

ERW

04

Federalismo Responsable en México: Salud Pública y COVID-19



CIDE

ARMANDO ARREDONDO LÓPEZ,
EMANUEL OROZCO NÚÑEZ, MARIO SÁNCHEZ DOMÍNGUEZ,
CHRISTIAN TORRES DE LA ROSA Y HORTENSIA REYES MORALES

FEDERALISMO
RESPONSABLE
EN MÉXICO



KONRAD
ADENAUER
STIFTUNG

Federalismo responsable en México: Salud pública y COVID-19

Sobre los autores: Armando Arredondo López, Emanuel Orozco Núñez, Mario Sánchez Domínguez, Christian Torres de la Rosa; Coordinadora: Hortensia Reyes Morales. Investigadores en Ciencias Médicas en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Primera edición: Noviembre de 2021.

D.R. © Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE)

Las características de esta publicación son propiedad de la Fundación Konrad Adenauer (KAS) y del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).

ISBN: En trámite

Prohibida su reproducción parcial o total por cualquier medio, sin autorización escrita de los titulares de los derechos patrimoniales.

Esta publicación es parte de un proyecto realizado en el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) gracias al generoso apoyo financiero de la Fundación Konrad Adenauer (KAS).

Las opiniones en este documento son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y no representan el punto de vista de la KAS o el CIDE.

Impreso y hecho en México / Printed and made in Mexico.

Contenido



FEDERALISMO RESPONSABLE EN MÉXICO

| | |
|---|----|
| Presentación | 4 |
| Introducción | 5 |
| Diagnóstico | 6 |
| Consideraciones metodológicas | 9 |
| <i>Diseño y universo de estudio</i> | 9 |
| <i>Criterios y selección de indicadores</i> | 9 |
| <i>Levantamiento de información</i> | 12 |
| <i>Análisis de datos</i> | 12 |
| Resultados: análisis comparativo 2000-2020 | 13 |
| <i>Indicadores de Salud</i> | 13 |
| <i>Gasto en salud</i> | 16 |
| Análisis integral de tendencias y evidencias sobre indicadores analizados a la luz de las políticas públicas en salud | 22 |
| <i>Cambios sobre federalismo responsable en Salud</i> | 22 |
| <i>Coordinación de los servicios de salud</i> | 22 |
| <i>Mecanismos de transferencia de recursos financieros para la salud</i> | 23 |
| <i>Dimensiones políticas del federalismo responsable en salud</i> | 23 |
| <i>Análisis comparativo de indicadores cualitativos</i> | 24 |
| <i>Análisis comparativo de indicadores COVID-19 entre entidades federativas</i> | 26 |
| <i>Exceso de mortalidad 2020</i> | 28 |
| Retos, buenas prácticas y recomendaciones de Federalismo en Salud, México 2000-2020 | 30 |
| <i>Retos para el federalismo responsable en salud en México</i> | 30 |
| <i>Buenas prácticas estatales de federalismo en salud</i> | 30 |
| Conclusiones | 32 |
| <i>Recomendaciones de políticas públicas de salud para un Federalismo Responsable en México</i> | 32 |
| Referencias | 33 |
| Anexos | 34 |

04

Presentación

Para la Konrad-Adenauer-Stiftung (KAS) en México es un privilegio colaborar con el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) en este esfuerzo por desarrollar conocimiento científico para realizar un diagnóstico y mapeo sobre un tema tan relevante para la realidad política de México, como lo es el federalismo. En la KAS, estamos firmemente comprometidos con la democracia representativa, el estado de derecho, las relaciones internacionales y la economía social de mercado. Contamos con más de 100 oficinas en el extranjero y desarrollamos proyectos y actividades en más de 120 países, a través de programas nacionales y regionales. Para nosotros y nuestro quehacer a nivel global, la persona está en el centro de atención de toda acción política, con su dignidad inconfundible, sus derechos y obligaciones. En México, queremos contribuir a la consolidación y profundización de la democracia como sistema político y forma de convivencia para que las personas puedan vivir en libertad y con dignidad.

El federalismo es una forma de organización política que une estados y otro tipo de entidades políticas en torno a un sistema político común de una manera que permite que cada una de sus partes mantenga su propia integridad e identidad en el marco de un espacio de nación común. Los sistemas federales logran estos objetivos estableciendo requerimientos básicos para el diseño y la implementación de políticas a través de la negociación para que cada uno de los miembros puedan compartir el proceso y la ejecución de las decisiones que se toman. Existen distintos sistemas políticos que se hacen llamar federales y que difieren en muchos sentidos entre ellos. No obstante, algunas características y principios son comunes entre todos los sistemas verdaderamente federales. Mantener el balance entre las entidades políticas que conforman un sistema federal no es una tarea sencilla, por lo que cualquier arreglo de este tipo presenta retos importantes. De forma casi natural, todos los federalismos se han ido ajustando a través del tiempo con el objetivo de encontrar los mecanismos más adecuados para un funcionamiento óptimo. La principal razón es que, cuando estos arreglos institucionales funcionan de mejor manera, se cuenta con ventajas para la toma de decisiones y la provisión de los servicios en los distintos ámbitos de gobierno. Asimismo, el mayor control democrático y una mejor rendición de cuentas en las estructuras federales, permite una mejor implementación y coordinación de las políticas públicas. Esta mejora continua por parte de las entidades que conforman un federalismo con el objetivo de brindar mejores condiciones de vida a sus habitantes: es lo que en este trabajo denominamos **“Federalismo Responsable”**.

Esto es cierto para el contexto mexicano, pero también para un país como Alemania, que comparte con México la estructura federal como forma de organización política. En el contexto alemán, el federalismo ha sido parte integral de su proceso de conformación como un estado nación en la unificación alemana del siglo XIX. Diversos estados independientes, como Prusia, Bavaria o Sajonia optaron por unirse en una Confederación de Estados, que posteriormente se transformaría a través de los años en lo que hoy conocemos como la República Federal de Alemania. Así, no es posible entender la realidad política que vemos hoy en Alemania sin el federalismo. En el caso mexicano, el federalismo se instauró por primera vez en 1824 con la implementación de la primera Constitución, al poco tiempo de haber obtenido su independencia de España en 1821. Tras un periodo de cambio a una República Centralista en 1835, para 1846 regresó la estructura federal para quedarse como forma de organización política por excelencia. Es decir, en México, como en Alemania, el federalismo ha sido parte del ADN político desde los inicios. En este sentido, el análisis y la implementación de reformas para su mejor funcionamiento es un objetivo central de cualquier sistema federal, por lo que, como KAS México, nos entusiasma formar parte de este estudio de la mano del CIDE, en quienes hemos depositado una vez más nuestra confianza debido a su destacado rigor metodológico y excelencia académica. También se han sumado especialistas de instituciones como el Instituto Nacional de Salud Pública, el World Justice Project, la Universidad Iberoamericana y la Universidad Panamericana. A todos ellos nuestro sincero agradecimiento por tan destacado esfuerzo. Estamos convencidos de que este análisis se convertirá en una referencia y una herramienta útil para los principales actores y tomadores de decisiones de los distintos órdenes de gobierno, especialistas y el público en general interesado en el tema.

Este trabajo está estructurado en distintas partes analíticas que conforman un todo, al igual que en las estructuras federales. El primer documento realiza una caracterización demográfica, social y económica de las entidades federativas en México. A partir de este diagnóstico general, el lector encontrará información relevante sobre cuál ha sido la evolución y cuál es la situación en la que se encuentran las entidades federativas, tomando en cuenta los principales indicadores por entidad. La segunda parte de este estudio está compuesto por análisis particulares de ocho áreas de política pública: capacidades fiscales y desarrollo económico; profesionalización y modernización; salud pública y COVID-19; administración electoral y democracia; ciencia, tecnología e innovación; internacionalización; sistema penal y estado de derecho; y transparencia. Estamos convencidos de que el análisis sobre la base de temáticas particulares permitirá realizar una mejor evaluación del desempeño de las entidades federales y proponer posibles soluciones a problemas específicos.

Ing. Hans-Hartwig Blomeier
Director de la Konrad-Adenauer-Stiftung (KAS) México

Introducción

El sistema político mexicano es reconocido teórica y oficialmente como un sistema federal, con una repartición del poder y las responsabilidades, más o menos equilibrada entre los principales actores políticos y espacios territoriales. De acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la estructura de poder del gobierno se fundamenta en tres órganos autónomos: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Sin embargo, en la práctica, la toma de decisiones en materia de políticas públicas está muy centralizada y el Poder Ejecutivo tiene una autoridad casi irrestricta sobre los Poderes Legislativo y Judicial y sobre cualquier otro actor político, más aún cuando la mayoría relativa del Congreso Federal es del mismo partido político que el presidente en turno (CPEUM, 2000; Voguel, 1996; Alonso, 1992). Pese a los pronunciamientos teóricos y los cambios en la alternancia del poder durante los últimos 20 años, el federalismo permanece limitado con importantes repercusiones en materia de responsabilidades en el diseño, implementación y monitoreo de las políticas públicas (Pereyra, 1999; Puga 1986).

En el ámbito de la salud, concebimos al Federalismo Responsable como la coordinación, acuerdo, unión, alianza y pacto entre todos los actores de los diferentes niveles y órdenes de gobierno para garantizar, financiar y otorgar los servicios de salud con efectividad, calidad, equidad y eficiencia, en función de las necesidades de atención de cada conjunto poblacional (Burdeau, 1985; Arredondo, 2003; Flamand, 2014). Todo ello, en cumplimiento del marco legal en salud para todos los actores involucrados y bajo la rectoría del nivel federal representado por la Secretaría de Salud (SSA), apegándose a la Ley General de Salud (LGS) vigente y a partir de los objetivos, metas y líneas estratégicas de acción del Programa Sectorial de Salud en turno (SSA, 2019, Reyes, 2019).

En este sentido, el sistema de salud mexicano surge, evoluciona y se consolida como parte de un sistema de federalismo responsable, que en teoría plantea un equilibrio entre los diferentes niveles y órdenes de gobierno, aunque en la práctica, al igual que en el resto de las políticas públicas, dicho equilibrio no ha logrado concretarse. En efecto, la distribución del poder y por conseciente la responsabilidad en la toma de decisiones en salud continúa dándose en un sentido vertical, con un exceso de concentración del poder en el nivel central del gobierno, particularmente en el presidente y sus principales colaboradores /seguidores (Puga 1986; Alonso, 1992).

Al igual que en otros sectores, el sector salud continúa centralizado, pese al énfasis en las políticas de descentralización iniciadas en la década de 1980 y consolidadas al final de la década siguiente (De la Fuente, 1996; Quentin, 2000). Las relaciones entre los diferentes niveles del gobierno, con algunas excepciones en los últimos 10 años, han estado determinadas por la naturaleza muy centralizada del sistema político de México y se han vuelto tan estables como el sistema mismo, a pesar de cambios de partido político en el poder federal.

El estudio del federalismo responsable en salud y con ello de la relación entre el centro y los niveles estatales-municipales, particularmente para el período desde la consolidación de la descentralización hasta 2020, se considera ahora un elemento decisivo en el proceso de democratización y en la efectividad de las políticas públicas en materia de salud; a medida que algunos países se convirtieron en democracias incipientes, la interrelación entre democracia y autonomía local ha adquirido nuevo vigor. En el caso de México, los esfuerzos descentralización de la salud en el último decenio del siglo pasado continúan, tratando de cambiar el carácter de las relaciones intergubernamentales entre los Sistemas Estatales de Salud (entidades federativas) y el Sistema Nacional de Salud (nivel federal). Por otra parte, la cuestión de “quién gobierna” tiene un interés especial porque la estructura del poder se refleja inevitablemente en las políticas mismas y determina quién se beneficia de la política pública de salud (SSA, 1997; SSA, 2001).

Diagnóstico

En las últimas décadas, para las políticas nacionales y estatales de salud dirigidas a la población sin seguridad social, la descentralización fue una tesis rectora para transferir responsabilidades a los estados y reorientar las políticas de bienestar social inscritas en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) de cada período de gobierno federal. En el caso de los servicios de salud, desde 1984 se emprendió una profunda reforma sanitaria cuyos ejes fueron: la elevación a rango constitucional del derecho a la protección de la salud (artículo 4to. de la Constitución y LGS); el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud; y la adopción de la atención preventiva como política rectora de los programas de salud bajo una estricta coordinación de responsabilidades entre los niveles federal y estatales (SSA, 1999).

En el marco de la descentralización como eje conductor de las políticas del Estado Mexicano Federal, la Coordinación de Servicios de Salud (CSS) estableció que el centralismo había reducido la capacidad de los Servicios Coordinados para satisfacer el derecho a la salud. Las autoridades locales carecían de capacidad y recursos para planificar el desarrollo de la infraestructura, implantar programas prioritarios y utilizar los recursos institucionales de manera efectiva y eficiente. Por otra parte, los nuevos Comités para la Planeación del Desarrollo en los Estados (COPLADE) –órganos para desconcentrar las decisiones de la inversión federal– subrayaban más las necesidades del centro que las locales (SSA, 2001).

Acompañado de cambios legales en las constituciones nacional y estatales, es posible identificar seis elementos del modelo de descentralización en el marco del federalismo responsable en salud (SSA 2001, De la Fuente 1996): 1) Competencial, que implicó la transferencia a los estados de la dirección, coordinación y ejecución operativa de la atención médica, la salud pública y el control sanitario en materia de salubridad general concurrente; 2) Administrativa, con la creación de la estructura encargada de la operación de los Servicios Estatales de Salud; 3) Patrimonial, al transferirse en uso gratuito la infraestructura federal a los Servicios Estatales de Salud; 4) Laboral, con la protección a los trabajadores en el régimen laboral y de seguridad social y la delegación del ejercicio de las facultades patronales individuales respetando sus derechos adquiridos; 5) Financiero, al establecerse un sistema de cofinanciamiento con aportaciones federales y estatales; y 6) Logístico, con la adopción del mecanismo para proporcionar los apoyos técnicos y logísticos requeridos por los servicios descentralizados para su consolidación y mejor desarrollo (SSA 1999).

El nuevo modelo de federalismo en salud se basó principalmente en la definición de tres estrategias políticas para la asignación de recursos públicos (SSA, 2001, Wagstaff, 2001, WHO, 2000): recursos para no asegurados, recursos para asegurados trabajadores del Estado y recursos para asegurados trabajadores de la economía formal. De ahí que en 1983 se iniciaran los primeros esfuerzos para proponer y arrancar por primera vez la federalización del sistema de salud mexicano. Posteriormente y bajo las mismas estrategias de política planteadas por el modelo inicial, se continuaron desarrollando diferentes reformas del sistema de salud mexicano durante los años posteriores (1990-2020). Resalta de manera importante que, a pesar de diferentes reformas/cambios, la política del gobierno en materia de salud ha sido descentralizar el poder, pero manteniendo el control desde el centro (SSA, 1997). En otras palabras, el propósito subyacente de la política de la salud en México, en el marco de un federalismo responsable, parece ser centralizar descentralizando. Reforma tras reforma, desde 1984 al 2020, tanto el financiamiento como la producción de servicios de salud continúan dependiendo de las decisiones a nivel central, situación que se acen-tuó recientemente con la implementación del programa sectorial 2019-2024 (SSA, 2019).

De manera paralela, acompañando los diferentes momentos de cambios/reformas en salud, los actores políticos con interés en el sector (proveedores, partidos políticos, usuarios, empresarios, gobiernos, legisladores y sociedad civil en su conjunto), tanto a nivel federal como estatal, han mantenido el empeño para lograr consensos con el propósito de diseñar e implementar nuevas estrategias y políticas públicas que permitan avanzar en materia de un federalismo responsable en salud (Frenk, 1995).

Como ejemplo, las políticas de salud desarrolladas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 estuvieron planteadas con una visión de 25 años en la materia (DOF, 2001). Por lo que toca a la construcción de un federalismo responsable y cooperativo en salud, dicho Programa Nacional de Salud partió de la base que se debe lograr una distribución más equitativa de recursos para la salud, por lo que las desigualdades entre instituciones, grupos de población, niveles de atención y competencias de los estados, exigen permanentemente la revisión de los criterios y mecanismos de la repartición de recursos financieros (Arredondo, 2018; DOF 2001). Desafortunadamente, la asignación de recursos en materia de salud a las entidades federativas continuó basada fundamentalmente en tendencias del gasto histórico y no ha respondido a las

necesidades de la población ni ha garantizado la redistribución de las responsabilidades y de los ingresos económicos para las entidades federativas.

Un cambio reciente en las responsabilidades, las relaciones intergubernamentales y las competencias en materia de salud entre los niveles federal y estatales, se replanteó en el último Programa Sectorial 2019-2024 (SSA, 2019; PND, 2019). Este cambio tuvo su origen en la aprobación, en 2019, de la iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la LGS, de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, en materia de acceso a los servicios de salud y medicamentos asociados para las personas que no poseen seguridad social. En esta reforma, se incluyeron modificaciones a la LGS en artículos relacionados principalmente con la prestación de servicios de salud, la protección social en salud y el control sanitario de medicamentos (Reyes, 2019). Como parte central, se creó el Instituto Nacional para la Salud para el Bienestar (INSABI), como eje rector del sector salud, con el que se replantearon las responsabilidades y competencias entre los estados y la federación.

El recién formado INSABI ha logrado para 2021 diferentes acuerdos/convenios con 25 estados, está encargado de organizar, proveer y garantizar las acciones para la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social, reemplazando al esquema previo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que estuvo vigente de 2003 al 2020 (SSA, 2019).

Es de resaltar que las reformas en salud implementadas en las últimas dos décadas han generado diferentes niveles de acuerdo y convenios de responsabilidad compartida entre los niveles federal y estatal en salud con el fin de avanzar mediante un esquema de un renovado federalismo. Por otra parte, como resultado de los variados niveles de acuerdo, responsabilidades y competencias establecidas desde la consolidación de la descentralización en 1995 hasta 2020, cada entidad federativa ha presentado diferentes tendencias, evidencias y niveles de efectividad en el desempeño de los sistemas estatales de salud. Los resultados del desempeño, aunque han dependido de cada entidad federativa y de la política de salud que determinó cada período sexenal, en el marco de un federalismo responsable en materia de salud siempre han estado sujetos al enfrentamiento de manera transversal con los siguientes retos:

- Vincular de manera permanente la salud con el desarrollo económico y social.
- Reducir los rezagos en salud, sobre todo en las regiones de menor ingreso.
- Mejorar la capacidad resolutiva del sistema de salud en atención a demandas y necesidades de salud.
- Resolver los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.
- Monitorear y garantizar la calidad, efectividad, equidad y acceso de los servicios.
- Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.
- Construir un nuevo federalismo responsable y cooperativo en materia de salud.
- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud en sus niveles federal y estatal.
- Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud y más recientemente hacia un modelo basado en Atención Primaria.
- Aumentar la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura.
- Replantear las responsabilidades de los niveles federal y estatal bajo un nuevo esquema de gratuidad de los servicios de salud y medicamentos.
- Mejorar las relaciones intergubernamentales con cambios y acuerdos de nuevas responsabilidades entre los niveles federal y estatal en la transferencia de recursos e infraestructura para la provisión de servicios dependiendo de nivel de atención.

En síntesis, en el marco de un federalismo responsable en salud y con variantes de efectividad en el desempeño de los diferentes sistemas estatales de salud, los principales cambios en políticas de salud en las primeras dos décadas del Siglo XXI tienen como referente fundamental la consolidación de la descentralización de salud en 1995 y pueden agruparse en las siguientes líneas de acción: extensión de cobertura, participación estatal–municipal, ejecución de un paquete básico de servicios, reorganización del modelo de atención a la salud, creación de un sistema universal de salud basado en un nuevo sistema de protección social en salud y, más recientemente, el rediseño de un nuevo modelo de atención basado en la atención primaria, bajo nuevos esquemas de acceso totalmente gratuito a servicios y medicamentos para toda la población que pertenece a la economía informal. Estas líneas estratégicas, han sido la base de reformas/cambios, planteados desde diferentes programas sectoriales de salud, con diferentes visiones de ideología política pero que, de manera puntual, han desarrollado renovados esquemas de federalismo responsable en salud.

En el contexto de los sustantivos y constantes cambios en las políticas de salud de México, la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV2, que afectó al país de manera grave desde el inicio de 2020, ha representado un enorme reto al sistema de salud por la magnitud e impacto en morbilidad grave y mortalidad de la enfermedad COVID-19. Además, la aparición de la pandemia coincidió con la implementación de las modificaciones sustantivas establecidas en la reforma de la LGS aprobada al final del 2019 (SSA, 2019). Dicha reforma afectó principalmente al modelo de federalismo en salud vigente y recentralizó las funciones de las entidades federativas, reduciendo su poder de toma de decisiones en la materia. En la práctica, la pandemia se presentó en una fase muy inicial de gestiones y organización del INSABI, diferenciada entre entidades federativas y para la que no había una definición aún de las responsabilidades para los niveles federal y estatal.

Lo anterior necesariamente afectó la respuesta de los servicios ante una demanda inesperada y sobre todo ante la necesidad de reconversión de los servicios de atención médica, concentrándose en la mayoría de las entidades en responder a la pandemia y dejando prácticamente de lado el resto de las demandas de la población. Por otra parte, aún en el primer semestre de 2021, se carece de instrumentos regulatorios y operativos en materia del modelo de atención primaria que se propone y de mecanismos consolidados para garantizar insumos y equipos para la atención.

Por lo anterior, el análisis del federalismo en salud hace necesario considerar el desempeño de los estados, su evolución en las últimas dos décadas y establecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud a la demanda originada por la pandemia COVID-19 en el contexto de un federalismo responsable.

Consideraciones metodológicas

Diseño y universo de estudio

Es un estudio con metodología mixta, que incluye un componente cuantitativo de análisis secundario de bases de datos para la identificación de indicadores de desempeño, y un componente cualitativo complementario mediante entrevistas a profundidad con informantes clave. El universo de estudio corresponde a las 32 entidades federativas de México, que fungen como unidad de análisis. Se realizó análisis comparativo (entre estados en 2020 y dinámico entre 2000 y 2020), incluyendo medición cuantitativa (mapas geo-referenciados elaborados con software Qgis). Para el año 2020, se incluyó el análisis comparativo del desempeño de los estados en la pandemia COVID-19. Adicionalmente, se obtuvo información cualitativa en cuatro entidades seleccionadas con base en sus distintas condiciones de federalismo, con el propósito de profundizar en dimensiones relevantes para la comprensión del desempeño de los estados en períodos seleccionados en las últimas dos décadas.

Criterios y selección de indicadores

- Componente cuantitativo

Se establecieron 16 indicadores de salud para identificar el desempeño de cada entidad federativa en el período, con los datos disponibles en fuentes oficiales, en cuatro dimensiones seleccionadas: 1) Necesidades de salud (indicadores: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad por diabetes mellitus, tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, tasa de mortalidad por evento vascular cerebral, tasa de mortalidad por todas las causas, tasa de mortalidad por diabetes mellitus y tasa de morbilidad por hipertensión arterial); 2) Gasto en salud (indicadores: gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto [PIB] gasto per cápita y gasto público); 3) Infraestructura en salud (número de consultorios, camas hospitalarias censables, quirófanos y salas de expulsión); 4) Recursos humanos en salud (razón de personal médico y de personal de enfermería en instituciones públicas). El Cuadro 1 muestra las fuentes de información y los períodos con datos disponibles. Para el análisis del desempeño a nivel estatal en la pandemia COVID-19, se seleccionaron 4 indicadores específicos (Cuadro 2) y un indicador de exceso de mortalidad, para el año 2020.

Cuadro 1. Construcción de Indicadores de Salud

| INDICADOR | DEFINICIÓN | CONSTRUCCIÓN | FUENTE |
|---|--|---|--|
| 1. NECESIDADES EN SALUD | | | |
| Razón de mortalidad materna | Es el número de defunciones de mujeres mientras se encuentren embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un determinado año, por cada 100 mil nacidos vivos en ese mismo año. Representa el riesgo obstétrico. | Defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos. | SALUD. Base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos. SALUD. Bases de datos de mortalidad. http://www3.inegi.org.mx/sistemas/cni/escenario.aspx?idOrden=1&ind=6300000085&gen=178&d=n |
| Tasa de mortalidad infantil | Es el número de defunciones de niños menores de 1 año de edad por cada mil nacidos vivos, en el año de referencia. | Defunciones de menores de 1 año por cada mil nacidos vivos. | SALUD. Base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos. SALUD. Bases de datos de mortalidad. http://www3.inegi.org.mx/sistemas/cni/escenario.aspx?idOrden=1&ind=6300000011&gen=146&d=n |
| Tasa de mortalidad por diabetes mellitus. | Es el número de defunciones por diabetes mellitus por cada cien mil habitantes, en el año de referencia. | Defunciones por cada cien mil habitantes. | SALUD. Base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos. SALUD. Bases de datos de mortalidad. http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/default.html |

Cuadro 1. Construcción de Indicadores de Salud (continuación)

| INDICADOR | DEFINICIÓN | CONSTRUCCIÓN | FUENTE |
|--|---|--|---|
| 1. NECESIDADES EN SALUD | | | |
| Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón | Número total de muertes por enfermedades isquémicas en un año entre el total de población de ese mismo periodo por cada cien mil habitantes. | Defunciones por cada cien mil habitantes. | CONAPO. Proyecciones de la población 2010-2050 https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/cd1872dc-7af7-4b93-9f8d-8e8ffede3758?inner_span=True |
| Tasa de mortalidad general | Es el número de defunciones por todas las causas por cada mil habitantes, en el año de referencia. | Defunciones por cada mil habitantes. | http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html |
| Tasa morbilidad DM | Número de egresos hospitalarios | Egresos hospitalarios por DM cada cien mil habitantes | http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html |
| Tasa morbilidad HTA | Número de egresos hospitalarios | Egresos hospitalarios por HTA cada cien mil habitantes | http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html |
| 2. GASTO EN SALUD | | | |
| Gasto en salud como porcentaje del PIB | Proporción del gasto total en salud con relación al PIB anual y convertida a una divisa común USD (usando la Paridad de Poder Adquisitivo de la economía en su conjunto). | Suma de gastos público, privado, de bolsillo. | http://sinba.salud.gob.mx/cubo/SICUENTAS/GastoFederalyEstatal |
| Gasto per cápita | Valor promedio por persona de la suma de los gastos público y privado en bienes y servicios por el cuidado de la salud para una persona, generalmente en un periodo anual. | Pesos corrientes | http://sinba.salud.gob.mx/cubo/SICUENTAS/GastoFederalyEstatal |
| Gasto público en salud | Gastos recurrentes y de capital provenientes del sector público destinados a la prestación de servicios de salud | Miles de pesos | http://sinba.salud.gob.mx/cubo/SICUENTAS/GastoFederalyEstatal |
| 3. INFRAESTRUCTURA EN SALUD* | | | |
| Número de consultorios | Número de consultorios en instituciones del Sistema Nacional de Salud por cada mil habitantes | Consultorios por cada mil habitantes. | http://sinba.salud.gob.mx/cubo/SINERHIAS/recursosSSAySEAS |
| Número de camas censables | Número de camas en servicio instaladas en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos en instituciones del Sistema Nacional de Salud por cada mil habitantes | Camas censables por cada mil habitantes. | INEGI, con base en información de la SSA. http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisep/default.aspx?t=msal37&s=est&c=35188 http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisep/default.aspx?t=msal21&s=est&c=35187 |
| Número de quirófanos | Número de quirófanos en instituciones del Sistema Nacional de Salud por cada cien mil habitantes | Quirófanos por cada cien mil habitantes. | http://sinba.salud.gob.mx/cubo/SINERHIAS/recursosSSAySEAS |
| Número de salas de expulsión | Número de salas de expulsión en instituciones del Sistema Nacional de Salud por cada mil habitantes | Salas de expulsión por cada mil habitantes. | http://sinba.salud.gob.mx/cubo/SINERHIAS/recursosSSAySEAS |
| 4. RECURSOS HUMANOS EN SALUD | | | |
| Razón de personal médico en instituciones públicas de salud en contacto con el paciente. | Número de médicos (generales, especialistas, pasantes, internos y residentes) en contacto con el paciente en (de) instituciones públicas de salud, por cada mil habitantes. | Razón por cada mil habitantes. | Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. http://www3.inegi.org.mx/sistemas/cni/escenario.aspx?idOrden=1.1&ind=6200009720&gen=595&d=r |
| Razón de personal de enfermería en instituciones públicas de salud. | Número de personal de enfermería adscrita a instituciones del Sistema Nacional de Salud por cada mil habitantes. | Razón por cada mil habitantes. | INEGI, con base en información de la SSA. http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisep/default.aspx?t=msal45&s=est&c=35178 |

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 2. Indicadores de Desempeño en la pandemia COVID-19
(2020 y nivel estatal)**

| Indicador | Fuente |
|--|--|
| Tasa de ataque por casos COVID-19 | Base de Datos de COVID-19 http://datosabiertos.salud.gob.mx/gobmx/salud/datos_abiertos/historicos/12/datos_abiertos_covid19_31.12.2020.zip CONAPO Datos abiertos https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/38e561b7-ef71-4703-a3b5-4adec6b423a6 |
| Tasa de Mortalidad por COVID-19 | Base de Datos de COVID-19 http://datosabiertos.salud.gob.mx/gobmx/salud/datos_abiertos/historicos/12/datos_abiertos_covid19_31.12.2020.zip CONAPO Datos abiertos https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/38e561b7-ef71-4703-a3b5-4adec6b423a6 |
| % de Casos COVID-19 confirmados | Base de Datos de COVID-19 http://datosabiertos.salud.gob.mx/gobmx/salud/datos_abiertos/historicos/12/datos_abiertos_covid19_31.12.2020.zip |
| Letalidad por COVID-19 | Base de Datos de COVID-19 http://datosabiertos.salud.gob.mx/gobmx/salud/datos_abiertos/historicos/12/datos_abiertos_covid19_31.12.2020.zip |
| Exceso de mortalidad en México por todas las causas (2020) | Base de Datos de COVID-19 http://datosabiertos.salud.gob.mx/gobmx/salud/datos_abiertos/historicos/12/datos_abiertos_covid19_31.12.2020.zip |

Fuente: Elaboración propia.

- Componente cualitativo

Los indicadores para la información cualitativa respecto al desempeño en el federalismo en salud se ordenaron por períodos: el primero de 2000 a 2003, que coincide con el inicio de la administración federal y enfocado a la organización de la reforma para el SPSS; el segundo período a partir del 2004 y con lapsos variables, hasta 2009, 2014 y 2018, que enmarcan distintos aspectos del federalismo en el marco del Seguro Popular; y finalmente el bienio 2019-2020, que está centrado en la reforma de la LGS, la creación del INSABI y el inicio de la pandemia de COVID-19 (Cuadro 3).

Cuadro 3. Indicadores Cualitativos de Desempeño para Federalismo en Salud

| Período | Indicador |
|-----------|---|
| 2000-2003 | Establecimiento de acuerdos entre la federación y los estados |
| | Manejo de fórmulas de gasto y mecanismos de asignación |
| | Creación de unidades administrativas especializadas |
| | Definición de mecanismos de coordinación |
| | Manejo del marco normativo (fórmulas de gasto, mecanismos de asignación, acuerdos de gestión) |
| | Formación / selección de recursos humanos con competencias administrativas |
| 2004-2009 | Mecanismos locales de gestión de recursos |
| | Actualizaciones de las leyes estatales de salud con respecto a las actualizaciones de la LGS en competencias estatales |
| 2004-2014 | Manejo de fórmulas de gasto y mecanismos de asignación recursos suficientes en cantidad y calidad para atender la salud de la persona y la comunidad) |
| | Implementación de los Regímenes estatales de protección social en salud |
| 2019-2020 | Acuerdos de gestión para la operación del SPS |
| | Reforma de la LGS y Manejo de la COVID-19 |

Fuente: Elaboración propia.

Levantamiento de información

Para la obtención de la información cualitativa se integró un muestreo por conveniencia de cuatro estados, buscando que fueran diversos en materia de experiencia en federalismo, partido en el poder y disponibilidad para responder rápidamente a la solicitud de entrevistas. Un criterio que se consideró fue incluir estados con variabilidad respecto a su situación de acuerdo de colaboración con el INSABI establecido en la reforma de la LGS de 2019 (DOF 2019). Los estados participantes fueron: Oaxaca (que transfirió todos los niveles de atención al nivel federal), Hidalgo, Yucatán (que transfirieron 1er y 2º nivel al nivel federal) y Jalisco (que no transfirió ningún nivel de atención al nivel federal).

Se exploró con actores clave de los cuatro estados sus opiniones sobre cambios en el federalismo para el período de estudio relacionados con aspectos normativos, organizacionales, administrativos y políticos, profundizando en las experiencias estatales sobre las políticas de salud más relevantes, derivados de la implementación del Seguro Popular, identificando sus ámbitos de mayor impacto, delimitando sus alcances y tratando de identificar sus instrumentos normativos y organizacionales. Esta exploración se complementó con algunas reflexiones sobre los efectos potenciales de la creación del INSABI, así como el efecto de la pandemia de COVID-19 en su implementación.

Estos ejes temáticos se definieron a partir de diversas fuentes que han analizado cambios en la interacción entre el nivel federal y los estados, vinculadas a la conducción de políticas públicas (Arredondo, 2003; Arredondo et al., 2005; Orozco et al., 2013; González Block et al., 2020).

El perfil de los informantes fue personal de salud, funcionarios o ex colaboradores de servicios estatales o federales con una amplia trayectoria profesional en los Servicios de Salud de los estados seleccionados, tanto en áreas operativas como de toma de decisiones. Se seleccionaron combinando revisión de directorios y bola de nieve. Para enrolar a los informantes en el estudio, se les contactó mediante correo electrónico con una invitación a participar y la guía de entrevista. Una vez que aceptaron, se realizó la entrevista de manera remota por uno de los autores de este trabajo con amplio conocimiento conceptual y experiencia de campo en este tipo de estudios, usando la herramienta Zoom.

La guía de entrevista se desarrolló a partir de la revisión de textos clave que describen aspectos conceptuales y prácticos de diversas experiencias de federalismo, considerando la consolidación de la descentralización de los servicios de salud, la implementación del Seguro Popular, aspectos críticos de su operación, las reformas recientes que proponen centralizar algunas funciones y recursos de los servicios de salud para población no asegurada y una reflexión final sobre el posible efecto de la pandemia de COVID-19 en el federalismo.

Análisis de datos

Para el componente cuantitativo, a través de los cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y de la página de datos del Laboratorio Nacional de Políticas Públicas (<https://www.lnpp.mx/>), se obtuvieron las bases de datos en formato Excel de cada uno de los indicadores, en el período del año 2000 al año 2019 o de las fechas públicamente disponibles. Se obtuvieron los registros de población de cada una de las entidades federativas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Población (CONAPO) correspondientes a cada año analizado, para construir tasas/100,000 o 1,000 habitantes, según cada indicador, y realizar la comparación entre el primer y último año de datos disponibles en el período de estudio, así como entre los 32 estados de la República Mexicana. El análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico STATA versión 14.

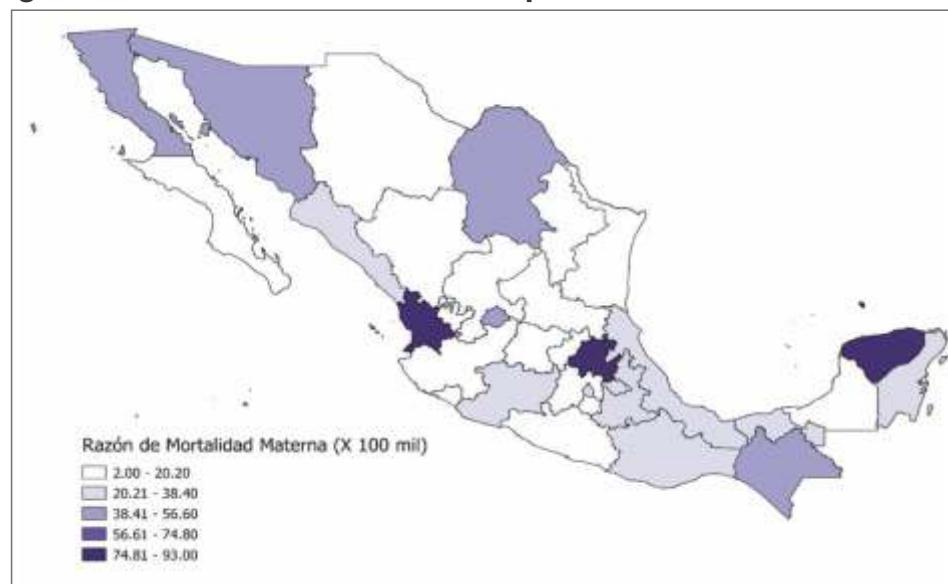
Para el análisis del componente cualitativo, las entrevistas fueron audio grabadas y su contenido clasificado temáticamente en tablas y matrices de contenido, eliminando referencias que pudieran hacer identificables a los informantes. La definición de categorías y elementos centrales del análisis se realizó combinando revisión documental y discusiones de expertos, para asegurar que se consideraron de manera efectiva los datos provenientes de fuentes primarias.

Resultados: análisis comparativo 2000-2020

Indicadores de Salud

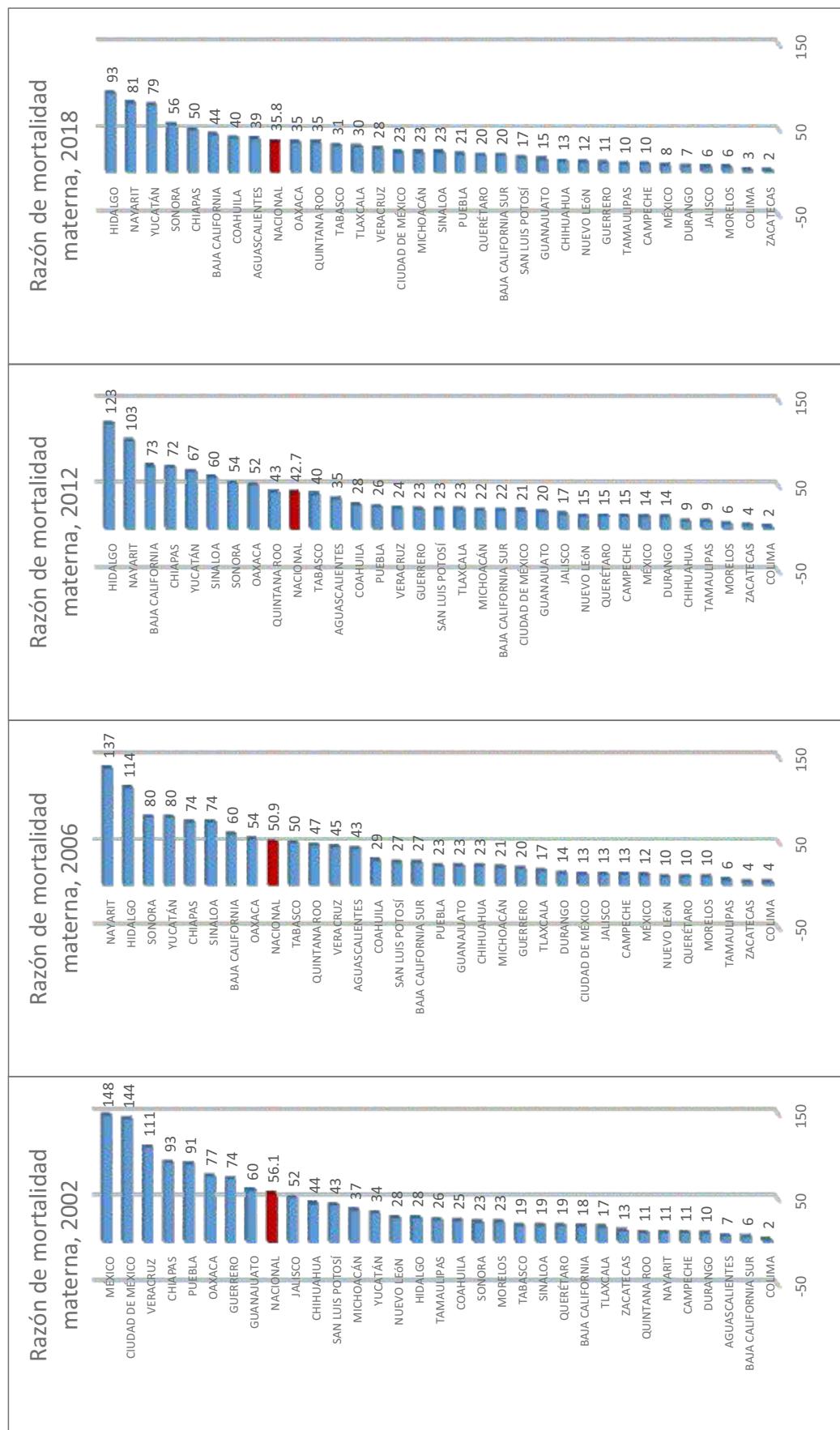
Necesidades de salud. La mortalidad materna, indicador reconocido como prioritario para la medición del desempeño de los sistemas de salud, ha mostrado una reducción a nivel nacional de 36% en las últimas dos décadas; sobresalen por muy marcadas reducciones el Estado de México y Ciudad de México, mientras que entidades como Hidalgo, Yucatán y Nayarit mantienen cifras elevadas de manera permanente (Figuras 1 y 2).

Figura I. Razón de mortalidad materna por entidad federativa. Año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos mortalidad, Secretaría de Salud, México.

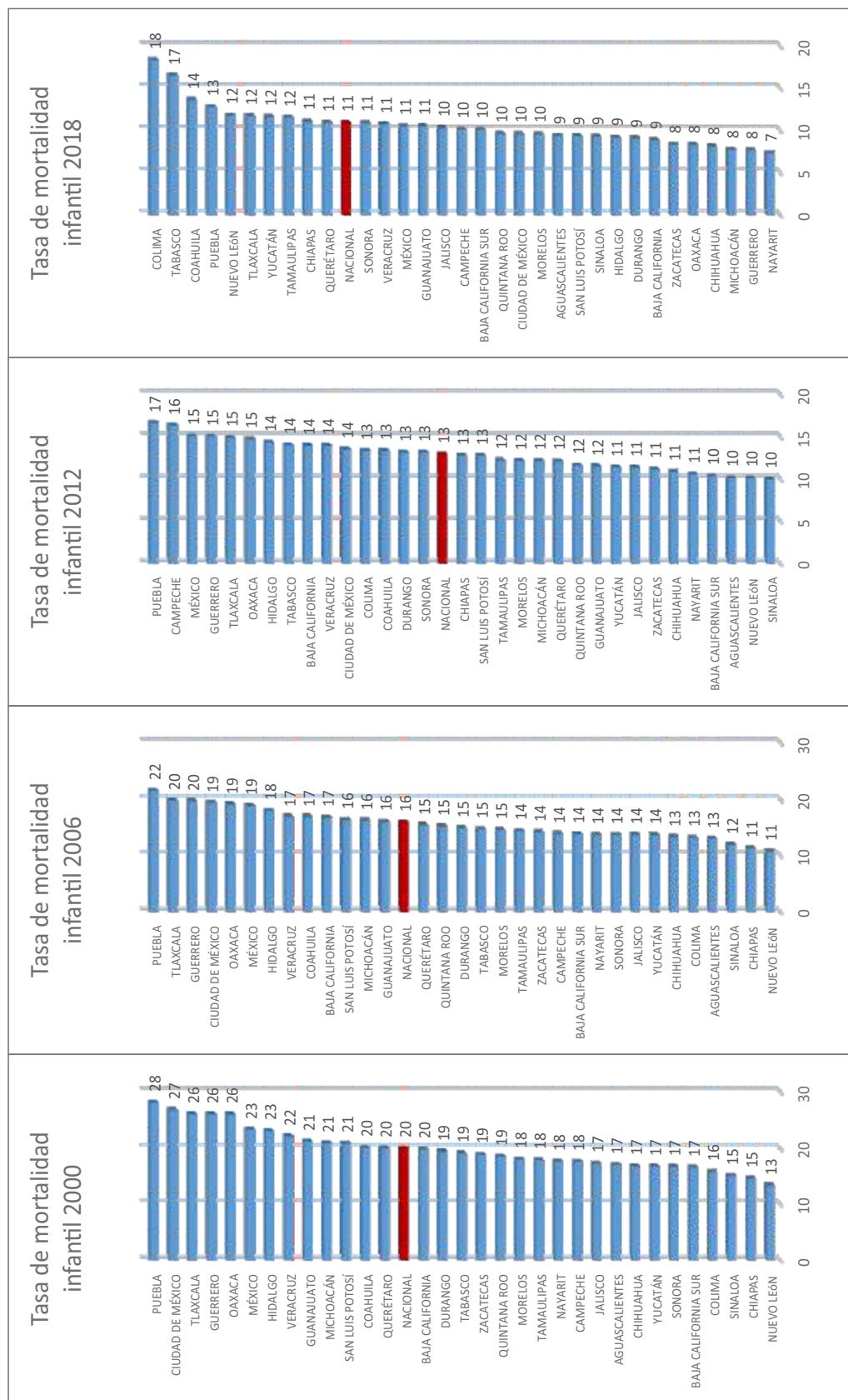
Figura 2. Razón de mortalidad materna por entidad federativa: 2000 – 2018
Defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos mortalidad, Secretaría de Salud, México.

Durante el período 2000-2018, la mortalidad infantil se ha reducido a casi la mitad a nivel nacional y prácticamente en todas las entidades federativas, si bien el ordenamiento en general se mantiene. Una notable excepción son los estados de Nuevo León y Colima que han transitado de tener un buen desempeño al inicio del período a presentar tasas más elevadas respecto al resto de los estados en el año 2018 (Figura 3).

Figura 3. Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa; 2000 – 2018
Defunciones de menores de 1 año por cada mil nacidos vivos



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de nacimientos y mortalidad, Secretaría de Salud, México.

La mortalidad general ha permanecido estable durante la década de estudio tanto a nivel nacional como en los estados; en contraste, la mortalidad por diabetes se ha incrementado a más del doble, misma tendencia observada en la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón; es notable la permanencia del estado de Colima con las tasas más elevadas de todo el país, mientras que los estados de Chihuahua, Chiapas, Campeche, Quintana Roo y Ciudad de México presentan tasas bajas en todos estos indicadores a lo largo del período.

El análisis de los egresos hospitalarios por los dos indicadores seleccionados de enfermedades crónicas, diabetes mellitus e hipertensión también reflejan una elevada tasa en Colima, que se mantiene a lo largo de la década y extremadamente superior al resto de las entidades; por el contrario, Nuevo León y Chihuahua han permanecido con tasas bajas de egresos hospitalarios por estos motivos Figura 1 (Anexos 4 y 5).

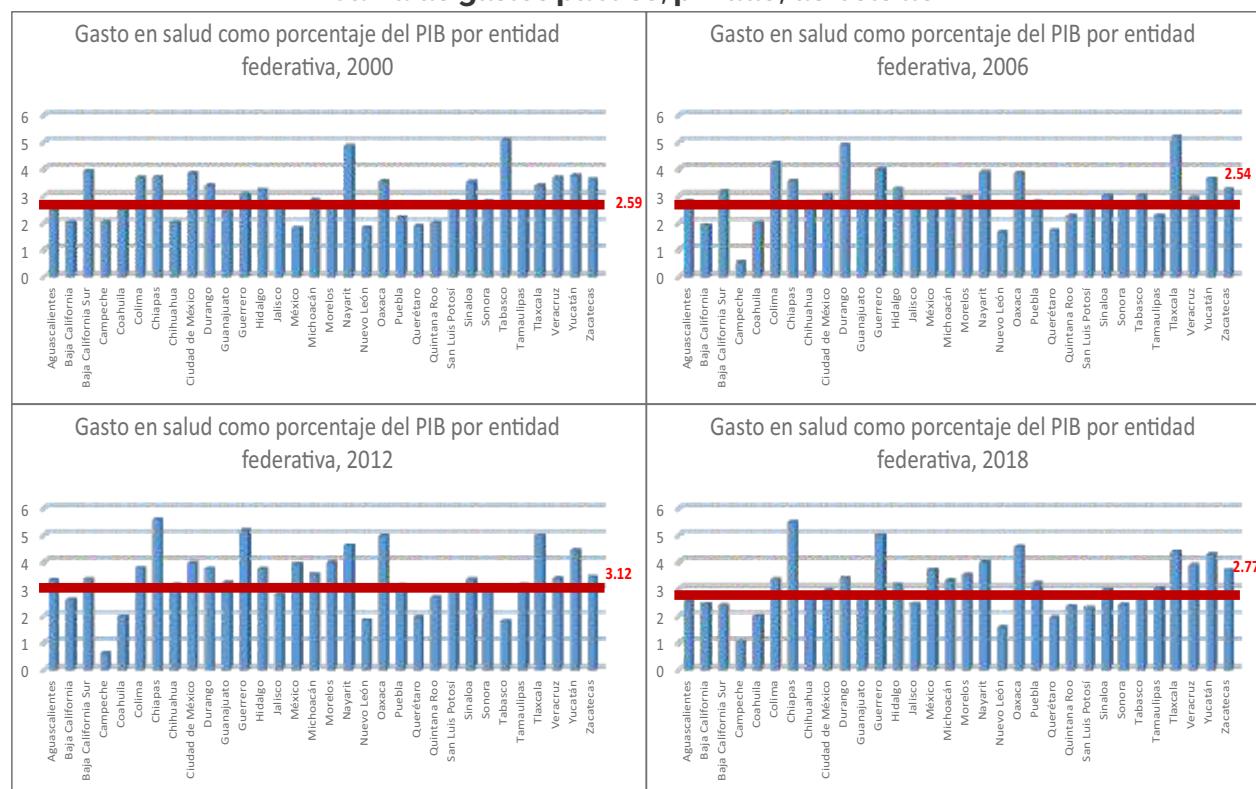
Gasto en salud

Gasto en salud por entidad federativa. Para el análisis de las tendencias del gasto en salud por entidad federativa fueron seleccionados dos de los indicadores clave para identificar el comportamiento de los recursos financieros que se asignan al financiamiento de los sistemas estatales de salud: Gasto en salud como porcentaje del PIB y Gasto per cápita por entidad federativa, ambos para el período 2000-2018.

En principio, llama la atención el comportamiento de las tendencias de gasto tan heterogéneo entre todas las entidades. No obstante dicha heterogeneidad, podemos identificar claramente 3 categorías de tendencias para todo el período analizado. En primer lugar, un promedio de 15 entidades cuya tendencia del gasto permanece creciente y de manera constante por arriba de la media para 2000-2012; resaltan tres estados que para 2018 salen de este grupo y presentan una tendencia que los ubica por debajo de la media (Baja California Sur y la Ciudad de México [CDMX]) y otra entidad, que, aunque se mantiene siempre por arriba de la media presenta una tendencia decreciente constante para todo el período (Sinaloa).

El otro grupo se refiere a un promedio de 17 entidades federativas cuyas tendencias de gasto permanecen de manera constante por abajo de la media, llamando la atención entidades como Campeche, Nuevo León y Estado de México por sus tendencias tan fluctuantes, pero siempre manteniéndose por abajo de la media. Sin duda, no deja de llamar la atención las tendencias en Jalisco, que siempre permanece por debajo de la media y para 2012 y 2018 presenta una tendencia decreciente (Figura 4 y Anexo 10).

**Figura 4. Gasto en salud como porcentaje del PIB; 2000 – 2018
Suma de gastos público, privado, de bolsillo**



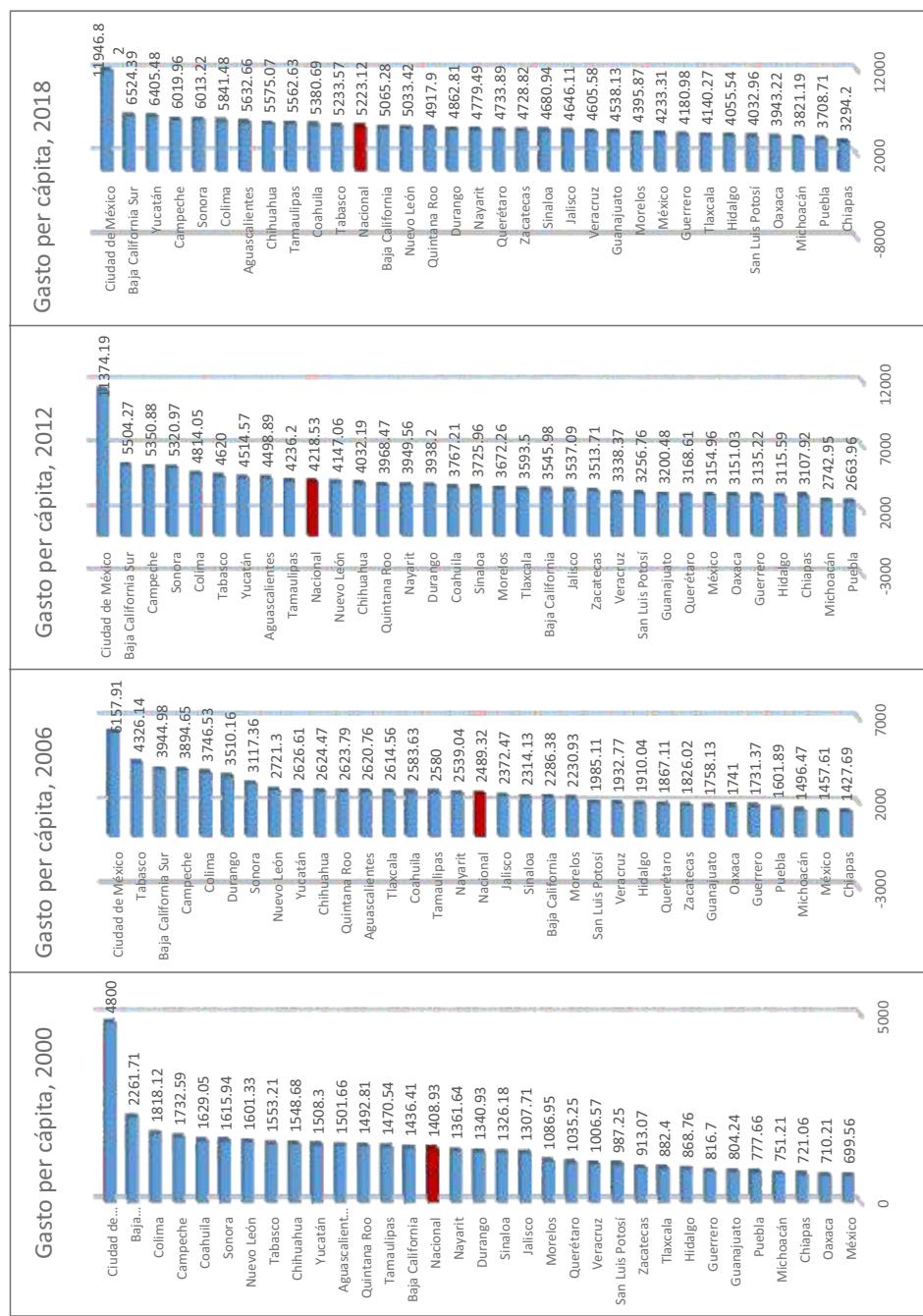
Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de gastos en salud, Secretaría de Salud, México.

En cuanto a las tendencias del gasto per cápita en salud por entidad federativa, varios aspectos son de llamar la atención: primero, para todos los años del período, la CDMX permanece por arriba de la media y por mucho, con el mayor gasto per cápita en relación con el resto de las entidades federativas. Segundo, hay un grupo de entidades federativas que, para todo el período de análisis, su tendencia de gasto per cápita permanece de manera constante entre la 5-6 primeras de mayor gasto: CDMX, Baja California Sur, Colima, Campeche, Sonora y Tabasco. Tercero, se observa que la cantidad de estados por arriba de la media se comporta de manera irregular y en algunos años del período va decreciendo a medida que avanza el tiempo; es decir mientras en 2006 hubo 16 estados por arriba de la media para 2012 fueron sólo 9 y para 2018, únicamente 11.

Finalmente llaman también la atención entidades como Baja California y Quintana Roo, que en el año 2000 se ubicaron por arriba de la media, pero que para 2012 y 2018 pasaron a estar por debajo de la media. Dos entidades que estando por debajo de la media llaman la atención son Puebla, que presenta una tendencia decreciente constante para todo el período, y el Edo. de México que, a diferencia de Puebla, presenta una tendencia constante creciente, pero manteniéndose siempre por debajo de la media nacional (Figura 5 y Anexos 13 y 14).

La evolución del gasto público en salud a nivel nacional y su distribución por entidades se muestra en la Figura 5 y Anexo 10.

Figura 5. Gasto per cápita; 2000 – 2018. Pesos corrientes

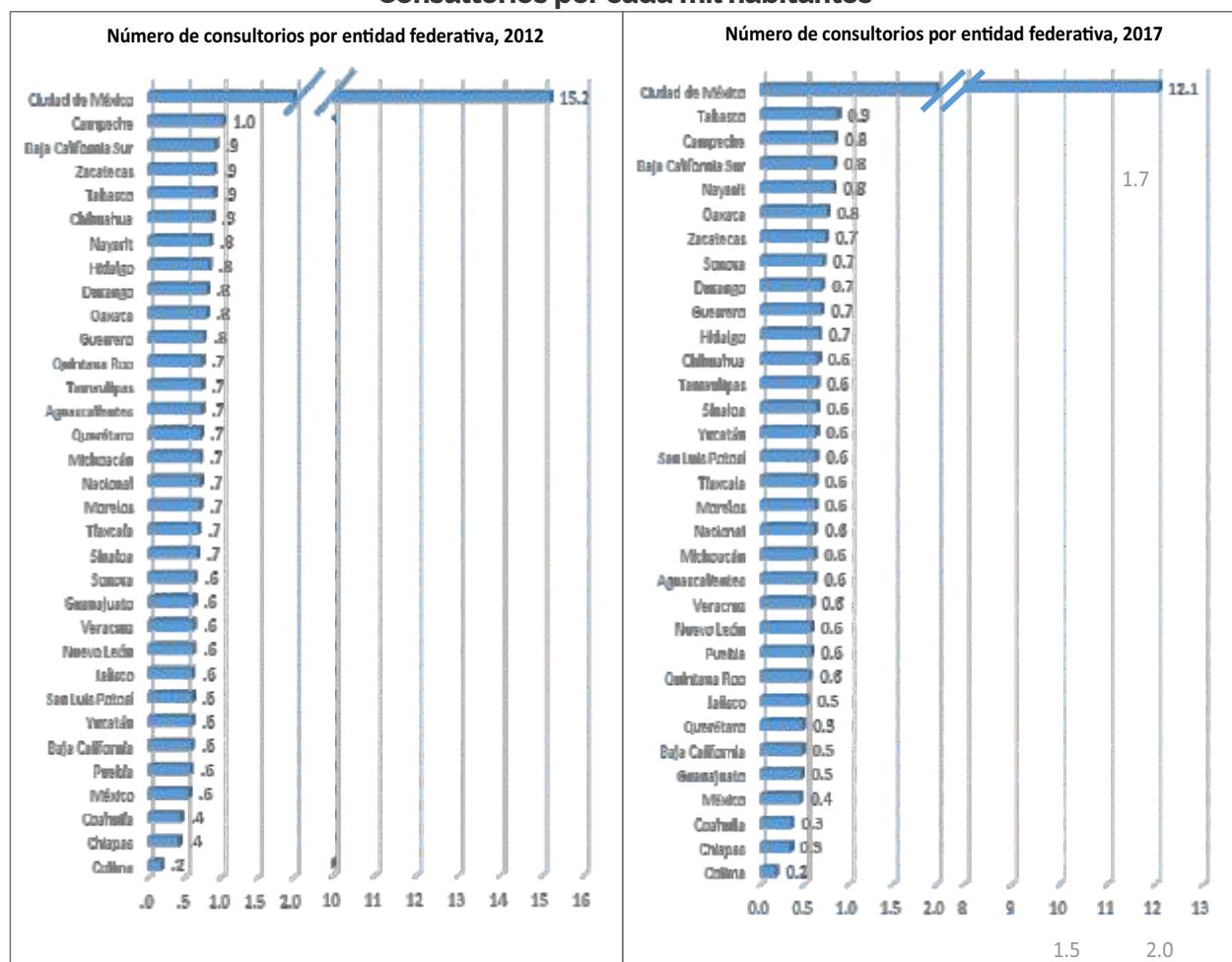


Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de gastos en salud, Secretaría de Salud, México.

Infraestructura en salud. Los datos para esta dimensión para los indicadores seleccionados sólo se encuentran públicamente disponibles a partir del 2012. A pesar de esta limitante, es posible apreciar la heterogeneidad en la infraestructura; en cuanto a consultorios del sistema público de salud, el promedio nacional se ha mantenido en menos de uno por cada mil habitantes y refleja los escasos recursos disponibles en todas las entidades federativas, con la notable excepción de la Ciudad de México, cuya capacidad instalada es más de 10 veces mayor (Figura 6).

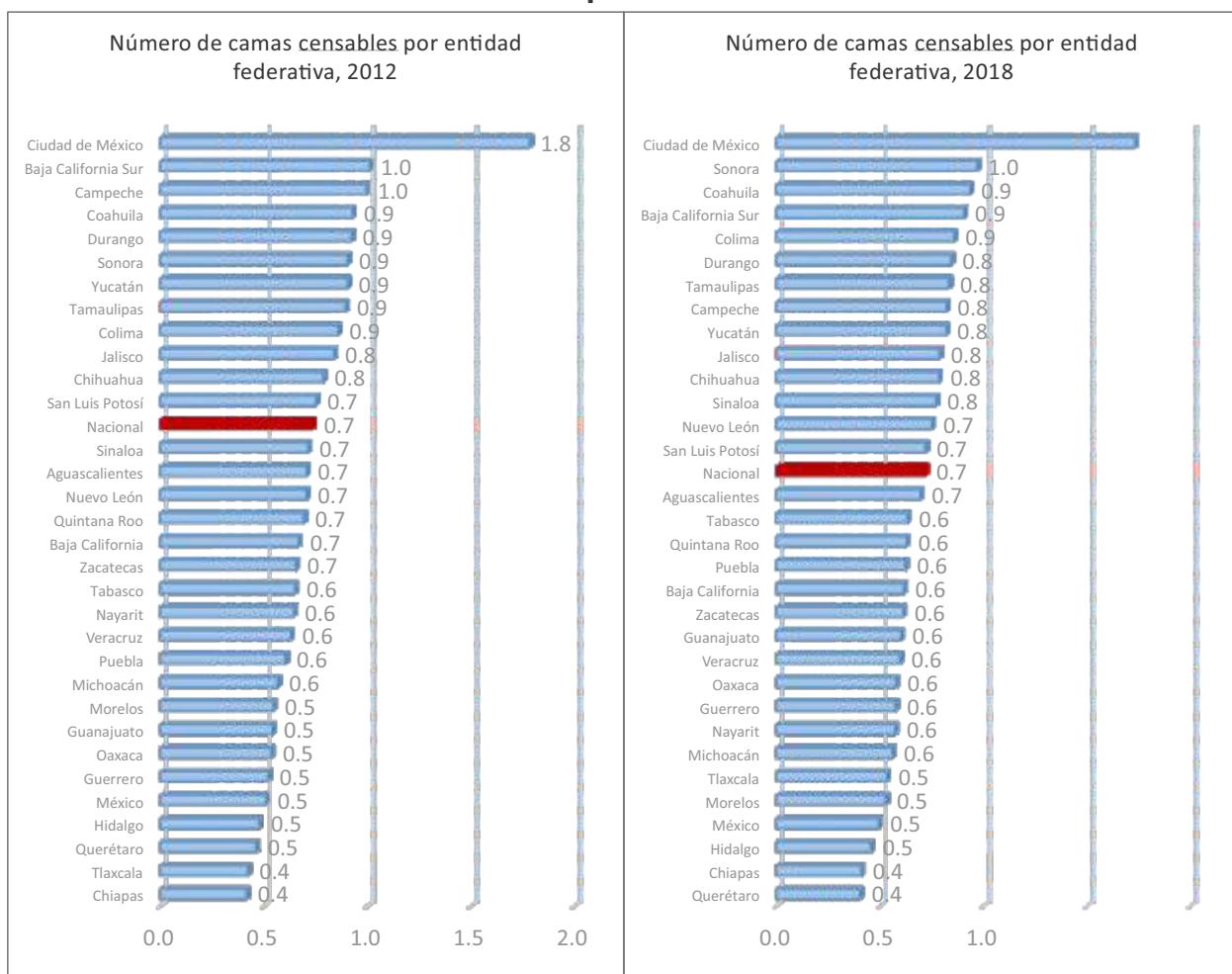
La misma situación se aprecia para las camas censables, que con ligeras variaciones entre entidades muestra nula mejora en este recurso, en el que la Ciudad de México duplica la disponibilidad respecto al resto de los estados (Figura 6). En otros indicadores de infraestructura, es notable una reducción en quirófanos y salas de expulsión, si bien persiste la Ciudad de México con una existencia por arriba del resto del país (Figura 7 y Anexos 11 y 12)

Figura 6. Número de consultorios por entidad federativa; 2012 – 2017
Consultorios por cada mil habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de gastos en salud, Secretaría de Salud.

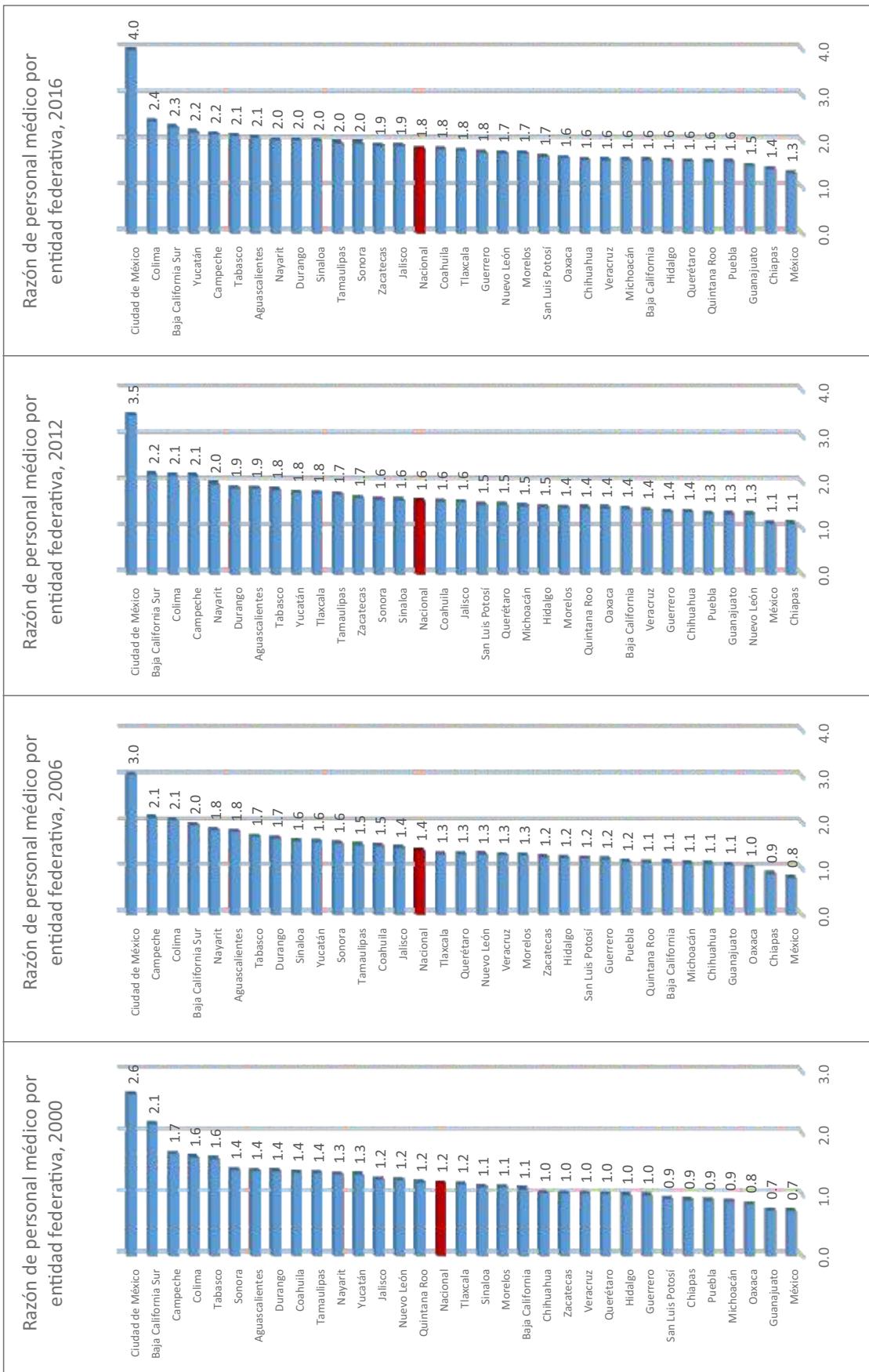
Figura 7. Número de camas censables por entidad federativa; 2012 – 2018
Camas censables por cada mil habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de cubos dinámicos, Secretaría de Salud.

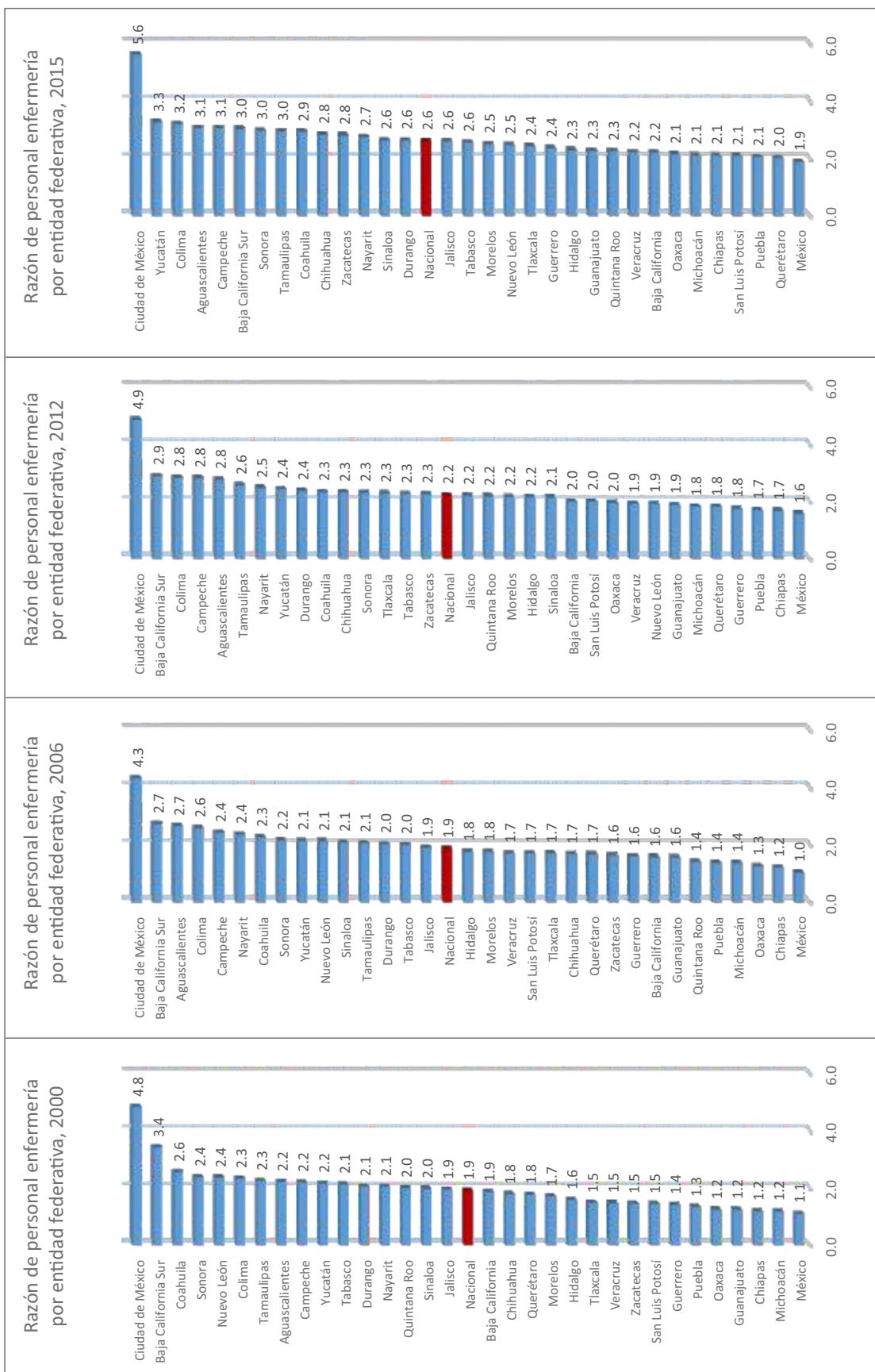
Recursos humanos en salud. El número de médicos se ha mantenido en promedio a nivel del país en los últimos 20 años con menos de 2 por mil habitantes, si bien se aprecia un incremento que en una tercera parte de las entidades ha permitido al menos llegar este umbral; la Ciudad de México lo duplica, en contraste con los estados con menor capacidad de este recurso humano, principalmente Chiapas, Estado de Méjico y Guanajuato. Una tendencia similar se aprecia con el personal de enfermería (Figuras 8a y 8b).

Figura 8a. Razón de personal médico por entidad federativa; 2000 – 2016
Razón por cada mil habitantes.(Figura 8).



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos INEGI y Secretaría de Salud, México.

Figura 8b. Razón de personal de enfermería por entidad federativa; 2000 – 2015
Razón por cada mil habitantes.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos INEGI y Secretaría de Salud, México.

Análisis integral de tendencias y evidencias sobre indicadores analizados a la luz de las políticas públicas en salud

El federalismo en salud ha expresado cambios relevantes para el período 2000-2020, sobre todo en la operación de los servicios de salud públicos para población sin seguridad social. Estos servicios en teoría han estado disponibles mediante distintos mecanismos para cerca del 50% de la población mexicana, abarcando reformas dirigidas a alcanzar el objetivo de la cobertura universal de servicios médicos.

El caso de federalismo en salud mexicano se ha instrumentado sobre la base de una serie de mecanismos colaborativos en donde ha correspondido a la Secretaría de Salud federal ejercer la función rectora. Como parte de esta rectoría el nivel federal define objetivos en la política de salud y el establecimiento de los mecanismos de financiamiento para alcanzarlos. Por su parte, a los estados les ha correspondido desempeñar el papel de implementadores, para lo cual les fueron delegadas las responsabilidades de infraestructura sanitaria y manejo de recursos humanos, así como una serie de facultades para ejercer el financiamiento asignado.

Cambios sobre federalismo responsable en Salud

Los testimonios recabados enfatizaron que el federalismo en salud tiene su mayor expresión en los servicios de salud para las personas sin seguridad social, los cuales dan cobertura de servicios básicos de salud a cerca del 50% de la población en promedio. Con la finalidad de dar cumplimiento a compromisos políticos relacionados con la cobertura de servicios médicos para poblaciones desprotegidas, el gobierno federal promovió políticas para fortalecer los Servicios Estatales de Salud (SESA), particularmente en materia financiera. Destacaron los casos de Hidalgo y Oaxaca en señalar que la descentralización de los servicios de salud decretada en 1997 buscó atender problemas de infraestructura y nómina que impedían alcanzar niveles óptimos de cobertura de servicios médicos.

La innovación más enfatizada por las personas entrevistadas para el período 2000-2020 fue la creación del Seguro Popular, en torno al cual se destacó el rol del nivel federal como diseñador y financiador, y de los estados como instancias de implementación y conducción. Hubo amplio consenso en señalar que esta instancia fue un mecanismo de financiamiento que delegó en los estados la provisión de servicios médicos mediante fórmulas e instrumentos que favorecieron la asignación de recursos financieros a los SESA para el pago de personal, la compra de medicamentos y algunos temas de infraestructura médica. Este mecanismo se mantuvo entre 2004 y 2018, período durante el cual se ampliaron los servicios otorgados a nivel estatal, buscándose diversos mecanismos de ampliación presupuestal, como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos implementado desde el nivel federal en 2007.

En todos los casos se señaló que, a pesar de las diversas críticas, el Seguro Popular proveyó recursos financieros y asistencia técnica que favorecieron la operación de los servicios estatales. Para tal fin, desde la década de los años 1990, el nivel federal buscó que los estados desarrollaran mecanismos de financiamiento complementario, lo cual redundó en una mayor participación financiera de los gobiernos estatales para ampliar los recursos asignados desde el nivel federal. Dado que tomó más de 10 años consolidar este esquema, las personas entrevistadas señalaron que será un gran reto revertir este esquema hacia uno centralizado a nivel federal, como lo propone el recién creado INSABI.

Coordinación de los servicios de salud

Se analizó la influencia de la implementación del Seguro Popular en la coordinación entre la federación y los estados, profundizando en la forma en que el marco normativo favoreció tal coordinación y especificando sus ejes operativos. También se especificaron los alcances en materia de coordinación de algunas innovaciones organizacionales como la creación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), para coordinar la operación del Seguro Popular en los estados.

Las personas entrevistadas señalaron que hubo un trabajo de armonización entre la normatividad federal y la estatal, para favorecer la delegación de funciones que hicieran factible la operación de pro-

gramas federales a nivel estatal. Aparte de lo establecido en la LGS, se desarrollaron instrumentos aplicables a los diversos contextos estatales, para garantizar el flujo de recursos y el cumplimiento de objetivos de las políticas de salud. El instrumento mayormente mencionado fueron los Acuerdos de Gestión del Anexo IV del convenio de colaboración entre los SESA y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) para garantizar la operación del Seguro Popular en los estados.

La innovación organizacional para operar coordinadamente el Seguro Popular en los estados fueron los REPSS, los cuales fueron creados por solicitud federal en los estados, para recibir los recursos financieros del programa y vigilar la provisión de servicios médicos a la población afiliada. Sobre la conducción de estas instancias en los estados se encontraron dos posturas; en la primera se les identificó como instancias con altos grados de autonomía para contratar a los SESA y organizar con éstos la provisión de servicios médicos. En el segundo caso, se señaló la importancia de integrarlos a la estructura de los SESA, para evitar duplicidades, pero sobre todo para mantener el control de los recursos financieros en los SESA.

Mecanismos de transferencia de recursos financieros para la salud

En este apartado se indagó si la complementariedad entre las normas y fórmulas para la asignación de recursos financieros para población sin seguridad social han sido adecuadas a nivel federal y estatal, tratando de profundizar si los mecanismos asignados mejoraron la operación de los servicios de primer y segundo niveles de atención. Asimismo, se exploraron las capacidades de los SESA para generar recursos financieros complementarios para población sin seguridad social. Dado el peso conferido a la provisión de servicios, también se preguntó por el desarrollo de estrategias estatales en materia de recursos humanos para mejorar la administración de recursos financieros.

Se encontró un amplio consenso en las entrevistas en el sentido que la normatividad federal y estatal eran adecuadas para llevar a cabo las funciones asignadas, en buena medida porque ya tenían más de 15 años de operar con diversos ajustes a lo largo del tiempo. Los actores entrevistados destacaron la relevancia del manejo de este marco normativo, y de establecer acuerdos con el gobierno estatal para dar cumplimiento a los fondos complementarios que definen los diversos fondos que conformaban las transferencias federales para operar el Seguro Popular. Asimismo, señalaron que las transferencias federales en todos los casos representaron el principal insumo financiero para operar los SESA.

Un tema que resultó complejo fue el de la corresponsabilidad financiera estatal, la cual implicaba amplias capacidades de negociación entre los SESA y los gobiernos estatales, particularmente con las Secretarías de Finanzas, las cuales no en todos los casos otorgaban prioridad a los temas de servicios médicos para personas sin seguridad social. En este marco, algunos entrevistados señalaron el compromiso de sus gobiernos para aportar recursos financieros adicionales a las aportaciones federales para ampliar las capacidades operativas de los SESA. En contraste, otros señalaron que tal nivel de corresponsabilidad financiera está supeditado a la capacidad recaudatoria de los estados, la cual es muy desigual a nivel nacional. A pesar de ello, la mayoría señaló que se siempre se buscaron aportaciones estatales, aunque fueran mínimas.

Dimensiones políticas del federalismo responsable en salud

Un componente central en la conducción de las políticas de salud ha sido la alternancia política, contexto en el cual se indagó acerca de la influencia del sistema de partidos políticos en la conducción de las políticas de salud para población sin seguridad social en México, y sobre los actores e instancias federales y estatales que han sido las más influyentes en este proceso. En este marco se exploraron posibles escenarios de cambio en la interacción entre los niveles federal y estatal que pudieran resultar de la implementación del INSABI. Finalmente se indagaron algunas de las principales barreras y oportunidades para alcanzar los objetivos de cobertura y provisión de los servicios médicos para población sin seguridad social en México, y cómo pudiera influir la pandemia de COVID-19 en México.

Para los informantes, el régimen de alternancia de partidos políticos ha frenado que se tengan mayores logros en materia de federalismo en salud, porque cada partido quiere darle un sello diferente a su gestión. A nivel de la relación entre estados y federación se reportó mayor disposición cuando ambos niveles son del mismo partido político. Cuando esta correlación era diferente había desconfianza y se requería mayor negociación y capacidades de gestión. En este marco se apuntó que el Seguro Popular tuvo cierta continuidad durante casi tres sexenios, habiendo sido básica la capacidad de negociación de los estados.

En materia de actores clave, jugaron un papel preponderante los secretarios de salud federales, así como los secretarios de salud estatales. Otro actor relevante fue la CNPSS, la cual operaba el Seguro Popular en coordinación con los REPSS y los SESA. Al interior de los estados, el esquema operativo general

consistía en un conjunto de transferencias financieras y esquemas de colaboración y coordinación para la provisión de servicios médicos a la población afiliada. Los actores estatales entrevistados sugirieron que con los ajustes derivados de la reforma que desaparece al Seguro Popular y crea al INSABI se avecinan cambios que tienden a imprimir complejidad al cumplimiento de sus objetivos de cobertura universal y atención médica gratuita a libre demanda.

La mayoría de las personas entrevistadas sugirieron que, con la pérdida del control sobre los recursos financieros, es difícil anticipar resultados dada la complejidad adyacente al proceso de recentralización de los servicios médicos para población sin seguridad social. Este proceso implica devolución de la infraestructura médica y las plantillas de personal operativo, en este caso al INSABI, lo cual puede resultar azaroso si la entidad federativa no tiene regularizados los títulos de propiedad de los predios, los pagos correspondientes y si las plantillas son reconocidas por el nivel federal. Este escenario tiende a complejizarse con la pandemia de COVID-19, dado que ésta irrumpió en México en plena reforma del sistema de salud.

Análisis comparativo de indicadores cualitativos

Una comparación de las experiencias estatales se presenta en el Cuadro 4. El análisis realizado permite definir cuatro períodos en torno a los cuales se ha pretendido consolidar el federalismo en salud, desde la perspectiva de actores clave: el primero, de 1997 a 2003, y que corresponde a la consolidación de la descentralización de los servicios de salud para población sin seguridad social. El segundo abarca de 2004 a 2009 y corresponde a la consolidación de mecanismos administrativos y del marco normativo. El tercero acontece de 2004 a 2018, en el cual operó el Seguro Popular. Finalmente, el cuarto corresponde a la reforma que crea al INSABI.

Cuadro 4. Indicadores Cualitativos. Federalismo en salud

| Período | Indicador | Hidalgo | Jalisco | Oaxaca | Yucatán |
|-----------|--|---|---|---|---------|
| 2000-2003 | <i>Establecimiento de acuerdos entre la federación y los estados</i> | El acuerdo de descentralización de 1997, y la firma de convenio de colaboración con el SP | La firma de convenio de colaboración con el SP | | |
| | <i>Manejo de fórmulas de gasto y mecanismos de asignación</i> | Esquema de federalismo cooperativo, destacando las obligaciones estatales | Esquema de federalismo cooperativo, con menor peso de las obligaciones estatales | Esquema de federalismo cooperativo, destacando las obligaciones estatales | |
| | <i>Creación de unidades administrativas especializadas</i> | Transformación de la identidad jurídica de los SESA. Creación de nuevas estructuras como los REPSS. Desarrollo de mecanismos de control de nuevas instancias. | Transformación de la identidad jurídica de los SESA. Creación de nuevas estructuras como los REPSS. | | |
| | <i>Definición de mecanismos de coordinación</i> | Combinación de acuerdos formales y negociación política. | | | |
| | <i>Manejo del marco normativo (fórmulas de gasto, mecanismos de asignación, acuerdos de gestión)</i> | Comprensión de los esquemas de financiamiento para atraer recursos federales y combinarlos con los estatales. | Comprensión de los esquemas de financiamiento para atraer recursos federales. | Comprensión de los esquemas de financiamiento para atraer recursos federales y combinarlos con los estatales. | |
| | <i>Formación / selección de recursos humanos con competencias administrativas</i> | Combinación de capacidades gerenciales y liderazgo político. | | | |
| | <i>Mecanismos locales de gestión de recursos</i> | Importancia de los mecanismos de negociación y respaldo político del gobernador. | Importancia de los mecanismos de negociación | Importancia de los mecanismos de negociación y respaldo político del gobernador. | |

Cuadro 4. Indicadores Cualitativos. Federalismo en salud (continuación)

| Período | Indicador | Hidalgo | Jalisco | Oaxaca | Yucatán |
|-----------|--|---|---|---|---|
| 2004-2009 | <i>Actualizaciones de las leyes estatales de salud con respecto a las actualizaciones de la LGs en competencias estatales</i> | Relevancia de la armonización de las leyes, y de la negociación entre los niveles federal y estatal. Las tensiones políticas por filiación de partidos influyen en la implementación. | | Relevancia de la armonización de las leyes, y de la negociación entre los niveles federal y estatal. Las tensiones políticas por filiación de partidos influyen en la implementación. | Relevancia de la armonización de las leyes, y de la negociación entre los niveles federal y estatal. Las tensiones políticas por filiación de partidos influyen en la implementación. |
| | <i>Manejo de fórmulas de gasto y mecanismos de asignación recursos suficientes en cantidad y calidad para atender la salud de la persona y la comunidad)</i> | | El financiamiento es el tema central de las reformas. Hacia el nivel federal es relevante negociar y al interior crear compromisos de cumplimiento de metas y acuerdos. | | |
| 2004-2014 | <i>Implementación de los Regímenes estatales de protección social en salud</i> | Se cumplió con el requerimiento, pero era una estructura que restaba poder a la autoridad estatal. | | Se cumplió con el requerimiento, integrándose el REPSS a la operación de los SESA. | |
| | <i>Acuerdos de gestión para la operación del SPS</i> | Tanto la descentralización como el SPS requirieron negociación política. Ésta ha faltado con el INSABI. | EI SPS requirió negociación política. Ésta ha faltado con el INSABI. | EI SPS requirió negociación política. Escenario de oportunidad con el INSABI. | EI SPS requirió negociación política. Ésta ha faltado con el INSABI. |
| 2019-2020 | <i>Manejo de la COVID-19</i> | Complejidad de negociación para la implementación del INSABI y amplio requerimiento de recursos financieros. No se tiene claridad y la centralización será compleja. | | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas.

Como parte del primer momento (1997-2003), destaca la relevancia de la descentralización para la implementación del Seguro Popular. Corresponden a este primer período la definición del marco normativo y organizacional con que operarían los SESA por espacio de dos décadas. Un rasgo distintivo de este período es que cada entidad federativa tuvo oportunidad de establecer sus negociaciones con el nivel federal, aprovechando coyunturas políticas cuando había correspondencia de partidos o negociando cuando no la había. Para los actores fue clave la comprensión del marco normativo y el aprovechamiento del financiamiento federal para el logro de objetivos de la política de salud. Ello se complementó con las diversas capacidades locales, sea para las reforzar aportaciones estatales, o bien para negociar condiciones especiales en su ausencia.

El segundo momento destacado por los informantes se refiere a la implementación y consolidación del Seguro Popular (2004-2009). Algunos de los elementos mayormente destacados en las entrevistas sugieren diversos grados de colaboración entre la federación y los estados, destacándose el esquema de aportaciones financieras que realizaba el nivel federal para operar programas a nivel estatal. La operación de este esquema delegó en los estados facultades y recursos, estableciendo diversas oportunidades para la negociación. En este marco se destacó la relevancia del manejo normativo y de variables políticas que podían influir la negociación de recursos, siendo una de ellas la filiación política la cual sólo en un estado se expresó como poco relevante dada la oportunidad para implementar programas prioritarios para grupos vulnerables, sobre todo grupos étnicos.

Para las personas entrevistadas, la reforma más importante en materia de federalismo para el período 2004-2018 fue la implementación del Seguro Popular, combinado en casos como Yucatán y Oaxaca con el IMSS-Oportunidades-Prospера. En este caso destacaron el financiamiento y el manejo de las normas para ejercerlo como la columna vertebral de la reforma. Un aspecto que favoreció una conducción continua fue que se contaba con instrumentos que no se modificaron mucho sobre el tiempo como los Acuerdos de Gestión y los Anexos del Convenio de Colaboración con el Seguro Popular. A pesar de la complejidad política para operarlo, hubo consenso en que las entidades federativas eran clave para el logro de sus objetivos de cobertura.

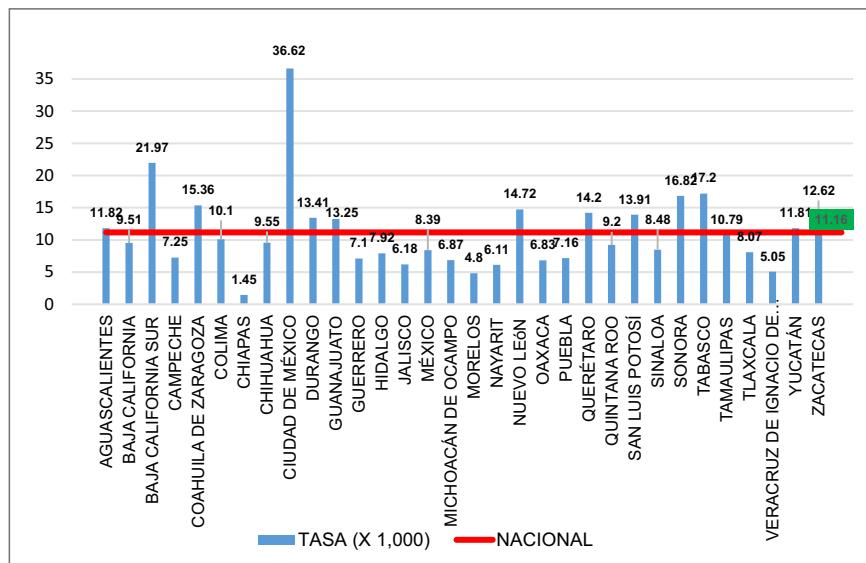
El último momento identificado fue el correspondiente a la actual administración pública federal, en donde se canceló la operación del Seguro Popular y se propuso la implementación del INSABI. Como parte de este proceso se estableció un cambio drástico del esquema operativo descrito, al plantearse una centralización de recursos y al cambiarse drásticamente la relación con los estados, sobre todo en transferencia de recursos financieros. Algunos de los informantes destacaron que esta nueva reforma fue poco negociada y que carece de un marco normativo que favorezca una conducción adecuada. Para uno de los estados la falta de negociación lo llevó a rechazar al INSABI, mientras que otro se mantiene por tener la promesa de recibir apoyo para la implementación del plan piloto.

Hubo un amplio consenso en señalar que la pandemia de COVID-19 impuso barreras iniciales a la implementación del INSABI, dados los costos del proceso de conversión hospitalaria. A ello se sumó la falta de recursos financieros que ha representado la política de austeridad. Se avizoró un escenario complejo en el corto plazo, con incertidumbre en materia de medicamentos, recursos humanos e infraestructura, sumados a un manejo político poco abierto a la negociación.

Análisis comparativo de indicadores COVID-19 entre entidades federativas

Durante el año 2020, la tasa de ataque por COVID-19 a nivel nacional fue de 11.16 casos por mil habitantes, superada en más del triple por la Ciudad de México y en casi el doble por Baja California Sur; otras entidades que rebasaron la media nacional en menor magnitud fueron principalmente las de la región Norte del país y Tabasco, así como Guerrero, Querétaro y San Luis Potosí (Figura 9, Anexos 1 y 15). Destacan Chiapas y Morelos, con tasas de ataque muy bajas.

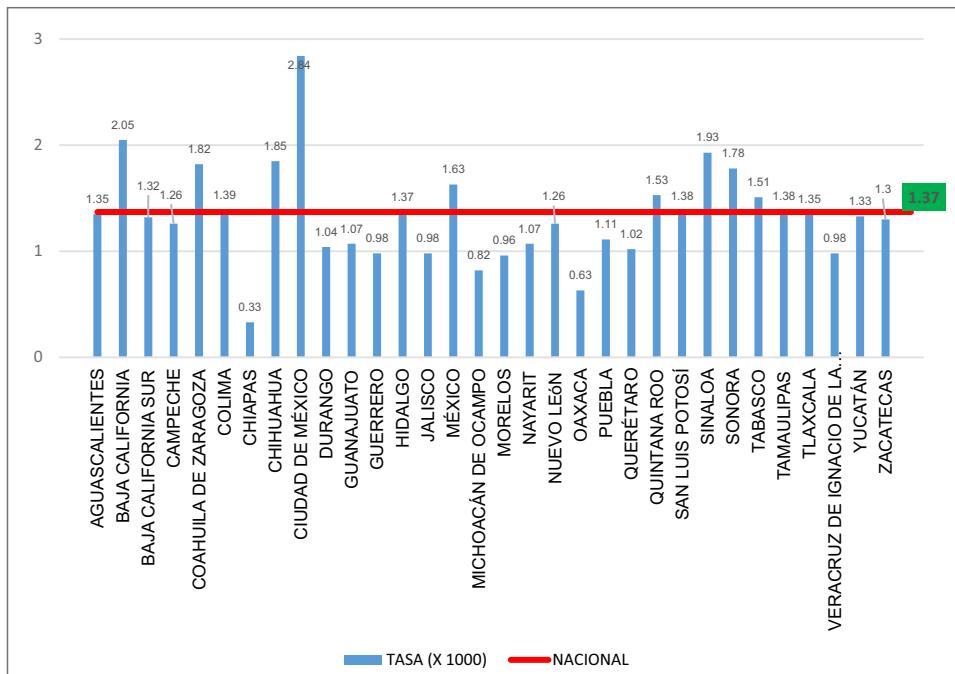
Figura 9. Tasa de Ataque COVID-19, Año 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Salud, México.

La Figura 10, Anexos 2 y 16 muestran la tasa de mortalidad por COVID-19 por 1,000 habitantes para el período 2020. En coincidencia con la tasa de ataque, la Ciudad de México, Baja California y los estados del Norte tuvieron la mortalidad más alta, por arriba de la tasa nacional; Chiapas y Oaxaca registraron las menores tasas.

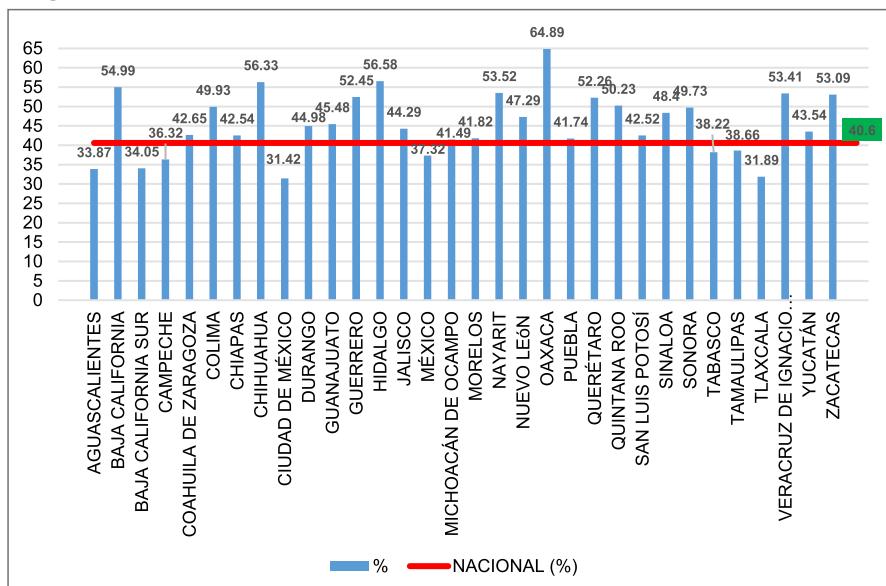
Figura 10. Tasa de mortalidad por Covid-19, Año 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Salud, México.

El análisis del porcentaje de casos de COVID-19 confirmados respecto al número de pruebas realizadas permite identificar entidades federativas cuya elevada proporción de positividad probablemente refleje un bajo nivel de rastreo poblacional, con selección de personas con síntomas evidentes; es el caso de Oaxaca, Hidalgo, Chihuahua y Veracruz, que registraron alrededor del doble de casos confirmados que la Ciudad de México (Figura 11, Anexos 3 y 17).

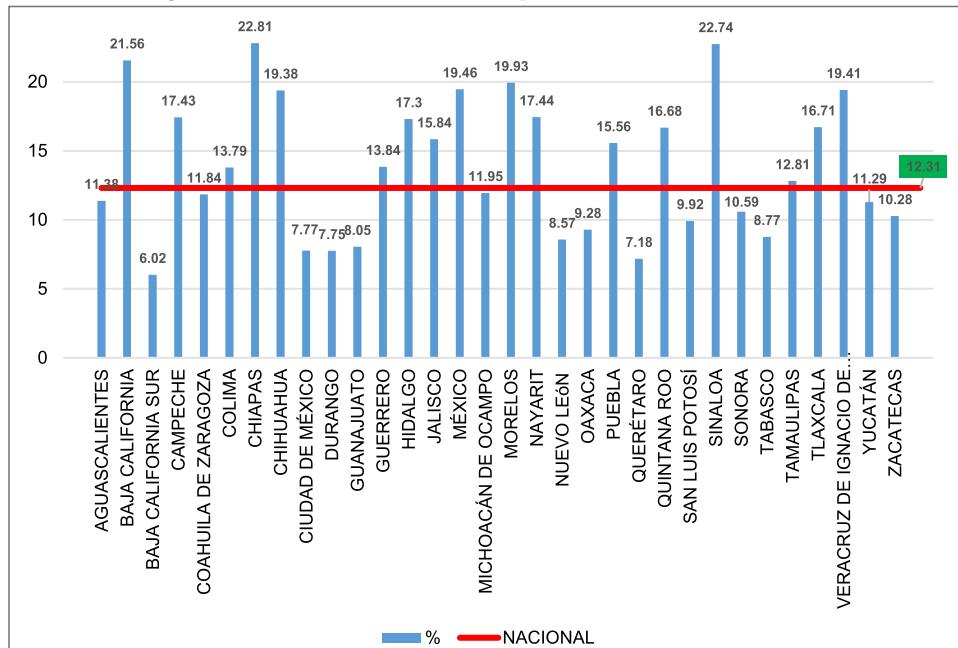
Figura 11. Porcentaje de Casos Covid-19 confirmados, Año 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Salud, México.

Por último, el desempeño de las entidades federativas para la provisión de servicios puede identificarse en las tasas de letalidad. En la Figura 12, Anexos 4 y 18 se presenta el porcentaje de muertes respecto al número de casos confirmados de COVID-19; los estados con mayores registros son Chiapas, Sonora y Baja California, aunque otros 13 estados reportaron una letalidad mayor a la media nacional. En contraste, Baja California Sur, Querétaro, Durango y la Ciudad de México tuvieron las menores proporciones en este indicador.

Figura 12. Tasa de letalidad por Covid-19, Año 2020

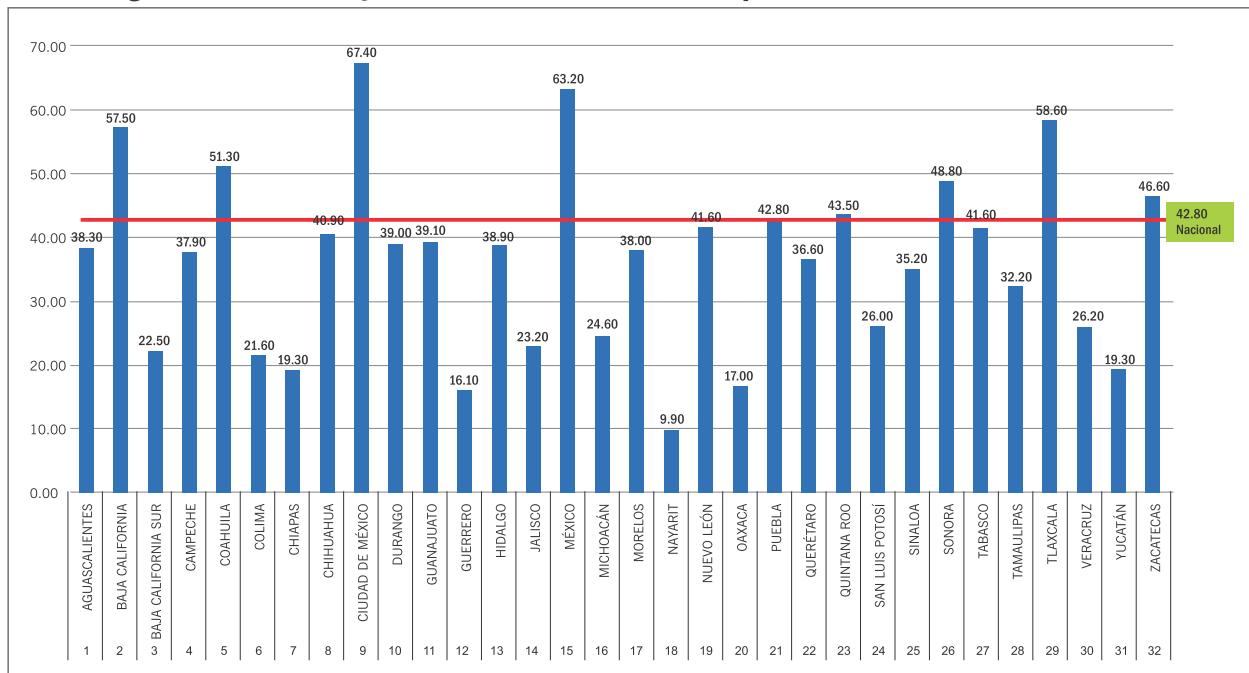


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Salud, México.

Exceso de mortalidad 2020

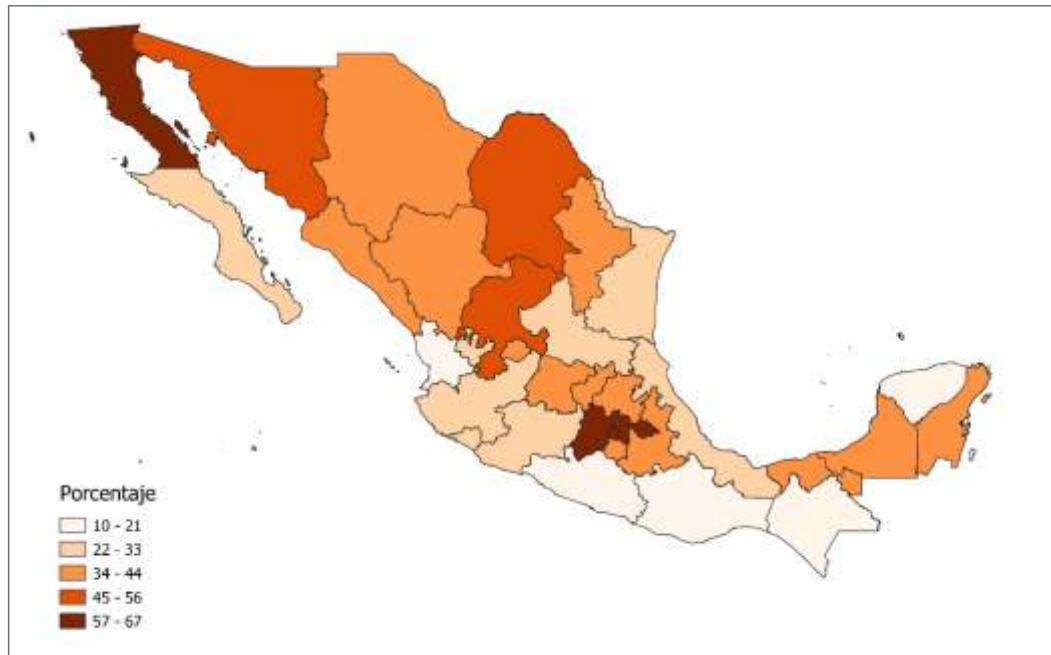
Para 2020, México registró 53% más muertes por todas las causas en comparación con 2019. La CDMX mostró el mayor incremento en el país, casi al doble respecto del año previo. En las Figuras 13 y 14 se presenta la distribución de este indicador en cada uno de los estados, de los que sobresalen por un porcentaje mayor al 50%, además de la CDMX, varias entidades de la Región Norte (Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila y Durango), así como Puebla y Tlaxcala. Es de destacar que las menores proporciones se aprecian en algunos estados de la Región Sur (Guerrero, Oaxaca y Chiapas), en los que no puede descartarse el subregistro.

Figura 13. Porcentaje de exceso de mortalidad por todas las causas, Año 2020



Fuente: Elaboración propia realizada con proyecciones de tamaño población de CONAPO para 2020.

Figura 14. Exceso de mortalidad por todas las causas, en porcentaje, año 2020.



Fuente: Elaboración propia realizada datos oficiales de <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>

Retos, buenas prácticas y recomendaciones de Federalismo en Salud, México 2000-2020

Retos para el federalismo responsable en salud en México

Garantizar un federalismo responsable en el marco del nuevo Programa Sectorial de Salud (PSS) 2019-2024, que propuso la recentralización del financiamiento, la provisión, la infraestructura y la fuerza de trabajo de los servicios para población sin seguridad social en México, es uno de los principales desafíos. Para resolverlo, las entidades federativas tendrán que innovar y desarrollar nuevos mecanismos de coordinación y gestión de programas para alcanzar cobertura universal en ámbitos locales, donde las decisiones de mayor relevancia regresan a ser tomadas desde el nivel federal.

Es imperativo negociar el apoyo con los actores clave de los Servicios Estatales de Salud para implementar nuevos mecanismos de gestión y financiamiento en salud. Para ello se requieren mecanismos de coordinación que favorezcan acuerdos entre los órdenes de gobierno federal, estatal y municipal para la implementación del INSABI, como eje estratégico del PSS 2019-2024.

Asumiendo responsabilidad financiera y considerando el comportamiento del gasto público per cápita en salud observado para el período 2000-2020, habrá que atender la recomendación acordada en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, de incrementar gradualmente al menos en 0.5 cada año el gasto en salud a partir del año 2015. Esta tendencia se ha revertido con el plan de austeridad del gobierno para el período 2019-2024 y representa un reto mayor para las entidades con mayor desventaja en este rubro, particularmente las del sur y centro del país.

Los nuevos mecanismos de compra consolidada (que incluyen administración, distribución y entrega) desde el nivel central, han dificultado el abasto de medicamentos e insumos médicos desde 2019. Ello se ha debido a la pérdida de los mecanismos establecidos que facilitaban la compra y distribución a nivel estatal, desde la implementación del Seguro Popular en 2004.

La pandemia de COVID-19 generó retos imprevistos en 2020, superando la demanda de servicios la capacidad del sistema de salud para su atención, dado que coincidió con la desaparición del Seguro Popular y la implementación del INSABI. Este cambio profundo en la dinámica federalista que se había creado con la descentralización supone un gran aprendizaje dado que muchas entidades se habían fortalecido con los mecanismos establecidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

En el contexto de pandemia, se requerirá vigilar los efectos de la reconversión de los servicios de salud en los estados y de los hospitales federales de alta especialidad, para lo que estos últimos se establecieron como unidades de referencia en apoyo a los estados para la atención de pacientes graves, para responder a la pandemia COVID-19. Una de las más serias repercusiones en el desempeño de los sistemas estatales de salud ha sido la dificultad derivada de la reconversión para atender demandas de salud para otras enfermedades transmisibles y no transmisibles de la población. De particular relevancia es el manejo, monitoreo y seguimiento para el control ambulatorio de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, obesidad, cáncer y enfermedades cardiovasculares.

Un reto urgente para la reorganización de los servicios estatales de salud es atender la mortalidad excesiva de 2020, consecuencia de la alta letalidad por COVID-19 sumada a las complicaciones de otras enfermedades para las que no se ofreció un acceso efectivo para la atención. Lo anterior es posiblemente el mayor reto que se enfrentará en el corto plazo para lograr un desempeño satisfactorio del sistema de salud, que incluye ofrecer una respuesta a la demanda de atención hospitalaria eficaz para lograr resultados en salud favorables en el marco de la pandemia de COVID-19. Esta situación implicará fortalecer la capacidad de los directivos estatales para obtener recursos financieros, ampliar la contratación de personal de salud calificado y la generación de modelos de atención apropiados al contexto local y a las necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad.

Buenas prácticas estatales de federalismo en salud

El desarrollo de nuevas alternativas de financiamiento a nivel local se han establecido en algunas entidades para avanzar hacia la cobertura universal y para modificar la dependencia de las decisiones y asignaciones presupuestales federales. Estados como la CDMX, Colima, Baja California Sur o Jalisco, son ejemplo de buen desempeño en este importante rubro.

El fortalecimiento del rol de las Comisiones de Salud y Seguridad Social de los poderes legislativos estatales, para apoyar decisiones de asignación presupuestal y desarrollo de estrategias o programas estatales de salud acordes a las necesidades de su población. Los estados de Hidalgo, Oaxaca y Yucatán tienen buenas prácticas en este sentido.

La capacidad política para concretar e implementar acuerdos políticos entre diferentes niveles de gobierno, como se ha observado en la CDMX y Veracruz. Existe una amplia ventana de oportunidad en los estados en los que coincide el mismo partido en los poderes federal, estatal y municipal. En estos contextos, los acuerdos para la implementación del Programa Sectorial de Salud 2019-2024 podrían agilizar los convenios relacionados con el INSABI y la compra consolidada y distribución de medicamentos.

La asignación del presupuesto por parte del Poder Legislativo para fortalecer la estructura organizacional y desarrollar programas de salud que responden a las necesidades de salud locales, como ocurre en Yucatán. En este caso, el sistema estatal de salud implementó una Dirección General de Nutrición en Salud para enfrentar los retos de diabetes e hipertensión a nivel estatal.

El incremento al gasto en salud por arriba del promedio nacional, particularmente en estados que han presentado tendencias históricas irregulares y decrecientes para el período de análisis. Resulta encomiable al respecto el comportamiento de las cuentas estatales en salud y los aportes estatales al gasto en Colima, CDMX, Jalisco y Tabasco, que pueden tomarse como referencia de buenas prácticas.

El énfasis para implementar el modelo de atención primaria a la salud en estados como CDMX, Nuevo León y Oaxaca. Esta iniciativa deriva en buenas prácticas para mejorar la atención a las necesidades de salud que han sido desatendidas en la transición al INSABI.

La respuesta a la pandemia de COVID-19 de algunas entidades como CDMX, Baja California Sur, Querétaro y Durango para lograr las menores tasas de letalidad. Lo anterior refleja un buen desempeño en la atención, bajo el supuesto de un registro adecuado de los casos.

Conclusiones

Las propuestas de ajuste a las políticas de salud para población no asegurada establecidas en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 y el panorama epidemiológico marcado por la pandemia de COVID-19 han puesto a prueba al federalismo responsable en salud. La coincidencia en la implementación del INSABI con un esquema centralizador con la pandemia COVID-19, demanda el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de cada entidad federativa para poder contenerla sin descuidar los objetivos de cobertura universal en salud para la población desprotegida.

Los acuerdos de gestión y la capacidad de incidencia de los actores políticos de los niveles federal, estatal y municipal para mejorar el financiamiento público de los servicios estatales de salud han resultado muy heterogéneos para atender los retos de cobertura de las entidades federativas más desfavorecidas. El desempeño de cada sistema estatal de salud para cumplir con el mandato constitucional de un federalismo responsable depende de buenos niveles de gobernanza y capacidad financiera de cada entidad federativa, representando un gran desafío en el marco de implementación del INSABI.

La respuesta del Sistema Nacional de Salud a las necesidades de poblaciones vulnerables agudizadas con la Pandemia de COVID-19, requiere mejorar el desempeño con políticas públicas innovadoras y sustentadas en modelos de atención primaria a la salud acordes al contexto de cada entidad federativa.

Ante el replanteamiento de los esquemas de descentralización en salud que se venían implementando en México desde la década de 1980 y la recentralización de las políticas de salud a partir de 2019, es crucial identificar los nodos de conflicto entre los actores clave para mejorar los niveles de gobernanza federal y estatal. El escenario post COVID-19 obliga a un replanteamiento para evolucionar hacia un sistema de salud más resiliente con capacidad de respuesta a los retos emergentes mediante acciones que permitan superar los rezagos en salud de todos los estratos más vulnerables de la población.

Recomendaciones de políticas públicas de salud para un Federalismo Responsable en México

Un federalismo responsable en salud deberá concretar alianzas estratégicas entre los actores clave del sistema de salud (Secretarías de Estado, sociedad civil, empresas, Poder Legislativo, usuarios de servicios de salud) adaptadas al contexto de cada entidad federativa para innovar la atención médica bajo principios de financiamiento suficiente para responder a las necesidades de la población con servicios de salud que ofrezcan acceso efectivo y cobertura universal. De gran relevancia para lograr mayor fortaleza en el federalismo será el logro de alianzas entre entidades, para establecer estrategias conjuntas de atención. El intercambio de servicios que ha sido demostrado exitoso en experiencias previas de algunas entidades, así como las alianzas público-privadas para compensar deficiencias en la infraestructura y recursos humanos, son alternativas viables a considerar.

En materia de financiamiento en salud, deben reconocerse y promoverse los casos de las entidades federativas donde la tendencia del gasto ha tenido un comportamiento creciente. En las entidades donde el comportamiento ha sido irregular o con tendencia decreciente, habrá que desarrollar estrategias para una mayor asignación de recursos financieros mediante alternativas innovadoras. Por su parte, en los casos donde las aportaciones estatales sean nulas, deberán promoverse estrategias conjuntas de rectoría para un mayor equilibrio del gasto entre aportaciones estatales y aportaciones federales al gasto público en salud.

En términos de gasto público en salud, se requiere un mayor compromiso del aporte de cada entidad federativa a la operación de sus servicios de salud en el marco de un federalismo responsable en este ámbito. Deberá definirse para ello la responsabilidad financiera de cada estado en su aporte como se procuró desde la descentralización.

Para apoyar al cumplimiento del Programa Sectorial de Salud 2020-2024, se recomienda monitorear y ajustar periódicamente los convenios y acuerdos que se concretaron durante 2020 entre los niveles de gobierno federal, estatal y municipal para la implementación de sus objetivos estratégicos, particularmente los referidos a la implementación del INSABI en las entidades federativas.

Es impostergable la implementación de un sólido modelo de atención primaria que permita la atención integradora a las principales necesidades de salud, con énfasis en la continuidad de la atención para las enfermedades crónicas y acorde al contexto local en términos de los determinantes sociales de la salud.

Referencias

- Alonso, J., Nassif, A. A., & Tamayo, J. (Eds.). (1992). *El nuevo Estado mexicano* (Vol. 1). Universidad de Guadalajara (pp.102-24).
- Arredondo A. (2003). Federalismo y Salud: estudio de caso del sistema de salud en México. En: *Federalismo y Políticas de salud, descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva internacional*. Forum of Federations-Instituto Nacional sobre el Federalismo. Quebec, Canada, 1^a Ed. (pp. 85-198).
- Arredondo, A. A., Núñez, E. O., & Castañeda, X. (2005). Gobernanza en sistemas de salud y participación social en México a partir de la reforma del sector. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 11 (29), 15-22.
- Arredondo, A., Orozco, E., & Recaman, A. L. (2018). Qualitative analysis of governance trends after health system reforms in Latin America: lessons from Mexico. *Public Health*, 156, 140-146.
- Block, M. A. G., Hurtado, L. C., Avila-Burgos, L., & Orozco, E. (2018). Chapter Eight. Decentralization of Health Policy and Services in Mexico. In *Federalism and Decentralization in Health Care* (pp. 174-199). University of Toronto Press.
- Burdeau, G. (1985). *Tratado de ciencia política: El Estado. Las formas de Estado*, Vol. II (pp.181-187). Universidad Nacional Autónoma. México
- Contandriopoulos Andre-P., Morales Christian., Arredondo Armando, Shardonofsky Sylvie., Reinhartz Dan, De Souza Egenio y Brouselle Astrid. *Entendiendo las transformaciones de los sistemas de salud: Una perspectiva canadiense*. Unidad de Salud Internacional, Publicación científica, N-98-06, Ed Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Université de Montréal. 1998: 26-47
- CPEUM. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (2000). 133 Ed. (pp.1-154).,México, D.F.,
- Diario Oficial de la Federación. 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. [Citado 20 08 2021]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001
- De la Fuente, J. R., & Juan, M. (1996). *La Descentralización de los Servicios de Salud: Una responsabilidad compartida* (pp.15-21). Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Salud, México.
- Diario Oficial de la Federación. DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. 29/11/19. [Citado 20 08 2021]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019.
- Flamand, L., & Jaimes, C. M. (2014). Un diagnóstico de los sistemas estatales de salud en México. En: *Seguro Popular y Federalismo en México: Un análisis de política pública*. (pp. 201-224) CIDE, México.
- Frenk, J., Zurita, B., Franco, F., Arredondo, A., Quisser, M., & Ramírez, R. (1994). Demanda y oferta de servicios médicos: Obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México. FUNSALUD, *Proyecto Economía y Salud*, 23-38.
- LGS. *Ley General de Salud*. (2000). 16^a Ed. actualizada. México, D.F.: Editorial Porrúa,12-19.
- Ley General de Salud, de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Gaceta de la Comisión Permanente. México: Senado de la República, 2019 [citado 15 0 2021]. Disponible en: http://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-03-1/assets/documentos/Ini_Delgado.pdf.
- Marques-Pereira, J., & Théret, B. (1999). Regímenes políticos, mediaciones sociales y trayectorias económicas. *Estudios sociológicos*, Vol XVIII (50),15-19.
- Orozco E, Arredondo A. (2013). *Visión antropológica de la descentralización del sistema de salud en México*. Rev Saude Pública, 47, 353-359
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. (2019). Sector Social, Salud y Educación. Programa nacional de Salud (pp. 23-29). Poder Ejecutivo Federal, México.
- Puga, C. (1986). *Evolución del estado Mexicano. Consolidación 1940–1983*. Tomo III (pp. 3-16). México. Caballito,
- Quentin, T. (2000). Poverty and Policy in Latin America and the Caribbean. World Bank Technical Paper ISBN 0-8213-4754-3, 53-8.
- Reyes-Morales, H., Dreser-Mansilla, A., Arredondo-López, A., Bautista-Arredondo, S., & Ávila-Burgos, L. (2020). Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019. *Salud Pública Mex*, 61, 685-691.
- Secretaría de Salud. (2001). *Descentralización de los servicios de salud en las entidades federativas. Memoria 1995-2000* (pp. 1-147). México, D.F. SSA.
- Secretaría de Salud. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud (pp. 28-31). México, D.F. SSA, 1990-2000.
- Secretaría de Salud. (1999). Hacia la federalización de la salud en México. El modelo de atención para población abierta en México (pp. 1-12). Consejo Nacional de Salud.
- Secretaría de Salud. (1997). La descentralización de los Servicios de Salud: una responsabilidad compartida. Acciones para consolidar la descentralización del sistema de salud. (pp. 1-48). Consejo Nacional de Salud,
- Secretaría de Salud. (2001). La descentralización de los Servicios de Salud: Avances y retos. Un análisis sobre la descentralización del sistema de salud mexicano para el período 1995-2000 (pp. 139). Consejo Nacional de Salud.
- Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2020-2024. [citado 25 08 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2020-2024>.
- Vogel, J. J., El régimen federal de la Ley Fundamental. En: Benda, M., Maihofer, W., Vogel, J., Hesse, K., & Heyde, W. (1996). *Manual de Derecho Constitucional* (pp. 622-623). Madrid, Marcial Pons.
- Wagstaff Adam. (2001). Poverty and Health. Commission on Macroeconomics and Health. Working Papers Series, Paper No. WG1-5. WHO. (pp. 4-17) Geneve.
- World Health Organization. (2000). The world health report 2000: Health Systems: Improving Performance (pp. 73-77). World Health Organization.

Anexos

Anexo 1. Tasa de ataque COVID-19, Año 2020

| ENTIDAD FEDERATIVA | TASA (X 1,000 h)* |
|---------------------------------|-------------------|
| Aguascalientes | 11.82 |
| Baja California | 9.51 |
| Baja California Sur | 21.97 |
| Campeche | 7.25 |
| Coahuila de Zaragoza | 15.36 |
| Colima | 10.1 |
| Chiapas | 1.45 |
| Chihuahua | 9.55 |
| Ciudad de México | 36.62 |
| Durango | 13.41 |
| Guanajuato | 13.25 |
| Guerrero | 7.1 |
| Hidalgo | 7.92 |
| Jalisco | 6.18 |
| México | 8.39 |
| Michoacán de Ocampo | 6.87 |
| Morelos | 4.8 |
| Nayarit | 6.11 |
| Nuevo León | 14.72 |
| Oaxaca | 6.83 |
| Puebla | 7.16 |
| Querétaro | 14.2 |
| Quintana Roo | 9.2 |
| San Luis Potosí | 13.91 |
| Sinaloa | 8.48 |
| Sonora | 16.82 |
| Tabasco | 17.2 |
| Tamaulipas | 10.79 |
| Tlaxcala | 8.07 |
| Veracruz de Ignacio de la Llave | 5.05 |
| Yucatán | 11.81 |
| Zacatecas | 12.62 |
| Nacional | 11.16 |

*Casos positivos confirmados por muestra de laboratorio, Comité de Dictaminación, o por asociación clínica epidemiológica durante el 2020. Proyecciones población de CONAPO 2020.

Anexo 2. Tasa de mortalidad por COVID-19, Año 2020

| ENTIDAD FEDERATIVA | TASA (X 100,000 h)* |
|---------------------------------|---------------------|
| Aguascalientes | 134.53 |
| Baja California | 205.12 |
| Baja California Sur | 132.22 |
| Campeche | 126.42 |
| Coahuila de Zaragoza | 181.75 |
| Colima | 139.21 |
| Chiapas | 32.98 |
| Chihuahua | 185.14 |
| Ciudad de México | 284.47 |
| Durango | 103.96 |
| Guanajuato | 106.64 |
| Guerrero | 98.33 |
| Hidalgo | 136.96 |
| Jalisco | 97.96 |
| México | 163.21 |
| Michoacán de Ocampo | 82.04 |
| Morelos | 95.74 |
| Nayarit | 106.55 |
| Nuevo León | 126.11 |
| Oaxaca | 63.42 |
| Puebla | 111.36 |
| Querétaro | 102.03 |
| Quintana Roo | 153.43 |
| San Luis Potosí | 137.96 |
| Sinaloa | 192.83 |
| Sonora | 178.03 |
| Tabasco | 150.92 |
| Tamaulipas | 138.22 |
| Tlaxcala | 134.78 |
| Veracruz de Ignacio de la Llave | 98.01 |
| Yucatán | 133.28 |
| Zacatecas | 129.80 |
| Nacional | 137.33 |

*Casos positivos confirmados por muestra de laboratorio, Comité de Dictaminación, o por asociación clínica epidemiológica y con fecha de defunción durante el 2020.

*Proyecciones población de CONAPO 2020.

Anexo 3. Porcentaje de casos COVID-19 confirmados, Año 2020

| ENTIDAD FEDERATIVA | %* |
|---------------------------------|--------------|
| Aguascalientes | 33.87 |
| Baja California | 54.99 |
| Baja California Sur | 34.05 |
| Campeche | 36.32 |
| Coahuila de Zaragoza | 42.65 |
| Colima | 49.93 |
| Chiapas | 42.54 |
| Chihuahua | 56.33 |
| Ciudad de México | 31.42 |
| Durango | 44.98 |
| Guanajuato | 45.48 |
| Guerrero | 52.45 |
| Hidalgo | 56.58 |
| Jalisco | 44.29 |
| México | 37.32 |
| Michoacán de Ocampo | 41.49 |
| Morelos | 41.82 |
| Nayarit | 53.52 |
| Nuevo León | 47.29 |
| Oaxaca | 64.89 |
| Puebla | 41.74 |
| Querétaro | 52.26 |
| Quintana Roo | 50.23 |
| San Luis Potosí | 42.52 |
| Sinaloa | 48.40 |
| Sonora | 49.73 |
| Tabasco | 38.22 |
| Tamaulipas | 38.66 |
| Tlaxcala | 31.89 |
| Veracruz de Ignacio de La Llave | 53.41 |
| Yucatán | 43.54 |
| Zacatecas | 53.09 |
| Nacional | 40.60 |

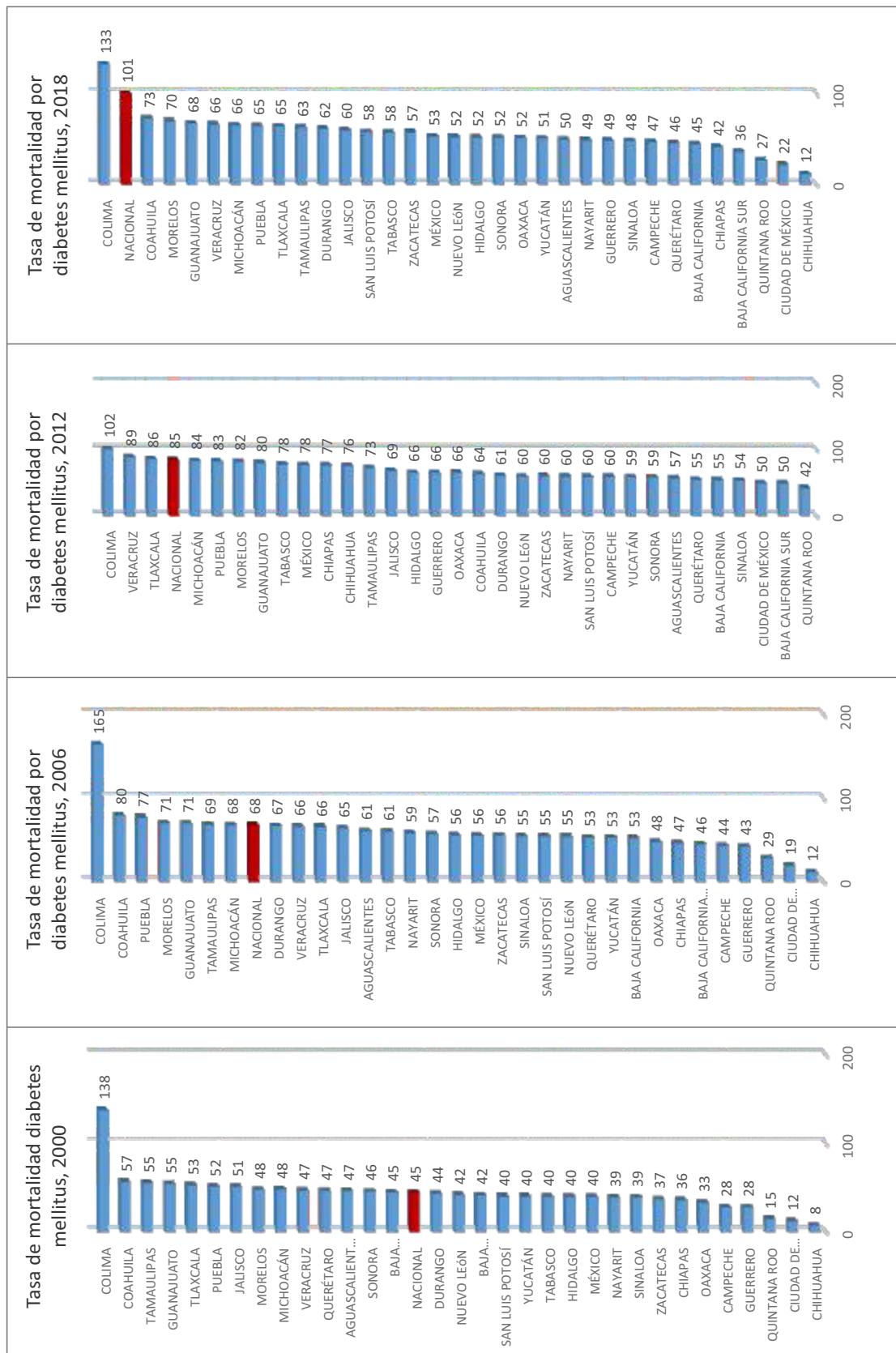
*Casos positivos confirmados por muestra de laboratorio, Comité de Dictaminación o por asociación clínica epidemiológica y con fecha de defunción durante el 2020.

Anexo 4. Tasa de letalidad por COVID-19, Año 2020

| ENTIDAD FEDERATIVA | %* |
|---------------------------------|--------------|
| Aguascalientes | 11.38 |
| Baja California | 21.56 |
| Baja California Sur | 6.02 |
| Campeche | 17.43 |
| Coahuila de Zaragoza | 11.84 |
| Colima | 13.79 |
| Chiapas | 22.81 |
| Chihuahua | 19.38 |
| Ciudad de México | 7.77 |
| Durango | 7.75 |
| Guanajuato | 8.05 |
| Guerrero | 13.84 |
| Hidalgo | 17.30 |
| Jalisco | 15.84 |
| México | 19.46 |
| Michoacán de Ocampo | 11.95 |
| Morelos | 19.93 |
| Nayarit | 17.44 |
| Nuevo León | 8.57 |
| Oaxaca | 9.28 |
| Puebla | 15.56 |
| Querétaro | 7.18 |
| Quintana Roo | 16.68 |
| San Luis Potosí | 9.92 |
| Sinaloa | 22.74 |
| Sonora | 10.59 |
| Tabasco | 8.77 |
| Tamaulipas | 12.81 |
| Tlaxcala | 16.71 |
| Veracruz de Ignacio de la Llave | 19.41 |
| Yucatán | 11.29 |
| Zacatecas | 10.28 |
| Nacional | 12.31 |

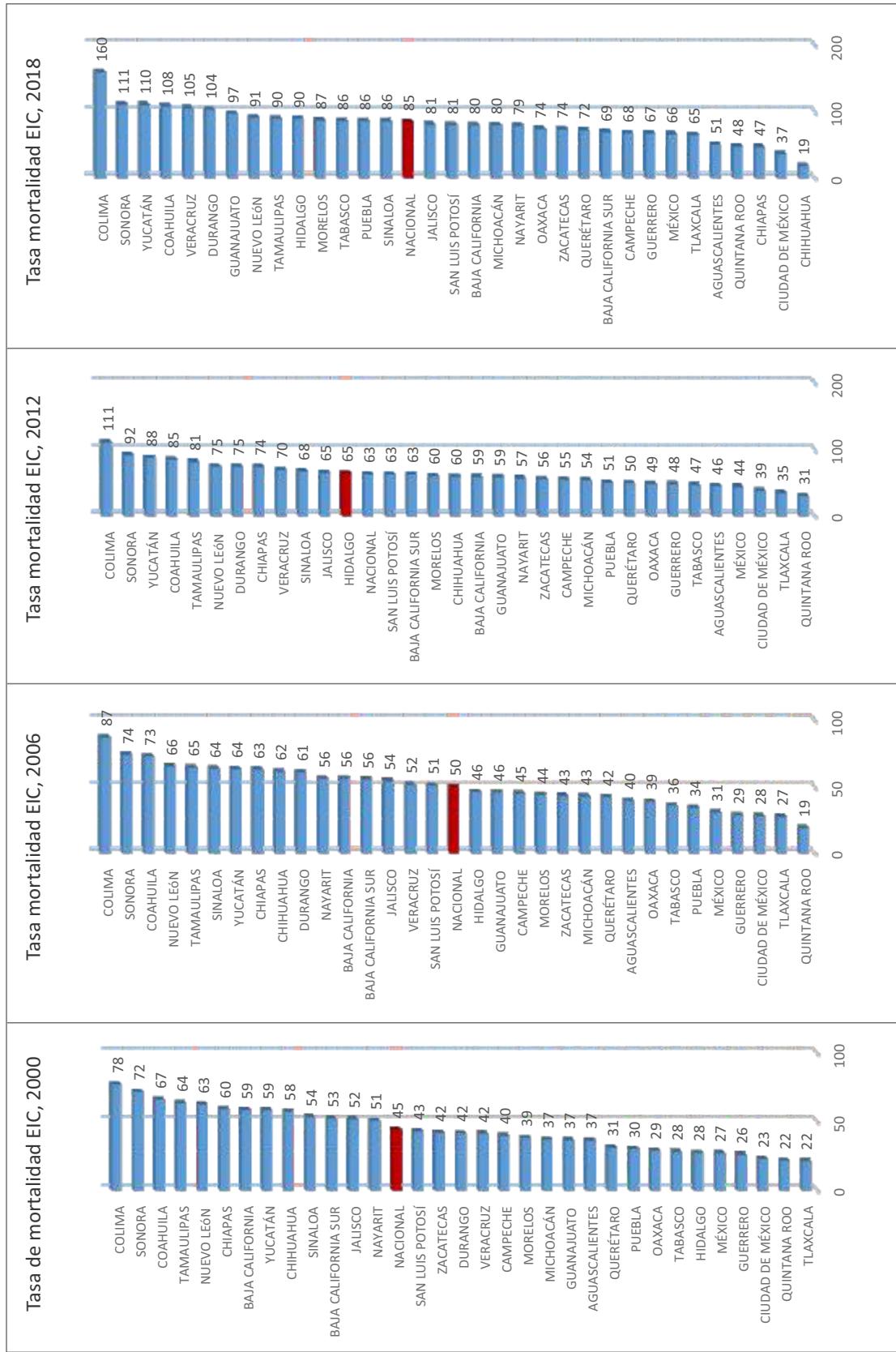
*Casos positivos confirmados por muestra de laboratorio, Comité de Dictaminación o por asociación clínica epidemiológica y con fecha de defunción durante el 2020.

**Anexo 5. Mortalidad por diabetes mellitus, 2000-2018
Muertes por cada 100,000 habitantes**



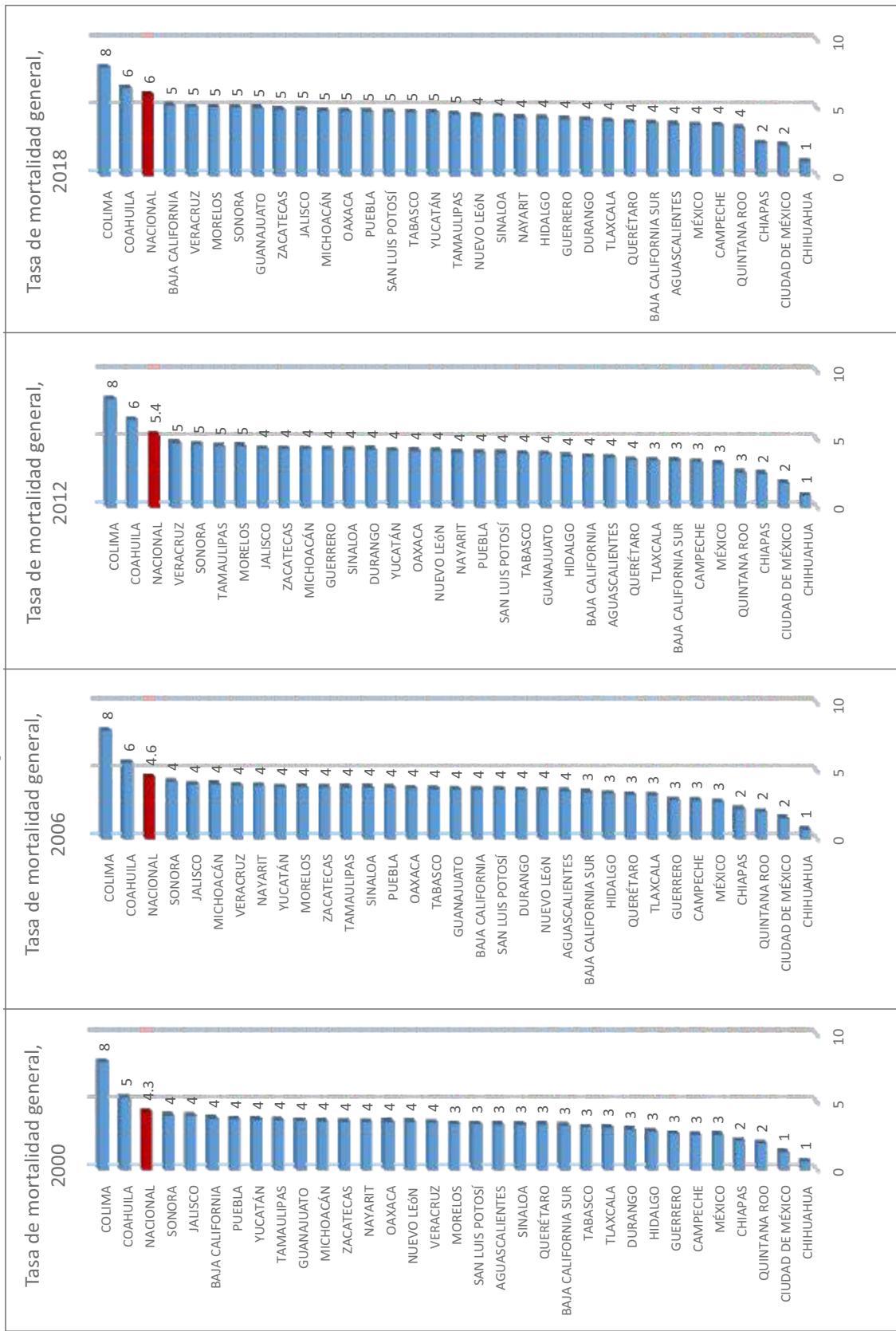
Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad, Secretaría de Salud México.

Anexo 6. Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, 2000-2018
Muertes por cada 100,000 habitantes



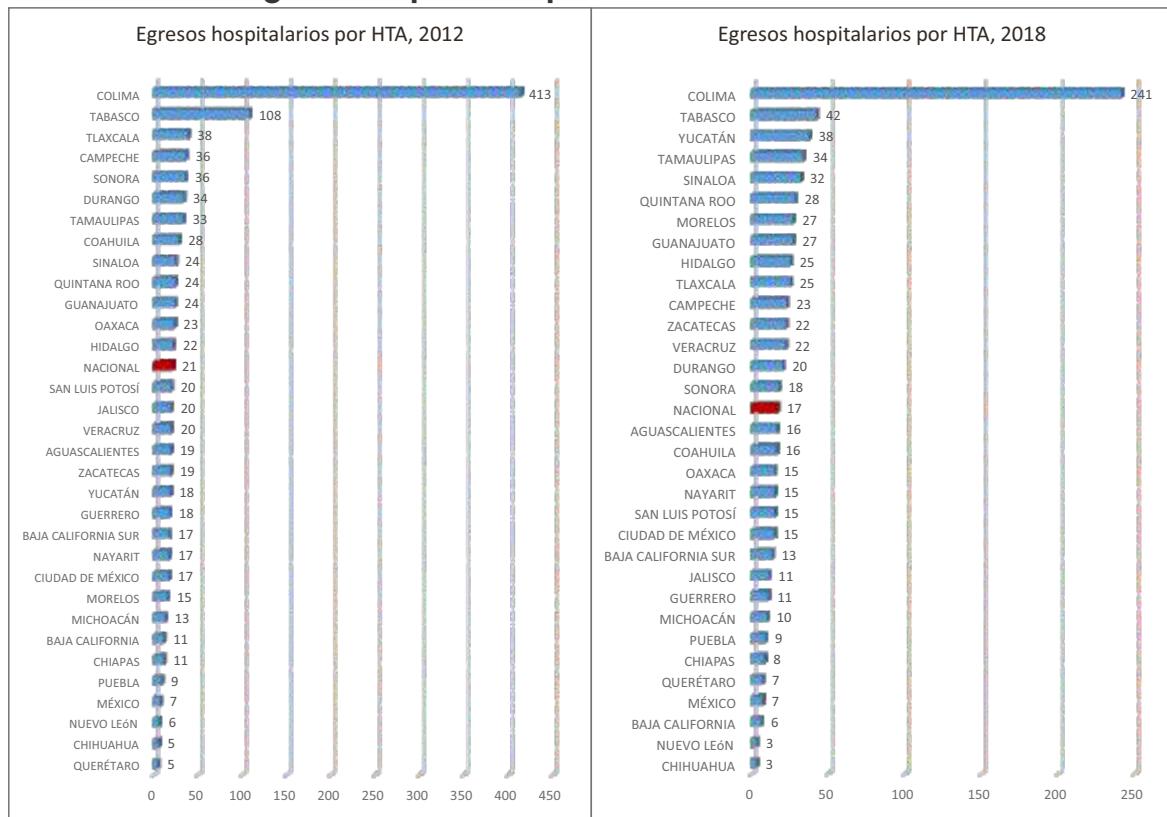
Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad, Secretaría de Salud México.

Anexo 7. Mortalidad general por todas las causas, 2000-2018
Muertes por cada 1,000 habitantes



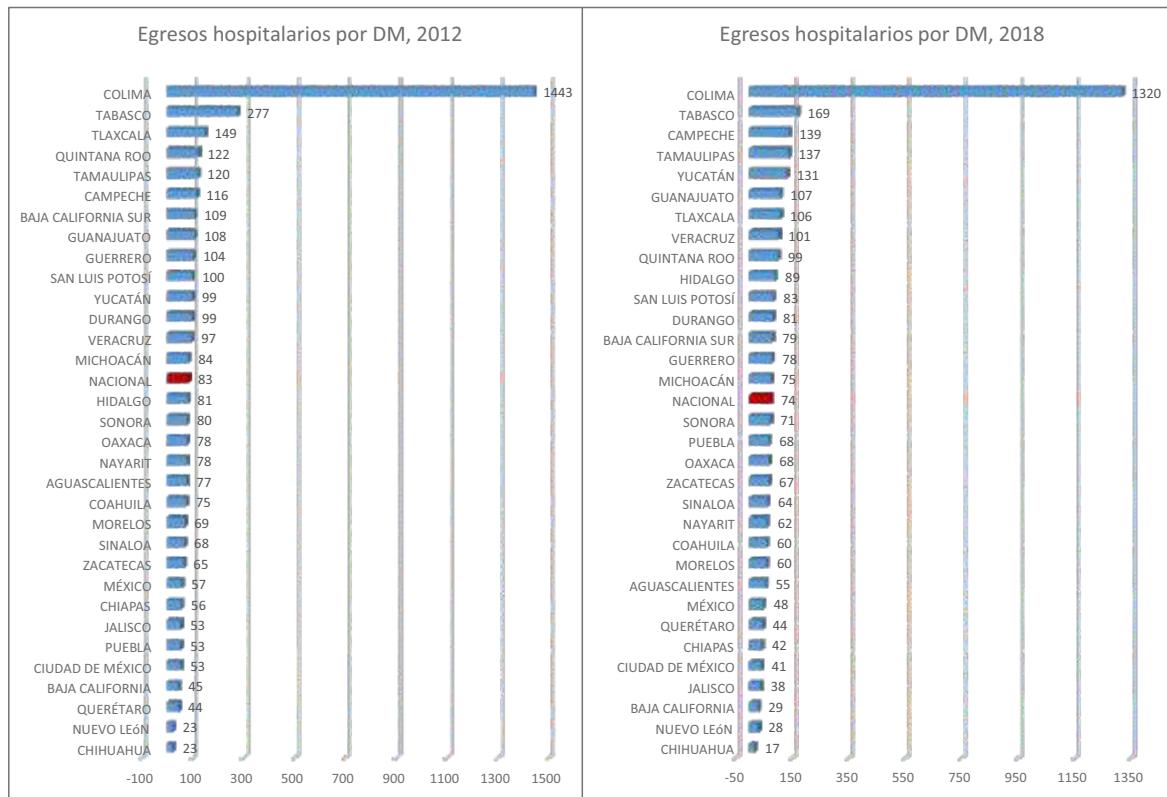
Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad, Secretaría de Salud México.

Anexo 8. Tasa de egresos hospitalarios por HTA, 2012-2018 Egresos hospitalarios por cada cien mil habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de la Secretaría de Salud, México.

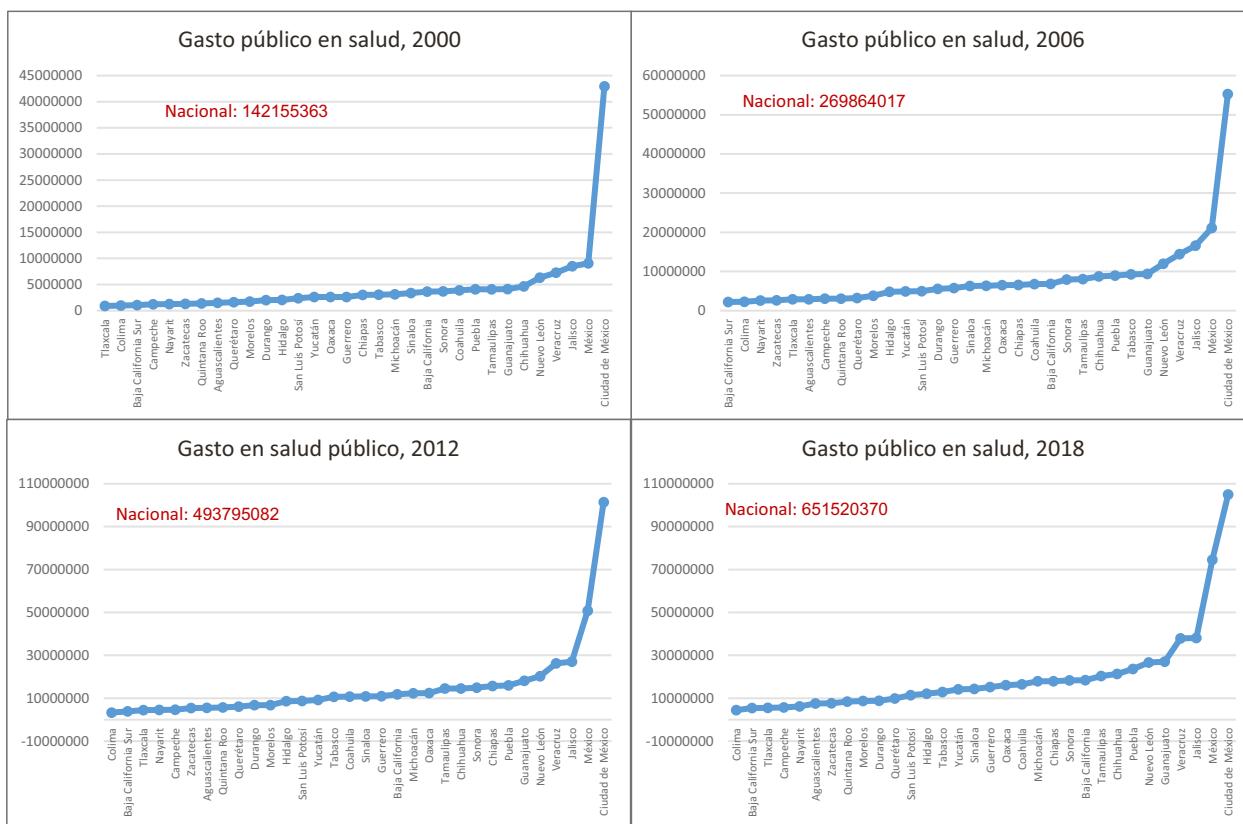
Anexo 9. Tasa de egresos hospitalarios por Diabetes Mellitus, 2012-2018 Egresos hospitalarios por cada 100,000 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de la Secretaría de Salud, México.

Anexo 10. Gasto público en salud, 2000-2018

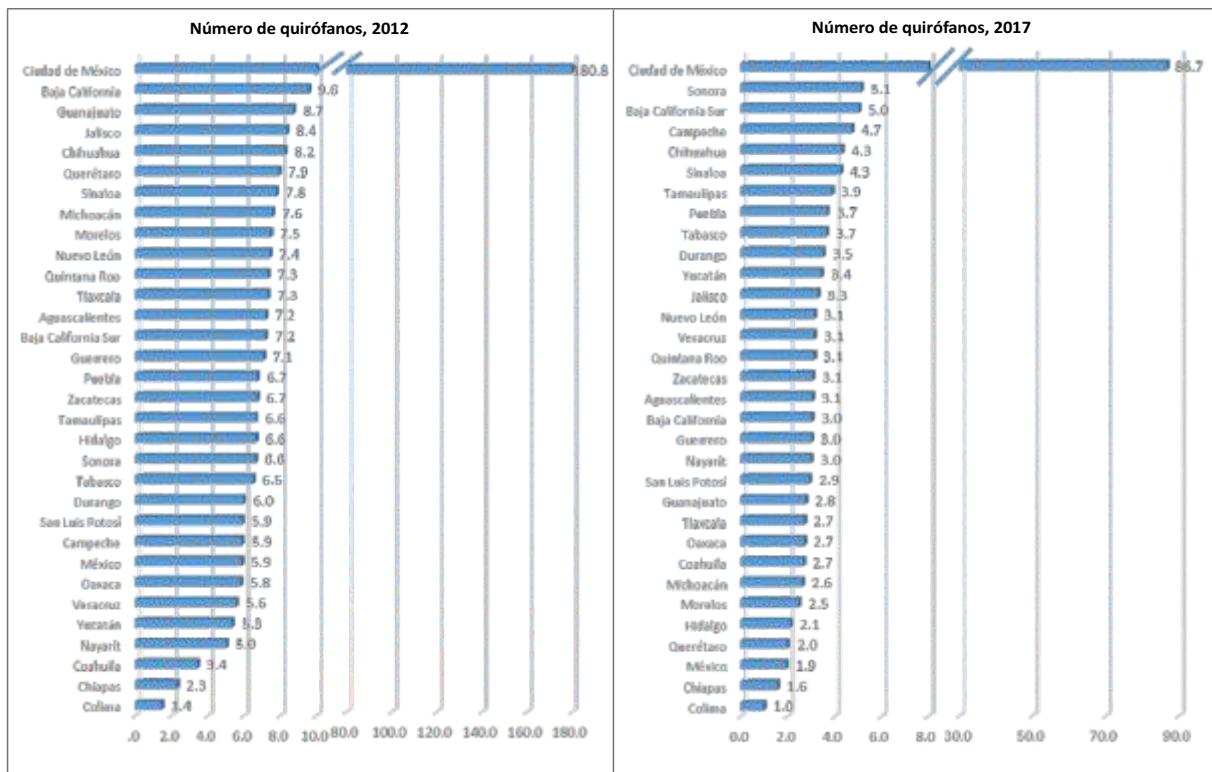
Miles de pesos



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de Cubos Dinámicos, Secretaría de Salud, México.

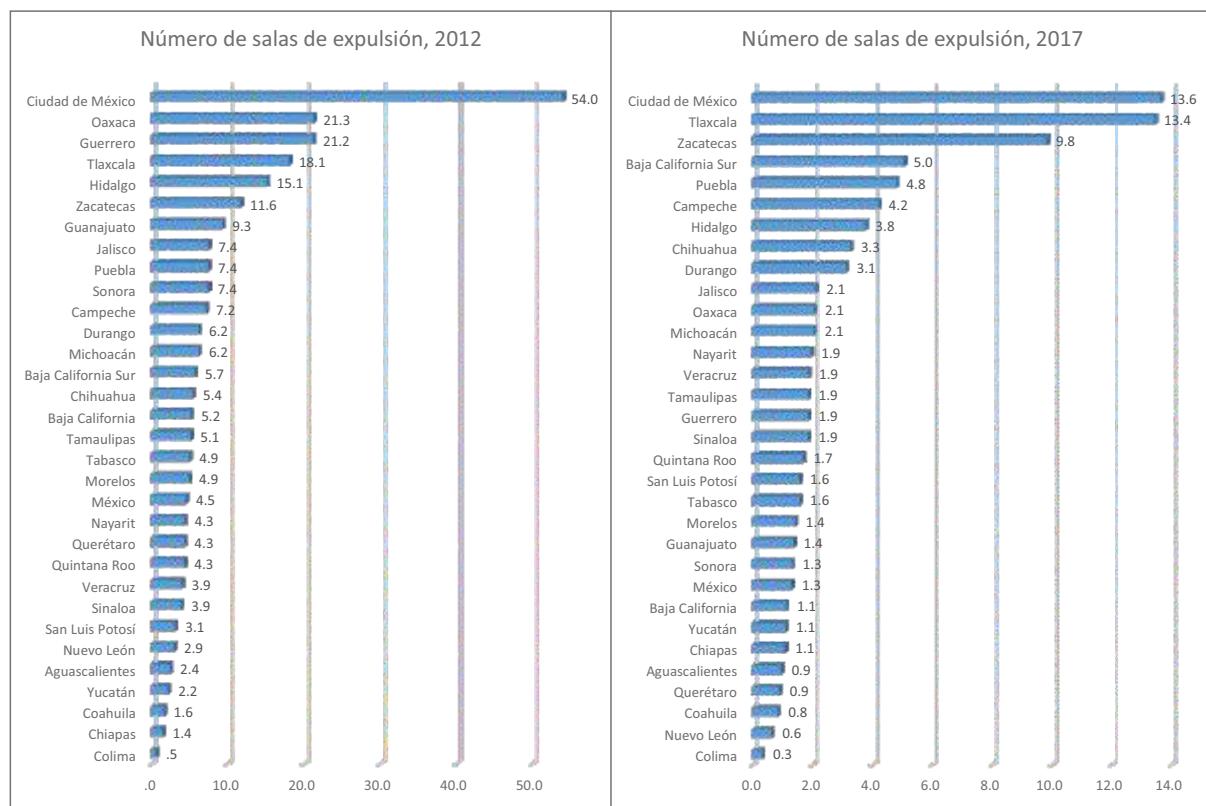
Anexo 11. Número quirófanos por entidad federativa; 2012 – 2017

Quirófanos por cada 100,000 habitantes



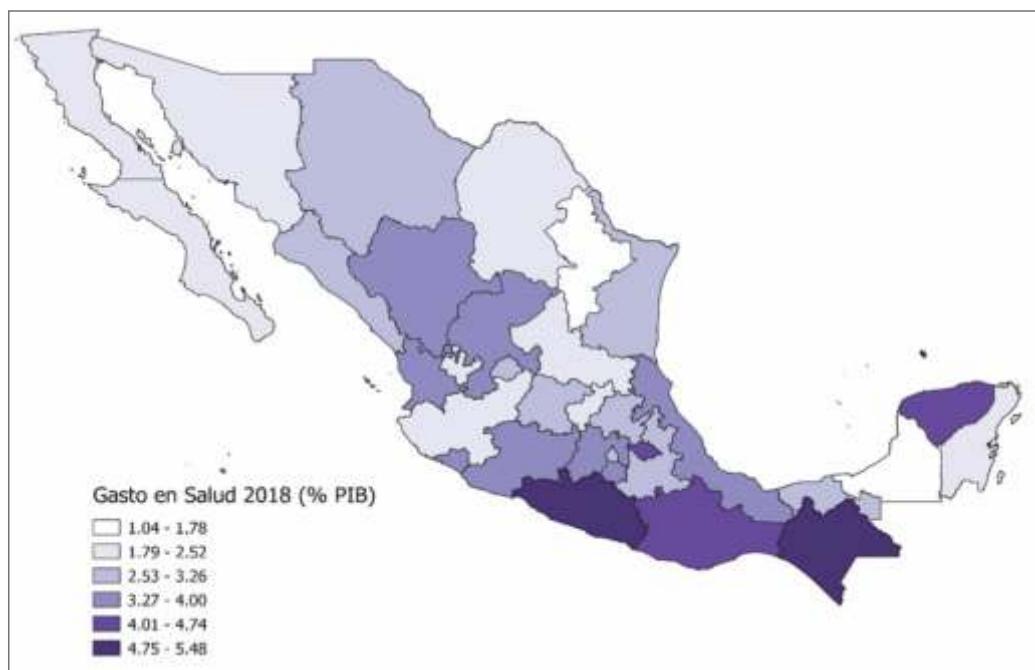
Fuente: Elaboración propia a partir de bases de Cubos Dinámicos, Secretaría de Salud.

Anexo 12. Salas de expulsión por entidad federativa; 2012 – 2017
Salas de expulsión por cada 1,000 habitantes



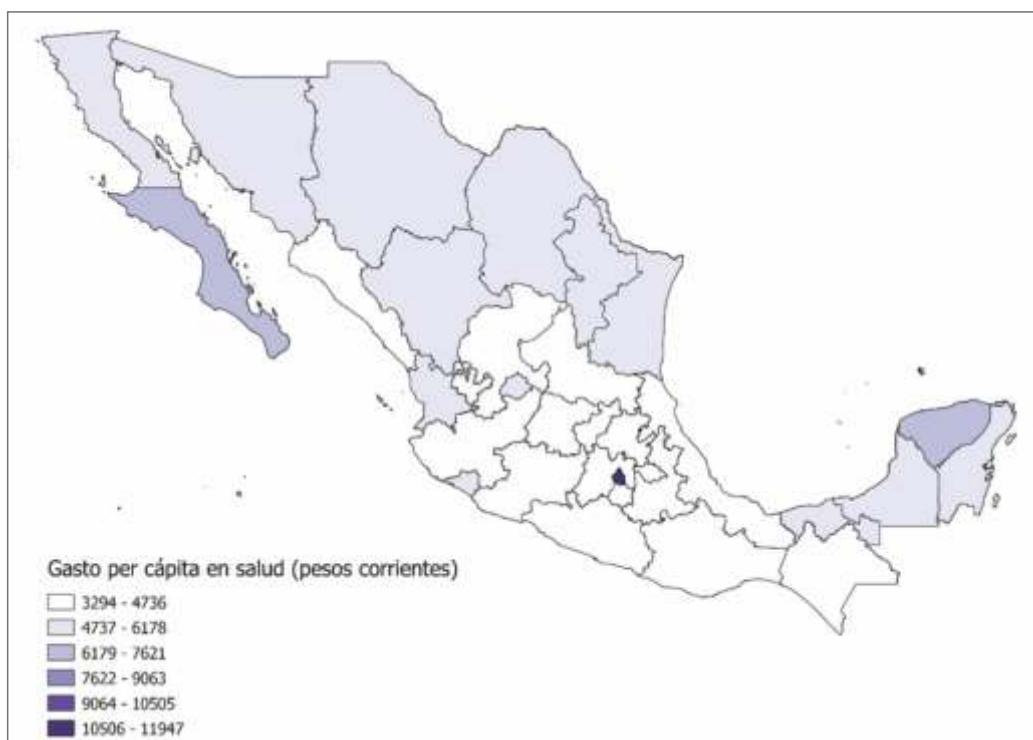
Fuente: Elaboración propia a partir de bases de Cubos Dinámicos, Secretaría de Salud.

Anexo 13. Gasto en salud como porcentaje del PIB para 2018



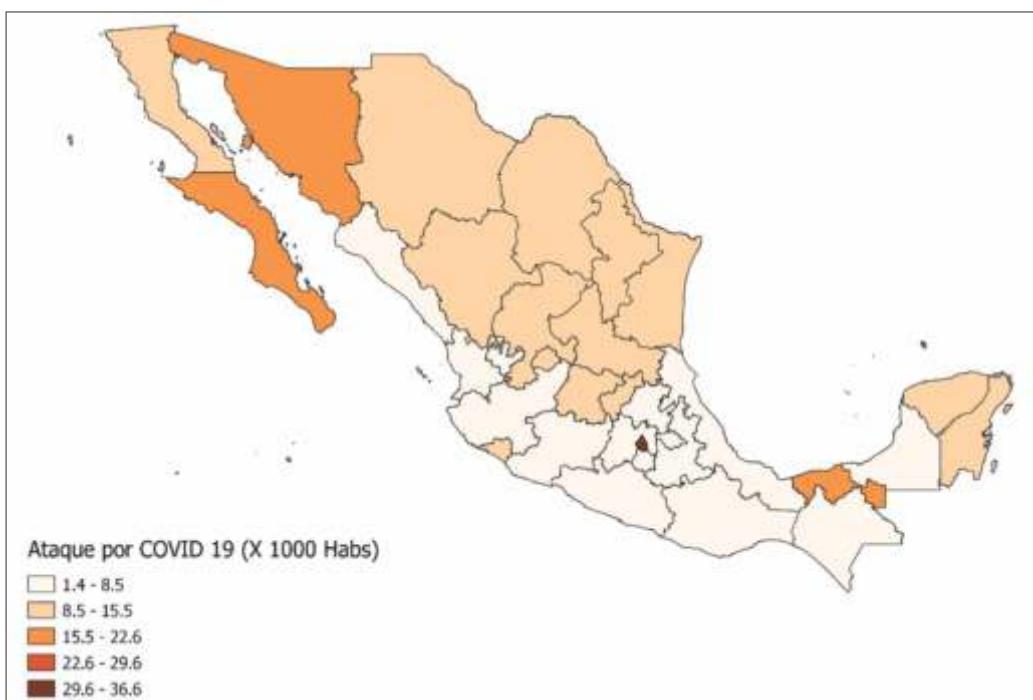
Fuente: Elaboración propia a partir de bases de Cubos Dinámicos, Secretaría de Salud.

Anexo 14. Gasto per cápita en salud para 2018



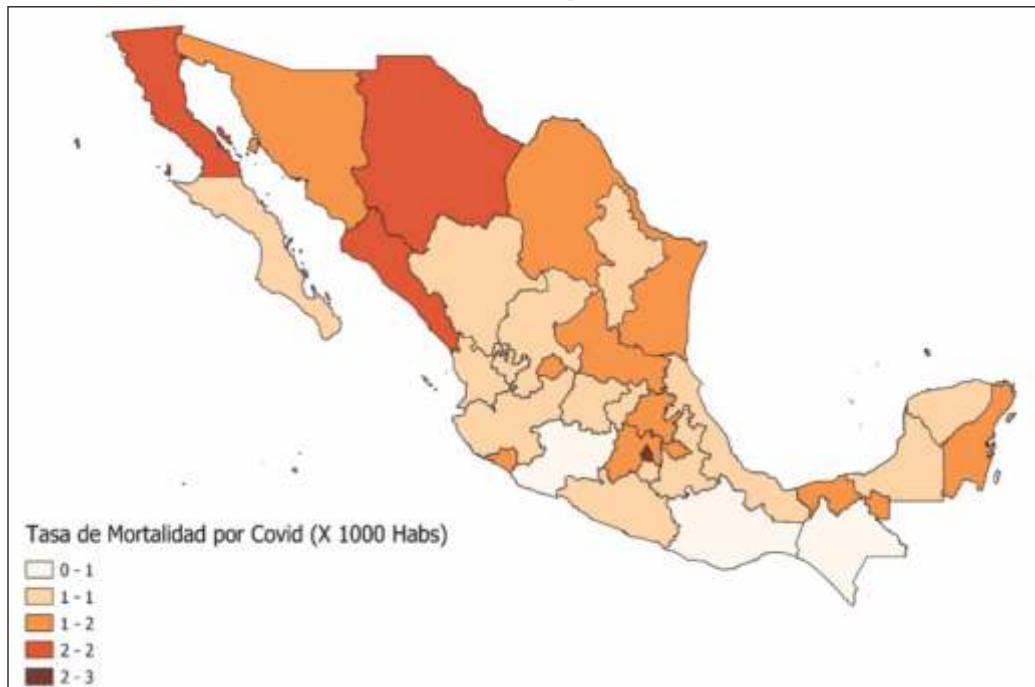
Fuente: Elaboración propia a partir de bases de Cubos Dinámicos, Secretaría de Salud.

Anexo 15. Tasa de ataque por COVID-19, Año 2020



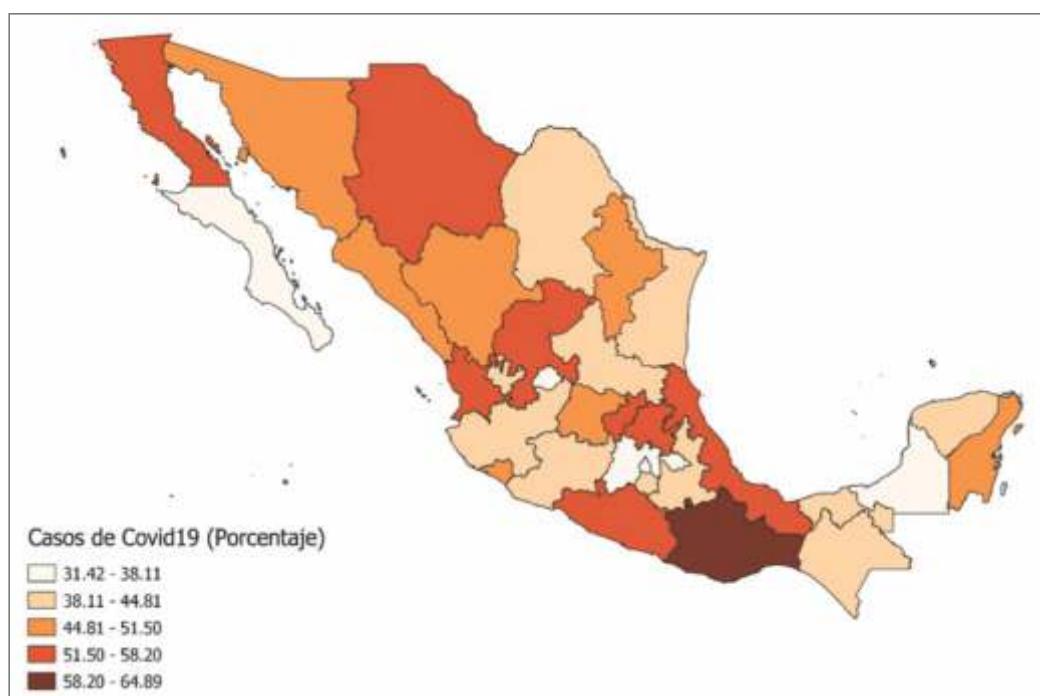
Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos, Secretaría de Salud, México.

Anexo 16. Tasa de mortalidad por COVID-19, Año 2020



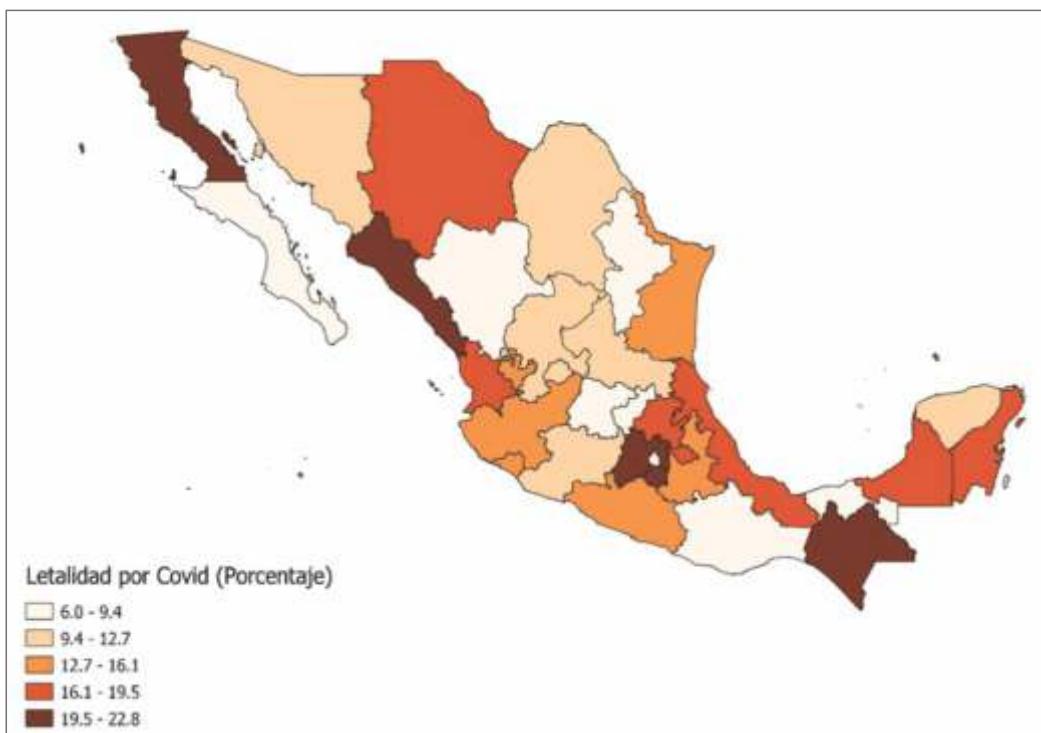
Fuente: Elaboración propia a partir de datos oficiales, Secretaría de Salud México.

Anexo 17. Casos confirmados de COVID-19 (% de positividad por pruebas realizadas), Año 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos oficiales, Secretaría de Salud México.

Anexo 18. Letalidad por COVID-19, Año 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos, Secretaría de Salud, México.

Anexo 19. Guía de Entrevista a Actores Clave para el Proyecto “Federalismo en Salud en México. 2000-2020”

PRESENTACIÓN

Buenos días/tardes trabajo en el Instituto Nacional de Salud Pública y estoy participando en un proyecto de investigación que busca conocer algunas temáticas relacionadas con algunos efectos del federalismo en materia de servicios médicos para población sin seguridad social. Como parte de este proyecto me gustaría invitarle a participar en una entrevista sobre esta temática; si usted decide participar le garantizamos que lo que nos diga o comparta se mantendrá de manera confidencial.

I. CAMBIOS EN EL FEDERALISMO (2003-2018)

1. ¿Cuáles son los cambios más destacados sobre federalismo y salud a partir de la implementación del Seguro Popular?
2. ¿Cómo se modificó la relación entre la federación y los estados a partir de la implementación del Seguro Popular?
3. ¿Influyó esta política la operación de la seguridad social en los estados? ¿De qué manera?
4. ¿Hasta qué grado han sido congruentes las leyes federales y estatales para facilitar la implementación del Seguro Popular?

II. COORDINACIÓN DE SERVICIOS

5. ¿Cómo influyó la implementación del Seguro Popular en la coordinación entre la federación y los estados?
6. ¿Qué cambios normativos considera relevantes a partir de la implementación del Seguro Popular?
7. ¿Cuáles han sido las innovaciones administrativas más destacadas a partir de la implementación del Seguro Popular?
8. ¿Qué instancias administrativas fueron creadas para fortalecer esta coordinación?

III. MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS

9. ¿En qué medida considera usted que las normas y fórmulas para la asignación de recursos financieros para población sin seguridad social han sido adecuadas?
10. ¿En qué medida considera usted que las normas y fórmulas para la asignación de recursos financieros para población sin seguridad social mejoraron la operación de los servicios de primer y segundo niveles de atención?
11. ¿Cómo evalúa usted la capacidad de los servicios de salud de su estado para generar recursos financieros complementarios para población sin seguridad social?
12. ¿Desarrollaron alguna estrategia estatal en materia de recursos humanos para mejorar la administración de recursos financieros para población sin seguridad social?

IV. DIMENSIONES POLÍTICAS DEL FEDERALISMO

13. ¿Cómo ha influido el sistema de partidos políticos en la conducción de las reformas para los servicios médicos para población sin seguridad social en México?
14. ¿Qué actores e instancias federales y estatales han sido las más influyentes en este proceso?
15. ¿Cómo considera que cambiará esta relación con la implementación del INSABI?
16. ¿Qué actores e instancias federales y estatales han sido las más influyentes en este proceso?
17. ¿Cuáles han sido las principales barreras para alcanzar los objetivos del federalismo en materia de servicios médicos para población sin seguridad social en México?
18. ¿Cuáles han sido las principales oportunidades para alcanzar los objetivos de cobertura y provisión de los servicios médicos para población sin seguridad social en México?
19. ¿Cómo considera usted que podría modificarse el escenario descrito, a partir de los efectos potenciales de la pandemia de COVID19 en México?

FRM

04



FEDERALISMO RESPONSABLE EN MÉXICO

FEDERALISMO RESPONSABLE EN MÉXICO Serie de Documentos de Política Pública

Coordinador General
Jorge A. Schiavon (CIDE)

Coordinadores Estratégicos
Hans Blomeier (KAS)
Laura Philipps (KAS)
Patricio Garza (KAS)

FRM-04: Federalismo responsable en México: Salud pública y COVID-19

Autores

Hortensia Reyes Morales (INSP)
Armando Arredondo López (INSP)
Emanuel Orozco Núñez (INSP)
Mario Sánchez Domínguez (INSP)
Christian Torres de la Rosa (INSP)