria de consultas, urgencias y hospitalizaciones.

Desde una perspectiva institucionalista, esta situación refleja una gestión de recursos humanos centrada en la existencia numérica del personal, más que en su capacidad funcional y organizativa, lo que puede generar desequilibrios internos y sobrecargas laborales no visibles en los registros oficiales.

4.8.3 Gestión de la infraestructura y capacidad instalada

En términos de infraestructura, el hospital cuenta formalmente con camas censables y no censables, consultorios y servicios diagnósticos especializados. No obstante, la falta de información sobre el estado físico del equipamiento, la ocupación hospitalaria y el uso efectivo de la infraestructura impide evaluar si la capacidad instalada es congruente con la demanda real de atención.

Esta deficiencia sugiere una brecha entre la infraestructura reportada y su funcionamiento efectivo, lo que desde el institucionalismo puede interpretarse como una forma de cumplimiento estructural simbólico, en el que la infraestructura existe formalmente, pero su desempeño no es plenamente evaluable.

4.8.4 Gestión presupuestal y rendición de cuentas

El presupuesto asignado al hospital para el ejercicio fiscal 2025 asciende a más de mil quinientos millones de pesos; sin embargo, la información proporcionada no permite conocer la distribución del gasto ni su impacto en la mejora de los servicios hospitalarios. La ausencia de datos sobre el ejercicio presupuestal, prioridades de inversión y resultados asociados constituye una deficiencia estructural en los mecanismos de rendición de cuentas.

Desde el institucionalismo, esta situación refleja una lógica de responsabilidad administrativa formal, en la que el presupuesto se reporta como asignado, pero no se vincula de manera clara con indicadores de desempeño ni con resultados en la atención médica (O'Donnell, 1998).

4.8.5 Evaluación de programas y políticas internas

Aunque el hospital reporta la existencia de diversos programas de atención especializada, prevención y capacitación, no se cuenta con información que permita evaluar su cobertura, eficacia o impacto. La ausencia de indicadores de evaluación limita la posibilidad de conocer si dichos programas contribuyen efectivamente a mejorar la calidad de la atención y las condiciones operativas del hospital.

Esta situación refuerza la idea de que los programas operan principalmente en el plano formal, como parte del diseño institucional, sin que existan mecanismos sólidos para medir sus resultados reales, lo que coincide con lo planteado por Meyer y Rowan (1977) respecto a la adopción de estructuras institucionales con fines de legitimación.

4.9 ¿Por qué es interesante realizar una mirada general? Lo que se puede observar sin pisar el hospital

La imposibilidad de realizar un trabajo de campo directo y exhaustivo en la totalidad del Hospital General Regional No. 220 constituye una limitación metodológica del presente estudio. Sin embargo, lejos de invalidar el análisis, esta condición refuerza la pertinencia de adoptar una mirada general e institucional sobre el funcionamiento del hospital, en congruencia con el enfoque teórico seleccionado.

Desde la perspectiva del institucionalismo, el interés central no radica únicamente en la observación directa de prácticas individuales, sino en el análisis de estructuras formales, reglas, rutinas organizacionales, capacidades administrativas y mecanismos de implementación que condicionan el desempeño institucional. En este sentido, la información oficial proporcionada por la Unidad de Transparencia del IMSS permite acceder a datos estructurales y administrativos que reflejan el funcionamiento global de la institución, más allá de áreas específicas.

La complejidad operativa del hospital, su tamaño, la diversidad de servicios que ofrece y la alta demanda de atención médica hacen que un estudio de campo parcial pudiera generar lecturas fragmentadas o sesgadas. En contraste, una

mirada general permite identificar patrones institucionales, tensiones estructurales y brechas recurrentes entre el diseño normativo y la operación real, que atraviesan de manera transversal a toda la unidad hospitalaria.

Asimismo, el análisis a nivel general resulta particularmente relevante cuando se examinan variables como recursos humanos, infraestructura, presupuesto, programas de salud y capacidad de atención, las cuales no pueden comprenderse adecuadamente desde observaciones aisladas, sino a partir de su articulación sistémica. De esta forma, el estudio se orienta a comprender cómo interactúan las distintas áreas del hospital bajo un mismo marco normativo y administrativo.

Finalmente, esta aproximación metodológica responde a las restricciones institucionales propias del sector salud, donde el acceso para investigación suele estar limitado por razones éticas, operativas y administrativas. En consecuencia, el uso de información oficial, documentos institucionales y análisis normativo constituye una estrategia válida y ampliamente utilizada en estudios de políticas públicas y gestión hospitalaria.

4.10 La Ciencia Política frente a la implementación incómoda

Tradicionalmente, la Ciencia Política ha centrado su atención en el estudio de las instituciones formales, los procesos de toma de decisiones, el diseño de políticas públicas y el análisis normativo del Estado. No obstante, los casos de implementación concreta de políticas públicas, como el funcionamiento cotidiano de los hospitales públicos, han recibido una atención secundaria, a pesar de su relevancia directa para el ejercicio efectivo de derechos fundamentales, como el derecho a la salud.

El análisis del Hospital General Regional No. 220 constituye un ejemplo claro de cómo las políticas públicas, aun cuando se encuentran sólidamente respaldadas por un marco legal, enfrentan limitaciones estructurales en su implementación. Este tipo de casos resulta de especial interés para la Ciencia Política porque permite observar, en un espacio institucional concreto, la distancia existente entre el diseño normativo de las políticas y su operación real, una problemática central en los estudios de gobernanza y administración pública.

Desde el enfoque institucionalista, los hospitales públicos pueden entenderse como organizaciones complejas en las que interactúan reglas formales, rutinas informales, capacidades administrativas y presiones externas. La Ciencia Política, al analizar estos espacios, contribuye a identificar cómo las instituciones no solo regulan el comportamiento, sino también cómo son reinterpretadas y adaptadas por los actores para responder a contextos de alta demanda y recursos limitados.

Asimismo, el estudio de casos hospitalarios permite ampliar la agenda de la Ciencia Política hacia el análisis de políticas públicas sectoriales, donde los efectos de las decisiones gubernamentales son inmediatos y medibles en términos de bienestar social. A diferencia de otros ámbitos, el sector salud ofrece evidencia tangible sobre las consecuencias de fallas institucionales, tales como la sobrecarga operativa, la inequidad en el acceso y la pérdida de confianza en las instituciones públicas.

Este tipo de análisis también resulta relevante para comprender los desafíos de la capacidad estatal, ya que los hospitales funcionan como puntos de contacto directo entre el Estado y la ciudadanía. Las deficiencias observadas en su operación no solo reflejan problemas administrativos, sino también limitaciones en la capacidad del Estado para garantizar derechos sociales de manera efectiva.

En este sentido, la Ciencia Política encuentra en estos casos una oportunidad para fortalecer su enfoque empírico, integrando datos institucionales, análisis normativo y evidencia administrativa, como la obtenida a través de mecanismos de transparencia. Ello permite generar diagnósticos más precisos sobre la efectividad de las políticas públicas y contribuir al diseño de soluciones orientadas a mejorar la implementación institucional.

Comentarios finales del capítulo

El análisis realizado en este capítulo permitió observar que existe una diferencia importante entre el diseño institucional de las políticas sanitarias y las condiciones bajo las cuales estas se implementan en la práctica. A través del estudio del Hospital General Regional No. 220 fue posible identificar que la operación cotidiana de los servicios de salud está condicionada por factores que van más allá de la existencia de normas, programas o recursos formalmente asignados. La disponibilidad de personal, la capacidad de la infraestructura, la presión constante de la demanda y las limitaciones en el acceso a información pública constituyen elementos que influyen directamente en el funcionamiento de la institución y en su capacidad para responder a las necesidades de la población derechohabiente.

Asimismo, los datos analizados permitieron identificar que el hospital cuenta con una estructura organizativa amplia, respaldada por recursos humanos especializados, infraestructura hospitalaria y un presupuesto significativo. Sin embargo, la información disponible también evidenció limitaciones para evaluar con precisión el desempeño institucional, debido a la falta de datos desagregados, indicadores de resultados y mecanismos de evaluación accesibles. Esta situación dificulta conocer en qué medida los recursos existentes se traducen efectivamente en una mejora de los servicios de salud y en una mayor eficiencia institucional.

Desde la perspectiva del institucionalismo, los hallazgos obtenidos permiten comprender que el funcionamiento de una institución pública no depende exclusivamente de sus reglas formales, sino también de las prácticas organizacionales, rutinas administrativas y capacidades de gestión que orientan la acción cotidiana. En este sentido, la investigación mostró que la existencia de programas, lineamientos y estructuras normativas no garantiza por sí misma el cumplimiento de los objetivos planteados por las políticas públicas. Por el contrario, la distancia entre lo establecido en el diseño institucional y las condiciones reales de operación evidencia la presencia de limitaciones estructurales que afectan la capacidad de implementación.

De igual forma, el análisis permitió advertir que muchas de las problemáticas observadas no pueden atribuirse exclusivamente al Hospital General Regional No. 220, sino que reflejan desafíos más amplios presentes en el sistema de salud mexicano. Aspectos como la fragmentación institucional, las dificultades para evaluar resultados, la opacidad en ciertos procesos administrativos y la presión generada por una demanda creciente forman parte de dinámicas que trascienden a una sola unidad médica y que condicionan el desempeño de las instituciones encargadas de garantizar el derecho a la salud.

En consecuencia, este capítulo permitió demostrar que la eficiencia institucional debe analizarse como un fenómeno complejo, en el que intervienen simultáneamente factores normativos, administrativos, organizacionales y operativos. El caso del Hospital General Regional No. 220 evidencia que la existencia de recursos humanos, infraestructura, presupuesto y programas de atención constituye una condición necesaria para la prestación de servicios de salud, pero no suficiente para garantizar resultados eficientes. La capacidad institucional para coordinar estos elementos, generar información útil para la toma de decisiones y responder de manera efectiva a las necesidades de la población se convierte en un aspecto fundamental para comprender el desempeño del sistema de salud.

Finalmente, el estudio realizado confirma la utilidad del enfoque institucionalista para analizar la implementación de políticas públicas en el ámbito sanitario, al permitir identificar las tensiones existentes entre las disposiciones formales y la realidad operativa de las instituciones. A partir de esta perspectiva, el Hospital General Regional No. 220 puede entenderse como un microsistema institucional que refleja, en escala local, los alcances y limitaciones de las políticas sanitarias implementadas durante el periodo de estudio, así como los retos que enfrenta el Estado para traducir sus objetivos de política pública en resultados efectivos para la población.

Conclusión

La presente investigación tuvo como propósito analizar la eficiencia y la gestión pública en el sistema de salud del Estado de México durante el periodo 2018–2025, tomando como caso de estudio al Hospital General Regional No. 220 “Gral. José Vicente Villada”. A partir de la pregunta de investigación planteada, fue posible identificar que las reglas formales e informales condicionan de manera determinante la prestación de los servicios de salud, ya que la operación cotidiana de las instituciones no depende únicamente de los marcos normativos o de los objetivos establecidos por las políticas públicas, sino también de las capacidades organizacionales, prácticas administrativas y dinámicas institucionales que se desarrollan en su interior.

El análisis histórico realizado permitió comprender que muchos de los problemas que actualmente enfrenta el sistema de salud mexicano tienen un origen estructural. La evolución institucional del sector consolidó un modelo fragmentado, compuesto por diversos subsistemas con mecanismos diferenciados de financiamiento, administración y atención. Aunque las reformas impulsadas a lo largo de las últimas décadas han buscado ampliar la cobertura y garantizar el acceso a la salud, la persistencia de desigualdades institucionales ha dificultado la construcción de un sistema plenamente articulado y eficiente.

Desde el enfoque institucionalista adoptado en esta investigación, se observó que las instituciones no operan exclusivamente a partir de reglas formales, sino que su funcionamiento está influido por rutinas, prácticas organizacionales, inercias históricas y mecanismos informales de adaptación. Esta perspectiva permitió comprender que la distancia entre los objetivos de las políticas públicas y los resultados observados en la realidad no necesariamente obedece a errores de diseño, sino a las condiciones institucionales bajo las cuales dichas políticas son implementadas.

El estudio del Hospital General Regional No. 220 permitió trasladar este análisis al ámbito local y observar cómo los procesos nacionales de reforma sanitaria se materializan en una unidad médica específica. Como microsistema institucional, el hospital refleja las tensiones existentes entre las disposiciones normativas y las exigencias operativas derivadas de una demanda creciente de servicios. La presión sobre los recursos humanos, la infraestructura disponible, el presupuesto asignado y la capacidad de atención muestran que la eficiencia institucional es el resultado de múltiples factores que interactúan simultáneamente y que no pueden evaluarse de manera aislada.

Asimismo, los hallazgos obtenidos evidencian que la eficiencia en el sistema de salud no debe reducirse únicamente a criterios financieros o administrativos. Una

institución eficiente es aquella que logra transformar los recursos disponibles en servicios oportunos, accesibles y de calidad para la población. En este sentido, la eficiencia se encuentra estrechamente vinculada con la capacidad del Estado para garantizar derechos sociales fundamentales y responder a las necesidades colectivas de manera efectiva.

Respecto al periodo de estudio, se identificó que las políticas implementadas durante la Cuarta Transformación representaron un esfuerzo por fortalecer el acceso a los servicios de salud y avanzar hacia una mayor cobertura. Sin embargo, el análisis también permitió observar que las transformaciones normativas y administrativas enfrentan limitaciones cuando se encuentran con estructuras institucionales históricamente consolidadas. Los cambios en la política pública requieren capacidades organizacionales suficientes para traducir los objetivos gubernamentales en mejoras tangibles para la población, situación que continúa representando uno de los principales desafíos del sistema sanitario mexicano.

De igual manera, la investigación permitió reconocer la importancia de la información pública y la transparencia como herramientas fundamentales para la evaluación institucional. Las limitaciones encontradas en la disponibilidad y desagregación de ciertos datos muestran que la evaluación de la eficiencia pública continúa enfrentando obstáculos importantes. Contar con información accesible, completa y sistematizada resulta indispensable para fortalecer los procesos de rendición de cuentas y para generar diagnósticos más precisos sobre el desempeño de las instituciones de salud.

En términos generales, la investigación permite concluir que la eficiencia y la gestión pública en el sistema de salud del Estado de México se encuentran condicionadas por una compleja interacción entre normas, recursos, capacidades institucionales y prácticas organizacionales. El caso del Hospital General Regional No. 220 demuestra que las políticas públicas no se materializan de manera automática, sino que dependen de las condiciones reales en las que operan las instituciones responsables de implementarlas.

Finalmente, este trabajo confirma la relevancia de la Ciencia Política y la Administración Pública para el análisis de los sistemas de salud. Observar las instituciones desde una perspectiva organizacional e institucional permite comprender que los problemas y avances del sector sanitario no son exclusivamente médicos o presupuestales, sino también políticos y administrativos. En consecuencia, fortalecer las capacidades institucionales, mejorar la coordinación entre niveles de gobierno y reducir la brecha entre el diseño de las políticas y su implementación efectiva constituye una condición

indispensable para avanzar hacia un sistema de salud más eficiente, equitativo y capaz de garantizar plenamente el derecho a la salud de la población.

Bibliografía

- Universidad Nacional Autónoma de México. (2014). *Eficiencia del gasto público en salud*. UNAM.
- Arredondo, A., & González, A. (2011). *Análisis de eficiencia y desempeño de los sistemas de salud: enfoques metodológicos y aplicaciones*. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), S203–S210.
- CONEVAL. (2023). *Evaluación de los servicios de salud y brechas de acceso en las entidades federativas*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Financing for universal health coverage*. OMS
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Salud 2024*. INEGI
- Eduardo L. Menéndez. (2018). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS
- Jaime Breilh. (2010). *La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano*. Universidad Andina Simón Bolívar
- Secretaría de Salud. (2023). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. Gobierno de México - Secretaría de Salud
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2023). *Medición multidimensional de la pobreza en México 2022*. CONEVAL
- Secretaría de Salud. (2020). *Ley General de Salud*. Cámara de Diputados - Ley General de Salud
- Julio Frenk., & Octavio Gómez-Dantés. (2018). *Sistema de salud de México*. *Salud Pública de México*, 60(5), 502-503. <https://doi.org/10.21149/9643>
- Charles-Edward Amory Winslow. (1920). *The untilled fields of public health*. *Science*, 51(1306), 23-33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>
- Julio Frenk. (1997). *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *La salud pública en las Américas*. OPS
- Secretaría de Salud. (2023). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. Gobierno de México - Secretaría de Salud
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2023). *Medición multidimensional de la pobreza en México 2022*. CONEVAL
- Luis F. Aguilar Villanueva. (2016). *Política pública*. Siglo XXI Editores.
- Secretaría de Salud. (2021). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. Gobierno de México - Secretaría de Salud
- André-Noël Roth Deubel. (2018). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Ediciones Aurora.
- José Velasco. (2020). *Implementación y evaluación de políticas públicas en México*. Tirant lo Blanch.

- Secretaría de Salud. (2020). *Ley General de Salud*. Cámara de Diputados - Ley General de Salud
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Determinantes sociales de la salud*. OPS
- Secretaría de Gobernación. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Cámara de Diputados - Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Michael Marmot. (2005). *Social determinants of health inequalities*. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Julio Frenk., & Octavio Gómez-Dantés. (2018). *Sistema de salud de México*. *Salud Pública de México*, 60(5), 502-503. <https://doi.org/10.21149/9643>
- James G. March., & Johan P. Olsen. (1984). *The new institutionalism: Organizational factors in political life*. *American Political Science Review*, 78(3), 734-749. <https://doi.org/10.2307/1961840>
- Peter A. Hall., & Rosemary C. R. Taylor. (1996). *Political science and the three new institutionalisms*. *Political Studies*, 44(5), 936-957. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00343.x>
- B. Guy Peters. (2005). *Institutional theory in political science: The new institutionalism* (2nd ed.). Continuum.
- Douglass C. North. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press.
- James Mahoney., & Kathleen Thelen. (2010). *Explaining institutional change: Ambiguity, agency, and power*. Cambridge University Press.
- James G. March., & Johan P. Olsen. (1989). *Rediscovering institutions: The organizational basis of politics*. Free Press.
- Armando Arredondo., & Efraín Orozco. (2008). Effects of health decentralization, financing and governance in Mexico. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 152-160. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000100020>
- Douglass C. North. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press.
- Thomas R. Dye. (2017). *Understanding public policy* (15th ed.). Pearson.
- David Easton. (1965). *A systems analysis of political life*. Wiley.
- Jeffrey L. Pressman., & Aaron Wildavsky. (1984). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland* (3rd ed.). University of California Press.
- Paul A. Sabatier., & Daniel Mazmanian. (1980). *The implementation of public policy: A framework of analysis*. *Policy Studies Journal*, 8(4), 538-560. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1980.tb01266.x>
- Luis F. Aguilar Villanueva. (2020). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Miguel Ángel Porrúa.
- Secretaría de Salud. (2023). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. Gobierno de México - Secretaría de Salud
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2023). *Medición multidimensional de la pobreza en México 2022*. CONEVAL

- Wayne Parsons. (2018). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. FLACSO México.
- González. (2019). [Referencia incompleta: se requiere título de la obra para elaborar APA 7 correctamente].
- Asa Cristina Laurell. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Instituto Mexicano del Seguro Social Bienestar. (2023). *Modelo de atención IMSS-Bienestar*. IMSS-Bienestar
- Gobierno del Estado de México. (2024). *Informe de Gobierno del Estado de México 2024*. Gobierno del Estado de México
- Julio Frenk., et al. (2006). *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*. *Salud Pública de México*, 48(1), 58-65. Salud Pública de México
- Fierros Hernández. (2014). *Historia de la salud pública en México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gudiño-Cejudo., et al. (2013). *El sistema de salud mexicano: desarrollo histórico y perspectivas*. *Salud Pública de México*, 55(Suplemento 2), S220-S228. SciELO México
- Asa Cristina Laurell. (2015). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1943). *Ley del Seguro Social*. Cámara de Diputados - Ley del Seguro Social
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1943). *Antecedentes históricos de la Secretaría de Salud*. Gobierno de México - Secretaría de Salud
- Asa Cristina Laurell. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1943). *Antecedentes históricos de la Secretaría de Salud*. Gobierno de México - Secretaría de Salud
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). *Historia del IMSS*. Gobierno de México - IMSS
- Julio Frenk., et al. (2006). *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*. *Salud Pública de México*, 48(1), 58-65. Salud Pública de México
- Miguel Ángel González-Block., & Núria Homedes. (2012). *Sistema de salud de México*. *Salud Pública de México*, 54(2), 220-232. SciELO México
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). *Historia del IMSS*. Gobierno de México - IMSS
- Octavio Gómez-Dantés., et al. (2011). *Sistema de salud de México*. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), S220-S232. SciELO México
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). *Historia del IMSS*. Gobierno de México - IMSS
- Octavio Gómez-Dantés., et al. (2011). *Sistema de salud de México*. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), S220-S232. SciELO México
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2023). *Historia del ISSSTE*. Gobierno de México - ISSSTE
- Secretaría de Salud. (2023). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. Gobierno de México - Secretaría de Salud

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). *Historia del IMSS*. Gobierno de México - IMSS
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2023). *Historia del ISSSTE*. Gobierno de México - ISSSTE
- Octavio Gómez-Dantés., et al. (2011). *Sistema de salud de México. Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), S220-S232. SciELO México
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1979). *Programa IMSS-COPLAMAR: antecedentes históricos*. Gobierno de México - IMSS:
- Secretaría de Salud. (2003). *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en materia de protección social en salud*. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (2023). *Historia del Seguro Popular*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud>
- Secretaría de Salud. (2012). *Informe de labores 2006–2012*. Gobierno de México.
- Secretaría de Salud. (2023). *Historia del Seguro Popular*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud>
- Secretaría de Salud. (2018). *Sexto Informe de Labores 2017–2018*. Gobierno de México.
- Secretaría de Salud. (2023). *Historia del Seguro Popular*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud>
- Secretaría de Salud. (2003). *Seguro Popular de Salud*. Gobierno de México - Secretaría de Salud
- Octavio Gómez-Dantés., et al. (2011). *Sistema de salud de México. Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), S220-S232. SciELO México
- Instituto de Salud del Estado de México. (2023). *¿Qué es el ISEM?* Gobierno del Estado de México - ISEM
- Gobierno del Estado de México. (2023). *Sistema de Salud del Estado de México*. Gobierno del Estado de México
- Secretaría de Salud. (2023). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. Gobierno de México - Secretaría de Salud
- Secretaría de Salud. (2023). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. Gobierno de México - Secretaría de Salud
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La salud y el territorio: enfoques territoriales en salud pública*. OPS
- Gobierno del Estado de México. (2023). *Sistema de Salud del Estado de México*. Gobierno del Estado de México
- González-Block, M. Á., & Homedes, N. (2012). *Descentralización de los servicios de salud en México: avances, problemas y retos*. *Salud Pública de México*, 54(4), 383–390.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Perfil del sistema de salud de México*. OPS/OMS.
- Secretaría de Salud. (2023). *Programa Sectorial de Salud 2020–2024*. Gobierno de México.

- Gobierno de México. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Gobierno de México
- Secretaría de Salud. (2021). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. Gobierno de México - Secretaría de Salud
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). *IMSS-Bienestar*. Gobierno de México - IMSS
- Secretaría de Salud. (2020). *Ley General de Salud*. Cámara de Diputados - Ley General de Salud
- Pardo. (2019). [Referencia incompleta: se requiere título de la obra para elaborar APA 7 correctamente].
- Mendoza., & Ortega. (2021). [Referencia incompleta: se requiere título de la obra para elaborar APA 7 correctamente].
- Gobierno del Estado de México. (2023). *Plan de Desarrollo del Estado de México 2023–2029*.
- Laurell, A. C. (2020). *El INSABI y la transformación del sistema de salud en México*. Revista Latinoamericana de Políticas Públicas, 10(2), 45–62.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Perfil del sistema de salud de México*. OPS/OMS.
- Secretaría de Salud. (2023). *Programa Sectorial de Salud 2020–2024*. Gobierno de México.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2021). *Sistema de salud de México*. Salud Pública de México, 63(2), 1–12.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Censo de Población y Vivienda 2020: Resultados definitivos*. INEGI.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Perfil del sistema de salud de México*. OPS/OMS.
- Octavio Gómez-Dantés., et al. (2021). *Sistema de salud de México*. Salud Pública de México. SciELO México
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La salud y el territorio: enfoques territoriales en salud pública*. OPS
- Miguel Ángel González-Block., & Núria Homedes. (2012). *Sistema de salud de México*. Salud Pública de México, 54(2), 220-232. SciELO México
- Julio Frenk., et al. (2006). *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*. Salud Pública de México, 48(1), 58-65. Salud Pública de México
- Asa Cristina Laurell. (2020). *La política de salud de la Cuarta Transformación en México*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
- González-Block, M. Á., & Homedes, N. (2012). *Descentralización de los servicios de salud en México: avances, problemas y retos*. Salud Pública de México, 54(4), 383–390.
- Secretaría de Salud. (2023). *Programa Sectorial de Salud 2020–2024*. Gobierno de México.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (2022). *Cuenta de la Hacienda Pública Federal*. Gobierno de México.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Censo de Población y Vivienda 2020: Resultados definitivos*. INEGI.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2023). *Informe de labores y estadísticas institucionales*. IMSS.
- Secretaría de Salud. (2023). *Diagnóstico del sistema de salud en el Estado de México*. Gobierno de México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Censo de Población y Vivienda 2020: Resultados definitivos*. INEGI.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Perfil del sistema de salud de México*. OPS/OMS.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Censo de Población y Vivienda 2020: Resultados definitivos*. INEGI.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Perfil del sistema de salud de México*. OPS/OMS.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). *Hospital General Regional No. 220, Toluca*. Gobierno de México - IMSS
- Secretaría de Salud del Estado de México. (2022). *Información estadística y hospitalaria del Estado de México*. Gobierno del Estado de México - Salud
- Unidad de Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social. (2025). *Respuesta de información pública sobre infraestructura y presupuesto del Hospital General Regional No. 220*. Plataforma Nacional de Transparencia
- James G. March., & Johan P. Olsen. (1989). *El redescubrimiento de las instituciones: la base organizativa de la política*. Fondo de Cultura Económica.
- Douglass C. North. (1990). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Fondo de Cultura Económica.
- Douglass C. North. (1990). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Fondo de Cultura Económica.
- B. Guy Peters. (2019). *El nuevo institucionalismo: teoría institucional en ciencia política*. Gedisa Editorial.