

Una mirada a la evolución del federalismo en la búsqueda por garantizar el derecho a la protección de la salud de los mexicanos¹.

Ulises González Garduño

Resumen

El ensayo se enfoca en la evolución del federalismo mexicano en el ámbito de la salud y su impacto en la garantía del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos a través de políticas públicas. Se analiza la cobertura de servicios de salud dentro del marco de los derechos humanos y se destaca la importancia de la universalidad de dichos servicios. Se emplea una metodología descriptiva para analizar el sistema federal, el sistema de salud y la cobertura de servicios, así como su relación con la descentralización en materia de salud. Se lleva a cabo una correlación entre indicadores de cobertura de salud y descentralización fiscal. Se utilizan los casos de Brasil y Argentina para fortalecer el argumento sobre cómo las características del federalismo influyen en la prestación de servicios de salud en términos de cobertura, equidad y suficiencia.

Se resalta que la coordinación entre los diferentes órdenes de gobierno para financiar los sistemas de salud es un factor clave que refleja cómo el federalismo afecta la prestación de servicios de salud. Los resultados muestran que la universalidad de los servicios de salud se ve afectada por la distribución de competencias entre los distintos órdenes de gobierno, lo que determina la cobertura, equidad y suficiencia de los servicios. Además, se encuentra una asociación significativa entre la cobertura de servicios de salud esenciales y la descentralización fiscal, considerando los ingresos propios de los gobiernos subnacionales y el Producto Interno Bruto.

Palabras clave: políticas públicas, federalismo, Estado del Bienestar, sistema de salud mexicano, derecho a la protección de la salud, cobertura universal de salud.

Clasificación JEL (Journal of Economical Literature): 186, 30, 52, 33.

¹ Este ensayo se realizó gracias a la tutoría de la Dra. Iliana Yaschine Arroyo, investigadora del Programa Universitario de Estudios del Desarrollo (PUED) de la UNAM desde 2012.

Abstract

The essay focuses on the evolution of Mexican federalism in the field of health and its impact on guaranteeing citizens' right to health protection through public policies. It examines healthcare coverage within the framework of human rights, emphasizing the importance of the universality of these services. A descriptive methodology is employed to analyze the federal system, the healthcare system, and service coverage, as well as their association with health decentralization. Correlation analysis between healthcare coverage indicators and fiscal decentralization is conducted. The cases of Brazil and Argentina are used to strengthen the argument on how federalism characteristics influence the provision of healthcare services in terms of coverage, equity, and sufficiency.

It is emphasized that coordination among different levels of government to finance healthcare systems is a key factor reflecting how federalism affects healthcare provision. The results show that the universality of healthcare services is affected by the distribution of competencies among different levels of government, which determines coverage, equity, and sufficiency of services. Additionally, a significant association is found between essential healthcare service coverage and fiscal decentralization, considering the own-source revenues of subnational governments and Gross Domestic Product.

Keywords: public policies, federalism, welfare state, Mexican healthcare system, right to health protection, universal healthcare coverage..

JEL classification: 186, 30, 52, 33.

Introducción.

Este ensayo parte de la larga discusión respecto a la necesidad de fortalecer el Estado del Bienestar en el mundo, donde América Latina no es la excepción, tan es así que sus características han sido cambiantes en función de lo que se ha considerado óptimo para las

sociedades. Por lo tanto, han existido una gran cantidad de reformas y adecuaciones de las instituciones y programas sociales que otorgan los servicios de prevención social con el fin de garantizar el bienestar de la población. En este sentido es importante considerar lo que plantea Esping-Andersen (1990) respecto a los diferentes regímenes del Estado del Bienestar, con especial atención al régimen socialdemócrata el cual se describirá con mayor holgura en el siguiente apartado. Cabe señalar que para este régimen es indispensable la acción del Estado para garantizar el bienestar de la población, el cual está asociado con el ejercicio de sus derechos económicos y sociales.

En el presente ensayo nos interesa abordar el derecho a la protección de la salud y las acciones que se han llevado a cabo en un Estado federal para garantizar su realización bajo un esquema de universalidad. Nos enfocaremos en el caso de México que, al ser un Estado con federalismo, propicia que aumente la complejidad de la ejecución de las políticas gubernamentales debido a la existencia de diferentes variables que condicionan su implementación adecuada; estas variables incluyen la coordinación, la disponibilidad de recursos y la delegación de potestades. El sistema político federal mexicano establece ámbitos de competencia para los distintos órdenes de gobierno dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), sin embargo, hay materias donde existe concurrencia de facultades.

El objetivo de este ensayo es analizar la evolución del federalismo mexicano centrándose en la coordinación entre los diferentes órdenes de gobierno mediante la delegación de poderes y recursos, tanto económicos como humanos. Todo ello con el objetivo de asegurar el derecho a la protección de la salud de manera universal, partiendo cuando este derecho fue elevado a rango constitucional en 1984 hasta la actualidad. Cabe señalar que los alcances de este ensayo se limitan al análisis de la cobertura de servicios de salud que como se verá más adelante resulta insuficiente para considerar la universalidad del derecho. En este sentido, se busca reflexionar en torno a lo que diversos programas y políticas han significado para el avance hacia la universalidad de la protección a la salud en México, considerando un marco

analítico que articula elementos del enfoque de políticas públicas, del federalismo y del enfoque de derechos humanos.

Este ensayo se realizó utilizando el método descriptivo, el cual consiste en describir de manera detallada las variables relevantes para la investigación, con la finalidad de otorgar una descripción de los hechos observados, sin la intención de establecer una relación de causa y efecto. Asimismo, se plantea analizar la evolución del federalismo en materia de salud que ha tenido como finalidad garantizar el derecho a la protección de la salud. Para realizar este análisis se requiere considerar las características del sistema federal mexicano, las cuales se pueden explicar a través de la descentralización de los gobiernos subnacionales considerando sus tres ejes: fiscal, administrativo y político. No obstante, no se pretende que sea considerada como la única variable que determine el fenómeno a explicar (la universalidad del derecho a la protección de la salud), ya que los fenómenos sociales son complejos y están en función de múltiples causas.

En este sentido se busca analizar cómo ha evolucionado la coordinación y delegación de potestades sanitarias, así como la distribución de recursos entre los diferentes órdenes de gobierno de México condicionadas por los tres ejes de la descentralización mencionados con anterioridad, y que buscan contribuir al proceso de universalidad de los servicios para la protección de la salud de los mexicanos.

Para esto el ensayo está conformado por cuatro apartados. En el primero, se da un acercamiento teórico de los elementos que conforman el abordaje conceptual de este tema. En el segundo, se presentan los casos de Argentina y Brasil, dos países federales, de tal manera que, a partir de casos empíricos, el lector vincule la relevancia de las relaciones intergubernamentales y la descentralización, en la búsqueda por garantizar universalmente el derecho a la protección a la salud. En el tercer apartado, se realiza un análisis del federalismo en materia de salud en México a partir de 1984, cuando el derecho a la protección de la salud se eleva a rango constitucional. Se culmina con un análisis de asociación entre diversos indicadores de cobertura esencial de servicios de salud y un indicador de descentralización

fiscal. Se busca analizar los procesos de descentralización o recentralización que se han desarrollado con el fin de garantizar la universalidad de los servicios en materia de salud. En el último apartado se exponen las conclusiones de este ensayo.

1. Marco teórico

Para atender los objetivos de este ensayo se considera pertinente abordar tres componentes teóricos principales: 1) el enfoque de las políticas públicas; 2) el federalismo; y 3) el enfoque de derechos para la construcción de un Estado del Bienestar.

Estos componentes resultan relevantes para el análisis debido a que el derecho a la protección de la salud para todas las personas está garantizado en el artículo 4o. de la CPEUM. Sin embargo, para el cumplimiento de este derecho el Estado debe proveer de la garantía de diversos derechos como el de salud, vivienda, acceso a la alimentación, seguridad social, entre otros, y, además, de la implementación de políticas públicas en materia de salud. Para esta últimas es necesaria la coordinación entre los órdenes de gobierno (federal y subnacional) que conforman a la Federación, ya que la materia de salud es concurrente² entre estos. Por lo que es pertinente considerar tanto el enfoque de derechos humanos, como el enfoque de políticas públicas y el federalismo.

1.1. Enfoque de las políticas públicas

El origen del enfoque de políticas públicas está en la época de la segunda guerra mundial, donde se utilizó a “científicos sociales” como impulsores de estrategias para hacer un uso

² De acuerdo con la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) (2002) en el sistema jurídico de nuestro país las facultades que son concurrentes implican que tanto la Federación, como las entidades federativas y municipios puedan actuar respecto a una materia en particular. Asimismo, el Congreso de la Unión es el encargado de determinar las formas y los términos de la participación de los diferentes órdenes de gobierno, a través de una ley general.

más eficiente de los recursos disponibles durante el conflicto bélico (Parsons, 2007). De acuerdo con Aguilar (1992) Lasswell fue el primero en exponer el concepto de las ciencias de políticas como un conjunto de disciplinas encargadas de explicar los procesos de elaboración y ejecución de las políticas, además de la recopilación de datos y de interpretaciones importantes en cuanto a los problemas de políticas que pertenecen a un período determinado. En este sentido, el enfoque de políticas públicas se refiere a la relación que existe entre las políticas públicas y sus soluciones, donde el uso de teorías y métodos son necesarios para obtener información y evidencia adecuada en la toma de decisiones.

Las políticas públicas tienen un carácter multidisciplinario por las diversas disciplinas que sirven para su estudio, análisis y aplicación. Por lo tanto, definir un concepto resulta una tarea complicada, no obstante, Aguilar y Lima (2009 p. 29) nos ofrecen una definición general: “conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo de interés/beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente. La estructura estable de sus acciones durante un cierto tiempo es lo específico y lo distintivo de ese conjunto de acciones de gobierno...”

De acuerdo con Lasswell (1992) el enfoque de las políticas públicas se puede dividir en dos subcomponentes. Primero, el conocimiento del proceso de la política que busca comprender por qué los gobiernos optan por determinadas acciones. Es decir, se busca entender el proceso decisorio a partir de tres interrogantes: ¿Quién decide? (actores); ¿Cómo se decide? (criterios); y ¿A quién se beneficia? (Población objetivo). Segundo, el conocimiento en el proceso de la política que consiste en aquellos métodos de análisis que permiten concentrar información y conocimiento adecuado para una mejor toma de decisiones.

Dentro de los beneficios del conocimiento del proceso de la política está el saber cuáles políticas pueden tener mayor éxito conforme al tipo de sistema político de un país. Ya que posiblemente existan políticas públicas “perfectas” en su metodología, pero al querer implementarse en un Estado cuyas características dificulten la toma de decisiones,

probablemente no tendrán una implementación exitosa. Por su parte, los beneficios del conocimiento en el proceso de la política son conocer mejores alternativas de política pública dependiendo del problema público que se deba resolver.

Para efectos de este ensayo el enfoque que se considera pertinente considerar es el del proceso de las políticas públicas, a partir del cual se busca analizar y comprender las decisiones que se han tomado en México en cuanto a las políticas para la protección del derecho a la salud en la búsqueda por lograr su universalidad. Esto incluye la revisión de la población objetivo, de los actores que han intervenido (en los órdenes federal y subnacional) y los criterios relevantes que se han seguido de acuerdo con las potestades³ que la ley establece.

Como parte del enfoque de políticas públicas se pueden identificar distintos marcos analíticos, entre los cuales Bobrow y Dryzek (1987) consideran como los principales a: a) La economía de bienestar; b) La elección pública; c) La estructura social; y, d) El procesamiento de la información. Por su parte, Franco y Lanzaro (2006) agregan el marco de proceso político, y finalmente, Parsons (2007) adiciona el marco de la política comparada.

Para este ensayo se va a hacer uso del marco de análisis de la economía de bienestar, el cual deriva de la economía principalmente, pero también de otras disciplinas. Es considerado como el paradigma dominante dentro del análisis de las políticas públicas y su aplicación consiste en el uso de teorías y modelos económicos de bienestar con el fin de propiciar una mayor eficacia en la toma de decisiones. Sus aportaciones con relación al enfoque de ciclo de las políticas públicas⁴ se dan sobre todo en la fase de implementación y evaluación. Se puede considerar que la economía del bienestar es un esfuerzo para evaluar las acciones y las

³ De acuerdo con Iglesias (2020) se refiere a poderes jurídicos estatales, que están amparados por un ordenamiento jurídico. En ese sentido, potestad es el término que se emplea para designar el poder que aparece investido de una autoridad.

⁴ Los elementos del ciclo de políticas públicas pueden variar entre autores, sin embargo, de acuerdo con Parsons (2007) existe un amplio consenso para considerar a los siguientes: a) Problema; b) Definición del problema; c) Identificación de respuestas/soluciones alternativas; d) Evaluación de opciones; e) Selección de las opciones de políticas públicas; f) Implementación; y, g) Evaluación. Es importante mencionar que, en la realidad, las etapas del ciclo suelen traslaparse entre sí, y muchas veces no se sabe con exactitud cuando inician o terminan.

políticas públicas de acuerdo con los efectos que éstas tienen sobre el bienestar y la protección de los individuos afectados.

Olier (2014) nos otorga una perspectiva más amplia respecto a la economía del bienestar al mencionar que su vínculo con el Estado del Bienestar reside en la redistribución económica, que debe combinar eficiencia y equidad. Lo anterior es necesario para ayudar a las personas social y económicamente desfavorecidas; como los desempleados, ancianos sin recursos económicos, personas sin empleo, o con empleos precarios donde no tienen prestaciones ni seguridad social, entre otros. Al respecto concluye que la redistribución económica y un esquema de seguridad social extenso deben ir juntos para apoyar el bienestar social. Por lo tanto, el Estado del Bienestar se debe estructurar de tal forma que proporcione una seguridad social extensa.

No obstante, de acuerdo con Olier (2014) desde la perspectiva de la economía del bienestar se han planteado diversas objeciones hacia la consideración de un Estado del Bienestar que busque ser universal, debido a que esto podría significar destinar recursos que no necesariamente sean utilizados óptimamente, y como consecuencia limiten las finanzas públicas o bien, aumenten la deuda pública a niveles poco manejables. No obstante, este autor plantea que es necesario contemplar consideraciones éticas y no solamente los elementos cuantitativos. Se refiere a que el éxito económico del bienestar no solamente estará en función de esos elementos sino también de la calidad ética de los objetivos a alcanzar y su capacidad para satisfacer las necesidades de las personas.

En ese sentido, en este ensayo se busca realizar un análisis del proceso de las políticas públicas, con un énfasis desde la economía del bienestar, enfocado a la capacidad que ha tenido el gobierno mexicano para avanzar hacia la universalidad de los servicios de salud para garantizar el derecho a la protección en salud, poniendo énfasis en la aportación y distribución de recursos entre el gobierno federal y los gobiernos subnacionales.

1.2. Vinculación entre el federalismo y las políticas públicas

Desde el posicionamiento recién descrito, el análisis de la evolución de la política del gobierno mexicano para lograr la universalidad de los servicios de salud requiere incorporar el estudio del federalismo. Erk (2006) citado por Cano (2014) menciona que existen diversos subcampos del estudio del federalismo, uno de estos es el vínculo del federalismo con las políticas públicas. Asimismo, menciona que este subcampo está interesado en la importancia del federalismo para la efectividad de la elaboración de las políticas públicas, además de valorar si el federalismo propicia una mejoría por parte del gobierno en cuanto a dar respuesta a las demandas de la sociedad y los cambios de la agenda política (Erk, 2006).

La relevancia de la coordinación entre los diferentes órdenes de gobierno para la consecución de políticas públicas es tal, que los gobiernos centrales suelen tener dificultades a la hora de implementar políticas públicas que tengan un verdadero impacto en la ciudadanía. En ese sentido, Enrique Saravia menciona que, “Se piensa y con razón que la única forma posible de implementar adecuadamente las políticas públicas es a través de la descentralización, sea política, administrativa, la participación democrática, la participación de la sociedad para que los objetivos estatales sean alcanzados por cada uno de los cuerpos que integran el sector público.” (INAP, 26-27 de febrero 2008, p. 76).

Asimismo, es importante conocer la descentralización que existe en un Estado federal ya que, dependiendo del grado de federalismo —sobre lo que se ampliará más adelante— y de las potestades otorgadas a los órdenes de gobierno⁵ en materia de salud, se podrá realizar un análisis del papel que ha tenido el federalismo mexicano en la búsqueda por garantizar el derecho a la protección de la salud. En ese sentido se abordará el concepto de federalismo y sus características, la manera en la que se identifica el grado de federalismo y sus componentes.

⁵ La CPEUM en su artículo 2o. establece tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal) subordinados a ella, en la consideración de que ninguno es subordinado al otro entre sí. Por lo que lo más adecuado es referirse a órdenes de gobierno y no niveles de gobierno.

La palabra “federalismo” tiene su origen en el vocablo latino *foedus* que significa alianza o pacto (Schubert, 1997). Asimismo, Schubert (1997) menciona que existen aspectos claves que caracterizan a los Estados federales como la existencia de una independencia⁶ de un conjunto de unidades distintas, pero a su vez entrelazadas (subnacionales), a través de una federación.

Un aspecto relevante del federalismo lo expresa Schubert (1997) citando a C. J. Friedrich (1968): “combinar una determinada unidad con una determinada diversidad”. Esta pequeña frase tiene mucho sentido cuando se entiende que el federalismo usualmente es usado para darle un orden y sentido político a grandes territorios. Gómez (s.f.) menciona que este sistema disminuye las posibilidades de la subordinación de uno de estos territorios respecto a otro y, además, busca que exista cierto equilibrio entre éstos.

Los sistemas federales han sido prácticos para mantener y distribuir el poder en territorios que, como se mencionó anteriormente, son muy extensos y que por ello cuentan con condiciones complicadas geográfica, cultural y económicamente (Schubert, 1997). Es importante señalar las características que Schultze (citado por Sánchez de la Barquera, 2014, p. 218) describe del sistema federal:

- a) Cuenta con divisiones territoriales.
- b) Existe división de poderes (Legislativo, Ejecutivo y Judicial) tanto en el orden federal como subnacional, lo que en teoría significa una amplia autonomía de los estados que componen a la Federación.
- c) Los estados que componen a la Federación (gobiernos subnacionales) están representados dentro del parlamento federal.
- d) Los conflictos se solucionan a través de la negociación y además se instauran mayorías calificadas en la toma de decisiones con el fin de proteger a las minorías.
- e) Existe un órgano judicial que funge como mediador cuando hay diferencias entre el orden federal y el subnacional.

⁶ La independencia de los gobiernos (subnacionales) que integran a una Federación es clave para comprender la capacidad de éstos para ejercer política pública.

Si bien en términos generales los Estados federales cuentan con las características mencionadas con anterioridad, también es cierto que existen variaciones de estos en cuanto a la relación entre los órdenes de gobierno (federal y subnacional), la cual suele ser cambiante, lo que le da una naturaleza compleja (Cano, 2014). Según Cano (2014) la descentralización es el concepto que nos permite valorar los diferentes tipos de relación entre el gobierno federal y los subnacionales que conforman una federación, dependiendo del grado de descentralización vamos a determinar el grado de federalismo. Asimismo, comenta que usualmente se piensa que la descentralización es un proceso de devolución de autoridad y/o responsabilidades del gobierno en el orden federal hacia los gobiernos subnacionales, creando la idea errónea de que solamente existe una relación unidireccional entre estos dos órdenes.

Es crucial reconocer la existencia de múltiples dimensiones en las que los recursos y el poder se distribuyen entre el gobierno federal y los gobiernos subnacionales. Estas distribuciones ocurren en diferentes grados, así como en diversas áreas y ámbitos de acción (Cano, 2014). Esto implica que la autonomía otorgada a los gobiernos subnacionales por la constitución, junto con las competencias en diferentes áreas que dependen del nivel de descentralización, les permite implementar diversas políticas públicas orientadas a satisfacer las demandas y necesidades de la ciudadanía.

Norris (2007) y Schneider (2003) citados por Cano (2014, p. 16) establecen tres clasificaciones de los tipos de descentralización, los cuales son: **descentralización administrativa**, **descentralización fiscal** y **descentralización política**. Cabe destacar que no existe el mismo grado de descentralización de cada una de estas clasificaciones en las relaciones federal-subnacional, lo que significa que existan diferentes grados de federalismos entre los países derivados de estas combinaciones.

En la **descentralización administrativa** se valora el grado con el cual los gobiernos subnacionales cuentan con libertad para formular y realizar políticas públicas, así como la regulación y la prestación de los servicios que proporcionan a los ciudadanos (Cano, 2014).

Este tipo de descentralización prácticamente combina dos tipos de capacidades: la parte legislativa y la parte ejecutiva. La autonomía de los gobiernos subnacionales en la parte legislativa está en función de lo que la constitución les permite en la aprobación de leyes respecto a una materia en específico. En cuanto a la parte ejecutiva, la autonomía está en función de lo que la constitución les permite en la implementación y realización de acciones respecto a una materia en particular.

Por otro lado, en la parte ejecutiva la descentralización está en función de las potestades que se delegan a los gobiernos subnacionales para ejecutar las políticas en diferentes materias. Es importante señalar que esta descentralización debe atenerse a ciertos límites de acuerdo con lo que menciona Gallo (s.f.), debido a que debe existir un equilibrio entre las libertades locales (subnacionales) y las de unidad nacional (federales). Asimismo, Gallo (s.f.) menciona que algunas ventajas de la descentralización administrativa son: a) mejor adaptación de los servicios a las necesidades locales, b) descongestión del trabajo, y c) rapidez en la gestión y resolución de asuntos.

Por su parte, en la **descentralización fiscal** se analiza la relación entre los ingresos de los gobiernos subnacionales y los recursos que gastan, además, es importante la autonomía que estos disponen en cuanto a recaudación y ejecución de recursos respecto al gobierno federal (Cano, 2014). Este tipo de descentralización es relevante para nuestro análisis debido a que el ejercicio de los recursos públicos con los que disponen los gobiernos subnacionales impacta en la realización de políticas públicas (Porto, Pineda y Eguino, 2018).

En ese sentido los autores Porto, Pineda y Eguino (2018) consideran los siguientes indicadores de descentralización fiscal:

- 1) Recursos propios⁷ subnacionales entre los recursos totales de la federación.
- 2) Recursos propios subnacionales entre su Producto Interno Bruto (PIB).

⁷ Recursos recaudados por los gobiernos subnacionales en virtud de las potestades tributarias establecidas en la ley.

- 3) Gasto subnacional entre el gasto de la federación.
- 4) Gasto subnacional entre el PIB.

De acuerdo con Olmeda (2021) la determinación de este tipo de descentralización nos ayuda a analizar si realmente existe un sistema federal, ya que éste está fuertemente vinculado con el grado de autonomía de los recursos del orden subnacional.

Por su parte, Fernández (2010) comenta que la **descentralización política** tiene tres modalidades: a) territorial, b) funcional, y c) por servicio. La primera de ellas consiste en la asignación de funciones del poder público a demarcaciones territoriales específicas, las cuales cuentan con personalidad jurídica propia. La segunda modalidad consiste en la existencia de órganos que ejercen funciones del poder público sin considerar la territorialidad y que son identificados en la doctrina como órganos constitucionales autónomos. La tercera modalidad consiste en otorgar una personalidad jurídica de derecho público a un organismo con la intención de que preste un servicio público con un esquema de autonomía amplia, incluso con su propio órgano de gobierno y con su propia normativa jurídica. Para los fines de este ensayo se considera únicamente la modalidad territorial que implica que los temas políticos que atañen al territorio subnacional obtengan cierto grado de autonomía respecto a los temas políticos de otros gobiernos subnacionales y respecto al orden federal (Cano, 2014).

Cano (2014) comenta que es común que los intereses de las agendas políticas en el orden federal no sean los mismos o por lo menos cercanos a los intereses de los ciudadanos pertenecientes al territorio de los gobiernos subnacionales. Lo que significa que no necesariamente los intereses de los que votan para el orden federal sean parecidos a los intereses de un gobierno subnacional en particular.

Los elementos del federalismo que se van a retomar en el análisis de la evolución de los sistemas de salud son los de la descentralización desde sus tres ejes, con énfasis particular en la descentralización fiscal ya que se realizará un ejercicio de asociación entre esta variable y la cobertura esencial de servicios de salud.

1.3. Estado del Bienestar y el enfoque de derechos

En este ensayo se ha sostenido que las políticas públicas se crean con el propósito de abordar, mitigar o resolver problemas de interés público. Además, se reconoce que el grado de federalismo es de gran importancia, ya que influye en la coordinación entre los distintos órdenes de gobierno al momento de implementar dichas políticas. No obstante, es esencial considerar no solo si los problemas son de interés público, sino también cuestionar por qué el Estado debe intervenir para afrontarlos. Para contestar esta pregunta es pertinente abordar el concepto del Estado del Bienestar.

El Estado del Bienestar se ha convertido en una pieza fundamental para garantizar el bienestar y la calidad de vida de la sociedad. A lo largo de la historia, destacados autores han aportado sus conocimientos y perspectivas para la comprensión de este concepto. Desde Titmuss (1974), quien inauguró la reflexión acerca de la esencia y el propósito de la política social, hasta Paul Spicker (2014 y 2017), quien explora tanto la teoría como la práctica de la política social y la relevancia de fortalecer los Estados del Bienestar como requisito para resolver los desafíos sociales de nuestro tiempo.

De acuerdo con Esping-Andersen (1990), uno de los autores más connotados en esta área, se pueden identificar tres regímenes de Estado del Bienestar en las sociedades industrializadas de la posguerra: el liberal, el conservador-corporativo y el socialdemócrata, cada uno de los cuales tiene características distintas en lo que respecta a la protección social que se desprenden de su propia evolución histórica, ideología y cultura. Dichas diferencias se manifiestan, entre otros elementos, en el nivel de “desmercantilización” de cada régimen que, de acuerdo con Esping-Andersen (1990) se refiere al grado en que las personas o familias pueden tener un estilo de vida aceptable sin importar cuál sea su participación en el mercado. Esto lleva inobjetablemente a poner en el foco de atención la forma en que se distribuye la responsabilidad para la provisión del bienestar entre los principales actores: Estado, mercado y familia. Para propósitos de este ensayo es valioso destacar el modelo socialdemócrata, también conocido como modelo escandinavo, que busca una mayor igualdad y bienestar a

través de un fuerte compromiso institucionalizado por parte del Estado para proporcionar protección social a toda la población (Draibe y Riesco, 2006).

Otros autores, como Arts y Gelissen (2010) y Pribble (2011) para América Latina, también exploran los modelos de Estados del Bienestar en distintos contextos regionales y nacionales, y resaltan cómo estos pueden variar en función de políticas y enfoques nacionales, con distintos niveles de participación del Estado vis a vis otros actores y con resultados contrastantes en materia de bienestar. En conjunto, estos autores y sus obras subrayan la importancia del Estado del Bienestar y cómo sus características definen en qué medida sus instituciones y acciones son capaces de abordar las necesidades y desafíos de una sociedad, permitiendo la promoción del bienestar y la mejora de la calidad de vida de sus ciudadanos.

La relevancia de las características de los Estados del Bienestar se articula con el enfoque de derechos humanos, desde el cual se propone que el Estado debe tener un rol preponderante en la consecución del bienestar de la población y que las políticas gubernamentales pueden y deben ser diseñadas con base en un marco de derechos humanos. Esto es particularmente relevante en la actualidad, ya que los derechos humanos no solo representan un sistema de valores universalmente aceptado, sino también un marco ético y legal para guiar la acción de los Estados y la comunidad internacional en la búsqueda de una sociedad más justa y equitativa.

De acuerdo con Jiménez (2007) el enfoque de derechos trata de la forma de ver o de hacer (el proceso o medio) para lograr el objetivo que es el ejercicio de los derechos humanos. Según este autor, la parte medular del enfoque de los derechos humanos lo constituye la incorporación de la doctrina socio-jurídica, cuyos principios son la interdependencia e integralidad de los derechos humanos, lo que significa que los derechos son interdependientes, por lo que la lesión de alguno de ellos afecta a los demás. Adicionalmente, Jiménez (2007) señala algunos de los elementos presentes dentro de este enfoque:

- 1) La **transversalidad** implica pensar y actuar considerando que los derechos humanos son el fundamento ético-moral y el objeto de acción del Estado, considerándolos como un prerrequisito para el bienestar social.
- 2) El principio de **no discriminación e inclusión para la universalidad** incorpora los derechos de aquellos grupos sociales que históricamente habían estado excluidos del derecho positivo⁸, lo cual se traduce en incorporar diversas perspectivas como la de género, infancia, étnica, política social, entre otras.
- 3) El principio de **dignidad humana** se basa en las personas y sus relaciones, y no en las estructuras sociales, lo que se traduce en que las personas son consideradas como sujetos en las redes de acción social.
- 4) El principio de **democracia** implica la participación informada y protagónica de la ciudadanía en todos los procesos de la toma de decisiones que los involucra.
- 5) **Responsabilidad compartida** entre todos los actores involucrados sin olvidar la distinción entre sujetos de derechos y sujetos de obligaciones.
- 6) Un claro **predominio de la esfera pública** en la resolución de conflictos y deliberación democrática sin olvidar la esfera privada.

Estos elementos son indispensables para la comprensión del enfoque de derechos y su vinculación con el Estado del Bienestar, ya que este último, tiene la obligación de garantizar la protección social incorporando cada uno de ellos. Para efectos de este ensayo resulta indispensable la consideración principal de los elementos de no discriminación e inclusión para la universalidad y responsabilidad compartida. Ambos están estrechamente vinculados con la implementación de las políticas de protección a la salud.

Por eso, es importante incorporar las características de las políticas públicas en derechos humanos, para este fin se exponen las características mínimas que debe tener una política pública en derechos humanos, de acuerdo con Jiménez (2007):

⁸ Nos referimos al conjunto de normas jurídicas que se aplican efectivamente en una época y lugar determinados. Su creación es exclusiva del Estado fundamentalmente a través del Poder Legislativo (Santos, 2002).

- 1) **Integralidad.** Se refiere a que las políticas públicas deben considerar los derechos humanos de primera, segunda y tercera generación⁹ desde una perspectiva sistemática;
- 2) **Intersectorialidad.** Este punto se refiere a que, debido a su integralidad e interdependencia, las políticas públicas en derechos humanos deben abarcar programas y acciones de diferentes sectores y entidades públicas, lo cual es un reto ya que deben romper el paradigma de la competencia por áreas.
- 3) **Participación.** Las políticas públicas deben considerar en su elaboración e implementación, la participación y consulta de aquella población que será afectada o beneficiada por la problemática a atender.
- 4) **Universalidad.** Este aspecto menciona que las políticas públicas tendrán una cobertura universal, en el sentido de que no deberán estar limitadas por algún tipo de discriminación o exclusión. Al mismo tiempo, se menciona que serán justificables aquellas políticas selectivas siempre y cuando se dirijan a fortalecer o restablecer la equidad. En este orden de ideas el objeto de estudio de este ensayo se centra en la parte de la universalidad como principal fundamento para crear un sistema de salud que trate de garantizar a toda la población el derecho a la protección a la salud.
- 5) **Intergubernamentalidad.** Este aspecto enfatiza la importancia de que las políticas públicas en derechos humanos permitan la articulación de los diferentes órdenes de gobierno territorial, lo cual coadyuva a la racionalidad de esfuerzos y la armonización de planes y recursos que tendrían que fortalecer a las políticas. No obstante, en este ensayo se plantea que precisamente la intergubernamentalidad (en un país federal) implica una suerte de complejidad adicional al momento de implementar políticas que busquen la universalidad.
- 6) **Coordinación.** Respecto al punto anterior surge este, que bajo los principios de la concurrencia, coordinación y subsidiariedad se deben implementar dichas políticas

⁹ La **primera** generación surge con la Revolución francesa y se encuentran integrados los derechos civiles y políticos (vida, libertad e igualdad); la **segunda** surge como resultado de la revolución industrial y son los derechos de tipo colectivo de satisfacción progresiva (sociales, económicos y culturales); y, la **tercera** surge como respuesta a la cooperación entre las naciones y buscan satisfacer los derechos de los pueblos o de solidaridad (Aguilar, 1998).

públicas; coadyuvando a una meta común. Lo cual como se verá en el desarrollo de este ensayo no es cosa sencilla debido a diversas variables que coinciden en este proceso.

La CDHDF (2011) menciona que, de estos elementos del enfoque de derechos humanos, la universalidad es quizás la característica más ampliamente reconocida y problemática. Esta implica que todos los seres humanos tienen derecho a ellos, independientemente de su contexto político, jurídico, social, cultural, geográfico o temporal. La universalidad de los derechos humanos no se ve comprometida por la existencia de derechos específicos dirigidos a grupos en situación de vulnerabilidad, sino que estos derechos se reconocen para garantizar que dichos grupos puedan ejercer plenamente sus derechos, a pesar de las desventajas estructurales a las que a veces se enfrentan (CDHDF, 2011).

Por su parte, Martínez y Sánchez-Ancochea (2016) empujan la definición del universalismo más allá de una minimalista, atada exclusivamente a la cobertura. Los autores mencionan que existen tres dimensiones claves para acercarse a la definición de universalismo: 1) Cobertura; 2) Suficiencia; y 3) Equidad. Respecto a la cobertura, mencionan que sucede cuando los beneficios de un programa o política pública alcanzan a la mayor cantidad de población que cumple con las características de una categoría determinada. Por su parte, la suficiencia se refiere al nivel y calidad de los beneficios otorgados, es decir, que cuanto más completos y de mejor calidad sean los beneficios otorgados, más universal será el resultado de la política pública implementada. Finalmente, la equidad se refiere a la distribución de cobertura y suficiencia a través de los beneficiarios. Considerando que cuanto más equitativamente se distribuyen los beneficios entre las zonas rurales y urbanas; mujeres y hombres; pobres y no pobres; más universales serán los resultados de las políticas públicas.

Entre el conjunto de derechos humanos, particularmente de los derechos sociales, se encuentra el derecho a la salud o a la protección de la salud, como lo define la CPEUM, que está en el centro del análisis de este ensayo. De acuerdo con Lema (2010) usualmente se habla de “derecho a la salud”, sin embargo, este concepto ha sido criticado puesto que

significaría un “derecho a no estar enfermo”, lo cual quedaría fuera de las posibilidades jurídicas. Asimismo, Lema (2010) expone que es mejor usar el término de protección de la salud en el sentido de que permite hacer una definición clara del alcance del derecho y, por lo tanto, definir las medidas para su protección. Además, se evita optar por el concepto de “salud” que es de difícil definición. Lerma (2010) menciona que uno de los aspectos destacados de las políticas en un Estado del Bienestar ha sido la participación del Estado en cuanto a la promoción y protección de la salud de la población, a través de los sistemas públicos de salud y del reconocimiento y positivación de un derecho a la protección de la salud. Por lo tanto, se plantea que en materia de salud el Estado debe proveer una infraestructura básica que provea a los ciudadanos de las condiciones básicas para que desarrollen su potencial, independientemente de los riesgos sociales.

Articular el enfoque de políticas públicas, el federalismo y el enfoque de derechos permite construir un marco analítico para estudiar la evolución de la política de salud en México en su búsqueda por alcanzar la universalidad del derecho a la protección en salud. Esta mirada proporciona una base sólida para analizar la intervención del Estado mexicano como garante de este derecho, en particular, ofrece una lente a través de la cual se podrá revisar cómo los gobiernos federales y subnacionales trabajan en conjunto o en competencia para abordar las necesidades de salud de la población. La importancia del federalismo se hace evidente al analizar la asignación de recursos, la toma de decisiones y la ejecución de políticas de salud tanto en el orden federal como subnacional. La teoría también destaca la importancia del federalismo en la política pública y de salud al resaltar cómo la descentralización puede generar oportunidades para la adaptación de las políticas en contextos regionales. En última instancia, la teoría subraya que un federalismo efectivo es esencial para garantizar que las políticas de salud cumplan con los principios del enfoque de derechos humanos, particularmente la universalidad, entendida en un sentido amplio, para mejorar la calidad de vida de la población en México.

2. Casos de Federalismo en materia de salud en América Latina

Para fortalecer el argumento sobre la influencia de las características de los federalismos en la estructura del sistema de salud y la prestación de sus servicios, se presentan de manera general dos sistemas de salud que son comparables con el de México: los sistemas de salud brasileño y argentino. Estos países pertenecen a la región de América Latina, tienen niveles de desarrollo social y económico similares a México y adoptan un sistema político federal. A continuación, se explorarán los rasgos de su federalismo y las particularidades de sus sistemas de salud.

2.1. Federalismo brasileño

Para comprender el federalismo en materia de salud en Brasil es importante tener un panorama de las características de su federalismo en general. Este se conforma por veintisiete gobiernos subnacionales (veintiséis estados y un Distrito Federal), los cuales cuentan con mayor poder en comparación de los gobiernos subnacionales mexicanos y argentinos, en el sentido de que históricamente han sido efectivas sus resistencias respecto a las políticas centralizadoras¹⁰ por parte del gobierno federal (Olmeda, 2021).

Cabe destacar que a lo largo de la historia la configuración política de Brasil ha fluctuado entre la centralización y la descentralización, siendo hasta la Constitución Política de la República Federativa del Brasil (CPRFB) de 1988 cuando se establecerían las bases de un federalismo cooperativo (con mayor descentralización). En su artículo 1, menciona que es una República Federal, formada por la unión indisoluble de Estados, Municipios y un Distrito Federal, asimismo, su artículo 23 da las bases del federalismo cooperativo entre estos al expresar lo siguiente: “Una Ley complementaria fijará las normas para la cooperación entre

¹⁰ Son aquellas políticas que buscan limitar la autonomía de los gobiernos subnacionales en diferentes ámbitos como el político, económico, etc., con el fin de que el gobierno federal las concentre.

la Unión, y los Estados, el Distrito Federal y los Municipios, con vistas al equilibrio del desarrollo y del bienestar en el ámbito nacional.”

Sin embargo, de acuerdo con Arcaro (2021) aquellas leyes complementarias para tener la relación de cooperación en diferentes materias no se han realizado a excepción de la Ley Complementaria 140/2001 relativa a la materia del medio ambiente. Respecto al tema que compete este ensayo que es el de salud, se han establecido otros mecanismos de cooperación como el Sistema Único de Salud, el cual se abordará en el siguiente apartado.

Por otro lado, se asume que los gobiernos subnacionales en Brasil cuentan con mayor representación dentro del Poder Legislativo debido a que los gobernadores tienen una fuerte influencia en ambas cámaras (Diputados y Senadores), lo que ayuda a que desde el Congreso se impulsen políticas públicas que atienden a los intereses de los gobiernos subnacionales (Olmeda, 2021).

Lo anterior, le quita poder al presidente para tener el control en la mayoría de los escaños de las cámaras, obligándolo a negociar para concretar mayorías legislativas que impulsen políticas públicas de su interés, lo cual es un reflejo de la descentralización política con la que cuentan los gobiernos subnacionales en Brasil (Olmeda, 2021).

En la coordinación fiscal, los gobiernos subnacionales tienen prerrogativas tributarias y facultades para contraer deuda tanto nacional como internacional (Olmeda, 2021). Por su parte, cuentan con una importante recaudación local debido a que cuentan con potestades tributarias para recaudar impuestos específicos, lo que les ayuda a depender en menor medida de los recursos que les transfiere el gobierno federal.

La distribución de los recursos federales es similar a la de México en el sentido de que se realiza por medio de transferencias federales como el Fondo de participación de los Estados, sin embargo, una diferencia importante respecto a México y Argentina es que existe una gran cantidad de recursos transferidos directamente desde la Federación hacia los municipios

(Olmeda, 2021). En términos generales, se considera que Brasil cuenta con un federalismo más descentralizado que México y Argentina.

Por su parte, la descentralización administrativa en materia de salud se abordará en el siguiente apartado donde se explica cómo funciona el sistema de salud brasileño.

2.1.1. Sistema de salud brasileño

Una de las características relevantes en el sistema de salud brasileño es la establecida en la CPRFB al indicar como responsabilidad estatal la provisión de los servicios de salud que garanticen el acceso universal e igualitario a la promoción, protección y recuperación de la salud (Becerril et al., 2011).

En la actualidad el concepto de salud en Brasil ha sido ampliado al considerar que para que los individuos gocen de este derecho también es pertinente que se consideren los factores que lo determinan y sus condicionantes como lo son: la alimentación, la vivienda, medio ambiente, trabajo, educación, transporte, etc. Por lo que la gestión del sistema de salud brasileño considera acciones conjuntas con otros sectores públicos como el de planificación urbana, educación, ambiente, entre otros; con el fin de que se contribuya a mejores condiciones de vida y de salud para la población brasileña (Tolentino, 2009). Lo anterior, tiene congruencia con los principios de interdependencia e integralidad del enfoque de las políticas públicas en derechos humanos expuesto en el marco teórico de este ensayo.

El sistema de salud brasileño se compone por una parte pública, que cubre al 75 por ciento de la población y por una parte privada que atiende al resto de la población que cuenta con los recursos para solventarlo (Becerril et al., 2011). En la parte pública existe un mecanismo de cooperación entre los gobiernos subnacionales y el gobierno federal que es conocido como Sistema Único de Salud (SUS) y que cuenta con financiamiento de los tres órdenes de gobierno. Cabe señalar que el SUS se ayuda de establecimientos privados (con o sin fines de

lucro) para la prestación de servicios de salud a través de contratos mediante el pago por servicio (Sobral de Carvalho y Schubert, 2013). Por lo que además de ser regulado y fiscalizado por el gobierno federal, esta participación del sector privado se somete a una regulación similar a la del sector público (Tolentino, 2009). Por otro lado, en la parte privada se incluye el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) que básicamente es un sistema de desembolso directo por parte de la población. En la **Figura 1** se aprecia la estructura del sistema de salud de Brasil considerando la parte pública y la privada (dentro de los cuales se encuentran el SUS y el SAMS).

Cabe señalar que en el esquema proporcionado por Becerril et al. (2011) se aprecia que dentro de los usuarios del SUS se encuentran todos los ciudadanos incluyendo aquella población con capacidad de pago de atención de alto costo, y se explica debido a que este tipo de población acude al sistema público en busca de servicios de prevención principalmente de vacunación y de padecimientos de alto costo y complejidad (Sobral de Carvalho y Schubert, 2013).

Figura 1. Estructura del sistema de salud brasileño.



Fuente: Elaboración propia con base en Becerril et al. (2011).

En la figura anterior se observa que el sistema de salud brasileño es mixto y segmentado en relación con el origen de los recursos, por lo que dentro de este se encuentran dos subsistemas: 1) público y 2) privado. Asimismo, dentro del subsistema público existen dos

segmentos: a) de acceso universal y gratuito (todos los ciudadanos tienen derecho a este), financiado a través de recursos públicos (anteriormente mencionado como SUS); y b) de acceso restringido a los funcionarios públicos (tanto civiles, como militares), financiado a través de recursos públicos y contribuciones de los empleados (OPS/OMS, 2008).

Por otro lado, el subsistema privado cuenta a su vez con dos segmentos: a) el primero corresponde a los planes y seguros de salud (SAMS) cuya afiliación es voluntaria y es financiada a través de los recursos de los empleadores y los empleados o exclusivamente por las familias, pero que goza con una especie de subsidio; y, b) de acceso directo a proveedores privados mediante pago al momento de la prestación de los servicios asistenciales y que lo realiza la población de mayores ingresos debido a que no hay subsidios como en el SAMS (OPS/OMS, 2008). Cabe destacar que en el SAMS los proveedores pueden ser con o sin fines de lucro, mientras que en el acceso directo únicamente hay proveedores con fines de lucro.

En ese orden de ideas el modelo que se ha utilizado en Brasil ha sido la atención categorizada en tres rubros (Tolentino, s.f.): 1) Población con capacidad de pago de servicios de salud privados 2) Población con derecho a la salud pública por tener un trabajo formal; y, 3) Población sin trabajo formal.

Cabe señalar que la responsabilidad para la provisión de servicios de salud en el SUS es descentralizada en los tres órdenes de gobierno (Tolentino, 2009). Esta descentralización no es solamente financiera, sino también administrativa; los gobiernos son autónomos y soberanos en cuanto a sus decisiones y actividades siempre y cuando se adhieran a los principios generales establecidos por el ministerio de salud del gobierno federal. Por lo tanto, en Brasil se utiliza la estrategia de la descentralización del sector público de la salud para garantizar el acceso universal a la protección de la salud. Esto a través de redes de clínicas, y hospitales administrados por todos los órdenes de la Federación brasileña (federal, subnacional y municipal), y la inclusión de establecimientos privados. De tal forma que el SUS coordina el sector público, pero también regula el sector privado a través de convenios y contratos que pactan los pagos por servicio (Becerril et al., 2011).

Los gobiernos subnacionales tienen limitadas responsabilidades en cuanto a la rectoría del SUS debido a que el gobierno federal es el encargado de la coordinación y planificación, y los municipios los encargados de brindar los servicios (Knaul et al., 2021). Respecto al financiamiento del sistema de salud, este se realiza a través de impuestos y contribuciones sociales de los tres órdenes de gobierno. Los gobiernos subnacionales y municipales depositan recursos en Fondos de Salud (Becerril et al., 2011).

Para dar una idea de la descentralización brasileña en materia de salud, se puede comparar con el gasto público en salud realizado por los gobiernos subnacionales en los países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los cuales, en promedio realizan el 38 por ciento del gasto público total en salud, lo que de acuerdo con los especialistas ya es considerado como descentralizado. Por su parte, en Brasil el promedio del gasto subnacional es del 80 por ciento, porcentaje comparable con los gobiernos subnacionales de España e Italia, y países nórdicos de Europa que están en una Federación (Afonso, 2020).

Sin embargo, aun cuando no existen restricciones legales respecto a las enfermedades que deben ser atendidas por el SUS, la cobertura universal se ha limitado debido a problemas de financiamiento del sistema, el cual ha estado subfinanciado y como consecuencia genera un mayor tiempo de espera para ser atendido (Becerril et al., 2011).

2.2. Federalismo argentino

Por su parte, Argentina cuenta con un federalismo compuesto por veinticuatro gobiernos subnacionales (veintitrés provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Carmagnani (1993) citado por Olmeda (2021) describe que durante gran parte del siglo XX el federalismo argentino tenía la característica de un federalismo centralizado. Sin embargo, a finales de la década de los 70's se implementaron una serie de medidas descentralizadoras especialmente en materia educativa y de salud.

Es importante poner bajo contexto que el fin de la dictadura argentina y el retorno a un gobierno democrático en 1983 propiciaron un aumento de prerrogativas para el gasto de los gobiernos subnacionales. En ese sentido Bazán (2013) comenta que el federalismo argentino se caracteriza por la unidad en el Estado federal, pero también por una descentralización que les da autonomía a los gobiernos subnacionales. De acuerdo con Granato (2015) con el fin de asegurar el bienestar general de la población, la Constitución establece que los gobiernos subnacionales tienen competencia para determinar la prestación de servicios en diversas materias, su marco regulatorio y creación de organismos de control, toda vez que son autónomos y por ello cuentan con sus propias instituciones.

Respecto a la descentralización política ésta fue en aumento una vez que los gobernadores subnacionales tuvieron la facultad para definir candidaturas en las boletas partidarias. Por lo tanto, su influencia dentro del Congreso Nacional fue en aumento (Olmeda, 2021).

En la parte fiscal los gobiernos subnacionales tienen la facultad para adquirir deuda de la banca nacional como la internacional (mismo caso que en Brasil). Asimismo, al igual que en México y Brasil, existe un esquema de distribución de recursos, no obstante, en Argentina (al igual que en México) la recaudación de los impuestos más relevantes está centralizada al gobierno federal, por lo que las transferencias representan un alto porcentaje de los recursos con los que disponen los gobiernos locales (Olmeda, 2021).

Cetrángolo y Gatto (2002) en un documento de la CEPAL expresan que en Argentina se han evidenciado en distintos momentos las dificultades en torno a las relaciones financieras entre los distintos órdenes de gobierno. Principalmente en la distribución de recursos, los cuales desde la década de los 80's fueron afectados por los recursos coparticipados al financiamiento del sistema previsional (aseguramiento de ingresos a adultos mayores). Asimismo, Argentina ha tenido una fuerte centralización de los recursos tributarios debido a la alta concentración de la recaudación de impuestos para el orden federal, situación parecida a la de México.

Dicho lo anterior, se entiende que el federalismo argentino tiene una fuerte centralización fiscal y una descentralización política. Respecto a la centralización o descentralización administrativa nos enfocaremos en la materia de salud, la cual se abordará en el siguiente apartado.

2.2.1 Sistema de salud argentino

El sistema de salud argentino está compuesto por tres sectores, los cuales, a diferencia de Brasil, están poco integrados entre sí. Estos sectores son: a) el sector público, b) el sector del seguro social obligatorio denominado como obras sociales y el sector privado (Belló y Becerril, 2011).

Cabe destacar que en Argentina también se ha buscado la universalidad en la prestación de servicios de salud por parte del Estado. El primer paso en el reconocimiento del Estado en cuestión de atención a la salud pública ocurrió en 1943 cuando se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que en 1949 se convirtió en el Ministerio de Salud (Belló y Becerril, 2011). A partir de ese momento el Estado es el responsable y garante del derecho a la protección de la salud, adicionalmente surgieron organizaciones sindicales subnacionales que dieron origen al Sistema Obras Sociales que nacen con la Ley N° 18.610 en febrero de 1970 en un contexto de golpe de Estado en 1966 y una presión importante por parte de los sindicatos. Por ello se estableció la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia, es decir, se estableció obligatoriamente la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad, lo cual estaba manejado por los sindicatos (Robba, 2015).

En los 90's se realizó una serie de transferencias tanto de escuelas como de hospitales hacia las provincias, aunque, según Olmeda (2021) esto no necesariamente significó una mayor autonomía puesto que éstos aun eran gestionados, financiados y controlados por el gobierno federal.

En Argentina la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la protección de la salud y el nacimiento del Sistema Obras Sociales influyeron en la forma en que se prestaron los servicios de salud, ya que en el transcurso de los años los derechos sociales se fueron expandiendo, de tal manera que aumentó la oferta pública universal de los servicios de salud y de seguridad social (Belló y Becerril, 2011).

Dicho lo anterior, el sistema de salud argentino se convirtió en un sistema fragmentado encargado de atender a los tres sectores mencionados anteriormente, los cuales son muy distintos entre sí: a) las personas que no cuentan con seguridad social y que tienen escasos recursos (**público**), b) los que cuentan con seguridad social por contar con una relación laboral formal y los jubilados (**seguridad social**), y c) aquella población que cuenta con los recursos suficientes para pagar seguros privados (**privado**) (Belló y Becerril, 2011). En la Figura 2 se aprecia la estructura actual del sistema de salud de Argentina:

Figura 2. Estructura del sistema de salud argentino.

SECTOR	PÚBLICO		SEGURIDAD SOCIAL			PRIVADO	
FINANCIAMIENTO	RECURSOS FEDERALES, SUBNACIONALES Y MUNICIPALES		CONTRIBUCIONES DE TRABAJADORES	CONTRIBUCIONES DE EMPLEADORES	RECURSOS FEDERALES Y EN ALGUNOS CASOS SUBNACIONALES	INDIVIDUOS	EMPRESAS
PAGADORES	MINISTERIOS DE SALUD FEDERAL Y SUBNACIONALES, Y SECRETARÍAS MUNICIPALES DE LA SALUD		OBRAS SOCIALES FEDERAL Y SUBNACIONALES, Y EL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS			EMPRESAS, MEDICINA PREPAGA	
PROVEEDORES	HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD PÚBLICOS					PROFESIONALES Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PROFESIONALES	
USUARIOS	PERSONAS SIN COBERTURA	BENEFICIARIOS DE PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS (A)		TRABAJADORES Y SUS BENEFICIARIOS JUBILADOS (B)		USUARIOS A Y B	PERSONAS CON CAPACIDAD DE PAGO

Fuente: Elaboración propia con base en Belló y Becerril (2011).

En el federalismo argentino en materia de salud se destaca que la Cobertura Pública Exclusiva (CPE) es un mecanismo aparentemente efectivo por el cual el Estado (tanto en el orden federal como subnacional) garantiza el acceso a la protección de la salud de aquellos

que son los más desprotegidos (que no cuentan con seguridad social ni con recursos para pagar servicios de salud privados) (Ministerio de Salud, 2022).

Cabe destacar que el CPE funciona a través de múltiples programas federales que otorgan incentivos y apoyo financiero a los sistemas subnacionales con la intención de fortalecer la equidad subnacional en aspectos de calidad y acceso a la salud; aspectos que han sido un punto débil en la provisión de servicios que garanticen la protección a la salud en Argentina (Ministerio de Salud, 2022).

Respecto a esta estructura Galli et al. (2017) mencionan que la fragmentación del sistema de salud argentino se expresa en tres principales aspectos: a) en las fuentes de financiamiento, b) en las coberturas, coseguros y copagos, y c) en los regímenes y órganos de control y fiscalización. No obstante, la fragmentación no se limita en dichos aspectos, sino que debido al tipo de federalismo que hay en Argentina los sectores mencionados por Belló y Becerril (2011) se pueden dividir en subsectores, los cuales de acuerdo con Galli et al. (2017) son los siguientes:

- 1) Dentro del sector público, encargado de atender a la mitad de la población nacional¹¹ que es la que no cuenta con seguridad social ni los recursos para atenderse en el sector privado (Galli et al., 2017), se encuentran: a) el subsector público federal, b) el subsector público provincial (el subnacional), y c) el subsector público municipal. En este sistema de salud es importante la diferenciación debido a que cada subsector tiene reglas distintas emanadas de distintas jurisdicciones.
- 2) Dentro del sector de seguridad social se encuentran: a) el subsector de obras sociales federales que en su totalidad son 285 con una cobertura aproximada de 11 millones de personas, b) el subsector de obras sociales subnacionales las cuales son 24 (una por cada gobierno subnacional y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) con una cobertura aproximada de 5 millones de personas, d) el subsector de obras sociales de

¹¹ De acuerdo con los resultados provisionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 la población total de Argentina es de 40 millones 44 mil 703 personas.

las Fuerzas Armadas y de Seguridad, el cual cubre aproximadamente a 800 mil personas, e) el subsector de obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial, con una cobertura de 320 mil personas.

- 3) Dentro del sector privado se encuentran una gran cantidad de entidades y su cobertura es de aproximadamente 2 millones 800 mil personas.

En un documento más actualizado el Ministerio de Salud (2022)¹² basándose en el Padrón Único Consolidado Operativo¹³ con información consolidada a agosto de 2022, se proporcionan datos respecto a la atención de las personas que cuentan con una cobertura en salud. Dicha población se distribuye de la siguiente manera: 27.6 por ciento cubierta por las obras sociales federales, 13.3 por ciento por las obras sociales subnacionales, 9.6 por ciento por el Programa de Atención Médica Integral (PAMI)¹⁴, 36.9 por ciento de la población está cubierta por la Cobertura Pública Exclusiva, y 12.6 por ciento por Empresas de Medicina Prepaga¹⁵.

No obstante, del alto porcentaje de cobertura nacional el cual se abordará más adelante y de los programas del CPE, existen críticas al sistema de salud argentino especialmente en la desigualdad de la prestación de servicios de salud entre los gobiernos subnacionales. Ya que, de acuerdo con Maceira (2018), la centralización del financiamiento subnacional en el subsistema público ha propiciado una disparidad en la oferta de los servicios de salud, de tal manera que los gobiernos subnacionales con menor capacidad de inversión de recursos otorgan los servicios más limitados. Asimismo, menciona que no es posible construir un

¹² Dicha información no proviene de datos estadísticos, censales ni de encuestas, sino de bases administrativas (Ministerio de Salud, 2022).

¹³ Es un padrón cuyos datos se actualizan de manera mensual y contiene la información de los beneficiarios de padrones de las Obras Sociales Provinciales (o subnacionales), el padrón de Incluir Salud (Ex Profe) y el padrón de todas las Obras Sociales Nacionales (o federales) aportado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

¹⁴ Destinado a jubilados y pensionados (Galli et al. 2017).

¹⁵ Pertenecen al subsistema privado y se encuentran regidas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y están legalmente obligadas a garantizar a sus afiliados el piso mínimo de prestaciones establecido en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Asimismo, el 40 por ciento de sus afiliados corresponden a adhesión directa, mientras que el 60 por ciento restante provienen de aportes vía planes corporativos o desregulación de obras sociales (Ministerio de Salud, 2022).

modelo de cobertura universal sin la homogenización de reglas de asignación de recursos, que coadyuven a mejorar la calidad de los servicios y la equidad en su acceso.

Bello y Becerril (2011) mencionan que el financiamiento del sector público se realiza a través de recursos fiscales donde la administración federal y los organismos subnacionales descentralizados son financiados principalmente del presupuesto federal. Por su parte, el PAMI que atiende a jubilados y pensionados se financia de las contribuciones de los trabajadores asalariados y de recursos fiscales federales en mayor medida y de recursos subnacionales en menor medida.

Por otro lado, las Obras Sociales Federales son financiadas por el 8 por ciento del sueldo de los trabajadores activos, 3 por ciento de la aportación del trabajador y 5 por ciento del patrón. Por su parte las Obras Sociales Subnacionales son financiadas de la misma manera que las federales, con la particularidad de que las contribuciones son de empleados gubernamentales y de los gobiernos subnacionales cuando estos sean los empleadores (Bello y Becerril, 2011)

2.3. Perspectiva comparada entre los sistemas de salud brasileño y argentino

En el apartado anterior se pueden visualizar las características generales de los federalismos y los sistemas de salud tanto de Brasil como de Argentina. Al respecto se resume que el federalismo en Brasil se ha caracterizado por tener una descentralización progresiva desde la década de 1980, donde los gobiernos subnacionales gozan de una considerable autonomía política y fiscal, lo que les permite tomar decisiones significativas en la gestión de los asuntos que les competen territorialmente. Cabe señalar que la Constitución de 1988 fue importante para establecer las bases de un federalismo cooperativo, el cual se ha implementado gradualmente. Por otro lado, respecto al federalismo de Argentina se visualiza que ha enfrentado desafíos importantes, ya que se ha caracterizado por una fuerte centralización fiscal, limitando la autonomía de sus gobiernos subnacionales. No obstante, los avances en la descentralización política, particularmente después del retorno a la democracia en 1983, el

país todavía lucha por lograr un equilibrio apropiado entre el gobierno federal y los gobiernos subnacionales.

Por otro lado, cuando analizamos sus respectivos sistemas de salud encontramos que, en Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) ha sido fundamental para la prestación de servicios de salud. Este sistema se caracteriza por la universalidad y la descentralización, asimismo, busca garantizar el acceso equitativo a la atención médica para todos los ciudadanos, independientemente de su estatus socioeconómico de tal manera que normativamente no existe una restricción en la prestación de servicios de salud entre la población con relación laboral y aquellos que no. No obstante, la desigualdad y brecha entre el financiamiento y la prestación de los servicios de salud entre los gobiernos subnacionales sí propician distinciones entre la población de diferentes territorios y condiciones sociales, lo que se abordará más adelante. La coordinación entre los diferentes órdenes de gobierno y la participación de los municipios son elementos clave en su funcionamiento. En contraste, Argentina cuenta con un sistema de salud más fragmentado. Si bien se han realizado esfuerzos para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, la presencia de diversos actores, incluidos el sector público, el sector de la seguridad social y el sector privado, ha creado desafíos en términos de integración y equidad.

En resumen, observamos que la organización del sistema de salud argentino ha propiciado desigualdades en el acceso de servicios. En primer aspecto a analizar es la desigualdad de recursos entre los distintos subsistemas (público, obras sociales y prepagas) gracias a la reforma del sistema de salud en la década de los 90's que permitió que empresas de medicina prepaga se apropiaran de la población de mayores ingresos, sin dependientes económicos y más jóvenes. En el caso de las obras sociales las reformas han propiciado que algunas de estas se queden con una cartera de beneficiarios de las más bajas contribuciones y de elevada edad. Lo anterior ha generado que existan grandes diferencias de los recursos que manejan y además no existe una homologación en los planes de salud que otorgan, por lo que existe diferencias tanto en la cobertura que tienen los beneficiarios de cada obra social, como en la calidad de los servicios (Ballesteros, 2014).

Por otro lado, en Argentina también es marcada la desigualdad en la distribución de recursos en el sector público entre los gobiernos subnacionales y entre los municipios. Asimismo, se le suman la distinta capacidad de respuesta y de gestión para atender a la población para cada región. Un ejemplo sucede en la región del nordeste argentino (NEA)¹⁶ y del noroeste argentino (NOA)¹⁷, donde diversos estudios demuestran que son las regiones con mayor dependencia del subsector público (ya que su población no cuenta con otras formas de aseguramiento) y donde este subsector cuenta con menos recursos materiales y humanos *per cápita*. Adicionalmente, son las regiones donde los gobiernos subnacionales tienen menores recursos y donde la población tiene más necesidades en salud. De tal forma que la población de estas regiones tiene que trasladarse a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para atenderse, significando que el servicio de salud depende de las características socioeconómicas, de la cobertura individual y también del lugar de residencia (Ballesteros, 2014).

En el caso de Brasil se han establecido mecanismos para aminorar la desigualdad de servicios de salud en el plano regional. Esto en la década de los 90's a través de la implementación del Piso de Atención Básica (PAB) que transfería recursos sobre una base *per cápita*, y mediante el Programa de Salud de la Familia (PSF) que ofrece atención sanitaria focalizada en una población objetivo y un territorio específico (OPS/OMS, 2008). Si bien esto contribuyó a aminorar la desigualdad en la prestación de servicios de las regiones de acuerdo con la OPS/OMS (2008), también se menciona que han persistido las desigualdades en cuanto a la distribución espacial de los profesionistas de salud, ya que se concentran en los grandes centros urbanos.

Por otro lado, la distribución regional de la red de servicios también ha mostrado desigualdad debido a su concentración en las regiones sur y sudeste del país donde, de acuerdo con la OPS/OMS (2008), se concentra el 57 por ciento de la población de Brasil y el 67 del personal médico del sistema de salud brasileño. Asimismo, la concentración de especialidades

¹⁶ Comprende los gobiernos subnacionales de Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones

¹⁷ Comprende los gobiernos subnacionales de Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero.

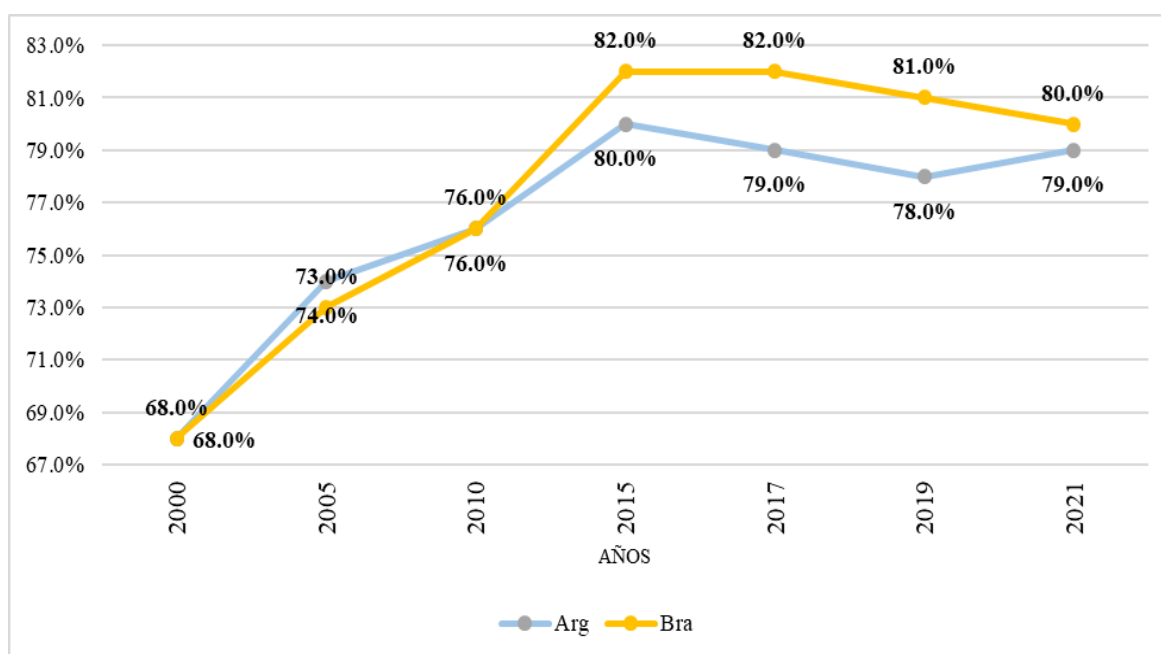
médicas (cardiología, neurología, urología y ortopedia) se encuentra en las regiones más ricas (sur y sudeste) y en algunas capitales del país. Esto afecta la capacidad del sistema de salud de otorgar atención especializada con equidad y suficiencia en todos los gobiernos subnacionales.

Finalmente, la OPS/OMS (2008) menciona que sí ha existido una disminución en la desigualdad en la prestación de servicios de salud entre las regiones más pobres de Brasil (Norte, Nordeste y Centro-Oeste) y las más ricas (Sur y Sudeste) a raíz de las reformas de los 90's. No obstante, aún persisten las desigualdades regionales, por lo que un análisis desde una perspectiva más amplia (considerando todas las dimensiones de la universalidad) cuestiona la eficiencia de un sistema de salud que no ofrece equidad ni suficiencia para todas sus regiones.

A continuación, para complementar el análisis de cada uno de los sistemas de salud se mostrará un comparativo de cuatro indicadores. En la Figura 3 se muestra el índice de cobertura de servicios esenciales de salud para Brasil y Argentina, durante el periodo de 2000 a 2021. Este índice lo construye la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiéndolo como el promedio de los servicios esenciales basándose en intervenciones de seguimiento que incluyen varios rubros, entre los que destacan: la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; las enfermedades infecciosas, las no transmisibles; y la capacidad y el acceso a los servicios de la población más desfavorecida.

Para la construcción de este índice se utilizan 14 indicadores de cobertura de servicios de salud, los cuales la OMS menciona que se deben considerar únicamente como indicativos de la cobertura, y no como una lista completa y exhaustiva de los servicios e intervenciones de salud necesarios para lograr la cobertura sanitaria universal.

Figura 3. Índice de cobertura de servicios esenciales de salud en Brasil y Argentina, 2000-2021.



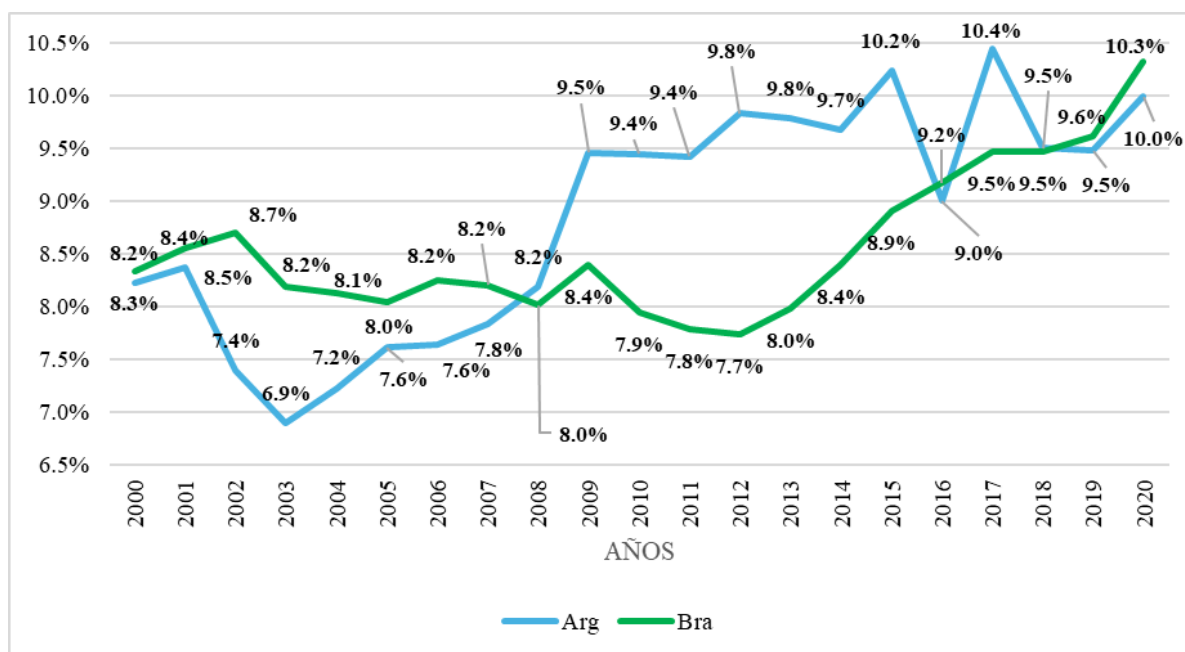
Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1).

Se puede observar que el grado de cobertura de los servicios esenciales de salud en Brasil y Argentina ha sido muy similar a lo largo del periodo, aunque ligeramente superior en Brasil con un promedio del 77.4 por ciento, por su parte en Argentina el promedio fue de 76.3 por ciento. Asimismo, se visualiza que ambos países han presenciado un aumento importante en el porcentaje de cobertura desde el año 2000 hasta 2015, y que a partir de ese momento se ha mantenido estable. Cabe destacar que en el periodo de 2019 a 2021 se presenció una disminución en la brecha entre ambos países debido a una ligera disminución del porcentaje de cobertura esencial de servicios de salud en Brasil pasando de 82.0 a 80.0 por ciento.

Es importante mencionar que la cobertura por sí sola no es suficiente como para catalogar el universalismo de los servicios de salud, ya que como se mencionó en el marco teórico también se tendrían que considerar las dimensiones de suficiencia y equidad planteados por Martínez y Sánchez-Ancochea (2016). La consideración de estos dos aspectos rebasa los alcances de este ensayo, no obstante, se exponen algunos datos que muestran los problemas que se tienen para cubrir tanto la equidad como la suficiencia.

En la Figura 4 se muestra el gasto sanitario corriente¹⁸ de Brasil y Argentina para el periodo de 2000 a 2020. El gasto corriente se refiere a los gastos que abarcan costos de salarios, alquiler, suministros, servicios públicos y otros gastos necesarios para el funcionamiento continuo de los sistemas de salud. El gasto sanitario corriente como proporción del PIB en promedio fue ligeramente superior en Argentina con 8.8 por ciento, mientras que Brasil promedió el 8.6 por ciento. Adicionalmente, se observa que al inicio del periodo señalado Argentina presenciaba un menor gasto corriente como proporción del PIB teniendo como punto más bajo el año de 2003. No obstante, a partir de 2009 y hasta 2015 este indicador presencié sus porcentajes más altos en Argentina coincidiendo con un periodo donde Brasil tuvo el porcentaje más bajo de todo el periodo analizado. A partir de 2014 Brasil ha mantenido en incremento este indicador llegando a superar a Argentina para el año de 2020.

Figura 4. Gasto sanitario corriente como proporción del PIB en Brasil y Argentina, 2000-2020.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial. Global Health Expenditure Database.

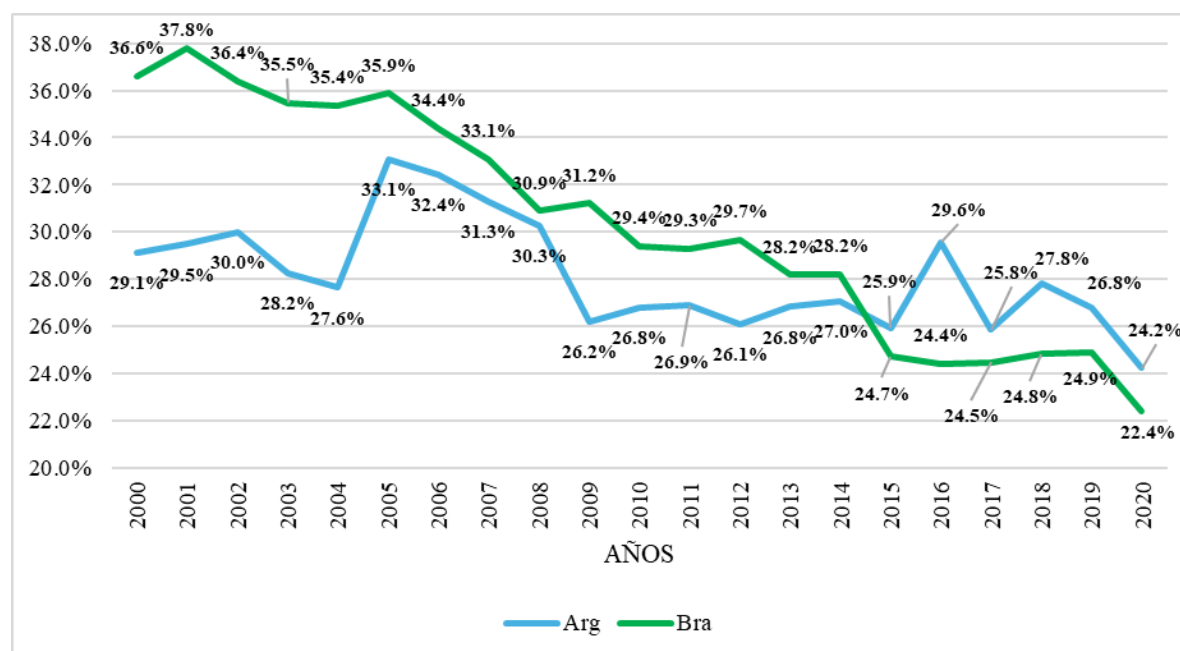
Otro indicador que nos puede ayudar al análisis de la universalidad es el del gasto de bolsillo como proporción del total del gasto corriente en salud, el cual muestra el gasto realizado por

¹⁸ Se refiere al gasto ejercido por el gobierno.

los beneficiarios al momento de recibir servicios de salud como proporción del gasto corriente destinado en los dos países. De acuerdo con los datos proporcionados por el Banco Mundial este tipo de gasto en promedio para el periodo 2000-2020 fue mayor en Brasil con 30.4 por ciento, mientras que el promedio en Argentina fue del 28.2 por ciento. Esto puede significar que, pese a obtener una alta cobertura esencial de servicios de salud en ambos países aún falta camino por recorrer en la búsqueda por garantizar la salud universal de su población, ya que la OMS ha declarado que para alcanzar dicha meta es necesario que el gasto de bolsillo no supere el 20 por ciento del gasto corriente en salud (OPS/OMS, 2023).

Pese a lo anterior, en la Figura 5 se observa una tendencia a la baja de este indicador en ambos países lo cual es positivo ya que en el año de 2020 obtuvieron el porcentaje más bajo de todo el periodo, por un lado, Brasil tuvo el 22.4 por ciento de gasto de bolsillo como proporción del gasto corriente, y por el otro lado, Argentina tuvo 24.2 por ciento. Ambos porcentajes se acercan a la meta declarada por la OMS.

Figura 5. Gasto de bolsillo como proporción del gasto corriente en salud en Brasil y Argentina, 2000-2020.

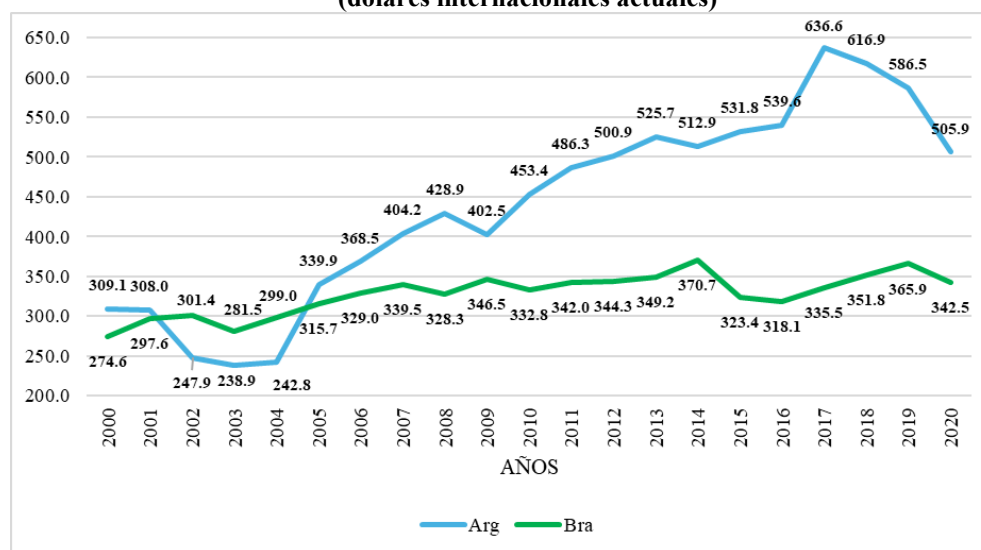


Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial. Global Health Expenditure Database.

Asimismo, es importante considerar que el gasto de bolsillo muestra la falta de equidad en el acceso a los servicios de salud debido a que su monto refleja la ausencia de cobertura de aseguramiento o protección financiera respecto a algunos bienes y servicios de salud en determinados grupos de la población (OPS/OMS, 2023). En este sentido también es importante el análisis del gasto de bolsillo *per cápita*, ya que nos dará un mejor panorama de la ausencia de cobertura considerando países con gran cantidad de población.

La Figura 6 nos muestra que el gasto de bolsillo *per cápita* durante el periodo de 2000 a 2020 es superior en Argentina que, en Brasil, lo que es un indicador de mayor desigualdad relacionado con la fragmentación de sus sistemas de salud que permiten la desigualdad en la prestación de los servicios de salud entre la población de distintos territorios, la cual mostró un aumento a partir de 2004 con una ligera disminución a partir de 2017. Por otro lado, también observamos que en Brasil el gasto de bolsillo *per cápita* se ha mantenido estable con un promedio de 328.1 dólares durante el periodo de 2000 a 2020. Cabe señalar que cuando consideramos el análisis del gasto de bolsillo desde un enfoque *per cápita* en Argentina se observa una notable tendencia al aumento lo cual también se puede explicar por la inestabilidad económica, la alta inflación y la constante depreciación de su moneda respecto a los dólares internacionales.

Figura 6. Gasto de bolsillo per cápita en Brasil y Argentina, 2000-2020.
(dólares internacionales actuales)



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial. Global Health Expenditure Database.

Una vez analizados los sistemas de salud brasileño y argentino observamos que diversas variables y el contexto histórico nos ayudan a reflexionar respecto a la influencia que ha tenido el federalismo de cada uno de los países en cuanto a la coordinación entre los órdenes de gobierno, el financiamiento de sus sistemas de salud y la distribución de recursos entre otros aspectos.

En el siguiente apartado se analizará el federalismo en materia de salud en México considerando sus diferentes etapas y diversas variables e indicadores que nos ayudarán a vincular el federalismo con la prestación de servicios de salud.

3. Federalismo en materia de salud en México, ¿centralización o descentralización en la búsqueda por garantizar la universalidad de la protección a la salud?

En el apartado anterior se pudieron apreciar tres aspectos relevantes del federalismo en materia de salud en países con sistema federal. El primero de ellos es que tanto Argentina como Brasil consideran en sus marcos normativos la obligación del Estado de garantizar el derecho a la protección de la salud. El segundo aspecto, es que la materia de salud es de competencia concurrente entre los diferentes órdenes de gobierno que componen a sus respectivos federalismos. El tercer aspecto, es que las características de sus federalismos influyeron en la manera en la que se brindan los servicios de salud en la búsqueda por alcanzar la universalidad de estos; en ambos países federales la responsabilidad de garantizar el derecho a la protección de la salud corresponde a todos los órdenes de gobierno que componen la Federación.

Lo anterior subraya la relevancia de discutir y analizar la influencia de las características de los federalismos en la prestación de servicios de salud. En este sentido, se va a desarrollar la manera en la que México ha modificado las características de su federalismo en materia de salud (algunas veces con mayor o menor descentralización) a partir de que el derecho a la protección de la salud se elevó a un rango constitucional en 1984, momento que se considera

como la consolidación del Sistema Nacional de Salud en México de acuerdo con Arredondo et al. (2022). Para realizar este análisis se abordan dos aspectos fundamentales: 1) las características generales del federalismo mexicano con el fin de dar un contexto de los límites y alcances de los gobiernos subnacionales en nuestro país; y 2) La evolución del federalismo mexicano en materia de salud desde su establecimiento a partir de 1984 (cuando se crea la Ley General de Salud) y hasta la implementación del IMSS-Bienestar en 2023.

3.1. Federalismo mexicano

El federalismo mexicano está conformado por treinta y dos gobiernos subnacionales, los cuales, según Olmeda (2021), han experimentado diversos procesos de descentralización y recentralización en los últimos años. Por un lado, menciona que los gobiernos subnacionales han ido acumulando mayor poder debido a los diversos procesos de descentralización implementados desde el orden federal en las décadas de 1980 y 1990. Por otro lado, también se observan procesos de recentralización, al respecto Olmeda y Armesto (2017) refieren las políticas de carácter recentralizador durante el gobierno de Enrique Peña Nieto (2012-2018), en cuanto a las materias de educación y política.

Cabe destacar que, en México, los gobiernos subnacionales dependen en gran medida de las transferencias financieras que reciben de la Federación a través del gasto federalizado. Estas se componen en su mayoría de dos tipos: a) Transferencias condicionadas, también conocidas como Aportaciones Federales, que se encuentran detalladas en el capítulo V de la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) y que ya tienen un destino predeterminado según lo establecido en las leyes; y b) Transferencias no condicionadas, llamadas Participaciones Federales, que permiten a los gobiernos subnacionales utilizar estos recursos de manera más flexible, ajustándolos a sus obligaciones financieras y necesidades específicas.

Las transferencias condicionadas han resultado en una disminución de la autonomía fiscal de los gobiernos subnacionales, ya que tienen limitaciones en la toma de decisiones sobre dichos

recursos. En contraste, las Participaciones Federales otorgan a los gobiernos subnacionales una mayor autonomía y, por lo tanto, promueven una mayor descentralización fiscal (González, 2022). Asimismo, cabe destacar que, en general, los gobiernos subnacionales mexicanos cuentan con poca recaudación de recursos propios con la excepción de la Ciudad de México, aunque este caso es muy particular ya que cuentan con potestades tributarias distintas como la recaudación del predial. Respecto a la parte administrativa se ahondará en el análisis del sistema de salud en México debido a que la materia de salud cuenta con características particulares en este aspecto.

En cuanto a lo político, Uvalle (2022)¹⁹ menciona que el federalismo mexicano se encuentra institucionalizado bajo un régimen político que constitucionalmente es una República federal, democrática y representativa. No obstante, la práctica del poder, la cultura política y el mando unipersonal recaído en el presidente de la República han propiciado que estemos en un país con una República presidencialista y no una República federal. El autor considera que el federalismo mexicano está limitado por el papel protagónico que ejerce el presidencialismo, por lo tanto, las relaciones políticas son asimétricas y las relaciones administrativas provocan que los gobiernos subnacionales estén subordinados respecto al poder central.

Lo anterior se explica por el proceso de institucionalización que tuvo México al instaurar un partido de Estado (el Partido Revolucionario Institucional), el cual desde 1929 hasta 1994 ejerció el poder en la presidencia de la República y cuyas principales características eran las de detentar el poder de manera centralizada, donde el presidente de la República tenía el poder para designar los candidatos al poder legislativo y los gobiernos subnacionales (Hernández, 2016).

No obstante, cabe destacar que cuando el Partido Revolucionario Institucional (PRI) pierde la primera gubernatura subnacional en 1989 en Baja California, comienza un nuevo proceso

¹⁹ Como dato curioso la primera versión de este trabajo se publicó en 1995, no obstante, su actualización en 2022 considera que aún existe una fuerte centralización política y del poder en México.

de descentralización política llegando a su punto más alto cuando Vicente Fox (2000-2006) gana la presidencia nacional y surge la Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO), ejerciendo un fuerte control sobre el poder ejecutivo (Olmeda, 2021).

No obstante, en los últimos años, la influencia de la CONAGO ha disminuido notablemente. Esta tendencia se hizo especialmente evidente durante la pandemia de COVID-19, cuando los gobiernos pertenecientes a partidos de oposición intentaron confrontar las acciones del gobierno federal mediante la "Alianza Federalista", que surgió a raíz del abandono de la CONAGO por parte de los gobiernos opositores. Según Cejudo (2020), la "Alianza Federalista" careció del impacto político necesario para desafiar efectivamente al gobierno federal, limitándose principalmente al debate público en torno a diversos temas, con un enfoque particular en los recursos subnacionales.

En ese orden de ideas podemos considerar que el federalismo mexicano se puede categorizar como centralizado, no obstante, de que haya presenciado periodos con mayor o menor descentralización.

3.2. Evolución del federalismo mexicano en materia de salud

Se pueden identificar cinco grandes etapas del federalismo mexicano en materia de salud a partir del establecimiento del derecho a la protección de la salud en el rango constitucional: 1) Establecimiento del sistema nacional de salud (primeras reformas descentralizadoras), 2) Descentralización del gasto en materia de salud, 3) Instauración del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) (descentralización de servicios), 4) Recentralización en materia de salud con el INSABI, y 5) Desaparición del INSABI y delegación de facultades al IMSS-Bienestar.

Previo al análisis de estas etapas se expondrán algunos hechos claves de la historia del sistema mexicano de salud que nos podrán proporcionar un panorama general de cómo se

encontraba antes de su consideración en el artículo 4º constitucional y de la promulgación de la Ley General de Salud.

Al respecto Gómez et al. (2011) enumeran 10 sucesos que marcaron el sistema de salud mexicano comenzando con la inauguración del Hospital General de México en 1905. Posteriormente con el inicio de la constitución vigente se creó el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública en 1917. Para 1937 se crearía la Secretaría de Asistencia Pública siendo el primer antecedente de la hoy Secretaría de Salud. Para 1943 se fusionaría el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para formar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (segundo antecedente de la Secretaría de Salud), y además se crearía el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) organismo descentralizado del gobierno federal que a partir de ahí y hasta la fecha se dedicaría a brindar servicios de salud y seguridad social a sus afiliados. Asimismo, para ese año se crearía el primer instituto nacional de salud, el Hospital Infantil de México.

En 1953 se creó la Asociación Mexicana de Hospitales siendo la organización más antigua de este tipo en Latinoamérica, que tenía como objetivo la capacitación y formación de recursos humanos para otorgar alta calidad en los servicios de salud. En 1960 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) siendo la institución encargada de brindar los servicios de salud a los trabajadores del gobierno federal y de los gobiernos subnacionales con lo que se haya un firmado convenio. En 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR que posteriormente se convertiría en IMSS-Oportunidades. El objetivo de este programa era contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud de la población perteneciente a comunidades rurales y urbanas marginadas del país, a través del otorgamiento de servicios preventivos gratuitos. Por lo que sería uno de los primeros antecedentes donde el Estado asume la responsabilidad de ampliar los servicios de salud para atender a la población desprotegida. Finalmente, para 1985 iniciaría la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, mismo que concluiría en el año 2000 y que se abordará a continuación.

En la Figura 7 se muestra el esquema del sistema de salud mexicano previo a la desaparición del INSABI. El cual muestra una importante fragmentación del sistema público diferenciado principalmente por los beneficiarios que cuentan con seguridad social en virtud de contar con un trabajo formal, dividiéndose en trabajadores del Estado y del sector privado, asimismo, se encuentran los pensionados, la población rural y aquellos que no cuentan con un trabajo en el sector formal y autoempleados.

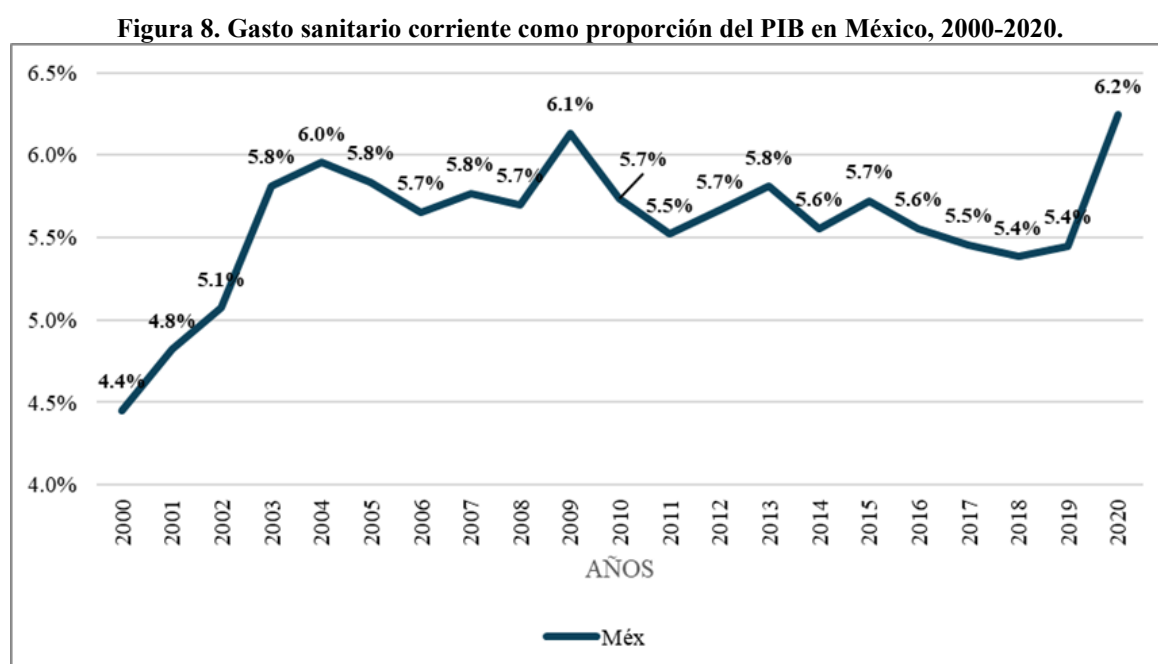
Figura 7. Estructura del sistema de salud mexicano.



Fuente: Elaboración propia con base en CONEVAL (2022) y Gómez et al. (2011).

A continuación, se exponen tres indicadores que ayudan al análisis del sistema de salud mexicano. El primero es el gasto sanitario corriente como proporción del PIB, que nos indica el gasto público destinado a los salarios, alquiler, suministros, servicios públicos y demás gastos que hacen posible el funcionamiento del sistema de salud como proporción de la actividad económica del país (medido a través del valor monetario de todos los bienes y servicios finales producidos en México). En otras palabras, este indicador muestra los recursos que se destinan al funcionamiento del sistema de salud mexicano en relación con el tamaño de la economía mexicana. La Figura 8 nos muestra que para el periodo de 2000 a 2020 este indicador promedió 5.6 por ciento, lo cual es significativamente más bajo que en Brasil y Argentina en el mismo periodo (con 8.6 y 8.8 por ciento, respectivamente).

Asimismo, a diferencia de dichos países en México este indicador ha mantenido un porcentaje muy estable a partir del año 2003. Sus picos más altos fueron del 6.1 por ciento en el año cuando se presenció la epidemia por influenza H1N1 y en el año 2020 con el 6.2 por ciento, cuando se vivió la pandemia por el COVID-19.

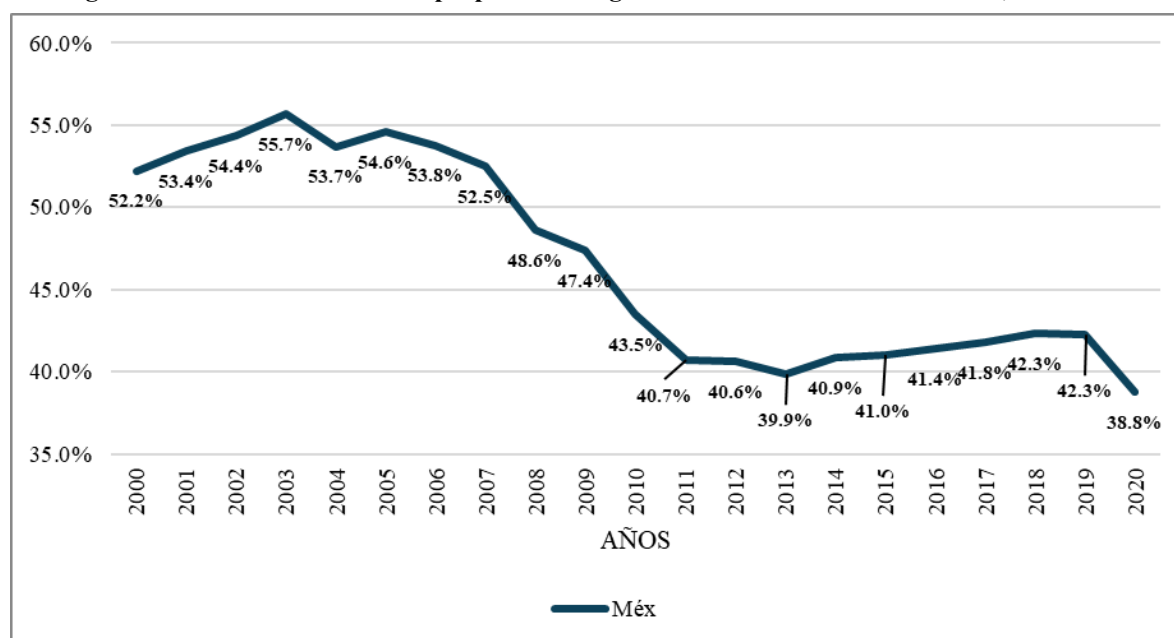


Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial. Global Health Expenditure Database.

Otro de los indicadores es el gasto de bolsillo como proporción del total de gasto corriente el cual nos ayuda a identificar la equidad de la prestación de servicios, ya que es un indicador del gasto que realizan los beneficiarios en el momento de recibir el servicio de salud. La Figura 9 muestra que para el periodo de 2000 a 2020 el gasto de bolsillo queda lejos de la meta establecida por la OMS que es del 20 por ciento. En promedio se alcanzó el 46.6 por ciento para todo el periodo, aunque a partir de 2003 (en la etapa del Seguro Popular) se muestra una disminución de este gasto. Asimismo, este indicador presenta una proporción alta comparada no solamente con los estándares de la OMS, sino también con Argentina y Brasil que en promedio presentaron 28.2 y 30.4 por ciento, respectivamente en el mismo periodo. Lo anterior se traduce en una fuerte inequidad en el acceso de servicios de salud en México debido a la baja cobertura de aseguramiento o protección financiera respecto a

algunos bienes y servicios de salud en algunos grupos de la población. Aunque cabe señalar que después de un largo periodo (2010-2019) donde su proporción del gasto corriente se mantuvo rondando en el 40.0 por ciento, en el año de 2020 disminuyó al 38.8 por ciento, lo cual en términos generales es positivo.

Figura 9. Gasto de bolsillo como proporción del gasto corriente en salud en México, 2000-2020.



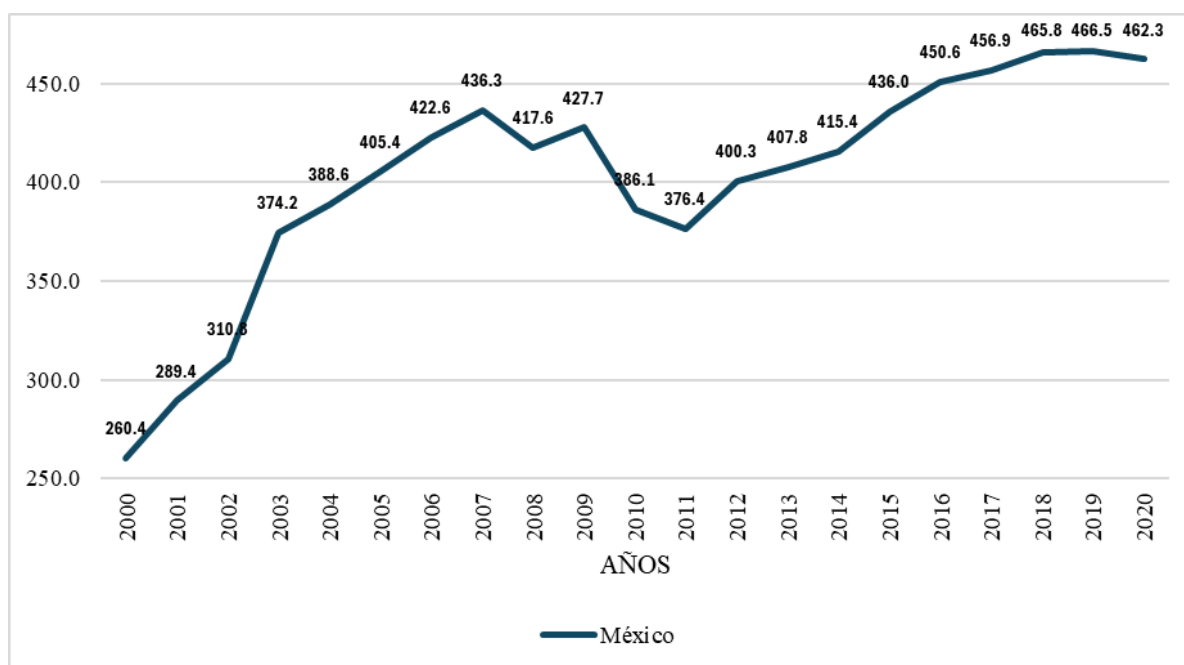
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial. Global Health Expenditure Database.

El ultimo indicador a analizar en esta parte es el gasto de bolsillo *per cápita* en dólares internacionales actuales. El cual en la Figura 10 se observa que este indicador a diferencia del anterior ha aumentado a lo largo del periodo de 2000 a 2020. Es posible conjeturar que la insuficiencia de servicios de salud incentiva a que los beneficiarios destinen mayores recursos en el sector privado para obtener una mejor calidad en los servicios de salud. También refleja que la desigualdad en la prestación de servicios de salud entre los diferentes grupos de población no ha disminuido.

Asimismo, es importante señalar que el gasto de bolsillo *per cápita* para México en promedio fue de 402.7 dólares durante el periodo de 2000 a 2020, mientras que para Brasil fue de 328.1

y para Argentina de 437.5 siendo el país donde mayor gasto de bolsillo *per cápita* destinaron en promedio los beneficiarios de los servicios de salud.

Figura 10. Gasto de bolsillo per cápita en México, 2000-2020.
(dólares internacionales actuales)



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial. Global Health Expenditure Database.

Una vez que se han expuesto los sucesos claves que formaron al sistema de salud mexicano previo a la reforma constitucional de 1984 y se presentaron los tres indicadores clave del gasto, se abordarán las etapas identificadas al inicio de este apartado.

3.2.1 Establecimiento del sistema nacional de salud (primeras reformas descentralizadoras)

La primera etapa de análisis surge en 1984 cuando se estableció en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) el derecho a la protección de la salud de toda persona y la concurrencia entre la Federación y los gobiernos

subnacionales en materia de salud. Asimismo, se promulgó la Ley General de Salud que estableció la atención preventiva como principal política de los programas de salud, y para lograrlo se planteó una estricta coordinación de responsabilidades entre el gobierno federal y los gobiernos subnacionales (Arredondo et al., 2022). Por lo que la determinación del federalismo en materia de salud desde un inicio resultó fundamental. Dicha coordinación se llevaría a cabo a través de la Coordinación de Servicios de Salud (CSS) bajo el argumento de que el centralismo disminuía la capacidad de otorgar servicios de salud y con ello un obstáculo para garantizar el derecho a la protección de la salud (Arredondo et al., 2022).

En el contexto del nuevo Sistema Nacional de Salud el Congreso de la Unión realizó reformas al Código Sanitario con el fin de modernizar y ampliar las atribuciones del Consejo de Salubridad General (CSG) para que tuviera una mayor participación en los servicios de salud (Soberón y Sepúlveda, 1983). Las principales atribuciones conferidas al CSG fueron otorgarle mayor facultad para ejercer acciones normativas y ejecutivas en materia de salubridad nacional, teniendo como única dependencia la del presidente de la República, asimismo, planteaba una estrecha colaboración con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y con las instituciones subnacionales encargadas de otorgar servicios de salud (Soberón y Sepúlveda, 1983).

Por su parte, Arredondo (2001) identifica un primer proceso de descentralización en materia de salud entre los años 1985 y 1987 cuando 14 gobiernos subnacionales firmaron “Acuerdos para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud”, los cuales tenían como principales objetivos, los siguientes (Orden Jurídico Nacional, 1986):

- 1) Establecer las funciones de control y regulación sanitaria que se descentralizan a los gobiernos subnacionales, específicamente en cuanto a actividades, establecimientos, productos y servicios aplicados en cada territorio subnacional;

- 2) Establecer que la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)²⁰ será responsable de elaborar las regulaciones, programas y evaluaciones a nivel nacional para las funciones de control y regulación sanitaria que se descentralizan;
- 3) Establecer que las funciones de control y regulación sanitaria se descentralizan a cargo de los gobiernos subnacionales, a través de su Departamento de Salud Pública, el cual estará sujeto a la normativa emitida por la SSA; y
- 4) Determinar las bases para la administración de los recursos necesarios para que los gobiernos subnacionales ejerzan las facultades que se descentralizan.

De acuerdo con Arredondo (2001), para el año de 1995 la totalidad de gobiernos subnacionales terminaron de firmar dichos contratos. También se menciona que cada gobierno subnacional haría el diagnóstico de su situación con el fin de determinar sus prioridades y acciones a implementar. No obstante, el proceso de descentralización fue complicado desde su inicio debido al aspecto político (negociaciones de los gobernadores subnacionales en los acuerdos y firmas de contratos) en primera instancia y, posteriormente, a la descentralización administrativa (ejecución de políticas) y fiscal (distribución de recursos).

A lo largo de la segunda mitad de los 80's y primera mitad de los 90's el gobierno federal realizó múltiples reformas y modificaciones en el Sistema Nacional de Salud con el propósito de establecer un sistema que ofreciera cobertura universal, un amplio acceso y una alta eficiencia tanto técnica como financiera. No obstante, una vez más, la persistencia de un variado universo de instituciones que aún caracteriza al Sector Salud dificultó la consecución de estos objetivos, lo que muestra la complejidad de la implementación de políticas de salud debido a las características del sistema federal (Arredondo, 2001).

²⁰ Es el antecedente a la actual Secretaría de Salud.

3.2.2 Descentralización del gasto en materia de salud

Las diversas negociaciones políticas que facilitaron que todos los gobiernos subnacionales firmaran los acuerdos mencionados anteriormente propiciaron la creación de un esquema de descentralización de recursos para agosto de 1996 con el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, suscrito por el Ejecutivo Federal, los gobernadores subnacionales y los secretarios de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. En dicho acuerdo se establecieron lineamientos generales para la descentralización y las bases para la celebración de Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud entre el gobierno federal y los 32 gobiernos subnacionales, cuya formalización se realizó entre 1996 y 1997 (ASF, 2019).

De acuerdo con Sovilla y Díaz (2022) el proceso de descentralización en materia de salud tuvo un revulsivo a finales de estos años (1997) cuando se adhirió el Capítulo V de la Ley de Coordinación Fiscal denominado como “de los Fondos de Aportaciones Federales”, el cual establecía diversos fondos que se transferirían a los gobiernos subnacionales con el propósito de atender temas prioritarios entre los cuales destaca el de la salud. Lo anterior, significó un proceso de descentralización del gasto en el federalismo mexicano en diversas materias consideradas como prioritarias (González, 2022).

Específicamente en cuestión del gasto en materia de salud se creó el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), el cual de acuerdo con el artículo 29 de la LCF tiene como principal objetivo ayudar a las funciones de los gobiernos subnacionales en cuanto a lo establecido en los artículos 3, 13 y 18 de la Ley General de Salud. El propósito del FASSA es posibilitar a los gobiernos subnacionales la prestación de servicios de salud a la población no afiliada a un régimen de seguridad social. Por lo tanto, su enfoque principal radica en la reducción de las disparidades en la provisión de servicios en todo el territorio mexicano. Esto se logra a través de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el suministro de medicamentos (Sovilla y Díaz, 2022).

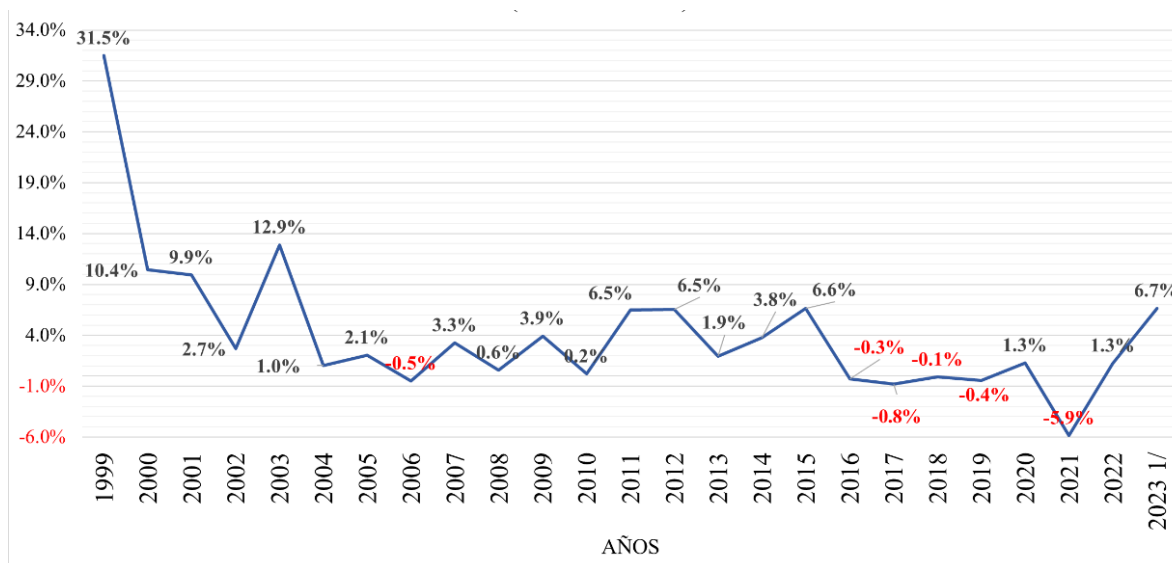
Este fondo se distribuye entre los gobiernos subnacionales bajo la consideración de los siguientes elementos:

- a) Por el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal;
- b) Por los recursos que con cargo a las Previsiones para Servicios Personales contenidas en el Presupuesto de Egresos de la Federación se hayan transferido a los gobiernos subnacionales, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior;
- c) Por los recursos que la Federación haya transferido a los gobiernos subnacionales, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior, para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento de la Federación; y,
- d) Por otros recursos que se destinen expresamente en el Presupuesto de Egresos de la Federación a fin de promover la equidad en los servicios de salud.

En la Figura 11 se muestra la evolución histórica de los recursos del FASSA transferidos a los gobiernos subnacionales considerando el crecimiento real de cada uno de los años que abarcan el periodo desde el inicio del fondo y hasta el año 2023. Asimismo, se observa que durante los primeros 17 años únicamente presentó un decremento real del 0.5 por ciento para el año 2006, pero a partir del 2016 se presenciaron años con disminución en términos reales de las transferencias otorgadas a los gobiernos subnacionales, siendo el año de 2023 donde se estimó un mayor crecimiento real, sin embargo, se tendrá que observar en la cuenta pública lo que realmente se transfirió.

Según Sovilla y Díaz (2022), estos recursos han sido vitales para llevar a cabo una efectiva descentralización en todos los gobiernos subnacionales. Inicialmente, constituyeron la principal fuente de financiamiento gestionada por los Sistemas Estatales de Salud y existe evidencia empírica que indica que algunos gobiernos subnacionales no contribuyen al financiamiento de sus Sistemas Estatales de Salud, dependiendo en su totalidad de las transferencias federales, ya sea a través de los ramos 33, 12 o 19. Sin embargo, en la actualidad, se han diversificado las fuentes de financiamiento.

**Figura 11. Evolución del FASSA transferido a gobiernos subnacionales, 1999-2023.
(variación real)**



Fuente: Elaboración propia con base en la información de INEGI. Estadísticas de finanzas públicas estatales y municipales; y, de SHCP, Presupuesto de Egresos de la Federación 2023.

1/ Presupuesto de Egresos de la Federación.

Nota: Para calcular la variación real se consideró el deflactor implícito del PIB base 2020.

3.2.3 Instauración del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) (descentralización de servicios)

En la tercera generación de reformas al Sistema Nacional de Salud destaca la descentralización de los servicios sanitarios a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en 2003, siendo el Seguro Popular su instancia operativa (Sovilla y Díaz, 2022). De acuerdo con Flamand y Moreno (2014) se trata de la implementación descentralizada de política pública en materia de salud más ambiciosa del siglo XXI en México. Asimismo, Arredondo (2001) señala que el Seguro Popular fue la base del aseguramiento nacional, y su población objetivo eran los hogares de bajos ingresos, a los cuales se les permitiría acceder al Seguro de Salud de la Familia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mediante un subsidio escalonado, según su capacidad de pago. Este modelo pretendía que para el año

2006 el 98 por ciento de la población estuviera adscrita a un médico familiar que fuera el gestor de la salud de sus afiliados.

Cabe señalar que el federalismo en materia de salud fue sumamente relevante en la estructura de este programa ya que, de acuerdo con Flamand y Moreno (2014), la propuesta de este programa fue la de incrementar el gasto en salud nacional para alcanzar el promedio de América Latina del 6.7 por ciento del PIB y, además, mejorar la distribución de los recursos públicos entre los dos grandes subsistemas²¹, incrementar la aportación financiera de los gobiernos subnacionales para contribuir a la atención sanitaria de las personas sin seguridad social y, al mismo tiempo, reducir el gasto catastrófico y empobrecedor en salud.

Para lograr los objetivos anteriores el SPSS se financió a través de tres fuentes: la del gobierno federal, el subnacional y de los beneficiarios. La parte del gobierno federal se realizaba a través de la cuota social y la aportación solidaria federal, la de los gobiernos subnacionales mediante recursos de la aportación solidaria estatal y los afiliados pagaban una cuota anual que dependía de su nivel socioeconómico (Sovilla y Díaz, 2022).

En cuanto al balance de resultados e impactos del Seguro Popular se han realizado diversos estudios, algunos de los cuales referiremos a continuación. Sovilla y Díaz (2022) en su trabajo argumentan que la descentralización de los servicios de salud no dio los resultados esperados y su análisis se basa considerando indicadores del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y de la Secretaría de Salud. Mencionan que el Seguro Popular influyó en el aumento de cobertura de servicios de salud de la población que no estaba afiliada a alguna institución del sistema de salud, pasando de 5.3 millones de afiliados en 2004 a 53.5 millones para el 2018. Asimismo, exponen los resultados del modelo econométrico de Knauth et al. (2018) donde utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares (ENIGH) de 2004 a 2012 y demuestran que el Seguro Popular tuvo un efecto

²¹ El primer gran subsistema es el de las personas con seguridad social y el segundo, es el de la población no asegurada (población objetivo del Seguro Popular).

significativo en reducir la probabilidad de sufrir gastos empobrecedores²² entre sus afiliados; no obstante, el programa no demostró un impacto considerable en la reducción del gasto de bolsillo²³ del total de los hogares mexicanos, y tampoco una diferencia significativa en la reducción de los gastos catastróficos²⁴ y empobrecedores comparando a los afiliados y los no afiliados.

Por otro lado, Ávila-Burgos et al. (2013) hicieron un análisis de los efectos del Seguro Popular sobre el gasto de los hogares a 10 años de su implementación. Para dicho análisis utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la cual es representativa tanto para el orden federal como subnacional y también para las regiones urbanas y rurales. En dicho análisis encontraron evidencia de que el programa disminuyó los gastos catastróficos y los gastos de bolsillo en las familias mexicanas. Cabe señalar que debido a que en el Seguro Popular se hacía una afiliación no aleatoria, la estimación del efecto del programa sobre las variables de gasto en salud, gasto total del hogar y gasto excesivo en salud pudieron verse afectadas por factores confusores y diferencias asociadas con problemas de autoselección de la población estudiada. Por este motivo, los autores recurrieron al método de pareamiento por puntaje de propensión²⁵ para reducir el sesgo de las variables de análisis.

Otro análisis Seguro Popular es el realizado por Arenas et al. (2015) donde se evalúa principalmente el impacto en la utilización de servicios médicos, gasto en salud y en el mercado laboral; durante el periodo de 2002 a 2005. Es decir, este análisis se realizó a inicios

²² Son aquellos gastos para atender los problemas de salud que propician que las familias estén por debajo de la línea de la pobreza medida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (Sovilla y Díaz, 2022).

²³ Son los gastos destinados al pago de servicios, compra de productos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios útiles para restablecer o mejorar la salud de individuos o grupos de población, de acuerdo con la Norma Oficial de Información en Salud. También incluyen los pagos de seguridad social, pública, privada o social (Díaz y Ramírez, 2017).

²⁴ Son los gastos de bolsillo que superan el 30 por ciento de capacidad de pago de los hogares (Sovilla y Díaz, 2022).

²⁵ Es una técnica estadística que compara dos grupos de personas o elementos y asegura que sean lo más similares posible en todas las características relevantes utilizando covariables o variables de control, con la finalidad de disminuir sesgos.

de la implementación de este programa por lo que podría significar una limitante en las conclusiones de los resultados. Para este análisis se utilizaron datos de la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (ENNViH)²⁶ donde también se utilizó método de pareamiento por puntaje de propensión. En los resultados de la investigación esperaban ver un aumento en la demanda de servicios médicos en instituciones públicas y una disminución en las privadas, pero encontraron que solo en las mujeres urbanas se mostró un cambio significativo al respecto. Además, sugieren que los resultados sobre el mercado laboral podrían ser afectados por problemas en la encuesta utilizada. Aunque se esperaba que los gastos de salud en hogares disminuyeran con el programa, los análisis no muestran una tendencia estadísticamente significativa (Arenas et al., 2015).

Por otro lado, Flamand y Moreno (2014) analizaron el Seguro Popular como política pública, considerando desde la definición del problema que atendió, su evaluación a través de los criterios de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud, así como su implementación descentralizada considerando factores socioeconómicos, naturaleza del sistema subnacional de salud, de diseño federal del programa, y la implementación en cada gobierno subnacional. Entre sus principales conclusiones mencionan que, aunque se mostraron avances significativos en la cobertura en servicios de salud durante la implementación de este programa, también persistieron las desigualdades regionales en la calidad, efectividad, gasto y respuesta oportuna de los servicios. Siendo como principal causa las condiciones socioeconómicas y las características de los sistemas de salud de los gobiernos subnacionales. Tan es así que ponen como ejemplo, que un recién nacido tiene casi el doble de probabilidades de sobrevivir en el primer año si residen en Nuevo León a comparación de vivir en Guerrero.

El análisis de Sovilla y Díaz (2022) complementa esto al mostrar una disminución en los recursos de los gobiernos subnacionales destinados a salud durante la implementación del

²⁶ Esta encuesta tiene carácter académico no oficial ya que ha sido desarrollada y gestionada por investigadores de las siguientes universidades: Universidad Iberoamericana y del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) en colaboración con investigadores de la Universidad de Duke en los Estados Unidos Americanos.

Seguro Popular, mientras que aumentaron los recursos federales a través del ramo 12. Gobiernos como los de Oaxaca, Guerrero y Chiapas redujeron considerablemente su gasto *per cápita* en salud.

Derivado de distintos análisis respecto al Seguro Popular se puede concluir que, si bien está en discusión su efectividad en la reducción del gasto de bolsillo y el acceso efectivo a los servicios de salud, su implementación significó avances importantes en su cobertura. Sin embargo, como se ha mencionado a lo largo de este ensayo la consideración única de la cobertura no es suficiente para garantizar la prestación de servicios de salud de manera universal.

Dichos resultados incentivaron el debate respecto a la efectividad de la descentralización en materia de salud. Asimismo, es importante mencionar que en la actual administración pública federal (2018-2024), se considera que factores como la corrupción en el ejercicio de los recursos públicos subnacionales en materia de salud propiciaron su poca efectividad (INSABI, 21 de diciembre de 2020).

3.2.4 Recentralización en materia de salud con el INSABI

En el apartado anterior se constató que en menos de dos décadas el Seguro Popular tuvo un avance importante respecto al número de personas con acceso a los servicios de salud, por lo que fue importante su desempeño en la búsqueda de la universalidad considerando el elemento de cobertura de los servicios de salud en la población mexicana. No obstante, este criterio no fue suficiente para continuar con su implementación en el sexenio actual (2018-2024), ya que este gobierno argumentó que el Seguro Popular profundizaba la inequidad en salud de la población mexicana y que la existencia de corrupción en dicho programa propiciaba su ineficacia (INSABI, 21 de diciembre de 2020).

Por dicha razón el gobierno inició una reforma en materia de salud con el fin de recentralizar los recursos que financian el sistema de salud en el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (Sovilla y Díaz, 2022). En el Programa Institucional del INSABI para el periodo de 2020 a 2024²⁷ se menciona la visión a largo plazo según la cual para el año de 2024 el Modelo de Salud para el Bienestar tendría un despliegue total en el país y la atención sería pública, gratuita y universal. El INSABI tenía cinco objetivos prioritarios (INSABI, 21 de diciembre de 2020):

- 1) Garantizar la disponibilidad de personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud, principalmente en los grupos rurales, indígenas y de pobreza;
- 2) Asegurar el abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud de cada territorio;
- 3) Mejorar la inversión en la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, buscando una mayor equidad de capacidades entre los gobiernos subnacionales;
- 4) Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y por honorarios;
- 5) Garantizar la aplicación progresiva del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) basado en la Atención Primaria de Salud, con el fin de disminuir las inequidades entre grupos poblacionales.

Para cumplir con dichos objetivos se estableció que el INSABI sería financiado a través de programas presupuestarios de la federación como M001 (Actividades de apoyo administrativo), S200 (Fortalecimiento a la atención médica), E023 (Atención a la Salud) y U013 (Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral). Asimismo, de recursos del Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), el cual sustituyó al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que funcionaba durante la

²⁷ El cual se pudo considerar atrasado ya que desde diciembre de 2018 el presidente de la República anunciaba el fin de la descentralización de los servicios de salud a la población que no contaba con seguridad social (Badillo, 18 de enero de 2020).

vigencia del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Guerrero, 2022). No obstante, el presupuesto destinado para financiar el INSABI no estaba vinculado al número de personas afiliadas, ni consideraba las variables demográficas y epidemiológicas del país (Llanos y Méndez, 2021). La implementación de esta manera podría, en lugar de promover la equidad en un sistema de salud universal, tener el efecto contrario.

Para avanzar en el proceso de recentralización del sector salud el gobierno federal, a través del INSABI, comenzó a firmar acuerdos de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social con los gobiernos subnacionales. Dicho proceso no fue sencillo debido a que los gobiernos subnacionales de oposición²⁸ se negaron a firmarlos debido a que estaban en contra del proceso de recentralización establecido desde el orden federal. Por lo que únicamente 25 de los 32 gobiernos lo firmaron, lo que muestra que la descentralización política puede influir en los acuerdos, coordinación y posterior prestación de servicios en materia de salud. Asimismo, su implementación coincidió con la pandemia por el COVID-19 por lo que ésta resultó un reto imprevisto que propició una demanda superior a la presupuestada de servicios y rebasó la capacidad del sistema de salud (Arredondo et al., 2022).

Dicho lo anterior, el INSABI presentó dificultades para cumplir con sus objetivos por lo que el gobierno federal realizaría ajustes respecto a las políticas de protección a la salud de la población sin seguridad social y como consecuencia la desaparición del INSABI, delegando sus facultades al ya existente IMSS-Bienestar.

²⁸ En Aguascalientes estaba Martín Orozco Sandoval del Partido Acción Nacional (PAN); Baja California Sur gobernado por Carlos Mendoza Davis del PAN; Guanajuato gobernado por Diego Sinhue Rodríguez Vallejo del PAN; Jalisco gobernado por Enrique Alfaro Ramírez de Movimiento Ciudadano; Nuevo León gobernado por Jaime Heliodoro Rodríguez Calderón que no pertenecía a ningún partido (independiente); Chihuahua gobernado por Javier Corral Jurado del PAN; Coahuila gobernado por Miguel Riquelme Solís del Partido Revolucionario Institucional (PRI); Michoacán gobernado por Silvano Aureoles Conejo del Partido de la Revolución Democrática (PRD); y, Tamaulipas gobernado por Francisco Javier García Cabeza de Vaca del PAN.

3.2.5 Desaparición del INSABI y delegación de facultades al IMSS-Bienestar

El fracaso del INSABI fue evidente cuando el 29 de mayo de 2023 la Presidencia de la República publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el “DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar” donde se establece que Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) “colaborará con la Secretaría de Salud en lo que respecta a la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social, en el marco del Sistema de Salud para el Bienestar a que se refiere el Título Tercero Bis de esta Ley, para los fines que se precisan en esta Ley.”

En sus artículos transitorios se estableció un periodo de 180 días naturales a la Secretaría de Salud para trasladar los recursos humanos, presupuestarios, financieros y materiales, del INSABI hacia el IMSS-Bienestar. Asimismo, en octubre de 2023 se publicó en el DOF el “ACUERDO Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar”, cuyo objetivo es consolidar la operación de un sistema integral de salud con el fin de que los gobiernos subnacionales concurren con la Federación a través del IMSS-BIENESTAR. Lo anterior, para garantizar la prestación de servicios de salud para las personas sin seguridad social.

No obstante, este proceso de federalización es en realidad una recentralización, toda vez que en diciembre de 2023 el Senado de la república aprobó una reforma para que los gobiernos subnacionales adheridos al IMSS-Bienestar (23 en ese momento) entregaran sus recursos destinados a la salud. Para ello el financiamiento de los servicios de salud para las personas sin seguridad social se garantizará en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). Asimismo, la reforma también establece la delegación a la Federación de sus recursos humanos y financieros e infraestructura subnacional.

En dicha reforma se establece que las plazas y plantillas de los gobiernos subnacionales que hayan suscrito el convenio de coordinación previsto en la Ley General de salud con el IMSS-Bienestar, deberán transferir sus plazas y plantillas al IMSS –Bienestar. Adicionalmente, se propone que los recursos establecidos en la Ley de Coordinación Fiscal y mencionados en el apartado “3.2.2. Descentralización del gasto en materia de salud”, de este ensayo sean transferidos al IMSS-Bienestar y que este monto sea asignado cada año en el PEF. También menciona que las reglas del FASSA únicamente serán aplicables para los gobiernos subnacionales que no suscriban el convenio de coordinación. Esto va en contra del espíritu de la reforma que adhirió el capítulo V de la Aportaciones federales en la Ley de Coordinación Fiscal donde se buscaba la descentralización en gastos de diversas materias prioritarias como la educación, seguridad pública y salud. En ese sentido, también se menciona que aquellos gobiernos subnacionales que no firmen el convenio de coordinación deberán ejercer las atribuciones que les corresponden en términos de la Ley General de Salud.

Por lo tanto, observamos que a partir de 1984 se han utilizado diversos mecanismos en la búsqueda por garantizar la protección a la salud de los mexicanos buscando un enfoque universal. Estos esfuerzos en un Estado federal como el mexicano se ven reflejados en las diversas reformas que se han implementado en el federalismo en materia de salud, de tal manera que en ocasiones vemos procesos de descentralización a través de recursos o la prestación de servicios, y en otras ocasiones procesos donde se recentralizan estas variables en el gobierno federal. Cabe señalar que el análisis del proceso de universalidad en los servicios de salud para este ensayo se encuentra limitado a la consideración única de la dimensión de la cobertura ya que las otras dos dimensiones superan los alcances de esta investigación.

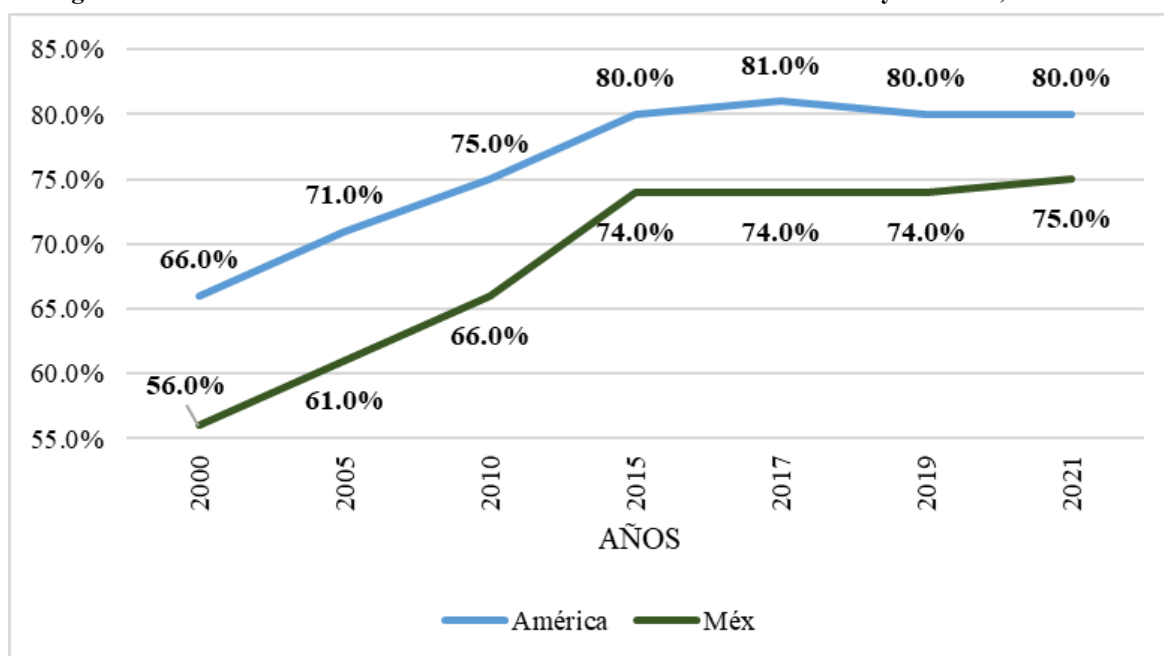
En el siguiente apartado se realizará un breve análisis de los datos de la cobertura esencial de los servicios de salud en México, algunos otros indicadores de cobertura y un indicador de descentralización fiscal.

3.2.6 Cobertura esencial de los servicios de salud en México, 2000-2021

Como se ha mencionado a lo largo de este ensayo, la universalidad desde su concepción más amplia requiere de la consideración de tres dimensiones: cobertura, suficiencia y equidad. No obstante, para efectos de este ensayo únicamente se analiza desde una perspectiva limitada a través de la cobertura de servicios esenciales de salud.

La Figura 12 muestra que dicha cobertura en México fue inferior a la presentada en el continente americano, sin embargo, a partir del año 2000 y hasta 2015 se registran avances importantes en este índice pasando del 56 al 74 por ciento de cobertura de servicios. Cabe destacar que en este periodo se implementó una política de descentralización en la prestación de servicios de salud con el Seguro Popular.

Figura 12. Índice de cobertura de servicios esenciales de salud en México y América, 2000-2021.



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)

Para ayudarnos en el análisis de la universalidad en los servicios de salud en México y su relación con las características del federalismo, agregaremos la correlación del índice de

cobertura de servicios esenciales y la descentralización fiscal. Para este segundo indicador nos ayudaremos de uno de los propuestos por Porto, Pineda y Eguino (2018), específicamente el de los recursos propios de los gobiernos subnacionales como proporción del Producto Interno Bruto (PIB).

Este indicador se construyó con información del Subsistema de Información Económica del INEGI en el apartado de Finanzas Públicas Estatales y Municipales, para el dato de los recursos propios considerando: impuestos, cuotas y aportaciones de seguridad social, contribuciones de mejoras, derechos, productos, aprovechamientos, y otros ingresos. Por otro lado, para el PIB se consideró la información del Subsistema de Información Económica del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el apartado de “PIB por Entidad Federativa (PIBE). Base 2013”, considerando la serie retropolada reducida²⁹ debido a que era la única serie que nos permitía comparar desde el año 2000.

Por lo tanto, la correlación entre la cobertura de servicios esenciales de salud en México y la descentralización fiscal (considerando los ingresos propios y el PIB) nos permitirá observar el grado de relación o asociación entre estas dos variables, lo que nos ayuda a saber de manera inicial si una variable puede contribuir a la explicación de otra. No obstante, es importante recalcar que la correlación por sí misma no significa causalidad ya que la asociación puede ser engañosa debido a la existencia de otros factores que influyan en ambas variables.

La demostración de la causalidad entre estas variables rebasa el alcance de este ensayo, no obstante, las correlaciones nos pueden ayudar a establecer relaciones lineales entre las variables presentadas. A continuación, se muestran las correlaciones³⁰ realizadas junto con las gráficas que nos ayudan a visualizar la relación entre las variables. En la Tabla 1 se muestra que existe una correlación del 95.6 por ciento entre la cobertura de servicios esenciales de salud en México y la descentralización fiscal considerando los ingresos propios

²⁹ Son las series que pone a disposición el INEGI utilizando estimaciones de valores pasados de series de tiempo a través de modelos estadísticos y econométricos, lo cual permite satisfacer restricciones contables provenientes de bases de datos oficiales.

³⁰ Para realizar las correlaciones se utilizó el programa estadístico Stata en su versión 14.

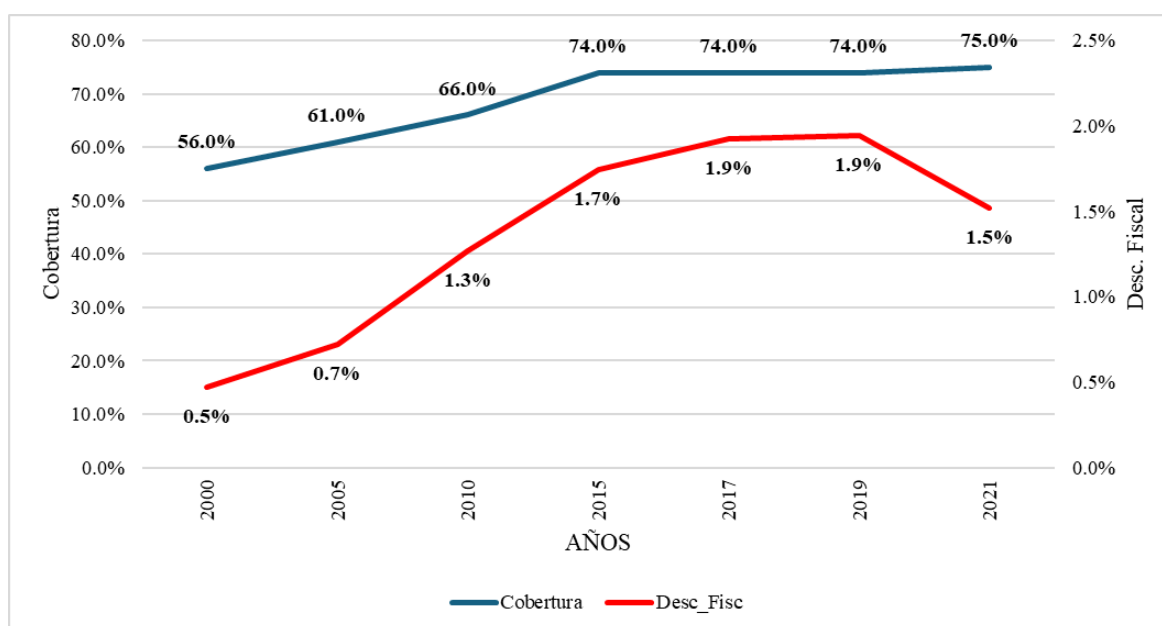
de los gobiernos subnacionales para el periodo de 2000 a 2021, con un nivel de significancia del *test* de correlación del 0.5 (porcentaje de error).³¹

Tabla 1. Correlación entre cobertura de servicios esenciales de salud y descentralización fiscal, 2000-2021.

	Cobertura	Desc. Fiscal
Cobertura	1.0000	
Desc. Fiscal	0.9560*	1.0000
	0.0008	

Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) e INEGI Estadísticas Finanzas Públicas Estatales y Municipales.

Figura 13. Índice de cobertura de servicios esenciales de salud y descentralización fiscal en México, 2000-2021.



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) e INEGI Estadísticas Finanzas Públicas Estatales y Municipales.

Nota: El indicador de la descentralización fiscal se graficó en un segundo eje para mejorar su apreciación.

³¹ Este *test* nos permite saber si la correlación de ambas variables es significativa utilizando un nivel de confianza del 95 por ciento, lo cual estadísticamente hablando es un porcentaje alto.

En la Figura 13 se observa la evolución del índice de cobertura de servicios esenciales de salud y el índice de descentralización fiscal (considerando ingresos propios de los gobiernos subnacionales y PIB) para el periodo de 2000 a 2021. Esta parte gráfica nos muestra una aparente asociación entre ambas variables.

En el caso de México se ahondará en el análisis de la cobertura a través de la consideración de otros subíndices como el de “cobertura de servicio sobre capacidad de servicio y acceso” a los servicios de salud que incluye la densidad de camas de hospital; la densidad de médicos, psiquiatras y cirujanos; y acceso a medicamentos esenciales; además del cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional para reflejar la seguridad sanitaria. Este indicador fue seleccionado en gran medida debido a las dificultades para medir la cobertura en todas las áreas de salud³² (Hogan et al., 2018).

Tabla 2. Correlación entre cobertura de servicio sobre capacidad de servicio y acceso y descentralización fiscal, 2000-2021.

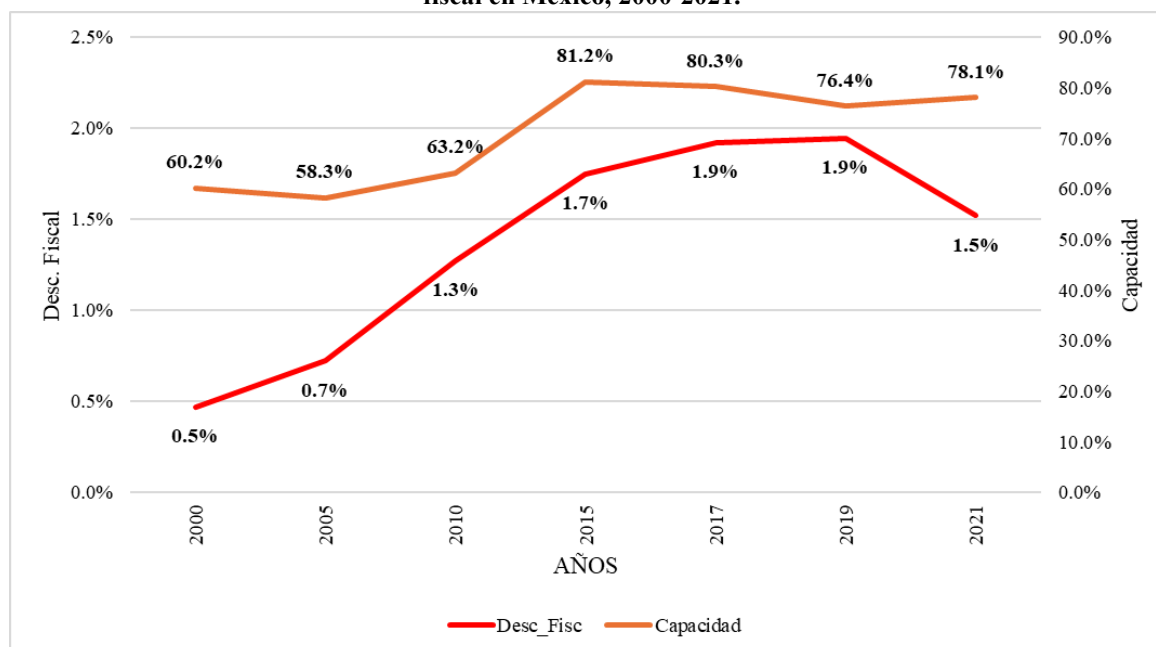
	Capacidad	Desc. Fiscal
Capacidad	1.0000	
Desc. Fiscal	0.9044*	1.0000
	0.0052	

Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) e INEGI Estadísticas Finanzas Públicas Estatales y Municipales.

En la Tabla 2 se observa que la correlación entre cobertura de servicio sobre capacidad de servicio y acceso, y la descentralización fiscal también es alta con un resultado del 90.4 por ciento con un nivel de significancia del test de correlación del 0.5 (porcentaje de error). Asimismo, en la Figura 14 se muestra la evolución de ambas variables que hace visible la asociación entre estas.

³² Cabe señalar que de acuerdo con Hogan et al. (2018) este indicador es difícil de interpretar porque se desconoce su nivel óptimo y no se relaciona con una necesidad específica de servicios.

Figura 14. Índice de cobertura de servicio sobre capacidad de servicio y acceso y descentralización fiscal en México, 2000-2021.



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) e INEGI Estadísticas Finanzas Públicas Estatales y Municipales.

Nota: El indicador cobertura de servicio sobre capacidad de servicio y acceso se graficó en un segundo eje para mejorar su apreciación.

El siguiente indicador considerado para este análisis es el de “cobertura de servicios en enfermedades infecciosas” que considera la cobertura efectiva del tratamiento de la tuberculosis, la cobertura del tratamiento del VIH, el uso de mosquiteros tratados con insecticida en poblaciones en riesgo de malaria, los servicios y el acceso de los hogares a servicios básicos de saneamiento, la prevalencia de presión arterial no elevada, glucosa plasmática media en ayunas, la asistencia a exámenes de detección de cáncer de cuello uterino, y la prevalencia de no fumar tabaco (Hogan et al., 2018).

Este indicador muestra una fuerte asociación con la descentralización fiscal al obtener una correlación del 94.5 por ciento con un nivel de significancia del *test* de correlación del 0.5 (porcentaje de error). El cual se puede apreciar en la Tabla 3.

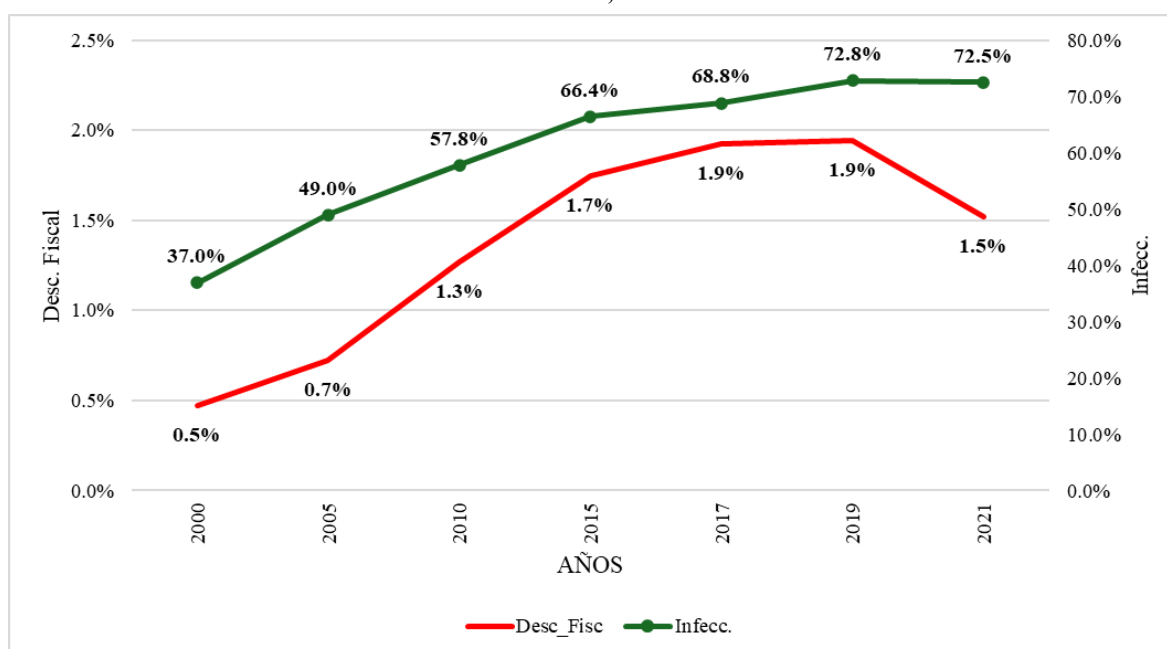
Tabla 3. Correlación entre cobertura de enfermedades se servicios en infecciosas y descentralización fiscal, 2000-2021.

	Infecc.	Desc. Fiscal
Infecc.	1.0000	
Desc. Fiscal	0.9447*	1.0000
	0.0013	

Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) e INEGI Estadísticas Finanzas Públicas Estatales y Municipales.

Dicha asociación se aprecia en la Figura 15 donde se muestra la evolución de ambas variables para el periodo de 2000 a 2021.

Figura 15. Índice de cobertura de servicios en enfermedades infecciosas y descentralización fiscal en México, 2000-2021.



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) e INEGI Estadísticas Finanzas Públicas Estatales y Municipales.

Nota: El indicador cobertura de servicios en enfermedades infecciosas se graficó en un segundo eje para mejorar su apreciación.

Por otro lado, se muestra la correlación de la descentralización fiscal con el índice de “cobertura de servicios en enfermedades no transmisibles”. Este índice se mide a través de prevalencia de presión arterial no elevada, la glucosa plasmática media en ayunas, la

asistencia a exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y la prevalencia de no fumar tabaco. Por lo que es un indicador que resulta relevante en cuando a la dimensión de suficiencia.

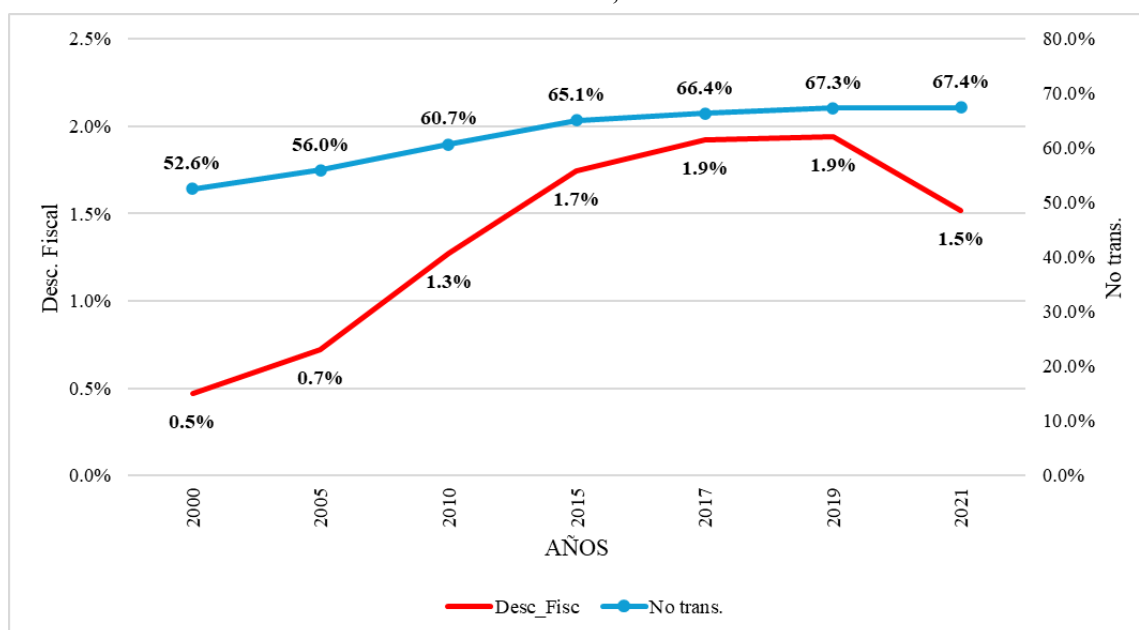
En la Tabla 4 se muestra la correlación que resulta ser la de mayor correlación de todas las variables analizadas al tener 95.8 por ciento con un nivel de significancia del test de correlación del 0.5 (porcentaje de error).

Tabla 4. Correlación entre cobertura de servicios en enfermedades no transmisibles y descentralización fiscal, 2000-2021.

	No trans.	Desc. Fiscal
No trans.	1.0000	
Desc. Fiscal	0.9578*	1.0000
	0.0007	

Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) e INEGI Estadísticas Finanzas Públicas Estatales y Municipales.

Figura 16. Índice de cobertura de servicios en enfermedades no transmisibles y descentralización fiscal en México, 2000-2021.



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) e INEGI Estadísticas Finanzas Públicas Estatales y Municipales.

Nota: El indicador cobertura de servicios en enfermedades no transmisibles se graficó en un segundo eje para mejorar su apreciación.

Asimismo, en la Figura 16 se observa la asociación en el comportamiento de estas variables a través de su evolución a lo largo del periodo de 2000 a 2021.

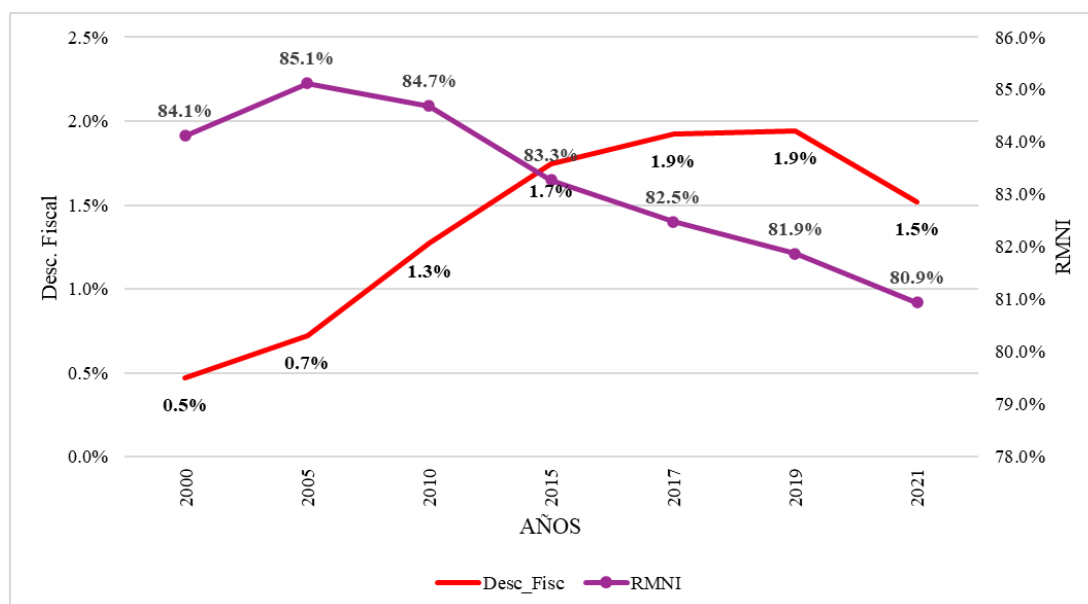
El último indicador de cobertura a analizar es el de “cobertura en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil” (RMNI) y se mide a través de la planificación familiar, atención al embarazo y parto, vacunación infantil, y tratamiento infantil. Curiosamente al realizar la correlación entre este índice y la descentralización fiscal se obtuvo una correlación negativa del 68.7 por ciento (véase Tabla 5).

Tabla 5. Correlación entre cobertura en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil y la descentralización fiscal, 2000-2021.

	RMNI	Desc. Fiscal
RMNI	1.0000	
Desc. Fiscal	-0.6872*	1.0000
	0.0880	

Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) e INEGI Estadísticas Finanzas Públicas Estatales y Municipales.

Figura 17. Índice cobertura en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil y descentralización fiscal en México, 2000-2021.



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Organización Mundial de la Salud. Base de datos UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1) e INEGI Estadísticas Finanzas Públicas Estatales y Municipales.

Nota: El indicador cobertura en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil se graficó en un segundo eje para mejorar su apreciación.

Esta correlación a la inversa se aprecia visualmente en la Figura 17 y muestra que mientras la descentralización fiscal aumentó para el año de 2010 la cobertura en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil presentó una disminución alcanzando su punto más bajo en el 2021.

Este apartado sirve para visualizar de manera gráfica y estadística la asociación entre la evolución del federalismo, operacionalizado de forma limitada a partir de un indicador de descentralización fiscal, y varios indicadores de cobertura de salud. Lo que se observa es que, salvo una excepción, esta asociación es alta y positiva. No obstante, cabe recordar que dicha asociación no es evidencia de causalidad y que hay otros factores que interactúan e inciden sobre la cobertura de salud.

No obstante, es importante señalar lo que Obinger, Castles y Leibfried (2004) mencionan respecto al Estado del Bienestar y el arreglo institucional de un federalismo contemporáneo, los cuales cumplen funciones antitéticas. Es decir, por un lado, el arreglo institucional de un gobierno federal asegura la unidad permitiendo cierto grado de diversidad. No obstante, el objetivo de un Estado del Bienestar es asegurar los mismos derechos sociales para todos los ciudadanos, sin importar si nacieron en el Estado “x” o “y”.

En este sentido, se entiende que las diferencias en la población de los gobiernos subnacionales son palpables no únicamente por cuestiones geográficas sino también por las socioeconómicas, de tal manera que los costos y beneficios del Estado del Bienestar pueden ser muy diferentes entre las distintas regiones. Asimismo, las desigualdades entre los gobiernos subnacionales causan numerosos conflictos para determinar los beneficios que se deben recibir, el orden de gobierno que debe diseñar la política de salud, quién o quiénes deben aportar el financiamiento y en qué cantidad. Es por eso por lo que el financiamiento y la delegación de potestades, entre otros aspectos, son de suma relevancia para el funcionamiento adecuado del Estado del Bienestar en un Estado federal.

Lo anterior se puede constatar al comparar los indicadores de cobertura de México los otros dos casos de países federalistas en América Latina. En ese sentido se pueden observar dos aspectos relevantes:

- 1) La mayor descentralización de los gobiernos subnacionales de Brasil, así como la estructura de su sistema de salud podría haber propiciado que este país tenga un sistema con una cobertura ligeramente mayor en los servicios de salud. No obstante, que para el último año analizado el porcentaje de cobertura en Argentina y Brasil fue muy parecida con 79.0 y 80.0 por ciento, respectivamente. En el caso mexicano se observa que para el último año disponible contó con una cobertura menor a los otros países con el 75.0 por ciento (siendo el mayor porcentaje durante todo el periodo analizado). Por otro lado, la centralización general de los federalismos argentino y mexicano, así como la fragmentación de sus sistemas de salud han limitado la equidad de servicios de salud la cual se hizo evidente a través de un mayor gasto de bolsillo per cápita en ambos países con una tendencia al alza, sin embargo, la inequidad no deja de presenciarse en los tres países.
- 2) Se puede mencionar que Brasil tiene un sistema de salud con mayor universalidad respecto a México y Argentina, al atender a un mayor porcentaje de personas. No obstante, también se observa que en todos los países están ausentes las tres dimensiones que Martínez y Sánchez-Ancochea (2016) mencionan respecto al universalismo (cobertura, suficiencia y equidad).

Lo anterior se explica por la complejidad que implica adoptar políticas públicas con un enfoque de derechos en un sistema federal, lo que conduce a considerar diversas cuestiones que ayuden a tomar decisiones de política pública que realmente garanticen el bienestar de la población en diversas materias. En ese sentido a continuación se exponen las conclusiones de este trabajo.

Conclusiones

Este ensayo se propuso examinar la evolución del federalismo mexicano en materia de salud y su influencia en la garantía de la protección de la salud de su población, centrándose en la coordinación entre los órdenes de gobierno federal y subnacional a través de la delegación de potestades y recursos, tanto económicos como humanos. Asimismo, se retomó la discusión sobre la importancia de un Estado del Bienestar en el cual el Estado asuma la responsabilidad de garantizar el bienestar social en general y para ello fue necesario retomar el enfoque de políticas públicas ya que es a través de ellas donde se hace palpable la acción del Estado. Lo anterior es afín a lo que plantea el enfoque de derechos, ya que dentro de sus elementos indispensables se encuentra la universalidad y no discriminación, por lo que el fin último sería buscar la garantía de protección a la salud de manera universal.

Para lograr este objetivo, se utilizó una metodología que involucró primero, el análisis descriptivo de los sistemas federales de Brasil y Argentina, así como de las características de sus sistemas de salud, involucrando ambos elementos para otorgar un panorama general sobre cómo sus federalismos influyeron en la prestación de sus servicios de salud, culminando con un análisis comparado con evidencia empírica del indicador de cobertura esencial de servicios de salud.

En segundo lugar, se realizó un análisis descriptivo del sistema federal mexicano en general, que nos otorga elementos para comprender sus características generales y cómo estas han influido en materia de salud. Asimismo, se proporcionaron datos sobre la estructura del sistema de salud, el gasto corriente utilizado y una descripción histórica de las coyunturas que establecieron el sistema de salud actual. Adicionalmente, se categorizaron cinco etapas generales de la evolución del federalismo mexicano en materia de salud cuyas características significaron un cambio en cuanto a la descentralización o recentralización de diversos elementos como el financiamiento y las potestades entre los órdenes de gobierno. Finalmente, se hizo un análisis empírico de asociación entre una variedad de indicadores de cobertura de

salud y un indicador de descentralización fiscal basado en los ingresos propios de los gobiernos subnacionales.

A lo largo de este ensayo se observó que la garantía de la universalidad desde la perspectiva más amplia debe considerar tres elementos que son: cobertura, suficiencia y equidad. No obstante, la dificultad para obtener datos respecto a los tres elementos limitó el análisis de este ensayo a la consideración únicamente de la cobertura de servicios esenciales de salud y, aun así, se encontró dificultad en la consideración de un indicador que valore la cobertura en su totalidad. Empero, se consideraron otros indicadores como el gasto de bolsillo per cápita y el gasto corriente en salud, además de análisis de otros trabajos científicos para proporcionar elementos respecto a las dificultades y retos que presentaron los países en cuanto a la suficiencia y equidad.

Los resultados obtenidos revelan una compleja interacción entre federalismo y un Estado del Bienestar que busca la universalidad de servicios de salud en la región latinoamericana en general y en México en particular. Respecto al caso mexicano observamos que a partir de 1984 se han adoptado diversas políticas con el propósito de garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. Las políticas han sido cambiantes, por un lado, se han realizado esfuerzos por aumentar la descentralización, ya sea en la parte financiera o administrativa. Por otro lado, en los últimos años se ha planteado un esquema que busca la recentralización ya que la equidad y suficiencia mostradas en la etapa descentralizadora tampoco garantizó las tres dimensiones del universalismo que se han mencionado a lo largo de este ensayo.

Uno de los casos más destacados fue la implementación del Seguro Popular, el cual tuvo como principal mecanismo la descentralización de la prestación de servicios de salud que contribuyó en términos generales a aumentar el porcentaje de población con cobertura, sin embargo, no mejoró la equidad y suficiencia de los servicios proporcionados a la población de distintos gobiernos subnacionales. Esta circunstancia también se hizo visible en los otros federalismos analizados de Brasil y Argentina donde también se observa un aumento de

cobertura de los servicios esenciales de salud para los últimos años del periodo analizado, no obstante, aún persisten brechas importantes en la prestación de servicios entre la población que habita en los territorios subnacionales más pobres y los más ricos. Ello significa que la universalidad de servicios de salud desde su perspectiva más amplia no se ha consagrado.

En el caso específico de México, a través del análisis de distintos indicadores de cobertura de salud, se encontró una correlación generalmente positiva entre la descentralización fiscal y la cobertura de salud. Sin embargo, esta asociación de variables no es suficiente para asegurar causalidad entre ellas, por lo que se considera que estos resultados nos proporcionan elementos únicamente exploratorios que permitan comprender una parte de la complejidad que conlleva el tema analizado.

Asimismo, estos resultados destacan la importancia de adoptar un enfoque integrado y contextualizado al abordar los desafíos de la provisión de servicios de salud en un contexto federal. Además, subrayan la necesidad de considerar tanto las características de los sistemas de salud, como las realidades políticas y financieras del federalismo al diseñar políticas y programas de salud. Las experiencias de México, Brasil y Argentina proporcionan lecciones valiosas que pueden ser relevantes para otros países que enfrentan desafíos similares en la mejora de la cobertura de salud y el bienestar de la población en un contexto federal.

Lo anterior se explica por la complejidad que implica adoptar políticas públicas con un enfoque de derechos en un sistema federal, lo que conduce a considerar diversas cuestiones que ayuden a tomar decisiones de política pública que realmente garanticen el bienestar de la población en diversas materias. Algunas interrogantes en este sentido pueden ser: ¿cuáles son los mecanismos más eficientes para garantizar la cobertura nacional?, ¿en qué medida se puede sacrificar la autonomía subnacional para garantizar la equidad de servicios territorialmente?, ¿es posible lograr las tres dimensiones de la universalidad (cobertura, suficiencia y equidad)?

El desarrollo de este ensayo busca aportar al debate de la consideración del Estado del Bienestar en un Estado federalista con un enfoque de derechos humanos, donde los casos expuestos parecen demostrar que la descentralización ha sido un factor determinante para garantizar un mayor porcentaje de cobertura. No obstante, esta mayor cobertura vulnera la parte de equidad y suficiencia de los servicios de salud, ya que la desigualdad entre las regiones subnacionales propicia que los servicios de salud estén en función del desarrollo de cada región haciendo que la garantía del derecho a la protección a la salud se vea mermada.

Bibliografía

- Afonso, J. (2020). “Descentralización (Entusiasta) Brasileña”, en Marcelo Capello, Huáscar Eguino, Juan Pablo Jiménez y Javier Suárez Pandiello (eds.), *Los Desafíos de las Finanzas Intergubernamentales ante el Covid19*, Asociación Iberoamericana de Financiación Local.
- Aguilar, L. (1992). “Estudio Introductorio”, en Luis F. Aguilar (editor). *El Estudio de las Políticas Públicas*. México, Miguel Ángel Porrúa.
- Aguilar, M. (1998). “Las tres generaciones de los Derechos humanos”, en Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. *Generaciones de los Derechos Humanos*. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.
- Aguilar, C. y Lima, M. (2009). *¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas? en Contribuciones a las Ciencias Sociales*, septiembre 2009, www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm
- Arcaro, L. (2021). “La federación brasileña en movimiento: oportunismo y descentralización frente a la pandemia”, en Esteban Nader y Marie-Christine Fuchs (eds.), *Covid-19 y Estados en acción: un estudio constitucional comparado entre países federales y no federales*, KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG e. V, Impreso en Colombia por Tirant lo Blanch, pp. 143-174.

- Arenas, E., Parker, S., Rubalcava, L., & Teruel, G. (2015). EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DEL SEGURO POPULAR DEL 2002 AL 2005. Impacto en la utilización de servicios médicos, en el gasto en salud y en el mercado laboral. *El Trimestre Económico*, 82(328), 807-845.
- Arredondo, A. (2001). *FEDERALISMO Y SALUD: ESTUDIO DE CASO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO*. Forum of Federations, disponible en: <http://www.forumfed.org/libdocs/Health01/120-HPFE110-mx-arredondo-s.pdf>
- Arredondo, A., Orozco, E., Sánchez, M., Torres, C. y Reyes, H. (2022) “Federalismo responsable en México: Salud pública y COVID-19”, en Jorge A. Schiavon (ed.), *Federalismo responsable en México*. Fundación Konrad Adenauer (KAS-México) y Centro de investigación y Docencia Económicas (CIDE), pp. 123-164.
- Arts, W. y J. Gelissen (2010). “Models of the welfare state” en F. Castles et. al. (coords.), *The Oxford Handbook of the welfare state*, Oxford: Oxford University Press, pp. 569-583.
- Auditoría Superior de la Federación (ASF). (2019). RAMO 33. *FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (FASSA)*. Marco de Referencia (FASSA), CP 2018. Cámara de Diputados.
- Ávila-Burgos, L., Serván-Mori, E., Wirtz, V., Sosa-Rubí, S. y Salinas-Rodríguez, A. (2013). “Efectos del seguro popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación”. *Salud Pública de México*, 55(2), pp. 91-99.
- Badillo, D. (18 de enero de 2020). Lo que debes de saber sobre la desaparición del Seguro Popular. *El Economista*, disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Lo-que-debes-de-saber-sobre-la-desaparicion-del-Seguro-Popular-20200118-0002.html>
- Ballesteros, M. (2014). *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Bazán, V. (2013). *El federalismo argentino: situación actual, cuestiones conflictivas y perspectivas*. Estudios Constitucionales, 11(1), pp. 37-88.
- Becerril, V., Medina, G. y Aquino, R. (2011). *Sistema de salud de Brasil*. Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca ene. 2011.

- Belló, M. y Becerril, V. (2011). *Sistema de salud de Argentina*. Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca ene. 2011.
- Bobrow, D. B. y Dryzek, J.S. (1987). *Policy Analysis by Design*. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, Pa.
- Cano, C. (2014). *Federalismo y política fiscal*. FLACSO México.
- Carmagnani, M. (1993). *Federalismos latinoamericanos: México, Brasil, Argentina*. México: el Colegio de México, Fondo de Cultura Económica.
- Cejudo, G. (2020). “Alianza federalista: cronología de un desencuentro” en *Nexos*. Pacto Federal. Blog de Federalismo, disponible en:
<https://federalismo.nexos.com.mx/2020/11/alianza-federalista-cronologia-de-un-desencuentro/>
- Cetrángolo, O. y Gatto, F. (2002). *DESCENTRALIZACIÓN FISCAL EN ARGENTINA: RESTRICCIONES IMPUESTAS POR UN PROCESO MAL ORIENTADO*. Editorial CEPAL.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). (2011). *Fundamentos teóricos de los derechos humanos*, México: CDHDF.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2022). *Evaluación Estratégica de Salud. Primer informe*. CONEVAL.
- Constitución Política de la República Federativa del Brasil, Constitución publicada en el Diário Oficial da União el 5 de octubre de 1988, disponible en:
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-norma-pl.html>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, Última reforma publicada DOF 06-06-2023.
- Díaz, E. y Ramírez, J. (2017). “Gastos catastróficos en salud, transferencias y remesas en México”. *Papeles de Población*, 23(91).
<https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8247>.

- Draibe, S. y Riesco, M. (2006). *Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea*. CEPAL - SERIE Estudios y perspectivas – Sede Subregional de la CEPAL en México.
- Erk, J. (2006). “Does federalism really matter?”, *Comparativ politics*, vol. 26, núm. I, pp. 103-120.
- Esping-Andersen, G. (1990). “The three political economies of the welfare state”, en G. Esping-Andersen, *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton University Press (capítulo 1).
- Fernández, J. (2010). “LA DESCENTRALIZACIÓN POLÍTICA Y LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS DE LOS ESTADOS”, en César Astudillo y Manlio Fabio Casarín León (Coords.) *DERECHO CONSTITUCIONAL ESTATAL. MEMORIA DEL VIII CONGRESO NACIONAL DE DERECHO CONSTITUCIONAL DE LOS ESTADOS*. México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM Porrúa, pp. 275-103.
- Flamand, L. y Moreno, C. (2014). *Seguro popular y federalismo en México. Un análisis de política pública*. Centro de Investigación y Docencia Económicas.
- Franco, R. y Lanzaro, F. (2006). *Política y políticas públicas en los procesos de reforma de América Latina*. FLACSO Sede Académica de México, Primera edición, México.
- Friedrich, C. J. (1968). *Trends of Federalism in Theory and Practice*. New York.
- Galli, A., Pagés, M. y Swieszkowski, S. (2017). *RESIDENCIAS DE CARDIOLOGÍA CONTENIDOS TRANSVERSALES. El Sistema de Salud Argentino*. Área de Docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología.
- Gallo, P. (s.f.). *Descentralización y Desconcentración: ¿Excepciones a la improrrogabilidad de la competencia?* Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Gómez, M. L. (s.f.). *Concurrencia de los gobiernos federal, estatales y municipales en materia de protección al ambiente*. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, M., Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). *Sistema de salud de México*. salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011.

- González, U. (2022). *Reformas a la Ley de Coordinación Fiscal, Transferencias Federales y Descentralización Fiscal*. Investigaciones 2022. Cámara de Diputados. Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, disponible en:
<https://portalciudadano.diputados.gob.mx/conoce-y-aprende.html>
- Granato, L. (2015). *FEDERALISMO ARGENTINO Y DESCENTRALIZACIÓN: SUS IMPLICANCIAS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS*. Prolegómenos vol.18 no.36 Bogotá.
- Guerrero, C. (2022). *COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN MÉXICO 2022*. México Saludhable, disponible en: https://mexicosaludhable.org/wp-content/uploads/2023/02/Cobertura-Universal-de-Salud-en-Mexico_2022.pdf
- Hernández, Rogelio (2016). *El PRI*. El Colegio de México. Ciudad de México.
- Hogan, D., Stevens, G., Reza, A., y Boerma, T. (2018). “Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services”, *Lancet Glob Health*, 6: e1 52–68.
- Iglesias, H. (2020). *POTESTAD, FUNCIÓN. UNA REVISIÓN DESDE EL DERECHO PÚBLICO TRANSNACIONAL Y GLOBAL*. Revista Aragonesa de Administración Pública 362 ISSN 2341-2135, núm. 55, Zaragoza, 2020, pp. 362-391.
- Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) (26-27 de febrero de 2008). *La Administración Pública y el Federalismo: Un Ejercicio Comparado*. En el marco de la “Convención Nacional de Profesionales en Administración Pública”. Serie Praxis 128. México, Ciudad de México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2018*.
- Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). (21 de diciembre de 2020). *PROGRAMA Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar*, publicado en el Diario Oficial de la Federación.
- Jiménez, W. G. (2007). *El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas*. Univ. Sergio Arboleda. Bogotá (Colombia) 7 (12): 31-46, enero-junio de 2007.

- Knaul, F., Arreola, H., Wong, R., Lugo-Palacios, D. y Méndez, O. (2018). “Efectos del Seguro Popular de salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012”. *Salud Pública de México*, 60(2), pp. 130-140.
- Lasswell, H. (1992). “Orientación hacia las políticas”, en Aguilar Villanueva Luis F. (ed.) *El Estudio de las Políticas Públicas*. México: Porrúa, pp. 79-103.
- Lema, C. (2010). *El Derecho a la salud: Concepto y Fundamento*. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Departamento de Derecho Internacional, Eclesiástico y Filosofía del Derecho. Universidad Carlos III de Madrid.
- Ley de Coordinación Fiscal, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 1978, Última reforma publicada DOF 30-01-2018, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/31_300118.pdf
- Ley General de Salud, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de enero de 1992, Última reforma publicada DOF 20-05-2020, disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Llanos, A. y Méndez, J. (2021). *De Seguro Popular a INSABI. Mayor población con menor atención*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.
- Maceira, D. (2018). *Apuntes para un Debate sobre el Sistema de Salud Argentino*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la Fundación Preservar Salud.
- Martínez, J. y Sánchez-Ancochea, D. (2016). *The Quest for Universal Social Policy in the South. Actors, Ideas and Architectures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ministerio de Salud. (2022). *Coberturas de salud en Argentina*. Buenos Aires.
- Norris, P. (2007). *Driving democracy. Do power-sharing institutions work?*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Obinger, H., Castles, F. y Leibfried, S. (2004). “Federalism and the Welfare state”, en H. Obinger, F. Castles y S. Leibfried (eds.). *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*. Londres: Cambridge University Press, pp. 1-64.
- Olier, E. (2014). *La economía del bienestar, el estado del bienestar y la economía real*. The IEB International Journal of Finance, ISSN 2173-0164, N°. 8, 2014, págs. 160-183.

- Olmeda, J. y Armesto, A. (2017). *LA RECENRALIZACIÓN Y LOS GOBERNADORES: ¿POR QUÉ NO SIEMPRE SE OPONEN? ANALIZANDO EL CASO DE MÉXICO*. Foro Internacional 227, LVII, 2017 (1), 109-148.
- Olmeda, J. (2021). *¿La unión hace la fuerza? La política de la acción colectiva de los gobernadores en Argentina, Brasil y México*. El Colegio de México, Centro de Estudios Internacionales, Ciudad de México.
- Orden Jurídico Nacional. (1986). *ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO, CON EL PROPOSITO DE DESCENTRALIZAR EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE CONTROL Y REGULARIZACION SANITARIA EN LA ENTIDAD*. Estatal, Acuerdos.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2008). *Perfil de los sistemas de salud. Brasil. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reformas de los sistemas de salud*. División de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2023). *Gasto de bolsillo: cifras confiables para el monitoreo de la salud universal*. División de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.
- Parsons, W. (2007). *Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México: FLACSO-México y Miño y Dávila Editores, pp. 1-75.
- Porto, A.; Pineda, C.; y Eguino H. (2018). *Descentralización y autonomía fiscal subnacional en América Latina. Panorama comparado de Brasil, Colombia, México y Perú*. Banco Interamericano de Desarrollo. DOCUMENTO PARA DISCUSIÓN N° IDB-DP-557.
- Presidencia de la República. (29 de mayo de 2023). *DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar*. Diario Oficial de la Federación.
- Pribble, J. (2011). "Worlds apart: Social policy regimes in Latin America", *St Comp Int Dev*, 46, 191-216.
- Robba, M. (2015). *EL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES NACIONALES ORIGEN, DESEMPEÑO Y PERSPECTIVAS* [Tesis para obtener el grado de maestría en

- Economía Política con mención en Economía Argentina]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales sede Argentina.
- Sánchez de la Barquera. H. (2014). “El federalismo como forma de organización del Estado”, Herminio Sánchez de la Barquera (ed.), *Fundamentos, teorías e ideas políticas. Volumen I*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, pp. 211-238.
- Santos, H. (2002). *Nociones de Derecho Positivo (3er. Edición)*. Pearson Educación.
- Schubert, K. (1997). *Federalismo, entre política y ciencia*. Revista de Estudios Políticos, Nueva Época. Abril, Julio.
- Schneider, A. (2003). “Descentralization: conceptualization and measurement”, *Studies in comparative International Development*, vol. 38, núm. 3, pp. 32-56.
- Soberón, G. y Sepúlveda, B. (1983). *El Consejo de Salubridad General*. Salud Pública de México, Volumen 25, Número 5.
- Sobral de Carvalho, B. y Schubert, B. (2013). El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito. Su regulación y control en el contexto de la salud suplementaria. *MONITOR ESTRATÉGICO*. Número 3, enero-junio 2013.
- Sovilla, B. y Díaz, M. (2022). “Del Seguro Popular al Insabi ¿Por qué recentralizar el gasto público en salud en México?” *Gestión y política pública*, ISSN-e 2448-9182, ISSN 1405-1079, Vol. 31, N° 2, 2022, págs. 63-94.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. y Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*, Madrid: Ariel, pág. 35-125.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), “Facultades concurrentes en el sistema jurídico mexicano Sus características generales”, tesis: P./J.142/2002, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, 9ª. Época, tomo XV, enero de 2002, p. 1042.
- Spicker, Paul (2014). *Social policy: Theory and practice*, Bristol: Policy Press (capítulo 1).
- Spicker, Paul (2017). *Arguments for welfare. The welfare state and social policy*, Londres: Rowman & Littlefield International Ltd (capítulos 1 y 11).
- Titmuss, R. (1974). ‘What is Social Policy?’, en B. Abel-Smith y K. Titmuss (eds), *Social Policy: An Introduction*, New York, NY: Pantheon Books, A Division of Random House, 23–32.

- Tolentino, M. (s.f.). *Sistema Único de Salud del Brasil*. Departamento de Ciencia y Tecnología. Ministerio de Salud de Brasil.
- Tolentino, M. (2009). *SISTEMA ÚNICO DE SALUD: LA EXPERIENCIA BRASILEÑA EN LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 251-57.
- Uvalle, R. (2022). Descentralización política y federalismo: consideraciones sobre el caso de México. *Revista Gestión y Estrategia*, (7), 18-26.
<https://doi.org/10.24275/uam/azc/dcsh/gye/1995N07/Uvalle> (Original work published 1 de junio de 1995).
- Von Bergen. F. (2017). *Los Discursos de Nicolás Maduro: Marcos, Relato y Juegos de Lenguaje*. MARCO ISSN 2444-6459. Septiembre 2017. Vol. 3: 33-56.