

# **Economía política del desarrollo, globalización y COVID-19. El reto en la transformación institucional del sector salud en México.**

Adela Beatriz Santos Dominguez.

Cita:

Adela Beatriz Santos Dominguez (2021). *Economía política del desarrollo, globalización y COVID-19. El reto en la transformación institucional del sector salud en México. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/575>

## **PONENCIA 273 | Economía política del desarrollo, globalización y COVID-19. El reto en la transformación institucional del sector salud en México.**

**Resumen** El propósito de esta ponencia es discutir la racionalidad instrumental de la economía política del desarrollo y la globalización en la política sectorial en salud a partir de un enfoque conceptual y metodológico del desarrollo. La racionalidad se analiza desde las relaciones centro-locales en lo colectivo para desagregar sus implicaciones en la teoría de la acción colectiva y en la de las decisiones de política económica. Se analizan 2 modelos de administración influenciados por un contexto de economía política internacional; a) la descentralización de los servicios de salud promovida por la tendencia internacional del neoliberalismo y b) la preparación de un modelo “centralizador” con la iniciativa del Instituto Nacional del Bienestar (INSABI) en un contexto de globalización e interdependencia potenciado por un contexto de crisis provocado por la COVID-19. Los principios del neo-institucionalismo, la Nueva Economía Política del Desarrollo (NEP-D), proporcionan los fundamentos teórico-metodológicos y el instrumental para observar los procesos de transformación institucional del sector y las relaciones entre los actores en la toma de decisiones, así como el impacto de estas para el logro de los objetivos de salud en la era global bajo un contexto de interdependencia y vulnerabilidad post-COVID19.

**Palabras clave:** salud, desarrollo, globalización, economía política.

**Abstract** The purpose of this presentation is to discuss the instrumental rationality of the political economy of development and globalization in health sector policy from a conceptual and methodological approach to development. Rationality is analyzed from the center-local relations in the collective to disaggregate its implications in the theory of collective action and in that of economic policy decisions. Two administration models influenced by a context of international political economy are analyzed; a) the decentralization of health services promoted by the international trend of neoliberalism and b) the preparation of a “centralizing” model with the initiative of the National Institute of Well-being (INSABI) in a context of globalization and interdependence enhanced by a context of crisis caused by COVID-19. The principles of neo-institutionalism, the New Political Economy of Development (NEP-D), provide the theoretical-methodological foundations and the instruments to observe the processes of institutional transformation of the sector and the relationships between the actors in decision-making, as well such as the impact of these for the achievement of health objectives in the global era under a context of interdependence and vulnerability post-COVID19.

**Keywords:** health, development, globalization, political economy.

## 1. Introducción

Los sistemas de salud suelen responder a la estratificación social y los diferentes intereses políticos y económicos de una sociedad. Es esta respuesta la que configura la institucionalización del sector salud. De acuerdo con Tetelboin, (1997), la política sanitaria puede definirse como el espacio en donde se definen, articulan y resuelven las necesidades de salud. Sin embargo, las actuales transformaciones del Sistema Político Internacional, la globalización y el neoliberalismo, así como los procesos de Interdependencia y las imposiciones de los diferentes regímenes internacionales, han puesto en crisis las políticas sanitarias de los Estados consolidando las decisiones de Estado con base en una racionalidad económica.

Los cambios de descentralización del poder son un efecto de esta racionalidad económica sobre decisiones sectoriales. De acuerdo con Rojo Salgado (2010), el poder que tradicionalmente residía en el Estado ha comenzado a disgregarse a través de instituciones supranacionales y subestatales, siendo así que, aunque el poder político aún es predominantemente estatal, las nuevas realidades y desafíos ya no pueden ser abordados únicamente en el marco del Estado (Rojo-Salgado, 2010), es el caso de la salud. Las políticas neoliberales han priorizado el papel del mercado reduciendo el del Estado, pues el mercado autorregulado destruye las antiguas formas de regulación social (Polanyi, 1997). Lo anterior, aunado a la baja adaptabilidad de los sistemas políticos en los Estados en desarrollo ha acelerado la crisis de gobernanza.

Este trabajo se deriva de una línea de investigación previamente trazada en la tesis de Maestría en la que se sostiene la Hipótesis de que la salud en la era global tiene retos importantes en materia de gobernanza, sobre todo al constituir parte de la agenda del desarrollo 2030 con retos comunes. Sin embargo, en los países de renta media como México, estos retos se intensifican por la falta de un sistema de salud consolidado, la baja adaptabilidad de capacidades locales a la globalización y la prominente influencia económica sobre las decisiones estatales.

La globalización rompió el paradigma tradicional de gobernanza, transformó el sistema, a los actores, los procesos y las instituciones, así como dio pie a la existencia de agendas comunes, interdependencia obligada, entre otras cosas. La salud como una condición del desarrollo y su estrecha relación con el trabajo y la economía, así como la importancia de política social que se consolida a través del poder del Estado ha propiciado que en México se construyera un sistema de salud fragmentado y altamente segmentado con un esquema

de decisiones políticas basadas en el presupuesto y no en los objetivos, metas y necesidades particulares. Esto como parte de una normatividad crítica que no permite la gestión eficiente del presupuesto, sino que la delimita a criterios fiscales y de auditoría principalmente.

En México, la centralización del presupuesto, así como de las decisiones de política pública brinda un mínimo, por no decir nulo, margen de maniobra a las entidades estatales para la gestión estratégica y particularizada del presupuesto, pese a que, en teoría desde el sexenio de Miguel de la Madrid y hasta la firma del convenio del Instituto de Salud para el Bienestar en 2019, el sistema de salud estaba descentralizado en las entidades federativas a través de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD).

El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) busca la evolución de este sistema para adaptarse a los retos actuales y promover una política sanitaria universal y accesible para todos los mexicanos. Sin embargo, esto no será posible de no entender los objetivos de salud, así como los principios de rectoría y gobernanza para la consolidación de una política sanitaria nacional con una efectiva implementación a partir de las relaciones centro-locales.

La información existente tampoco ha demostrado que se hayan implementado mecanismos de control sustantivos más allá de la fiscalización, ni en la etapa de descentralización como tampoco con el convenio INSABI. Con respecto a estos cambios se sostiene la hipótesis de una influencia racional económica puramente para este reacondicionamiento del Estado, indicando con ello que no hemos superado el paradigma económico de la salud.

Empero de las condiciones actuales de globalización e interdependencia que han promovido diversos canales e instrumentos de cooperación en el Sistema Político Internacional a través de una gobernanza multilateral, la más reciente crisis provocada por la enfermedad COVID-19 ha demostrado deficiencias significativas en los sistemas de salud, tanto en la gestión y contención de la enfermedad, como en el desarrollo y la obtención de vacunas. Demostrando que los países en vías de desarrollo, y aquellos considerados del tercer mundo, se encuentran lejos de consolidar un sistema de salud eficiente.

En esta investigación concentramos los esfuerzos en realizar una comparación de las condiciones bajo las que se promueve un cambio en la administración del sector salud, tanto en el proceso de descentralización como en la concentración institucional a través del INSABI. Demostrando principalmente que existe una influencia prominente de racionalidad económica internacional, relaciones centro-locales con alta jerarquía central en la toma de decisiones y la falta de planeación estratégica y particularizada sobre las necesidades de

salud en las regiones debido a una programación presupuestal “automática” con evaluación programática de falsos incentivos y un control fiscal prioritario.

## **2. Consolidación del sector salud en México**

Para los fines de este documento, tanto por la extensión como el tiempo destinado para la ponencia, se ha decidido realizar una síntesis breve sobre el contexto histórico mediante el cual se consolidó el Sistema de Salud en México. De acuerdo con López Antuñano (1993), se pueden identificar 6 etapas principales, que van desde la colonia hasta la etapa de descentralización del sector.

De acuerdo con la revisión histórica de López Antuñano (1993), (misma que se toma como referencia para contextualizar este breve apartado), en la época virreinal (siglo XVI-XVIII) en la que el objetivo fue combatir epidemias se puede identificar la imposición de la cultura médica española y eclesiástica a través de los primeros hospitales y escuelas de medicina. En esta época se comienza la atención de la salud para la contención de enfermedades infectocontagiosas como la gripe amarilla, viruela, sarampión, tifo, entre otras. En esta época la atención a la salud se ligó principalmente a las labores de la Iglesia.

Durante la época independiente y los primeros intentos por asumir la prestación médica con un criterio de universalidad con la creación de un Consejo Superior de Salubridad en 1846 se vieron obstaculizados por los conflictos militares. Las Leyes de Reforma buscando garantizar la propiedad y la vida sentaron las bases de un posible sistema social para los desprotegidos con las Juntas de Salubridad Estatales 1872 y en 1894 se expidió el Primer Código Sanitario sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios estableciendo con ello la vigilancia epidemiológica, haciendo evidente la relación que el mercado tenía con la salud.

La época postrevolucionaria es la que, para este trabajo se considera que asentó las bases del actual sistema de salud. En 1917 con la publicación de la Constitución de Querétaro, en la que su artículo 73 confió la “*salubridad general*” al ejecutivo creando el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General, la salud fue ligada a los derechos obtenidos con la revolución y plasmados en los artículos 2, 4, 5 y 123 (OIT, 2015), contemplando la seguridad social de los trabajadores. Es importante mencionar que este derecho social ganado durante la revolución se asoció a la clase trabajadora como un impulso sobre las proclamasiones laborales durante el Porfiriato (Huelga de Cananea y otras demandas del Partido Liberal Mexicano y del Partido Democrático (Gómez, 2017).

La inclusión de la salud en la Constitución le dio el rol de responsable de la salud al Estado, y se cimentaron los inicios de la seguridad social, pero con el tiempo se configuró se convirtió en un instrumento de estabilidad social en un gobierno centralista con un extendido

sentimiento nacionalista y asistencialista. En esta época los esfuerzos fueron lentos debido a los estragos de la guerra, pero continuó labrando su camino con la creación de la Ley del Seguro Social en 1929 y el establecimiento de la Secretaría de Asistencia en 1937, cuya fusión con el Departamento de Salubridad en 1943 la convirtió en la antecesora de la actual Secretaría de Salud, pues adquirió las facultades para organizar, administrar, y controlar la prestación de servicios médicos.

En 1944 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), esta institución otorgaba atención por accidentes de trabajo, maternidad, cesantía involuntaria, invalidez, senectud y muerte a los trabajadores (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2006). Su financiamiento era tripartito entre el empleador, el Estado y el trabajador. Desde entonces el derecho a la salud ha mantenido una estrecha vinculación con el trabajo como un instrumento de regulación de las condiciones sociales, esta premisa de financiamiento ha configurado principalmente, el esquema de instituciones de salud en México, generando con ello una fuerte segmentación.

La estrecha relación entre la demanda de servicios de salud y la limitada oferta que existía, obligó a que se enriqueciera la infraestructura médica en el país, pero también la formación de profesionales de la salud. Estas condiciones favorecieron la creación de los Institutos de Especialidad, entre 1942 y 1951 se crearon el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital Infantil de México, y los actuales Institutos Nacional de la Nutrición y Nacional de Enfermedades Respiratorias (Álvarez, cit. por Hernández Llamas, 1982).

También en 1960 se decretó la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), después de la huelga del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (Hernández-Llamas, 1982), este evento implicó el reconocimiento constitucional de la relación laboral Estado federal-servidores públicos, de acuerdo con Granados y Ortiz (2003), mediante estos hechos el Estado fortaleció su legitimidad “al mejorar, hasta donde lo permite la reproducción del modelo de acumulación de capital, las condiciones de vida de la población” (Granados y Ortiz, 2003). Cabe mencionar que en este y durante el periodo anterior la tendencia a la nacionalización de las industrias, promovida por la expropiación petrolera y expandida hasta 1960 con la energía eléctrica fundamentó la política económica y nacional del país, por lo que el desarrollo económico se encontraba al alza, permitiendo a los mexicanos incrementar su estabilidad y bienestar social en general.

El nacimiento incipiente de los Institutos previamente mencionados, pero sobre todo con el interés en la salud pública, tienen una estrecha relación con las demandas y el régimen internacional de salud pública que se consolidan los esfuerzos de la Organización para la

Salud de la Liga de las Naciones (1920 a 1936), con la creación de la Organización de Naciones Unidas en 1945 y la Conferencia Internacional de Salud en Nueva York que daría origen a la Organización Mundial de la Salud, y en la que se habló por primera vez a nivel internacional sobre los esfuerzos necesarios en materia de salud pública (Gómez-Dantés & Khoshnood, 1991).

El fin de la II Guerra Mundial, el establecimiento de un orden internacional bipolar, así como el nacimiento del multilateralismo como instrumento de gobernanza internacional a través de una serie de instituciones sociales, económicas y políticas como Naciones Unidas, Bretton Woods y el G7, entre otros, dio inicio a una red de interdependencia que en poco tiempo se complejizaría y que envolvería a las naciones del mundo en un espiral de cambios originados con los intercambios en una economía internacional que poco a poco “obligó” a todos a entrar.

El término obligar puede estar mal empleado si pensamos en la soberanía de los Estados; sin embargo, quedarse fuera no resultaba una opción. Por ello, México, quien desde 1955 se orientó al mercado interno por el sistema de industrialización por sustitución de importaciones vía el incremento del proteccionismo comercial tuvo que abandonar este sistema en 1970. Hasta este punto se quedará el contexto histórico, pues a partir de aquí comienza el análisis de racionalidad económica del primer periodo a examinar, que es precisamente el proceso de descentralización de los servicios de salud que inician con Miguel de la Madrid.

### **3. Etapa de descentralización de los servicios de salud en México**

En medio de un contexto de Guerra Fría, en el que se disputaban la ideología capitalista y socialista sobre el mercado, la economía con base en el dólar tomó ventaja a nivel internacional con la incorporación de apoyos y financiamiento por parte de Organismos Internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial principalmente, bajo reserva de aplicación de ciertos mecanismos de corte neoliberal en las economías.

Entre 1964-1982, periodos presidenciales de Gustavo Díaz Ordaz, Luis Echeverría y José López Portillo respectivamente, el desarrollo de México comenzó a debilitarse por diversas situaciones, tanto económicas como sociales y políticas entre las que se pueden mencionar la “Masacre estudiantil de Tlatelolco (1968) y otros movimientos sociales y sindicales, la crisis del petróleo de 1973 y el embargo petrolero a los Estados Unidos impuesto por los miembros de la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP), el aumento de la inflación y una serie de crisis económicas provocadas por la pérdida de valor del peso mexicano frente al dólar.

De acuerdo Mazabel-Domínguez, Mendoza-Fragoso y Macías-Gloria (2013), estas situaciones son parte de los cambios que enfrentaron los países periféricos (de acuerdo con la estructuración del sistema mundo de Wallerstein), en su avance al desarrollo capitalista en un entorno incipientemente globalizado, pues se ven influidos por una combinación de motivaciones internas e impuestas, en este caso el imperialismo del libre comercio en un entorno de países desiguales con prácticas comerciales diversas significó “imponer condiciones e instrumentos institucionales a los países en desventaja comercial, en nombre del bienestar universal” (Harvey, 2004, 109, 122-124).

El debate sobre la globalización ha cobrado una relevancia significativa desde la década de los años noventa. Este fenómeno que algunos visibilizan como la pérdida de las fronteras, asociado al intercambio internacional y la disposición simultánea de información (Solana, 1998, 77 y Fernández, 2003, 17), es un fenómeno cuyo origen se vincula principalmente con las prácticas neoliberales del comercio y el capital y que se ha expandido a través de lo que Castells denomina “la sociedad red”.

Krugman (1998), afirma que el proceso de globalización ha beneficiado a unos y ha marginado a los más débiles y como fuerza dominante de la última década del siglo XX, ha dado forma a una nueva era en la interacción entre naciones económicas y pueblos (Krugman, 1998, 168). De modo que la categoría económica prevalece, siendo entonces la lógica capitalista la que determina la manera de relacionar al Estado con el resto de los países en el mundo dentro del Sistema Internacional.

Bajo este precepto, los países en desventaja tienen per se, una necesidad mayor de adaptación con niveles más altos de vulnerabilidad con respecto a la interdependencia que se ejerce a través de este vínculo intrínseco a través de la economía internacional. Es por ello por lo que se requiere, además de sobrellevar los problemas que atañen al subdesarrollo, implementar estrategias en la asignación de recursos para ser capaces de subsistir y poder competir, siendo esta premisa la dialéctica de política interior prioritaria en los países en desarrollo. Este es el costo necesario de un avance capitalista por parte de cualquier territorio que aspira al desarrollo económico (Harvey, 2004).

El neoliberalismo, como doctrina de economía política, se posicionó como una receta estructural para realizar los cambios precisos para adaptarse rápidamente a las necesidades de la economía internacional. El multilateralismo impulsado por la gobernanza de las Naciones Unidas proporcionó además los apoyos, recomendaciones y criterios suficientes en apoyo a los países que desearan incorporarse a este nuevo modelo, configurando a través de estas la política estatal de muchos gobiernos. México no fue la excepción.

Como se mencionó anteriormente, a finales de la década de 1980, después de la crítica situación política, social y económica por lo que atravesó el país durante la década previa se inició una intensa transformación en el país. La crisis de la deuda de 1982 fue la gota que derramó el vaso sobre el debilitado modelo económico de sustitución de importaciones que había estabilizado el desarrollo nacional por muchos años. Este solo fue el inicio de una era de transformación y readaptación administrativa y económica para México.

Se realizaron importantes transformaciones en la industria de hidrocarburos, se privatizaron empresas estatales, se abrió el mercado al extranjero, se decretaron reformas a los artículos 16, 25, 26, 27, 28 y 73, con los que se dio paso la participación de capital privado en sectores como el de comunicaciones y ferrocarriles, así como la concesión de servicios públicos y una autonomía al banco central (Carrillo-Nieto, 2010). Sin embargo, el cambio más importante para este documento fue la descentralización del sector salud. Un sector que se había consolidado bajo una base de control puramente centralista que partía de la premisa del control nacional y el Estado de Bienestar.

Desde los años setenta, la intervención Estatal en la salud dirigió su atención al desempleo por medio de la “beneficencia”, corroborando la relación entre la estructura económica y la estructura de atención médica como un proyecto de desarrollo liberal con alta participación del Estado (Hernández-Llamas, 1982). Con la justificación de aumentar la eficiencia de la atención médica, priorizar la atención primaria y la prevención, así como extender la cobertura, Miguel de la Madrid, presidente electo en el periodo de 1982 a 1988, entró en la estrategia de descentralización un instrumento para la consolidación de un nuevo federalismo con mayor distribución de competencias, eficiencia y alcance (Soberón-Acevedo & Martínez-Narváez, 1996). Esta estrategia sentó las formas de regulación, financiamiento y prestación de servicios del actual sistema de salud.

El argumento principal de este proceso fue el planteamiento de que transferencia a la administración pública local de las facultades, programas y recursos sería eficiente al permitir resolver los problemas locales de forma particular. De acuerdo con Di Gropello & Comminetti, (1998) esta estrategia tenía además consideraciones políticas (reducir la concentración del poder, una exigencia social de la época), fiscales (reducir las presiones presupuestales, entendiendo la inestabilidad económica internacional de estos años) y administrativas (racionalizar la oferta y mejorar la gestión) que la posicionaron como la mejor alternativa para solucionar los problemas del Estado, y como se sostiene en este documento, estaba impulsado por una racionalidad económica prominente.

Este proceso significó una gran transformación estructural desde lo legislativo, administrativo hasta lo sustantivo. El primer paso sin duda fue la inclusión del derecho a la

protección de la salud de manera explícita en el artículo 4º de la Constitución (esto sucedió en 1983), por lo que a partir de aquí se declaró el derecho a la salud como parte de las garantías individuales en México, es decir, como una obligación del Estado. Esta modificación constitucional también facultó a los gobiernos estatales con el carácter de autoridad sanitaria, por lo que de acuerdo con el artículo 50 Constitucional, serán estos quienes, de acuerdo con el artículo 50 Constitucional, les compete expedir los reglamentos necesarios para cumplir sus responsabilidades, lo que estableció la obligatoriedad de la promulgación de leyes estatales de salud para conformar el entramado legislativo. Sin embargo, es fundamental precisar, que las subsecuentes en lo estatal tendrán como marco delimitativo la Ley General de Salud (en conformidad con las atribuciones otorgadas en el artículo 22 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo).

La Ley General de Salud estableció desde 1984, la forma en cómo se vincularían las relaciones centro-locales con respecto a la organización presupuestal y de política pública en materia de salud. Asimismo, se establecieron los principios por los cuáles se regiría el proceso de descentralización con respecto a la asignación y ejecución de recursos económicos, materiales y humanos. Si bien, esta transformación buscaba dar atención médica a quienes no contaban con seguridad social, y además asegurar que el Estado ejecutara acción de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, (precepto basado en el régimen internacional de salud de este momento marcado por las conferencias de la Organización Mundial de la Salud), el Estado también se vería beneficiado, por una notable disminución de la carga estatal al compactar la estructura administrativa y reducir esta funcionalidad a una actividad de rectoría.

Aunque este proceso inició en 1983, fue diez años después cuando pudo consolidarse la reorganización formal de la descentralización de los servicios de salud a cargo del Estado a través de los denominados Servicios Estatales de Salud (SESA), una figura que fungiría como ente administrador de recursos y vigilante de la aplicación del gasto en los programas y proyectos previamente autorizados mediante diversos mecanismos diseñados por los Estados y autorizados por la Secretaría de Salud Federal. En 1996 fue cuando al fin se firmó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud en el que cabe destacar la presencia del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud y los gobernadores de los 31 estados de la República Mexicana.

En los trece años que tardó el proceso desde su diseño hasta su firma y ejecución se llevaron a cabo diversos procesos de “transferencia” de un modelo de planeación, programación, presupuestación, administración y supervisión de los servicios de salud. Se diseñó un modelo de regiones sanitarias para uno de los Estados considerando la similitud

epidemiológica y demográfica de los municipios a fin de asociarlo a una red de servicios médicos desde la atención primaria hasta la de Especialidad. Este modelo de organización también previó los cálculos de recursos humanos, económicos y materiales con base en la infraestructura de los estados, cálculo que sirvió de referencia para el diseño de la fórmula en la asignación de presupuesto por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Los Estados por su parte, debían demostrar capacidad en la administración y supervisión del gasto y los recursos otorgados mediante diversos manuales de procedimiento y de organización, también se implementaron diversos sistemas informáticos de reporte de gasto y así como de estadísticas para la medición de indicadores. Entre los argumentos que pretenden explicar los objetivos de la descentralización está uno por demás interesante y cuestionable: la idea de que con la descentralización se podrían particularizar los programas de acuerdo con las necesidades especiales de cada municipio, región y/o estado, a modo de que fuera el Estado quien determinara sus necesidades, ordenara sus prioridades y diversificara sus opciones con el objeto de ser más eficiente y dar respuesta puntual a las demandas sanitarias de la sociedad, permitiendo, a través de la planeación estratégica, generar capacidades de administración de las políticas públicas sanitarias.

Sin embargo, autores como Guillermo Soberón, José Arturo Granados Cosme, Gregorio Martínez Narvárez y el propio “Estudio sobre el Proceso de Descentralización en México 1997-2017” realizado por Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) señalan que el proceso de “descentralización” fue obstaculizado por problemas estructurales como la segmentación del sistema de salud, los diferentes regímenes laborales y los esquemas de financiamiento. Aunado a ello otros factores de análisis se desprenden identificando que las condiciones planteadas originalmente para llevar a cabo la descentralización no se cumplieron cabalmente, tampoco se generaron las capacidades locales para la administración de la política pública y mucho menos se dio un seguimiento sustantivo de los objetivos.

Por el contrario, podemos observar sistema de salud basado en un marco legal y financiero que segmenta las instituciones de salud, impone un seguimiento administrativo a través de entes fiscalizadores únicamente. La cuestión de fondo es precisamente el marco normativo que ha regulado el sistema sanitario desde entonces. Pese a las modificaciones, adaptaciones y aplicación de modelos de gestión diversos, el marco legal con respecto a la programación presupuestal, control y seguimiento, así como la regulación está por demás centralizada al control ejecutivo federal. Además, de que asume un tinte sumamente fiscalizador, cuyas prioridades se encuentran en el seguimiento del gasto y no en la solución de problemáticas asociadas a la salud.

Adicional, este régimen no parece afectar la política pública ni ser flexible para adaptarse a las necesidades locales, puesto que el catálogo de acciones reguladas por el financiamiento y la relativa “autonomía” de los gobiernos en sólo ciertos asuntos y programas no genera las condiciones para llevar a cabo una verdadera planeación. Tampoco existen mecanismos que monitoreen el logro de objetivos de la política del sector, pues el sistema de información nunca se vincula al presupuesto. La fórmula de asignación presupuestal parte de un presupuesto previo, la fórmula de asignación con base en la infraestructura dejó de regularse conforme la infraestructura de los estados aumentó sin control y sin justificación epidemiológica, más bien como respuesta a compromisos políticos. Por lo que financiar edificios de salud que se justifican más en promesas políticas que en una demanda efectiva de servicios de salud, resultó ineficiente, por lo que resulta más “sencillo” aumentar presupuesto en conformidad con el presupuesto anual anterior.

No podemos descalificar la descentralización cuando no hay evidencia de que se haya implementado correctamente. Tampoco podemos asegurar que siga siendo la vía para transformar el sistema de salud, pues los objetivos de política nacional han cambiado considerablemente desde los años 80 cuando comenzó este proceso. Sin embargo, esta investigación no pretende criticar el proceso ni la forma en que se llevó a cabo, sino encontrar un modelo viable que mezcle las virtudes de la descentralización, aproveche las condiciones dadas y transforme las condiciones estructurales, así como las relaciones de poder en las que se entiende la salud dentro de los objetivos de política nacional e internacional en la época actual para generar una política sanitaria innovadora y universal.

Sobre este punto resulta significativo destacar el carácter centralizado y nacionalista bajo el que se gestó el sistema de salud en México. Tal como se discutió en el primer apartado de este documento la Revolución, el sentido nacional y la ganancia sobre los derechos obtenidos de la lucha dio al sistema de salud una apropiación propia para los mexicanos. Si a ello sumamos que este impulso facilitó el desarrollo en México debido a la estabilidad que otorgó esta seguridad social, además del trabajo y la educación a la clase trabajadora, el sentido de apropiación se expande, sin dejar lugar a dudas que es un sector vital para la sociedad. Esto y su relación directa con el trabajo, la economía y el desarrollo nos brindan las herramientas para considerar este sector, así como las ganancias tangibles y no tangibles (políticas y sociales) que pueda generar como un vínculo estratégico del interés político y nacional.

Para esta investigación se revisó el acuerdo de descentralización firmado entre el estado de Jalisco y el Gobierno Federal, es decir, la Secretaría de Salud, publicado el 2 de agosto de

1986 (documentos publicados en los archivos digitales del *Diario Oficial de la Federación*). De acuerdo con los antecedentes del Convenio cuya letra se suscribe:

1. “La Ley General de Salud Reglamentaria del derecho a la Protección de la Salud, establece que la **organización, operación, supervisión y evaluación de las funciones de control y regulación sanitaria** podrán ser ejercidas por los Gobiernos de las Entidades Federativas, **sujetándose a la normativa que emita la SSA** y mediante la celebración de los acuerdos de coordinación respectivos” (*Acuerdo de Coordinación que celebran el ejecutivo federal y el ejecutivo del estado, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regularización sanitaria en la entidad, 1986*)

El acuerdo suscrito establece las bases y modales para el ejercicio coordinado de las funciones previamente señaladas. Y otorga a la entidad tres obligaciones específicas:

- I. Organizar, operar, supervisar y evaluar el ejercicio de las funciones de **control y regulación sanitaria** objeto de este instrumento, **de acuerdo con las normas técnicas, los manuales de organización y procedimientos que apruebe la SSA**, así como los **convenios y compromisos internacionales que acuerden el Gobierno Federal para la homogeneización y unificación nacional** de las propiedades y características de los bienes y servicios;
- II. **Proporcionar el apoyo e información necesarios** a fin de que el personal autorizado por la SSA realice las facultades que lo confiere la fracción II de la cláusula quinta de este acuerdo; y
- III. Ejercer las **funciones de control y regulación sanitaria** que se le descentralizan, **conforme a los anexos técnicos** que derivados del presente acuerdo determinen los aspectos operativos de tales funciones. (*Acuerdo de Coordinación que celebran el ejecutivo federal y el ejecutivo del estado, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regularización sanitaria en la entidad, 1986*)

Resultado de estos convenios, las entidades emprendieron las acciones necesarias para la implementación de las capacidades e infraestructura necesaria para llevar a cabo las actividades señaladas por este convenio. De este modo, se conformaron diversas formas de organización institucional para dar cuenta de esta estructura administrativa. Para el caso de Jalisco, se dio origen al denominado: Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, precisa las unidades administrativas que lo componen, así como la distribución geográfica que conforma las 13 jurisdicciones sanitarias del Estado, así como las facultades y atribuciones de cada una de estas áreas.

De acuerdo con las obligaciones de las entidades, mismas que se refieren a la “organización, operación, ejercicio, supervisión y evaluación de las funciones de control y

regulación sanitaria, así como el precepto de descentralización, se asume una amplia responsabilidad en la toma de decisiones en esta materia, dado que también se les ha otorgado el carácter de “autoridad sanitaria”. Sin embargo, el ejercicio de estas atribuciones resulta contradictorio, pues se explicita que todo ello se llevará a cabo “de acuerdo con las directrices que autorice el nivel federal”.

Esta situación ha condicionado una dependencia total de las entidades a la centralización federal, limitando el desarrollo de capacidades para llevar a cabo “la organización” efectiva de las funciones de control y regulación sanitaria, haciendo que únicamente operen, ejerzan, supervisen y evalúen. Esta relación ha limitado la innovación y el desarrollo de propuestas de política sanitaria particulares en las entidades, al menos las que respectan al presupuesto transferido por la federación, cuyo porcentaje corresponde a poco más del 80% del presupuesto en salud de los estados.

Este presupuesto, cabe decir, se transfiere “etiquetado y hasta calendarizado”, según lo dispuesto por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y lo establecido en la Ley de Planeación y Programación Presupuestal por la que se emite el Presupuesto de Egresos de la Federación, dejando por tanto, un limitado (casi nulo) margen de maniobra a los Estados, quienes deben buscar siempre, la autorización federal para el cumplimiento de sus planes, programas y proyectos, al menos en lo que respecta al sector salud. Lo anterior se ve reflejado precisamente en el Reglamento del Organismo Público, cuyas atribuciones con respecto al presupuesto se limitan a: “vigilar, regular, controlar” el ejercicio del presupuesto (Reglamento de la Ley de Creación del Organismo Público Descentralizado, 1999).

Esta situación, como se mencionó anteriormente ha conllevado una notable relación de dependencia centralista para los Estados, cuyos lineamientos se siguen a cabalidad en las entidades, dejando sin margen de maniobra en lo local y priorizando la “negociación” sobre la innovación. En materia de política pública, los lineamientos, planes, programas y proyectos nuevamente, son dictados por el orden federal, pues, a fin de cuentas, es quien financia. En este sentido, puede decirse que la relación centro-local continúa siendo jerárquica y se trata de una suerte de alienación política con los intereses nacionales lo que pueda ejecutarse a nivel local. Aunque estas aseveraciones son muy fuertes para este contenido, debe decirse que su profundización está siendo trabajada en una investigación más extensa para un futuro cercano.

Hasta este punto, además, se ha establecido la notable influencia del neoliberalismo y de la racionalidad económica en las reformas estructurales comprendidas por el Estado Mexicano desde la década de los setentas y sostenido hasta la actualidad, en la que resulta notable la influencia ejercida por Estados Unidos de América a través no solo de su poder político, sino

por la influencia que tiene sobre el Sistema de Naciones Unidas y los Organismos Internacionales que la componen, así como el establecido Consenso de Washington. Lo anterior, como ya se observó, sustenta la idea de racionalidad económica que suscitó la descentralización de los servicios de salud en México, un sistema que se forjó en el centralismo, y cuya relación centro-local nunca dejó de ser jerárquica, poniendo en evidencia los nulos efectos de la descentralización.

Existen múltiples estudios sobre los beneficios, impactos y evaluaciones de la descentralización, entre los que destacan los de Cosme-Granados y Ortiz-Hernández (2003), Jaramillo Cardona (2007), Soberón y Martínez (1996), entre otros, sin embargo, no es menester de este documento demostrar la efectividad del proceso, sino la motivación de su implementación, el contexto bajo el que se planifica este cambio, así como las consecuencias en las relaciones centro-locales a fin de entender el funcionamiento del propio sistema de salud, para una comprensión amplia hacia un sistema de propuestas en pro de mejorar las condiciones, toma de decisiones y política pública en materia de salud.

#### **4. Modelo INSABI**

El sistema sanitario mexicano se construyó a través de las relaciones de poder entre las instituciones de poder postrevolucionarias presionadas por la implementación del neoliberalismo en los años 80. Este modelo ha mutado, pero no se ha evolucionado ni se ha adaptado a los retos actuales. Como es bien sabido, la salud es percibida como un beneficio por la población, colaborando a la estabilidad social. Sin embargo, mantiene estrecha relación con la generación de trabajo y desarrollo, convirtiéndose no únicamente en una fuente de control político sino también, de intereses económicos. En este sentido, la salud debe ser entendida como un instrumento de regulación de las condiciones sociales, asimismo como un derecho y una responsabilidad pública.

El Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) definido en la Declaración Internacional de Alma-Ata integró por primera vez un sistema de gobernanza bajo el reconocimiento de la salud como un bien público global. Sin embargo, su aplicación se vio menguada por la falta de seguimiento, aplicación y codirección de una entidad ad hoc, pese a que se estableció dentro de un sistema multilateral internacional. Sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se enfocaron en aumentar los indicadores, que para ese entonces eran sinónimo de desarrollo. Cabe mencionar que en esta década la coyuntura de la globalización comienza a tejer una visible imbricación de sistemas lo que da pauta para una distorsión en la aplicabilidad de la agenda.

Para el año 2015, la experiencia era un poco más basta, se entendió que la salud era causa y consecuencia del desarrollo y que, así como ésta, todas las metas debían ser

intersectoriales, sin embargo, para ese entonces la coyuntura ya había creado un espacio virtual entre dos sistemas, con nuevos procesos, nuevos actores y la descentralización del espacio multilateral hacia pequeños espacios entre los niveles de gobernanza.

La definición del sistema de salud mexicano en términos políticos requiere un modelo explicativo del poder para descubrir las principales problemáticas que se han suscitado en su consolidación y los actores involucrados en el proceso. Asimismo, es relevante entender el objetivo de la política sanitaria en el marco del desarrollo planteado por el gobierno de López Obrador, así como las presiones internacionales ejercidas a través de los diferentes regímenes e instituciones internacionales.

En México el derecho a la salud tiene rango constitucional, desde 1983 se estipuló en el artículo 4º de este documento, mismo que se enuncia de la siguiente manera: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. Sin embargo, no fue sino hasta la instauración del Seguro Popular cuando se creó una fuente de financiamiento para atender a la población sin seguridad social. Contradictoriamente se mandataba un derecho en un escenario financiero que no consideraba la existencia de este, pero se adaptó una solución a ello con un programa de salud.

Ante este ejemplo como una práctica común en la evolución del sector dentro de los Planes Nacionales de Desarrollo en cada sexenio podemos considerar que la política pública de salud en México está definida en términos neoliberales en un híbrido de régimen asistencialista y provisionista que ha incorporado las recomendaciones de Organismos Internacionales como la Organización Mundial de la Salud y particularmente el Banco Mundial sin transformar el sistema de fondo. Ello ha propiciado el estancamiento de la política sanitaria en un abismo económico definido por el costo de curar la enfermedad.

Por ello esta investigación resulta pertinente, pues al descomponer el sistema de salud y la política sanitaria a través de los recursos de antropología política y social podemos comprender la racionalidad en la implementación de los diversos programas, marcos jurídicos, y la evolución hacia la Nueva Gestión Pública (NGP) de la Salud, así como las motivaciones que llevaron a ella, su fracaso o su éxito. Sin embargo, la cuestión de fondo implica analizar las acciones de política sanitaria y prestación de servicios médicos de los gobiernos locales, con las condiciones del sistema de salud nacional.

Para transformar un sistema de salud fragmentado históricamente por los ideales centralistas de la revolución, en un sistema universal que no se centre únicamente en la atención de la enfermedad, sino en la creación de entornos y prácticas saludables, es necesario implementar una reingeniería de procesos que dé seguimiento a la administración

de los servicios médicos y por otro lado asegure que la rectoría de la salud priorice las diferencias territoriales, generando políticas activas de construcción de capacidades locales.

A inicios del año 2020, el gobierno federal anunció una profunda transformación del actual sistema de salud, se asumieron los costes del combate a la corrupción con la interrupción del modelo de financiamiento del Seguro Popular, así como de la propia administración de los servicios de salud de las diversas entidades federativas para su rearticulación al nivel central a través del denominado Instituto Nacional para el Bienestar (INSABI) con el propósito explícito de ofrecer servicios integrales y acceso universal a la salud para los mexicanos basado en la Atención Primaria de Salud.

Sin embargo, el problema de retomar el control es la “relativa autonomía” de la cuál se apropiaron las entidades bajo el precepto de la descentralización, suponiendo en general, que ellos tenían el control sobre el ejercicio de los recursos. Además de esto, la apresurada ejecución de un modelo de esta magnitud podría resultar peligroso para el propio sistema. De acuerdo con especialistas como Ignacio Román (2020), el INSABI “ es una propuesta necesaria, correcta, aterrizada de una manera caótica”.

Para académicos como Román, o Carlos Moreno (2020) la creación del INSABI es una respuesta para desagregar el concepto de atención relacionado con la seguridad social. Sin embargo, este instrumento debió haber llevado mayor planeación y una graduación comenzando por los estados en los que los servicios de salud estaban desmantelados.

Por todo ello consideramos que es importante que el nuevo modelo de gobernabilidad en salud logre que la planeación esté orientada por los problemas públicos específicos de cada territorio. Esto requiere generar facultades para la toma de decisiones sobre el diseño de sus propias intervenciones. Sin embargo, lo primero es contar con la información para saber a dónde dirigir las acciones, esto implica mejorar los mecanismos de control sustantivo y rediseñar las fórmulas de asignación y control presupuestal con un ejercicio de evaluación de objetivos.

Asimismo, es necesario transformar la normatividad aplicada al control y la evaluación para asegurar que la calidad no sea un objetivo palomeable para una acreditación, sino que se refleje en todo el proceso de la atención médica. También es importante mitigar los falsos incentivos para la administración pública cuyo contenido de fondo radica en la fiscalización y las auditorías por controles puestos en la erradicación de los problemas sanitarios y la prevención de enfermedades.

La crisis provocada por la enfermedad COVID-19 ha demostrado que, en un sistema globalizado y tan interdependiente como es el actual sistema de naciones, el país más

vulnerable e incapaz de controlar una enfermedad puede poner en jaque a todo el mundo. Los efectos de esta crisis fueron más allá de lo epidemiológico, estamos hablando de consecuencias educativas, sociales, culturales, políticos, y económicos, una situación que no había sido permeada por los esfuerzos internacionales sobre el control y gobernanza en materia de salud y el Reglamento Sanitario Internacional, cuyo contenido prima el interés económico del mundo sobre las medidas sanitarias, y que en esta ocasión fue socavado por la magnitud de la pandemia y sus efectos sanitarios, sobre todo en aquellos países en los que el sistema de salud no tenía capacidades suficientes para atender la enfermedad, pues aún en aquellos con un sistema de salud consolidado, la situación los rebasó.

Ante esto, podemos advertir que la fragmentación y segmentación del sector salud en México no solo resultó negativo, sino que incluso, debido a la “relativa autonomía” de los estados, la política de control sanitario fue diversificado según las capacidades de cada entidad. Incluso, se generaron diversas fricciones debido a la centralización en el control de las vacunas por parte del nivel federal, y el programa de vacunación en sí mismo. Se demostró una evidente desarmonización en el control hospitalario, así como en la readaptación de unidades médicas para la atención COVID-19, y se puso en evidencia la capacidad de los gobernadores para adquirir insumos, y equipamiento necesario, pues pese a los esfuerzos del nivel federal, resultó lento y prácticamente inviable el control total por parte del INSABI.

En un escenario post-COVID queda claro la necesidad de fortalecer los canales de vinculación centro-locales, una correcta articulación de la política sanitaria, y sobre todo una necesidad de Inter-institucionalidad, en donde las herramientas de cooperación internacional no dependan únicamente de la Secretaría de Relaciones Exteriores, sino que se extienda una red de internacionalización a lo largo de la administración pública, con el objetivo de incentivar la adaptabilidad institucional sobre la práctica de la cooperación internacional, así como para el seguimiento de objetivos y metas de la agenda global desde lo local, en donde se generan los problemas y puede generarse un esquema de prevención adaptado a las necesidades locales.

Como un último punto, y en consideración con esta investigación, el elemento particular para una reforma de esta magnitud, pero sobre todo para que sus efectos se vean reflejados sobre las necesidades sanitarias de un país en desarrollo como México son dos aspectos: el primero; es dejar de relacionar la salud y el bienestar con una condición clínica y de atención médica, ampliando el espectro a la verdadera promoción y prevención de la salud así como a entorno saludables, y el segundo es; una la vinculación de las relaciones centro locales evolucione de lo presupuestal a una vinculación real en materia de política sectorial. Esto

implica no solo la reforma a la Ley General de Salud, sino también aquellas que contemplan los controles, seguimiento y evolución, evitando mantener o crear incentivos perversos que tengan únicamente una racionalidad económica.

## **5. Reflexiones finales**

El objetivo de esta investigación fue presentar ante esta audiencia los resultados de una investigación parcial sobre los retos en la gobernanza y la cooperación internacional para que países en desarrollo como México, logren los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente los del objetivo N.º 3, Salud y Bienestar. La discusión se aborda desde la racionalidad instrumental de la economía política del desarrollo y la globalización en la política sectorial en salud a partir de un enfoque conceptual y metodológico del desarrollo.

Esta racionalidad económica en las políticas de salud, específicamente las de organización de los servicios de salud, es decir la descentralización del sector y el convenio 2020 para la universalización de estos con el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), y cómo esta política en específico tiene efectos que repercuten en las relaciones centro-locales en lo colectivo. Siendo, esta relación una condición para la baja práctica de innovación, la puesta en práctica que logren las metas de los objetivos planteados, una planeación acotada a las necesidades, sobre todo, para la comprensión y adaptación de la cooperación internacional en las instituciones locales y operativas.

A través de una revisión sobre el contexto bajo el que se da inicio el proceso de descentralización de los servicios de salud en México, 1989, se puede concluir que; existió un principio de racionalidad económica imperante, una fuerza de vulnerabilidad a través de presiones internacionales sobre el esquema de gobernanza internacional de la época y que fue un proceso interrumpido que no se desarrolló conforme el plan estipulado, que no ha sido actualizado y que no logró los objetivos previstos en su origen. Esto tiene por consecuencia un marco normativo rígido y predominantemente centralizado que volcó las relaciones centro-locales en un esquema de negociación política permanente, sumergido en un control y evaluación altamente centrado en la fiscalización más que en la solución de problemáticas en salud y con incentivos “perversos” enfocados en el presupuesto.

Ante la falta de incertidumbre sobre el marco de actuación del acuerdo para la reorganización de los servicios de salud a través del INSABI, las expectativas de los expertos son bajas e incrédulas conforme a los efectos positivos de una implementación precipitada. La prueba en el contexto del COVID-19 fue superada por la realidad, se demostró una incapacidad de control por parte del nivel federal en las políticas sanitarias de las entidades federativas y una desarticulación evidente sobre la toma de decisiones en el control de la pandemia. Esta situación se reguló a través del control ejercido a través del

plan de vacunación llevado a cabo por el nivel central, sin embargo, ha generado fricciones en las relaciones políticas con los estados. Esta situación tiene un origen en la descentralización y la relativa autonomía ganada por los estados, siendo esta una situación de alarma para el establecimiento de una política sanitaria vinculante, intranivel e intersectorial.

Lo aquí expuesto, como se ha advertido previamente es parte de una investigación en desarrollo que incluirá otros aspectos a superar en el sistema de gobernanza en salud a nivel nacional en México, un país en desarrollo, para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se muestra un alto nivel de influencia de la política económica internacional sobre las decisiones de política nacional en México, al menos en lo que respecta al proceso de descentralización de los servicios de salud, así como en los sistemas de gestión pública en la administración pública. Este aspecto es un ámbito relevante para la investigación futura, sobre todo por la adaptabilidad eficiente de esta influencia en las decisiones de política pública, y de la efectividad de estas en las condiciones locales.

## 6. Bibliografía o hemerografía consultada

Alvarado, A. F., & Morán, J. A. (1989). Efectos del modelo de atención a la salud del programa IMSS-COPLAMAR sobre el estado de salud de la población rural marginada de México. *Salud Pública de México*, 31(6), 745-756.

Carrillo-Nieto, J. J. (2010). Transformación del proyecto constitucional mexicano en el neoliberalismo. *Política y cultura*, 33, 107-32

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. (2006). "Antecedentes", en *Seguridad Social*. Disponible en: [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/Cesop/Comisiones/2\\_ssocial.htm](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_ssocial.htm)

CONEVAL, (S.f.). Estudio sobre el Proceso de Descentralización en México 1997-2017. Recuperado el 2 de diciembre de 2019 de: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Estudio\\_descentralizacion\\_1997\\_2017.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Estudio_descentralizacion_1997_2017.pdf)

Cosme-Granados, & Ortiz-Hernández, L. (2003). Descentralización sanitaria en México: transformaciones en una estructura de poder. *Revista mexicana de sociología*, 65(3), 591-627.

Di Gropello, E., & Cominetti, R. (1998). La descentralización de la educación y la salud un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. CEPAL.

Diario Oficial de la Federación (28 de agosto de 2020). Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Jalisco. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5599282&fecha=28/08/2020](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5599282&fecha=28/08/2020)

Diario Oficial de la Federación. (06 de mayo de 1997). Acuerdo de Coordinación que celebran las secretarías de Salud, Hacienda y Crédito Público, Contraloría y Desarrollo Administrativo, y el Estado de Jalisco, para la descentralización integral de los servicios de salud en la Entidad. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4877787&fecha=06/05/1997](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4877787&fecha=06/05/1997)

Diario Oficial de la Federación. (2 de agosto de 1986). Acuerdo de coordinación que celebran el ejecutivo federal y el ejecutivo del estado, con el propósito de

descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regularización sanitaria en la entidad. Disponible en:  
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/JALISCO/Acuerdos/JALACU008.pdf>

Fernández, C. (2003). Universidad y Globalización. Revista Tiempo Universitario; Caracas, 186

Gómez, C. (2017). El Sistema de Salud en México. Revista CONAMED, 22(3): 129-35.

Gómez-Dantés, O., & Khoshnood, B. (1991). La evolución de la salud internacional en el siglo XX. Salud Pública de México, 33(4), 314-329.

Harvey, D. (2004). El nuevo imperialismo. Vol. 26. Ediciones Akal.

Hernández LL., H. (1982). Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935- 1980". Vida y muerte del mexicano. Compilado por F. Ortiz. México: Folios Ediciones, pp. 49-96.

Hernández-Llamas, H. (1982). Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980". Vida y muerte del mexicano. Compilado por F. Ortiz. México: Folios Ediciones, 49-96.

Jaramillo-Cardona, M. C. (2007). La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos. Revista Gerencia y Políticas de Salud 6, (13), 85-111.

Krugman, P. (1998). Pop Internationalism Mit Pass. Boston, Disponible en: [www.reci.net/globalización/fgoog.htm](http://www.reci.net/globalización/fgoog.htm).

López- Antuñano, F. J. (1993). Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud. Salud Pública de México, 35(5), 437-439.

Mazabel-Dominguez, D. G., Mendoza-Fragoso, A., & Macias-Gloria, F. (2013). Globalization, neoliberalism, and the imperatives of economic rationality in the use of water resources in Mexico. Revista RA XIMHAI, 9(1), 201-209.

OIT, Organización Internacional del Trabajo. (2015). La protección del derecho a la Seguridad Social en las Constituciones de Sudamérica. Disponible en: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---normes/documents/genericdocument/wcms\\_369766.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/genericdocument/wcms_369766.pdf)

- Periódico Oficial del Estado de Jalisco. (26 de abril de 1999). Reglamento de la Ley de Creación del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco
- Polanyi, K. (1997). La gran transformación: Crítica del liberalismo económico. Ediciones de La Piqueta, Madrid.
- Reyes-Morales, H. (2020). Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019. Salud Pública de México, v. 61, n. 5, 685-691. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10894>
- Rojo-Salgado, A. (2010). Globalización y crisis de la política: la necesidad de instaurar el espacio público. Luis Concepción-Montiel y Patricia Moctezuma-Hernández (coord.), Gobernanza global y democracia, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, 129-146.
- Román- Morales & Román I. en Velasco, E. (17 de febrero de 2020). El INSABI: una apuesta que merece una mejor instrumentación. Disponible en [https://iteso.mx/web/general/detalle?group\\_id=19287058](https://iteso.mx/web/general/detalle?group_id=19287058)
- Ruiz M. J. F. (1986). La descentralización de los servicios de salud: obstáculos y soluciones. En "La descentralización de los servicios de salud: el caso de México". (pp. 63-84).
- Soberón-Acevedo, G., & Martínez-Narváez, G. (1996). La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. Salud Pública de México, 38(5), 371-378.
- Solana, F. (1998). Educación, Productividad y Empleo. México: Noriega Editores.
- Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica". Revista Estudios en Antropología Biológica, México, VIII: 487-510.
- Ugalde, L. (1998). Desafíos de la Globalización. Revista SIC; Caracas, 603, 102-107