

La política pública de salud durante el gobierno de la 4T (2018-2024). Implicaciones del cambio de Seguro Popular a IMSS-Bienestar

Health public policy during the 4T government (2018-2024). Implications of the change from Seguro Popular to IMSS-Bienestar

Recibido: 6 de junio de 2025

Yanella Martínez Espinoza

Aceptado: 3 de noviembre de 2025

RESUMEN

En 2018 con la llegada a la presidencia de la república de Andrés Manuel López Obrador, se perfila un cambio de gobierno y de política para el país. Desde el inicio de su gestión comienzan a impulsarse, con una visión humanista, una serie de reformas de gran calado y el sector salud no sería la excepción. La iniciativa de reforma en el sector implicó un proceso de recentralización, concentrando nuevamente desde la federación las funciones técnico-administrativas de la prestación de los servicios médicos a través de la Secretaría de Salud. La política pública de salud del gobierno de la 4T tuvo entre sus principales cambios, la desaparición del Seguro Popular de Salud (SPS) y la creación efímera del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), para después consolidarse en lo que hoy conocemos como IMSS-Bienestar. El presente ensayo busca contribuir con el análisis de las principales implicaciones que trajo consigo el cambio de SPS a INSABI hasta la conformación del IMSS-Bienestar, como parte de la política pública de salud durante todo el gobierno de Andrés Manuel López Obrador (AMLO) (2018-2024).

PALABRAS CLAVE: Descentralización, Recentralización, Política Pública de Salud, Seguro Popular, IMSS-Bienestar, Gobierno de la 4T.

ABSTRACT

In 2018, with the arrival of Andrés Manuel López Obrador to the presidency, a change in government and policy for the country is on the horizon. Since the beginning of his administration, a series of far-reaching reforms have been implemented with a humanistic vision, and the health sector is no exception. The reform initiative in the sector involved a recentralization process, once again concentrating the technical and administrative functions of providing medical services from the federation through the Ministry of Health. The main changes to the health public policy of the 4T government included the elimination of the Popular Health Insurance (SPS) and the short creation of the Institute of Health for Well-being (INSABI), which was later consolidated into as IMSS-Bienestar. This essay to contribute to the analysis of the main implications brought about the change from SPS to INSABI until the formation of IMSS-Bienestar, as part of the health public policy during the government of Andrés Manuel López Obrador (AMLO) (2018-2024).

KEYWORDS: Decentralization, Recentralization, Health Public Policy, Seguro Popular, IMSS-Bienestar, 4T Government.



Introducción

El presente ensayo es resultado de un trabajo previo sobre el balance preliminar de la política de salud que impulsó el gobierno denominado la Cuarta Transformación -en adelante 4T- desde el inicio de su gestión hasta 2021, donde el objetivo es explicar las principales implicaciones que trajo consigo el cambio de Seguro Popular de Salud (SPS) a Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). En tal sentido, este artículo pretende contribuir con un análisis exploratorio y explicativo sobre la política pública de salud durante todo el gobierno de Andrés Manuel López Obrador (AMLO) (2018-2024), incluyendo en este segundo trienio de gobierno, la extinción del INSABI y conformación del IMSS-Bienestar.

El argumento central que guía este trabajo es que el proceso de descentralización en el sector salud durante la década de los noventa se revierte en el gobierno de la 4T para transitar a un proceso de recentralización del sector. A la luz del enfoque teórico del federalismo se desarrollan conceptos como centralización, descentralización y recentralización para poder comprender y explicar el proceso de cambio en la política de salud desde las últimas dos décadas del siglo pasado y el primer cuarto del siglo XXI. El trabajo se sustenta en el método cualitativo; primero, se hace un estudio sociohistórico sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) en México, es decir, se realiza un breve recorrido contextual sobre la conformación, evolución y funcionamiento del SNS para poder identificar los principales cambios y modificaciones que se impulsaron con las reformas en materia de salud por los distintos periodos de gobierno; posteriormente, el análisis empírico se enfoca en el estudio de la política de salud en diferentes periodos de gobierno, se centra principalmente en las implicaciones que trajo el cambio de SPS a INSABI y posteriormente a la conformación del IMSS-Bienestar; lo cual nos permitirá explicar cómo estos cambios se perfilan como la puesta en marcha de una política de recentralización en cualquiera de sus dimensiones.

De la descentralización a la recentralización

Un sistema federal se puede entender como la conformación de estados libres y soberanos, hacia su régimen interior e independiente de los demás, pero sin personalidad propia ante otras naciones; su soberanía se limita con el pacto federal, por lo que los estados no pueden invadir la autoridad federal ni viceversa; en tal sentido, se puede decir que la esencia del federalismo es la descentralización (Astudillo, 1999, p.48).

Una manera de entender su funcionamiento y explicar si nuestro sistema federal ha sido centralizado, descentralizado o incluso si tiende a la recentralización, es observarlo a partir de tres dimensiones de análisis: política, técnica o administrativa y económica.

En la dimensión política, el sistema federal se refiere a la división de competencias entre el gobierno federal y los gobiernos locales que lo integran, lo cual en teoría implica coordinación en lugar de subordinación. En ese sentido, la descentralización se entiende como “la delegación de funciones en órganos que guardan personalidad propia y autónoma, no sujetos a la jerarquía de la autoridad central” (Astudillo, 2013, p.182). En México, el artículo 41 de la Constitución es el fundamento jurídico que da sustento a este precepto.

Desde la dimensión técnica o administrativa, es conveniente la descentralización, ya que el contacto directo con la población permite que la toma de decisiones sea objetiva, lo que, a su vez genera una mayor cercanía a los

problemas y a la implementación de acciones eficaces para proveer de servicios indispensables como el agua, la salud, la seguridad a toda la población. En teoría, un sistema federal excluye la dominación del centro y busca un crecimiento equilibrado de todos los niveles de gobierno, evitando la ventaja de uno sobre cualquiera de los otros (Astudillo, 1999, p.30).

Por su parte, desde la dimensión económica, el sistema federal proporciona algunas ventajas, tanto por contar con un gobierno central o federal, como por tener gobiernos descentralizados o estatales. Actualmente, los gobiernos federales, asumen cada vez más funciones económicas de manera eficiente, a través de sus gobiernos centrales. Desde esta perspectiva, el gobierno federal cuenta con mejores condiciones para lograr la estabilidad económica del país, a través de instrumentos como las políticas económica, monetaria y fiscal (Astudillo, 2013, pp.183-184).

El sistema federal mexicano se caracteriza por un alto grado de centralismo e inequidad, lo cual propicia una excesiva dependencia de los gobiernos estatales y locales respecto a la federación (Martínez, 2024, p.480). En México el gobierno central asume un papel relevante, concentrando tanto las funciones públicas como las posibles fuentes de financiamiento, lo cual trae como consecuencia que los gobiernos estatales sean más vulnerables al limitarlos en sus funciones y hacerlos sumamente dependientes con la federación respecto a sus recursos presupuestales.

El proceso de descentralización de la década de los años 80 y 90 del siglo pasado coincidió con la democratización y la implementación de las reformas económicas neoliberales en los países de América Latina, incluido México (Olmeda y Armesto, 2017). Durante los años ochenta la reforma administrativa en México buscaba construir relaciones y acciones eficaces y eficientes entre el gobierno federal, los estados y municipios (artículo 115 Constitucional). Esto propicio que se dieran cambios significativos en materia de coordinación fiscal como el aumento del ingreso y gasto público destinado al desarrollo social y las relaciones intergubernamentales para la planeación regional y ejecución de políticas públicas. Con estas acciones se propiciaron políticas de desconcentración y descentralización, transfiriendo facultades y recursos públicos a los gobiernos locales, buscando disminuir la excesiva centralización de la administración pública federal, al mismo tiempo que se impulsaba su modernización (Martínez, 2024, p.483).

En los gobiernos de Miguel de la Madrid (1982-1988) y Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), se da el proceso de descentralización más intenso que experimentó el país. Con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) de De la Madrid, se establece la descentralización de los servicios de salud y educación; en el gobierno de Salinas de Gortari se da continuidad a esta estrategia, además se impulsa el Programa Nacional de Solidaridad y la Secretaría de Desarrollo Social como política clave de su gobierno, lo cual significó en los hechos una centralización de los recursos en el gobierno federal.

La descentralización del sector salud se puede entender como una descentralización administrativa, lo cual no necesariamente implicó la reasignación de poder ni autonomía a los estados, sobre todo porque los criterios de asignación de recursos siguen siendo los mismos, se dan desde la federación. La Secretaría de Salud (SS) sigue manteniendo la facultad de normar y coordinar los servicios de salud, es decir, lo que se delegó a los estados fue la reasignación de responsabilidades y atribuciones (López, 2012, p.191).

Sin embargo, durante los últimos años y derivado del fracaso de estas estrategias descentralizadoras que no lograron atender las crecientes necesidades de los gobiernos estatales y municipales, y mucho menos una coordinación y colaboración auténtica entre los distintos niveles de gobierno, es que surge la tendencia a la recentralización de los sistemas federales. De acuerdo con Eaton y Dickovick (citados en Olmeda y Armesto, 2017), la recentralización debe entenderse como “una serie de cambios designados para revertir reformas que anteriormente expandieron la autonomía subnacional, y, por lo tanto, limitaron las prerrogativas del gobierno nacional” (p. s/i). En consecuencia, se da una disminución en la autonomía de los estados en términos fiscales, administrativos o políticos.

Desde la dimensión económica, la recentralización busca recuperar la influencia del gobierno central en el control de los recursos públicos, tanto en el gasto como en los ingresos; lo puede hacer, recuperando poder sobre fondos previamente descentralizados o proponiendo nuevas fuentes de recaudación exclusivas de la federación. En la dimensión administrativa, la recentralización nuevamente concentra potestades en la elaboración de políticas públicas e influye en la provisión de servicios y en el diseño e implementación de programas de gobierno con impacto territorial. Por su parte, la recentralización, desde la dimensión política, busca precisar el margen de maniobra de los actores locales o promover cambios que limiten la autoridad de los funcionarios que han sido electos en los cargos públicos (Olmeda y Armesto, 2017).

Análisis sociohistórico del Sistema Nacional de Salud en México

A partir del proceso de democratización e internacionalización que experimentó México a finales de los años setenta del siglo pasado, comienza a cuestionarse la fuerte centralización del gobierno y su administración en los asuntos públicos; de esta manera se perfila un proceso de transformación y cambio en la organización y funcionamiento del país, es en los años ochenta que inicia un amplio proceso de descentralización en lo político, administrativo, fiscal y en sectores estratégicos como la salud y la educación. En el caso del sector salud se buscó pasar de una lógica centralista y burocrática a una de distribución de responsabilidades y competencias, delegando autoridad a los gobiernos estatales a través de la descentralización (Martínez, 2024, p.488).

Como se mencionó, en el gobierno de De la Madrid comenzó un profundo proceso de descentralización de los servicios de salud, donde destacan aspectos como la promulgación de la Ley General de Salud (LGS) en 1983, año en el que también se da reconocimiento constitucional al derecho de protección a la salud, con la Ley se incluye a la población no asegurada a los servicios de salud; además se da un proceso de modernización administrativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), con el fin de consolidar y ampliar la distribución de facultades y recursos a nivel estatal (López, 2012, p.186). En esencia, este modelo descentralizador del sector salud, consistió en desconcentrar funciones operativas y seguir concentrando funciones estratégicas, en palabras de Orleans (1998, citado en López, 2012) “se centraliza el poder y se descentraliza la administración” (p.187).

El gobierno de Salinas de Gortari continuó la estrategia de descentralización en el sector a través del PND y del Plan Nacional de Salud (PNS); además, se impulsó una política clave para este gobierno y fue el Programa de Solidaridad que, junto con la Secretaría de Desarrollo Social, centralizaría aún más los recursos públicos, derivando en que los estados y municipios no cuenten con los recursos suficientes para asumir sus nuevas funciones tanto operativas como administrativas. Es en el gobierno subsecuente de Ernesto Zedillo (1994-2000), que se implementa el Sistema

de Salud horizontal, lo que buscaba era coordinar los servicios de salud en el marco de la descentralización; con el Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000) se plantean cuatro estrategias: i) la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas para la población no asegurada, ii) la configuración de sistemas estatales, iii) cobertura a través de un paquete básico de servicios, iv) el mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales a través de una coordinación sectorial (López, 2012, p.189).

Con estos cambios se propiciaba que las entidades federativas asumieran, en los hechos, sus funciones y responsabilidades establecidas en la LGS, así como mayor autonomía en el ejercicio de sus recursos presupuestales. Es de resaltar que aunado a estos cambios se da la reforma a la Ley de Coordinación Fiscal, respecto a la distribución de recursos a través de cinco fondos de aportaciones federales correspondientes al Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), entre los que se encuentra el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) (López, 2012, p.199); sin embargo, pese a estas iniciativas sigue habiendo una fuerte dependencia de los estados hacia la federación, a saber, los montos recibidos a través del FASSA son limitados y condicionados de acuerdo con la disponibilidad de recursos con los que cuenta la federación y la manera de cómo deben ejércecelo los estados.

Con el paso de siglo y de milenio, llegan importantes cambios en el sistema político mexicano, su proceso de democratización se materializa con una alternancia política en el poder. En el año 2000 asume la Presidencia de la República Vicente Fox Quesada (2000-2006), candidato de oposición por el Partido Acción Nacional (PAN). Entre las líneas de acción de este gobierno, destaca en materia de salud el Programa Nacional de Salud y su principal política pública el Sistema Nacional de Protección en Salud, mejor conocido como Seguro Popular (SP), “el objetivo era ofrecer protección universal a la población de menores ingresos a través de un seguro médico” (López, 2012, p.193). Lo que buscaba este gobierno a través del Sistema de Protección Social en Salud, era dar cobertura a más de 48 millones de mexicanos que carecían de la protección de los servicios de salud. Para financiar los servicios de salud, también funcionó un esquema tripartita, donde las cuotas serían cubiertas por las aportaciones de los gobiernos federal y estatales, así como las cuotas de las familias beneficiarias.

Esta población no asegurada se beneficiaría de servicios integrales de salud, atención preventiva, consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía y medicamentos (Sánchez, 2018, p.424).

Con el gobierno de Felipe Calderón (2006-2012), se da continuidad a la política pública del SP con algunas modificaciones a su financiamiento, destaca el cambio en el pago de cuotas de los beneficiarios, las cuales comenzarían a pagarse por persona asegurada y no por familia; también se crea el Seguro Médico para una Nueva Generación como un programa de financiamiento que buscaba garantizar la cobertura en salud a niñas y niños desde su nacimiento, y se impulsó la estrategia de Embarazo Saludable, buscando dar cobertura a madres e hijos (Flamand y Moreno, 2015, p.230).

Durante el sexenio de Enrique Peña Nieto (2012-2018) se impulsan una serie de reformas estructurales, en el marco del llamado Pacto por México. En materia de salud, se sigue manteniendo continuidad con el esquema de financiamiento y operación a través del SP; sin embargo, en este gobierno también se asumen compromisos internacionales como los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), por lo que, en este periodo se busca transitar hacia la universalización de los sistemas de salud, se propone la creación el Sistema Nacional de Salud Universal

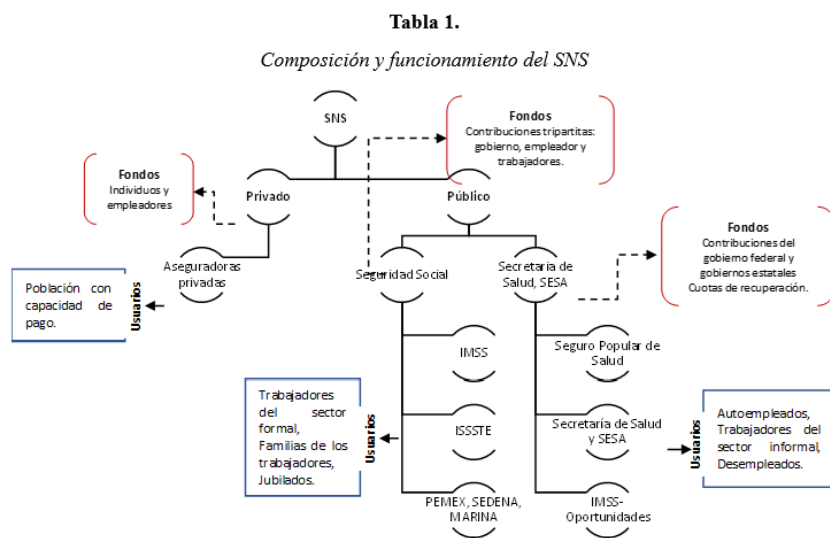
(SNSU), que entre sus líneas de acción se encuentran garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a toda la población, independiente de su condición social o laboral; es decir, se promueve a la salud como un derecho humano no vinculado al trabajo formal (Martínez, 2024, p.493).

En el periodo de gobierno denominado la Cuarta Transformación (4T), con Andrés Manuel López Obrador (2018-2024) en la presidencia, el país vuelve a experimentar una serie de cambios y transformaciones no sólo en el sistema político, también en la propia estructura y funcionamiento del gobierno, derivado de estos cambios se puede decir que México comienza un proceso de transición a la democracia. En términos de lo que plantea Bolívar (2003, p.89) habrá que analizar si esta democratización se da en un sentido amplio o hacia una regresión autoritaria; de aquí el interés de contribuir con este balance sobre una de las políticas clave de este gobierno.

Por lo que respecta al tema de salud, se establece una manera de financiar y operar los servicios de salud distinta a la de los gobiernos anteriores. Un primer cambio es la desaparición del SP y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) para sustituirlo; además, a diferencia de la política de descentralización de los servicios de salud, en este gobierno se percibe una clara recentralización del sector, con la firma de los acuerdos de coordinación entre la federación y los estados, algunas entidades transfieren sus atribuciones y otras las conservan; también se dan modificaciones en la adquisición de medicamentos (Martínez, 2024, p.495). Los cambios seguirían a lo largo de sexenio, en abril de 2023 se aprueba la desaparición del INSABI y se transfieren sus funciones a IMSS-Bienestar (Cámara de Diputados, 2023), reafirmando el argumento central de este trabajo sobre la recentralización del sector salud. La transferencia de INSABI a IMSS-Bienestar implicó que el gobierno federal volviera a concentrar las funciones y recursos que estaban a cargo de los Sistemas Estatales de Salud para la prestación de los servicios públicos de salud.

Se puede decir entonces que la política de salud en el país, durante los distintos gobiernos a los que se hizo mención, ha experimentado un proceso de centralización administrativa y financiera durante la primera mitad del siglo XX, para posteriormente en la década de los ochenta atravesar por una descentralización administrativa, hasta llegar a un proceso de recentralización en el periodo de gobierno de la 4T.

En tal sentido, para poder comprender los cambios e implicaciones que tiene la política pública del SP para su transición al IMSS-Bienestar, es necesario conocer el funcionamiento y estructura del sistema nacional de salud en México, lo cual se puede ilustrar de manera concisa en el siguiente esquema.



Fuente. Imagen tomada de Martínez, 2024.

El SNS está integrado básicamente por el sector público y el sector privado. El sector público ofrece sus servicios a toda la población, clasificada en aquellas personas que cuentan con seguridad social, es decir, trabajadores del sector formal de la economía, sus familias y jubilados quienes reciben la atención médica a través de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR); en este esquema los servicios de salud son financiados de manera tripartita con contribuciones que hace el gobierno, el empleador y el trabajador. Y, en personas que no cuentan con seguridad social, es decir, que son autoempleadas, que pertenecen al sector informal de la economía o que son desempleados, esta parte de la población recibe la prestación del servicio a través de la SS, con los Programas IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular de Salud -sustituido por el INSABI y más recientemente conformado en IMSS-Bienestar- y los Servicios Estatales de Salud (SESA); estas instituciones se financian con recursos del gobierno federal y gobiernos estatales, además de una cuota de recuperación que pagan los usuarios al recibir la atención médica o los servicios de salud.

El sector privado, por su parte, presta los servicios de salud a las personas con capacidad de pago, a través de aseguradoras privadas y prestadores de servicio que trabajan en clínicas, consultorios, hospitales privados, entre otros (Gómez, 2011, p.S224); este esquema de prestación de servicio es financiado básicamente por el pago que hacen los usuarios al recibir la atención médica y por las primas de seguros médicos privados.

La política de salud y sus implicaciones del cambio de Seguro Popular a IMSS-Bienestar

El Seguro Popular de Salud -en adelante SP-, forma parte de las acciones prioritarias del Sistema Nacional de Salud (SNS) del gobierno de Fox, el cual pretendía “alinear las políticas fiscales con la política de salud mediante el estímulo de prepago por la atención a la salud” (PNS, 2001). Con la LGS de 2004, se sustentan las acciones de protección social en salud que brindarían las entidades federativas, “el objetivo era sustituir el pago de bolsillo de las familias por el prepago, lo cual era una condición necesaria para el financiamiento de los seguros médicos y la expansión del sector privado” (Tamez y Eibenschutz, 2008, p.138).

En el Programa Nacional de Salud (PNS) se estableció que la población objetivo serían las familias de bajos ingresos no derechohabientes de la seguridad social. Los servicios ofrecidos por el SP se dividen en esenciales y servicios de alto costo; los primeros, se contemplan en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) y se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales; los segundos, se ofrecen en hospitales de alta especialidad. Lo cual implica un cambio importante de cómo se entiende el derecho a la salud en este gobierno, bajo este esquema la prestación de servicios se “circunscribe a un catálogo de beneficios médicos de primer nivel y a otro de hospitalización para especialidades básicas en un segundo nivel de atención” (Tamez y Eibenschutz, 2008, p.138).

La prestación del paquete de intervenciones de primer y segundo nivel de atención del SP se descentralizó al nivel estatal, pues se trata de intervenciones de bajo riesgo y alta probabilidad. En el caso de las intervenciones del paquete de alto costo de tercer nivel, se financió a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), el cual comparte el riesgo entre el nivel nacional y las unidades regionales que ofrecen servicios de alta especialidad (Frenk, et al., 2007, p.28).

¹ Con la reforma a la LGS en 2009, la cuota social se establecería por individuo y ya no por familia como se hacía como antes de la reforma.

El esquema de financiamiento del SP transformó la lógica del financiamiento público, pues en lugar de asignar los recursos a la infraestructura médico-hospitalaria de cada entidad federativa, ahora se haría en función del número de afiliados al Sistema, con fórmulas establecidas en la LGS y su Reglamento. Según Flamand y Moreno (2015), esta medida buscó eliminar el sesgo favorable y sistemático hacia las regiones con mayor capacidad instalada, asignando los recursos con base en las necesidades sanitarias de las entidades, respecto al número de personas que debían atenderse (p.226).

Cabe decir que el financiamiento del SP en cada entidad federativa también se hace de manera tripartita como en el modelo tradicional del seguro social. El esquema considera, por un lado, la contribución o cuota social (CS) a cargo del gobierno federal equivalente al 15% del salario mínimo -del entonces Distrito Federal- por cada familia asegurada, con la reforma a la LGS en 2009, fue equivalente a 3.92¹% del salario mínimo general diario por individuo afiliado. Por otro lado, la aportación solidaria estatal (ASE) y federal (ASF) integrada por las aportaciones concurrentes del gobierno federal y de los gobiernos estatales. El monto de la ASF para cada entidad se determina por una fórmula establecida en el Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud, además cuenta con otros recursos federales como el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASA), el componente de salud del Programa Oportunidades, los programas nacionales de salud y la inversión federal en infraestructura en los estados (Laurell, 2013, pp.84,87). La ASE se basa en la contribución corresponsable, al no haber empleador, la corresponsabilidad se da entre el gobierno federal y el estatal para subsanar las diferencias en los niveles de desarrollo de los estados; al ASE es igual para todas las entidades y asciende a la mitad de la contribución social federal, su fuente de financiamiento son los ingresos estatales (Frenk, et al., 2007, p.S30).

Finalmente, el otro componente se refiere a la contribución familiar, la cual es progresiva y redistribuye el ingreso familiar, el monto de la aportación se basa en un subsidio escalonado a partir del principio de que ninguna familia debe aportar más de la proporción justa en función de su capacidad de pago (Frenk, et al., 2007, p.S30). En un principio se exentó de pago a los deciles I y II, después se incluyó a la mayor parte de las familias; a partir de 2010 sólo cotizaban las familias de los deciles V a X o de los deciles VIII a X si tenían un hijo nacido después del 1° de diciembre de 2006 o una mujer embarazada, lo cual significó que la mayoría de las familias pertenecieran al régimen no contributivo, traduciéndose en bajos ingresos para el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) (Laurell, 2013, p.91).

Para el funcionamiento del SP se crearon organismos descentralizados encargados de la administración de los recursos, así como la responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud de brindar la atención médica, quienes también ya se encargaban de prestar la atención a la población abierta (López, 2012, p.193). Si bien el proceso de descentralización de los servicios de salud no era algo nuevo, lo novedoso fue que el gobierno de Fox impulsó un esquema de protección financiera para intervenir en el proceso de brindar seguridad social a la población abierta a través del SP; aunque se creó una estructura propia para administrar los recursos que se transferían a los estados, no se fortaleció la infraestructura ni se crearon nuevas instalaciones, por lo que, los servicios se ofrecieron con las mismas instituciones que brindan atención a la población sin seguridad social, la cual incrementaba cada vez más (López, 2012, p.194).

² “El Fondo también prevé un esquema especial de cobertura universal acelerada para problemas de alta prioridad consideradas como las principales causas de gasto catastrófico para las familias previamente no aseguradas, incluyendo terapia integral de SIDA, tratamiento de cánceres infantiles, tratamiento de cáncer cervicouterino en todas sus fases y extracción de cataratas” (Frenk et al, 2007, pp. S32-S33).

La prestación de los servicios de salud y cobertura del SP para los afiliados, se contrataron principalmente, aunque no de manera exclusiva, con prestadores públicos que forman parte de las 32 secretarías estatales de salud. Además, para fortalecer los servicios de alta calidad, destacan tres planes maestros: i) infraestructura, el cual busca ampliar la disponibilidad y capacidad de las unidades que ofrecen los servicios de salud en el largo plazo; ii) equipamiento, este plan de inversión es un complemento del anterior el cual busca invertir en equipamiento médico y se refuerzan los procedimientos de mantenimiento del equipo médico y racionaliza la adopción de nuevas tecnologías a través de la valoración de necesidades basadas en evidencias; y iii) recursos humanos, este plan maestro se enfoca en el desarrollo de las capacidades médicas y de enfermería, incluye un diagnóstico por estado de la oferta de médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud en las instituciones públicas, con base en esta información se hacen recomendaciones sobre el desarrollo de recursos humanos tanto a instituciones educativas como a los prestadores de servicios (Frenk, et al., 2007, p.S31).

El esquema de financiamiento del SP buscó ampliar la cobertura de los servicios de salud en dos sentidos; uno de manera horizontal, que tiene que ver con el número de familias afiliadas, la cobertura se expande promoviendo criterios de equidad y justicia, pues la afiliación se inicia entre los grupos más pobres de la población y se extiende de manera gradual hacia los de mayores ingresos. La cobertura vertical, hace referencia a los beneficios que cubre, es decir, se amplía con base en prioridades explícitas en materia de intervenciones; a saber, para 2006 el paquete de servicios esenciales cubría el 95% de todas las causas de hospitalización y el FPGC² cubría 17 intervenciones de alta complejidad (Frenk, et al., 2007, pp. S32-S33).

El presente trabajo tiene como objetivo explicar las implicaciones que trajo el cambio de política del Seguro Popular de Salud al IMMS Bienestar, transitando por la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) hasta su posterior extinción, todo esto en el periodo de gobierno de Andrés Manuel López Obrador denominado el gobierno de la 4T. En tal sentido, es importante contar con una visión crítica, primero, de lo que significó la política del SP en los gobiernos que le antecedieron desde su implementación, y segundo, hacer un análisis objetivo de lo que representa el cambio de política en la prestación de servicios de salud con el IMSS-Bienestar en el gobierno de AMLO.

Cabe mencionar que el financiamiento, prestación de servicios y cobertura del SP tuvo también severas críticas, pues a pesar del aumento de afiliados al SPS y del presupuesto destinado a éste durante el periodo 2005-2010, las capacidades de cobertura médico-sanitaria para la atención integral de amplio espectro se encuentran estancadas y los servicios que dan soporte al SP no crecieron al ritmo de la afiliación según datos de Coneval de 2015 (López, 2017, p.75). Entre 2006 y 2011 el presupuesto del FASSA aumentó un 17.5%, mientras el del SNPSS en 245% con base en las afiliaciones por cada estado, pese a este incremento presupuestal no hay una correspondencia con un aumento en la atención (Tetelboin, et al., 2020, p.44). Además, la disponibilidad de médicos, enfermeras, camas censales y capacidad instalada mantienen desigualdades entre las entidades federativas y los municipios urbanos y rurales, por ejemplo, estados con mayor población rural e indígena presentan menor disponibilidad de servicios (OPSDH, 2014 citado en López, 2017, p.75).

Lo anterior se puede explicar debido a que el presupuesto federal se destina a los estados en función de la cantidad de familias aseguradas, por lo que, las entidades que registren menor afiliación recibirán menor presupuesto,

vulnerando de manera importante los recursos presupuestales con los que cuentan los estados para cubrir dicho rubro (Tamez y Eibenschutz, 2008, p.142).

Esto también representó una fuerte presión política y económica para las entidades federativas, que buscaban incrementos en su afiliación para acceder a recursos. Otro tema controvertido es la estrategia para el abastecimiento oportuno de medicamentos, pues sólo el 65% de las recetas se surten en su totalidad y la mayoría de las medicinas se encuentran condicionadas a un catálogo limitado (ENSANUT, 2012 citado en López, 2017, p.76). Los paquetes de servicios también tienen serias limitaciones, y al estar bajo el criterio costo/efectividad, no contemplan varios problemas de salud que ocupan las primeras causas de morbilidad y mortalidad como infarto, cáncer y accidentes severos. Aunado a lo anterior, el FPGC hasta 2006 había sido subutilizado, de las 17 causas que debe atender sólo lo hizo en 4 tipos de padecimiento, derivando en recursos no utilizados (Tamez y Eibenschutz, 2008, p.142). Lo cual se traduce en una reducción en la disponibilidad de recursos e infraestructura y equipo con efectos negativos en el acceso efectivo y la calidad de la atención (López, 2017, p.75). Cabe destacar que durante el periodo 2012-2018, diez empresas concentraron el 79.6% del gasto farmacéutico -335 mil 340 millones de pesos-; destaca la participación de empresas como Grupo Fármacos Especializados (FANASA) quienes concentraban del 31 al 85% de las compras de los diversos productos farmacéuticos (Jiménez y Urrutia, 2019; Blancas, 2019 citado en Tetelboin, et al., 2020, p.45).

Lo que se observó al concluir el gobierno de Vicente Fox es la configuración del SNS, destacaban la participación de las instituciones administradoras del financiamiento y prestadoras de servicios en los servicios públicos de salud, lo cual implicó abiertamente la introducción del sector privado. Con los gobiernos subsecuentes de Calderón y Peña no fue la excepción, ambos dieron continuidad al SP con ligeras modificaciones en materia de financiamiento.

En el gobierno de Felipe Calderón, se seguirá financiando a las entidades federativas a través del FASSA (Ramo 33), además de crearse el Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad y contar con las cuotas de los beneficiarios del SP, cabe decir que los recursos transferidos se pagarían por persona asegurada y ya no por familia. En este gobierno la provisión de servicios de salud seguía siendo descentralizada a través de los Regímenes Estatales de Protección en Salud (REPS), sin embargo, estos no significaron más autonomía financiera para los estados y municipios, ni tampoco un eficaz y eficiente desempeño de los REPS, la realidad es que los estados tenían poca influencia en la planeación de los sistemas, el destino de los recursos y las decisiones estratégicas (Flamand y Moreno, 2015, p.246).

En el sexenio de Peña Nieto, aunque se da continuidad al programa del SP respecto a su financiamiento y operación, se dan cambios importantes en materia de salud; se crea el Sistema Nacional de Salud Universal (SNSU), el objetivo, en teoría, era transitar hacia la universalización de los servicios de salud, garantizando su acceso independiente de la condición laboral de las personas, es decir, se concibe a la salud como un derecho humano no vinculado al trabajo formal (SSA, 2013-2018). Lo anterior, se explica por los compromisos internacionales que asume México con la declaratoria de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, que en su meta 3.8 establece la universalización de los servicios de salud de calidad.

Es de resaltar que durante este gobierno se dan una serie de reformas estructurales que son las directrices para fortalecer o en algunos casos consolidar el proceso de privatización en diversos sectores del país.

La reforma en salud se traduce principalmente en cambios a la LGS, lo que se buscaba era corregir los problemas de ineficiencia en los procesos administrativos, asignación tardía y subejercicio de los recursos públicos, falta de transparencia, desvío de fondos, corrupción, etc., todos esto producto de la compleja estructura financiera del SNS. Se puede decir que con estos cambios el sector se encaminaba a una recentralización de los procesos técnico-administrativos (Presidencia de la República, 2013b citado en López y Rivera, 2016, p.287). El Programa Sectorial de Peña, resaltaba el papel de la SS como la encargada de conducir, coordinar, regular, dar seguimiento y evaluar al SNSU.

Sin embargo, los cambios propuestos en materia de salud durante este sexenio tuvo serias críticas; la universalidad que se pretendía con el SNSU fue cuestionada pues se argumentaba que la iniciativa propuesta por el gobierno obedecía más a una lógica de aseguramiento privado, reduciendo la prestación de servicios a un seguro médico para quienes no cuentan con seguridad social laboral y financiado con recursos públicos para garantizar la compra de un paquete básico de servicios en redes plurales de proveedores, “más que instrumentos para proteger la salud, lo que se privilegia son mecanismos financieros para redireccionar los fondos públicos hacia la demanda, comprometer una cápita por afiliado y promover la competencia por los recursos en redes plurales de proveedores públicos y privados” (González et al., 2013 citado en López y Rivera, 2016, p.288).

En el año 2018 con Andrés Manuel López Obrador en la presidencia, se perfila un cambio de gobierno y de política para el país. Desde inicios de su gestión, comienzan a impulsarse con una visión humanista una serie de reformas de gran calado; sobre el tema de salud la propuesta de reforma a la Ley General de Salud, a la Ley de Coordinación Fiscal y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, tuvo como propósito transformar la estructura y funcionamiento del SNS y de su brazo operativo el SP; los principales cambios en la LGS incluyen modificaciones en la prestación de servicios de salud, protección social en salud y control sanitario de medicamentos (Reyes-Morales, et al., 2019, p.686).

La iniciativa de reforma en materia de salud del gobierno denominado de la 4T busca “crear un sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos asociados para la población que carece de seguridad social” (Reyes-Morales, et al., 2019, p.686), al tiempo que propone la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como organismo descentralizado de la SS, mismo que contará con los recursos humanos, financieros y materiales que eran destinados a la entonces Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). La idea es que el INSABI cubra “los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención, así como los medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud” (Reyes-Morales, et al., 2019, p. 687).

El financiamiento del Instituto, establecido en la LGS, es a través de la transferencia del 11% de recursos del Fondo para la Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos de la SS. Además, con la creación del INSABI se crea el Fondo de Salud para el Bienestar (FSB), sujeto a sus Reglas de Operación, en las cuales se definen los criterios de asignación del Fondo, la comprobación de la ejecución de los recursos, el financiamiento a la infraestructura, medicamentos, enfermedades, entre otras cosas. La fuente de financiamiento para las entidades federativas, además del FSB seguirán siendo las transferencias por los Ramos 33 (FASSA), 19 (IMSS-Bienestar) y 28 (Participaciones a Estados y Municipios).

Un punto por destacar de esta iniciativa de reforma son los acuerdos de coordinación para la prestación de los servicios de salud entre la SS y las entidades federativas, lo cual implicaría inevitablemente una modificación en las atribuciones de estados y municipios, así como el propio funcionamiento del sistema de salud; ya que se definirán, entre otras cosas, las funciones y gestión operativa de cada ámbito de gobierno para la prestación de los servicios médicos. La iniciativa también incluye diversas reformas a la ley en materia de gestión de medicamentos, se contempla que la SS determine la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, asimismo garantizar su existencia permanente y disponibilidad (Reyes-Morales, et al., 2019, p. 688).

Casi a finales de sexenio, en abril de 2023, se aprueba la extinción del INSABI y se transfieren sus funciones a IMSS-Bienestar (Boletín Cámara de Diputados, 2023), esto implicaba que el gobierno federal concentraría aún más las funciones y recursos que estaban a cargo de los Sistemas Estatales de Salud para la prestación de los servicios médicos. En diciembre del mismo año, la Cámara de Diputados y la Cámara de Senadores aprueban el proyecto de decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal (Arts. 25, 29 y 30) y la Ley General de Salud (Arts. 3, 7 y 77 bis 16 A), para consolidar la federalización de los servicios de salud del IMSS-Bienestar (Boletín Cámara de Diputados, 2023) (Senado de la República, 2023).

En dichas modificaciones se establece que las entidades federativas que suscriban un convenio de colaboración con el IMSS-Bienestar continuarán recibiendo los recursos que correspondan al FASSA, con el objetivo de destinarlo a las obligaciones que conserven en términos de la LGS. Las entidades que no suscriban el convenio de coordinación se sujetarán a lo previsto en la ley respecto a lo establecido en dicho Fondo. Además, en los convenios se establece el traspaso a IMSS-Bienestar de las plazas en las que complementa el pago de los servicios (Boletín Cámara de Diputados, 2023).

Otro tema central que atiende la reforma son las problemáticas laborales de los trabajadores del sector salud, lo que busca es otorgar certeza jurídica en la figura patronal, así como en los movimientos y transferencias del personal de una entidad federativa a los servicios de salud del IMSS-Bienestar (Senado de la República, 2023). En suma, las entidades federalizadas buscarán homologar claves de medicamentos, nóminas, tabuladores de personal, criterios de atención y servicios integrales de los servicios de salud, a través del plan de 100 días para transferir los servicios de salud de 23 estados a IMSS-Bienestar (Boletín, IMSS, 2024).

Cabe resaltar que con la aprobación de estas reformas se logra que los recursos federales asignados a la prestación gratuita de servicios de salud se concentre operativa y normativamente en el IMSS-Bienestar como responsable de su ejercicio; se argumenta que la reforma trae beneficios en el modelo de Atención de Salud a las personas sin seguridad social, como consecuencia de la asignación directa al presupuesto del IMSS-Bienestar de los recursos del FASSA a las entidades concurrentes (Boletín Cámara de Diputados, 2023). Sin embargo, valdría reflexionar si estos cambios impulsados por las últimas reformas al sistema de salud podrían significar un retroceso en la participación de las entidades federativas tanto en su financiamiento como en la eficiencia y calidad de la prestación de los servicios públicos en el sector.

Conclusiones

El gobierno de la 4T no sólo representó un cambio en el poder sino también un cambio en la visión de país. Con la llegada de Andrés Manuel López Obrador (AMLO) a la Presidencia de la República en 2018, con un partido de oposición Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA), caracterizado por su integración y composición principalmente de la base social, se perfila un proceso de transición a la democracia en el país.

El nuevo gobierno encuentra importantes desafíos a los que tiene que hacer frente, por lo que impulsa una serie de reformas para buscar reconfigurar la política neoliberal de las últimas décadas, con una visión más humanista y de bienestar social. Sin embargo, en algunos casos, las propuestas no logran tener el alcance esperado debido a factores exógenos que están fuera de su control; tal es el caso de los cambios propuestos en el sector salud, que al enfrentar una contingencia sanitaria mundial por la pandemia de COVID-19, no sólo agravó la situación del sistema de salud mexicano, sino que además dificultó el proceso de cambio, mismo que se ha ido impulsando sobre la marcha.

Para cumplir con el objetivo de este ensayo, sobre contribuir con el análisis de las principales implicaciones que trajo consigo el cambio de SP a INSABI hasta la conformación del IMSS-Bienestar como parte de la política pública de salud durante todo el gobierno de AMLO (2018-2024), se buscó realizar un balance preliminar sobre la política de salud que impulsó dicho gobierno. Si bien el estudio no fue exhaustivo si da paso a nuevas líneas de análisis y reflexión que nos permitan entender y explicar los cambios impulsados en el sector salud por el actual gobierno de la presidenta Claudia Sheinbaum Pardo (2024-2030) y poder contribuir a un mejor funcionamiento del sistema de salud y en la generación de políticas en la materia para nuestro país.

Lo que se encuentra en este trabajo es que México cuenta con un sistema federal altamente centralizado, la relación de la federación con sus entidades locales ha sido compleja y de cambios a lo largo de la historia, tal como pudimos dar cuenta a partir de la revisión que se hace en los distintos gobiernos a partir de la década de los 80's, cuando se da el principal proceso de descentralización del país.

El caso que nos ocupa que es el sector salud, no fue la excepción, el Sistema Nacional de Salud en México también se vio permeado por estos procesos y las complejas relaciones que implica *per se* el sistema federal. La política de salud desde su origen fue centralista tanto desde el punto de vista administrativo como financiero (Martínez, 2024, p.520), y es hasta la década de los ochenta que experimenta un proceso de descentralización administrativa e incompleta, es decir, la descentralización sólo se daría en el gasto pues la recaudación de los ingresos seguiría siendo centralista (Sovilla, et al., 2018, p.67).

En tal sentido, se puede decir que las reformas impulsadas por el gobierno de la 4T fortalecen el proceso de recentralización de tipo administrativo y fiscal, iniciado en el gobierno de Peña Nieto con la implementación del SNSU y continuado en el gobierno de AMLO con la creación del INSABI en sustitución del SP y la posterior consolidación del IMSS-Bienestar. El gobierno federal vuelve a concentrar la administración de los recursos públicos que estaban a cargo de los SES, así como las atribuciones sobre la prestación de los servicios públicos de salud.

Lo anterior reafirma que los cambios en la política de salud tuvieron continuidad durante los últimos cuarenta años, desde el gobierno de Salinas de Gortari hasta el de Peña Nieto, con algunas variantes en cada sexenio.

En esencia se mantenía la lógica centralista de los recursos económicos de los que seguían dependiendo estados y municipios respecto a la federación y una descentralización administrativa que delegaba a las entidades federativas la gestión y prestación de los servicios públicos de salud. Lo que podemos destacar de esos años es justamente la creación del SP y la mercantilización de los servicios de salud, al crear un esquema de financiamiento con una importante participación del sector privado, impulsado principalmente durante los gobiernos de Vicente Fox, Felipe Calderón y Peña Nieto.

Además de las continuidades se puede observar que existe un cambio en la política de salud durante el gobierno denominado de la 4T, encabezado por AMLO; si bien no hay continuidad en la política de los gobiernos anteriores, no me aventuraría a definir que existe una ruptura propiamente, hay algunos matices que la diferencian, pero valdría analizarlos detalladamente en otro estudio. Por un lado, se impulsa un proceso de recentralización, que no es otra cosa que otorgarle a la federación o al centro las funciones no sólo económicas sino también administrativas y de gestión en la prestación de los servicios públicos de salud, limitando las facultades de estados y municipios en la materia, lo cual ya existía con la descentralización limitada, pero en este caso la federación concentrará todo el financiamiento, funcionamiento y operación del SNS; y por otro, destacar la diferencia respecto a la visión en la prestación de los servicios de salud como un derecho, la cual busca su universalización desde un enfoque humanista y de bienestar.

La política de salud que impulsa el gobierno de la 4T es de largo alcance y en teoría deseable, tal como lo podemos apreciar durante este primer semestre de 2026, con la continuidad de la política de salud del denominado segundo piso de la 4T; las modificaciones y cambios en el sector están consolidando esta visión humanista y de bienestar para toda la población, pero también el proceso de recentralización en la toma de decisiones y manejo de los recursos públicos, lo cual implica altos costos económicos y políticos para nuestro país. En términos económicos habrá una fuerte carga fiscal en el gasto público para orientar recursos al sector; y políticos al disminuir las facultades de los estados en la prestación de los servicios de salud, lo cual implica quebrantar su autonomía.

La iniciativa de reforma y de modificación a la LGS debe ser perfectible y contar con la participación de diversos actores: especialistas, académicos, organizaciones de la sociedad civil y, por su puesto, de manera fundamental, contar con la participación equitativa de los gobiernos, federal, estatal y municipal. Si bien la recentralización traerá beneficios en términos de eficiencia y eficacia para la prestación de los servicios de salud, no necesariamente implica el adecuado y transparente manejo de los recursos o que se rinda cuentas por su ejercicio. La propuesta de reforma que impulsa el gobierno de AMLO e incluso la del gobierno en turno con la presidenta Claudia Sheinbaum Pardo, debe ser completada con una reforma fiscal que aumente los ingresos y permita sostener el alto gasto social que implica el tema de salud. Aún falta mucho camino por recorrer, pero considero que se vislumbra un buen comienzo para los cambios que necesita nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Astudillo, M. (2013). El Federalismo mexicano y la descentralización financiera. *Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, pp.181-201.
- Astudillo, M. (1999). *El federalismo y la coordinación impositiva en México*. México: UNAM / IIEC.

Bolívar, R. M. (2003). *La construcción de la política en México*. México: Instituto Politécnico Nacional.

Cámara de Diputados (2023, 12 de diciembre), *Aprueba Cámara de Diputados reformas en materia de servicios de salud del IMSS-Bienestar*, Boletín 5711. <https://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/index.php/boletines/aprueba-camara-de-diputados-reformas-en-materia-de-servicios-de-salud-del-imss-bienestar>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2024, 31 de mayo), *Con Plan de 100 días se concretará la transferencia de los servicios de salud de 23 estados a IMSS-Bienestar*, Boletín de prensa 260. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/i2f_news/IMSS%20Boleti%CC%81n%20260.pdf

Flamand, L. y J. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012). *Foro Internacional*, 219, pp. 217-261.

Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M.A., Knaul, F.M. (2007). “Reforma integral para mejorar el sistema de salud en México”. *Salud Pública de México*, pp. S23-S36.

Gómez, O. D. (2011). Sistema de Salud en México. *Salud pública de México*, 53, pp. S220-S232.

Laurell, A. C. (2013). *Impacto del Seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO.

López, O. A. (2017). “Reformas de salud en México. Balance y desafíos”. *Salud Problema/Segunda época*, (Número especial), pp. 67-82.

López, O. A. y Rivera, J. A. (2016). “Sistema Nacional de Salud Universal: Universalidad de mercado y restricción de derechos”. En E. L. Valencia, *Nueva ronda de reformas estructurales en México ¿nuevas políticas sociales?* México: El Colegio de la Frontera Norte.

López, E. G. (2012). La descentralización de los servicios de salud. *Biblioteca Jurídica Virtual del IIJ-UNAM*, pp. 177-203.

Martínez, Y. (2024), Balance preliminar de la política de salud durante el gobierno de la 4T. Implicaciones del cambio de Seguro Popular de Salud a Instituto de Salud para el Bienestar, en Gómez, M. y Sánchez, J.J. (coord.), *Análisis del desempeño del gobierno de la 4T a mitad del camino (2018-2021)*, pp. 495-541, Tirant lo Blanch.

Olmeda, J. (2017). La recentralización y los gobernadores: ¿por qué no siempre se oponen? Analizando el caso de México. *Foro internacional*, s/i.

Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 (2001, 21 de septiembre). *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001#gsc.tab=0

Reyes-Morales, H., Dreser-Mansilla, A., Arredondo-López, A., Bautista-Arredondo, S. y Ávila Burgos, L. (2019). Análisis y reflexiones sobre iniciativa de reforma a la Ley General de Salud en México 2019. *Salud Pública de México*, pp. 685-691.

Sánchez, J. J. (2018). *Administración pública y reforma del Estado*. México: IAPAS.

Senado de la República (2023, 05 de diciembre), *Pleno del Senado aprueba reforma para consolidar federalización del IMSS-Bienestar*. Coordinación de Comunicación Social, LXVI Legislatura. <https://>

comunicacionsocial.senado.gob.mx/informacion/comunicados/7720-pleno-del-senado-aprueba-reforma-para-consolidar-federalizacion-del-imss-bienestar

- Sovilla, B., Saragos-López, A. y Morales-Sánchez, E. (2018). “Contradicciones de la descentralización fiscal en México: El caso de Chiapas”, *Gestión y Política Pública*, XXVII(2), pp. 397-429.
- Tamez, S. y. (2008). “El Seguro Popular de Salud en México: pieza clave de la inequidad en salud”. *Revista de Salud Pública*, pp.133-145.
- Tetelboin, C., Piña, M.C., Melo, K. (2020). “El Sistema de Salud de México y los cambios durante el primer año de Gobierno del presidente López Obrador”. *Salud Problema. Segunda época*, 28, pp. 34-53.