

LA CIUDAD DE MÉXICO: FEDERALIZACIÓN SANITARIA, AUTONOMÍA RELATIVA Y CIUDADANÍA SOCIAL EN UN CONTEXTO URBANO (2019–2024)

María Luisa Mussot

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-IZTAPALAPA

Dra. en Sociología por la Universidad Católica de Lovaina-la-Nueva , Bélgica. Líneas de Investigación: Política Social, Políticas de seguridad social, Política en Salud, Planeación, implementación y evaluación de políticas públicas. Publicaciones recientes: Mussot, María Luisa (2023) IMSS: Horizonte de Bienestar Social para el México del Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2023. 281 páginas. ISBN 978-607-9464-77-6; <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/coleccion-80/L4-Horizonte-del-Bienestar-Social.pdf>

Correo electrónico: malumulo15@gmail.com

Nro de ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8554-372X>

Recibido: 1 de abril 2026

Aceptado:19 de junio 2026

RESUMEN

Este artículo analiza la reconfiguración del sistema de salud en México entre 2019 y 2024, centrado en la federalización sanitaria y sus efectos subnacionales. Desde un enfoque cualitativo, examina el caso de la Ciudad de México por su autonomía relativa y alta capacidad institucional. La reforma implicó una recentralización normativa y financiera que transformó la gobernanza multinivel. Sin embargo, no eliminó completamente los márgenes de autonomía de los gobiernos locales. En una primera etapa, la CDMX mantuvo control operativo sobre sus servicios de salud. Posteriormente, transitó hacia una centralización progresiva con la implementación del IMSS-Bienestar. El proceso fue irregular en su planeación y financiamiento. Generó arreglos diferenciados según la capacidad institucional de cada entidad. La autonomía subnacional se reconfiguró mediante procesos de negociación. Se concluye señalando que la federalización sanitaria no garantiza por sí

misma el acceso universal efectivo a la salud, especialmente en contextos urbanos desiguales, donde la ciudadanía social se configura de manera territorialmente diferenciada

Palabras clave: federalización sanitaria, gobernanza multinivel, autonomía subnacional, Ciudad de México, ciudadanía social.

ABSTRACT

This article analyzes the reconfiguration of Mexico's health system between 2019 and 2024, focusing on health federalization and its subnational effects. Using a qualitative approach, it examines the case of Mexico City due to its relative autonomy and strong institutional capacity. The reform involved a normative and financial recentralization that reshaped multilevel governance. However, it did not completely eliminate subnational margins of autonomy. In an initial stage, Mexico City maintained operational control over its health services. Subsequently, it moved toward progressive centralization with the implementation of IMSS-Bienestar. The process was uneven in both planning and financing. It generated differentiated arrangements depending on the institutional capacity of each state. Subnational autonomy was reconfigured through negotiated processes. The case highlights limitations in achieving effective universal access in unequal urban contexts.

Keywords: healthcare federalization, multilevel governance, subnational autonomy, Mexico City, Social citizenship.

INTRODUCCIÓN

El periodo 2019–2024 se distingue por la reconfiguración del sistema de salud mexicano, tanto en su arquitectura institucional como en sus mecanismos de financiamiento y provisión. Esta transformación implicó un viraje estructural en el modelo de política pública sanitaria, caracterizado por la desaparición del Seguro Popular (modelo de aseguramiento prepago), la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y su posterior sustitución por el IMSS-Bienestar. La reforma configuró un proceso de recentralización institucional y financiera, denominado federalización del sector público de la salud. Dicho proceso implicó el reordenamiento de las relaciones de poder entre niveles de gobierno,

con efectos diferenciados en el nivel subnacional, lo que condicionó de manera diferenciada el acceso efectivo a los servicios de salud.

En este contexto, la Ciudad de México (CDMX) constituye un caso de análisis relevante por su margen de autonomía, su desarrollada capacidad institucional, su papel en el desarrollo de políticas urbanas y su actuación como eje del sistema público de salud.

Su estudio permite comprender tanto la orientación del nuevo modelo nacional, como los límites y tensiones inherentes a los procesos de centralización en sistemas federales, así como su impacto en el acceso al bienestar de los capitalinos.

Desde 1997, en la CDMX se registró una sucesión de gobiernos de tendencia progresista electos democráticamente que, con mayor o menor intensidad, apuntalaron el desarrollo de un modelo de salud público, universalista y orientado a derechos, con fuerte intervención estatal local, gratuidad progresiva de servicios y énfasis en atención primaria y equidad social. Además, se distinguieron por un esfuerzo sostenido de fortalecimiento de una infraestructura propia de salud. Sumado a ello, la reforma política de 2016 y la aprobación de la Constitución política local le otorgaron a la ciudad facultades ampliadas en materia de política social, incluida la salud.

Este desarrollo de la CDMX como espacio político, faculta el entendimiento de su política sanitaria como un mecanismo de construcción de ciudadanía social, en la medida en que ha ido definiendo condiciones de acceso efectivo a derechos. No obstante, en la ciudad coexisten profundas desigualdades urbanas, y el acceso efectivo a los servicios de salud varía según la localización territorial y las condiciones socioeconómicas de la población.

El contexto descrito, junto a las capacidades institucionales, y a la condición de la ciudad como nodo de referencia nacional, ha permitido que ésta cuente con cierto grado de autonomía respecto al nivel federal (López-Arellano & Delgado-Campos, 2024; Secretaría de Salud de la Ciudad de México, s.f.).

El objetivo de este trabajo es comprender la reconfiguración de la gobernanza en la CDMX derivado del proceso de federalización en salud — 2019 a 2024—y su traducción en el ejercicio de la ciudadanía social, en el escenario de complejidad urbana de la ciudad, marcado por desigualdades territoriales, alta densidad y heterogeneidad social.

La pregunta que guía el análisis es: ¿de qué manera este proceso de recentralización transformó los márgenes de autonomía subnacional y cómo estos cambios se traducen en la definición de condiciones de acceso efectivo a derechos en un contexto urbano de desigualdades?

MARCO CONCEPTUAL

Para el análisis del proceso de federalización sanitaria en México durante el periodo 2019–2024, este trabajo se fundamenta en cuatro ejes teóricos interrelacionados: federalismo y procesos de centralización; gobernanza multinivel; capacidades estatales y ciudadanía social (Arretche, 2004.; Barba, 2003; Cabrero, 2004; Falleti, 2010; Huaman Pinto, 2025; Ruger, 2010).

Desde esta perspectiva, el federalismo se concibe como un arreglo dinámico que condiciona la asignación de recursos, la coordinación intergubernamental y la equidad territorial en la provisión de bienes públicos, más que únicamente como una estructura jurídico-institucional de distribución de competencias (Arretche, 2004.). Así, los procesos de recentralización financiera y operativa inciden en reconfigurar los márgenes de acción de los gobiernos subnacionales, incidiendo en sus capacidades para dar respuesta efectiva a las necesidades locales diferenciadas y por ende a la garantía de los derechos.

Acorde con esta estructura, la gobernanza multinivel faculta el análisis de las interacciones entre los actores y las instituciones en y entre los distintos niveles de gobierno, lo que permite distinguir la relevancia de los mecanismos y estrategias de coordinación, negociación y conflicto subyacentes a los contextos de redistribución de competencias (Falleti, 2010; Huaman Pinto, 2025).

El concepto de capacidades estatales, por su parte, permite comprender las posibilidades y las diferencias en el desempeño por parte de los gobiernos subnacionales, especialmente respecto a los recursos administrativos, financieros y técnicos disponibles para instrumentar las políticas públicas (Cabrero, 2004).

La noción de ciudadanía social autoriza reconocer el impacto que los cambios institucionales referidos tienen sobre el acceso efectivo a los derechos. Desde esta perspectiva, la salud se entiende como un derecho social cuya materialización depende no

solo de su reconocimiento normativo, sino de las condiciones institucionales y territoriales que permiten su ejercicio (Ruger, 2010; Sen, 2004).

A partir de estos enfoques es posible analizar la federalización sanitaria como un proceso más amplio que la reorganización administrativa, en sí, pues alude a una reconfiguración de las relaciones de poder, de los arreglos de gobernanza y de las condiciones de acceso al bienestar en contextos urbanos con amplias desigualdades.

METODOLOGÍA

El estudio es de orden cualitativo basado en un estudio de caso de nivel subnacional —la CDMX—. Se sustenta en fuentes documentales oficiales, literatura especializada y evaluaciones institucionales enfatizando en las narrativas y marcos interpretativos que sustentan las políticas por su carácter político, conflictivo y situado, enfatizando en sus efectos territoriales y sociales. El escrito no incorpora evidencia primaria derivada de actores institucionales.

El caso de la CDMX representa una experiencia estratégica dentro del sistema nacional de salud mexicano: por su autonomía relativa en las decisiones y operación de los servicios y en el diseño de políticas, por su capacidad institucional y su papel como nodo de referencia. El análisis se centra en la expresión subnacional urbana de la transformación del sistema nacional.

LA REFORMA DE SALUD EN MÉXICO 2019-2024

La reforma del sistema público de salud mexicano durante el periodo de 2019 a 2024, reconocida como federalización de los servicios de salud, tuvo como objetivo construir un Sistema Nacional de Salud integrado, frente a la fragmentación histórica. Para ello, impulsó la centralización de la rectoría y del financiamiento, bajo la premisa de garantizar el acceso universal a los servicios a la población sin seguridad social laboral.

Este proceso no solo implicó una reorganización administrativa y de la provisión de servicios, sino una reconfiguración de las relaciones de poder entre niveles de gobierno, fortaleciendo el nivel federal y los mecanismos mediante los cuales se materializa el derecho a la salud. La centralización no operaría en abstracto, sino sobre territorios marcados por profundas desigualdades, lo que evidenció tensiones entre centralización y

autonomía, así como entre diseño normativo y capacidad operativa. Resistencias que condicionaron sus efectos reales.

La reforma radicó en la centralización progresiva de la rectoría y del financiamiento para garantizar el acceso universal y gratuito a la atención médica, los insumos y los medicamentos. Supuso un nuevo enfoque de política pública en salud, concibiendo a esta como derecho social universal, al Estado como garante y a la gratuidad de los servicios, medicamentos e insumos, como la forma de acceso a una atención progresivamente integral. Se le reconoció como política de “salud para el bienestar”.

La reforma, de orden estructural, estuvo dispuesta en dos ejes interdependientes: la atención individual clínica y la salud colectiva.

El primer eje supuso la federalización de los servicios de salud. Implicó centralizar el presupuesto en el nivel federal y transferir los servicios estatales (nivel subnacional) a un órgano federal, el cual centralizaría la provisión de los servicios. Ello conllevó a la reconfiguración profunda de la gobernanza, de la estructura del financiamiento y de la provisión de los servicios. Se realizó en tres etapas:

1. Eliminación del Seguro Popular (2019): fin del aseguramiento individual sustituyéndolo por la provisión pública.
2. Creación en 2019 del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y firma de 23 Acuerdos diferenciados de Coordinación con entidades federativas hacia la federalización de los servicios. El INSABI centralizó el financiamiento, con transferencia parcial o mayor de los servicios, participó directamente en su organización, se encargó de la compra consolidada de medicamentos y de la coordinación intergubernamental. Avanzó en concretar un modelo de federalismo sanitario asimétrico, caracterizado por distintos grados de centralización y autonomía subnacional¹.

¹ Su errática y deficiente planeación financiera y administrativa, así como su desigual instrumentación produjo una implementación desigual y un abasto irregular, lo que condujo a un creciente gasto de bolsillo ya un uso creciente de servicios privados por la población objetivo —sin seguridad social laboral—.

3. Sustitución del INSABI en 2023 por el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar). Modelo centralizado e integrado de unidades estatales, operador directo de servicios, con atribuciones de atención médica integral, vigilancia epidemiológica y abasto de medicamentos, a través del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar).

IMSS-BIENESTAR

El IMSS-Bienestar surgió con el propósito de fortalecer el control federal sobre los servicios de salud para la población sin seguridad social, con el fin de avanzar hacia un sistema público, universal y preventivo. Su creación respondió a las limitaciones operativas y de coordinación observadas en el INSABI, cuyas funciones fueron absorbidas por el nuevo organismo. Constituido como organismo público descentralizado con autonomía técnica, operativa y de gestión, el IMSS-Bienestar retomó la centralización de la operación de los servicios como estrategia para reducir la fragmentación institucional. Mientras la Secretaría de Salud conservaría la rectoría del sistema, el IMSS-Bienestar asumiría la prestación directa de los servicios médicos, inspirándose en la experiencia del programa IMSS-Coplamar².

La federalización se instrumentó mediante convenios de coordinación entre los gobiernos estatales y el IMSS-Bienestar, a través de los cuales le transfirieron a este progresivamente la infraestructura —hospitales y centros de salud—, el equipamiento, los recursos humanos, los medicamentos e insumos y el financiamiento —recursos federales vía subsidios y el Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi³)—. Ello ordenaría la provisión directa de servicios, la integración de las unidades estatales y la operación del modelo MAS-Bienestar. El IMSS-Bienestar sería el operador directo de servicios, con atribuciones de atención médica integral; vigilancia epidemiológica y abasto de medicamentos.

Para 2023, 23 entidades federativas se habían incorporado al modelo, transfiriendo 707 hospitales, 13,966 centros de salud y alrededor de 26 mil trabajadores, que regularizó

² En el periodo de análisis este programa estaba administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) bajo el nombre de “Programa IMSS-Bienestar”.

³ El Fonsabi se constituyó con los recursos que financiaban al extinto Seguir Popular.

laboralmente. En consecuencia, el organismo asumió la prestación directa de servicios de primer y segundo nivel, la administración de recursos federales, el abasto de insumos y la gestión del personal transferido.

El financiamiento del modelo se sustentó en la centralización de recursos federales provenientes del programa presupuestario E010, de subsidios y del Fonsabi. De esta manera, el IMSS-Bienestar se convirtió en administrador directo de los recursos operativos, mientras que las decisiones presupuestarias permanecieron concentradas en la Secretaría de Hacienda (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2024).

MODELO MAS-BIENESTAR

El MAS-Bienestar corresponde al segundo eje de la reforma sanitaria, orientado a la salud colectiva. Se concibió como un modelo integral de reorganización del sistema público de salud para población sin seguridad social, articulando la producción de salud colectiva con la atención clínica individual.

Para ello se planteó la creación del Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP) y una organización territorial basada en distritos sanitarios, integrados por centros de salud, hospitales, equipos comunitarios y sistemas de información poblacional. Su objetivo era transitar de un sistema reactivo a uno proactivo y territorial, centrado en la detección de riesgos antes de la aparición de la enfermedad. Los distritos tendrían como función identificar contingencias, desarrollar acciones preventivas, fortalecer la vigilancia epidemiológica y dar seguimiento a los pacientes canalizados a las unidades del IMSS-Bienestar (Secretaría de Salud, 2022).

Los institutos nacionales y hospitales federales, ubicados mayoritariamente en la Ciudad de México, no fueron incorporados al IMSS-Bienestar y permanecieron bajo la conducción de la Secretaría de Salud federal, conservando autonomía técnica y presupuestaria relativa. De esta manera se mantuvo un sistema segmentado pero interconectado, en el que el IMSS-Bienestar asumió la operación del primer y segundo nivel de atención, mientras que los institutos nacionales y los hospitales federales proporcionarían servicios de alta especialidad.

Con la federalización se fortaleció la rectoría de la Secretaría de Salud federal, la coordinación interinstitucional y la reorientación de la atención primaria, la integración de la

salud pública con la atención médica y la ampliación de la cobertura institucional. Además, a partir suyo fue impulsada una narrativa basada en la universalidad, la gratuidad progresiva, el reconocimiento de la salud como un derecho y al Estado como sujeto obligado de su garantía, individual y colectiva.

La integración plena entre IMSS-Bienestar y el MAS-Bienestar⁴, no se concretó durante el periodo 2019–2024 debido a la sustitución institucional del INSABI por IMSS-Bienestar en 2023, lo que implicó el rediseño de procedimientos, presupuestos y estructuras administrativas. A ello se sumó la complejidad de transferir hospitales, centros de salud, recursos financieros, personal y equipamiento desde los gobiernos estatales hacia el organismo federal. También se sumó el déficit tecnológico y de información para homologar nóminas, tabuladores, medicamentos e infraestructura; otro impedimento fue la carencia de personal médico especializado. Dicho escenario puso de manifiesto deficiencias significativas en las fases previas de planeación y coordinación, especialmente para posibilitar la interoperabilidad interinstitucional, así como fuertes tensiones entre federalismo y centralización; cobertura y financiamiento; y entre diseño normativo y capacidad operativa con calidad y acceso efectivo.

Si bien hubo avances significativos en la transferencia de infraestructura y recursos, la evidencia oficial muestra que al finalizar el sexenio la consolidación del modelo aún se encontraba en proceso.

LA CDMX EN LA FEDERALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CONTEXTO GENERAL DE LA CDMX

La ciudad de México (CDMX) en el periodo 2019-2024 representó un caso híbrido en el proceso de federalización de los servicios públicos de salud. La reforma estructural avanzó con una integración parcial y gradual, manteniendo la CDMX una posición intermedia entre autonomía y centralización. Lo que responde al hecho de que la ciudad cuenta con

⁴ La operación del modelo Mas-Bienestar supone redes integradas de servicios de salud con capacidad para compartir información clínica, coordinar referencias entre niveles de atención y administrar medicamentos de forma homogénea. Además, este modelo no estaba adaptado ni organizativa ni operativamente a contextos urbanos, debido a que la orientación del programa que le dio origen (IMSS-COPLAMAR) estaba dirigida principalmente a zonas rurales y de alta marginación.

capacidad institucional propia y un sistema local de alta complejidad que le han posibilitado innovar en política pública sanitaria.

Desde la primera elección democrática en la ciudad en 1997, la CDMX, otrora Distrito Federal, ha estado bajo gobiernos de izquierda elegidos democráticamente, lo que le ha permitido ser un laboratorio de políticas sociales, incluyendo específicamente la salud. Su orientación ha estado marcada por un claro enfoque de derechos sociales, con provisión pública y gratuidad progresiva de servicios.

La capacidad de innovación de la ciudad respondió a que contó con mayor disponibilidad presupuestaria relativa. Esta deriva de las reformas políticas, del diseño fiscal y del fortalecimiento institucional, y se tradujeron en capacidades de decisión subnacionales para definir prioridades de gasto propias y elaborar el presupuesto con mayor margen político. La ciudad capital ha sido la entidad mexicana con mayor generación de ingresos propios, lo que redujo su dependencia de transferencias federales y le otorgó mayor margen de maniobra —impuesto predial y sobre nómina; derechos y servicios urbanos— (Cabrero, 2004; Merino, 2013).

A partir de la Reforma política de 2016, a la CDMX se le reconoció como parte de la federación, con autonomía en su régimen interior y con capacidad para organizar su propio gobierno y vida interna. Al convertirse formalmente en entidad federativa se robustecieron sus facultades hacendarias y presupuestales, aunque sujetas a regulación federal, por lo que su autonomía es relativa. En 2017 fue aprobada su propia Constitución Política, lo que consolidó su autonomía jurídica y política, amplió la base de su legitimidad democrática y fortaleció el marco de derechos humanos y de participación ciudadana. También obtuvo mayor capital técnico-administrativo, lo que le permitió desarrollar estructuras de planeación y presupuesto sólidas; instituciones de evaluación del gasto y programas sociales propios —gratuidad en salud, y pensiones no contributivas— Esto incrementó su autonomía efectiva, no solamente formal (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2016).

Estas condiciones, con diferente énfasis por administración política, posibilitaron entre 1997 y 2019 el desarrollo de un sistema de salud con enfoque público, universalista y orientado a derechos y con fuerte intervención del gobierno local para instrumentar la gratuidad de servicios en salud desde un modelo con énfasis en la prevención y la equidad social.

El modelo instrumentado concibió a la salud como derecho social garantizado por el gobierno local, no como mercancía, desarrollando políticas explícitas de ampliación de cobertura a población sin seguridad social. Esta concepción de salud como derecho social incluyó considerar que su materialización en el espacio urbano está atravesada por tensiones entre reconocimiento formal y acceso efectivo. En consecuencia, en 2001 se introdujo el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, que garantizó atención médica y medicamentos sin costo para las personas sin seguridad social laboral, lo que significó una de las principales innovaciones del modelo. Este enfatizó en la prevención y atención primaria, con detección temprana y atención oportuna, en contraste con modelos curativos tradicionales. Entre sus prioridades estuvo la construcción y consolidación de una estructura propia de salud pública para la ciudad (Instituto de Salud y luego Secretaría de Salud local) permitiéndole cierto grado de autonomía respecto al sistema federal, así como el expandir el acceso y cobertura, con incremento sostenido en servicios otorgados: consultas, hospitalización y programas preventivos, entre otros (López-Arellano y López-Moreno, 2015).

El modelo de política pública sanitaria además estuvo concebido y operado desde un enfoque social y redistributivo, el cual se complementó con políticas dirigidas a grupos vulnerables y se vinculó con otras políticas sociales, específicamente con el Programa de Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal — primera pensión no contributiva en México, dirigida a personas de 70 años o más, hoy a partir de 65 años y más, el cual fue elevado a rango constitucional como derecho social universal el 8 de mayo de 2020—.

Estos hitos facultaron a la CDMX con vigorosas y replicables capacidades de innovación en política sanitaria, a partir de modelos de atención primaria urbana; programas de prevención y promoción, además de estrategias de territorialización de servicios.

La CDMX además cuenta con un peso demográfico y epidemiológico singular que se traduce en altos niveles de densidad poblacional y complejidad social, que inciden directamente en los perfiles de salud de la población. Con más de 9 millones de habitantes y una zona metropolitana de más de 20 millones, la ciudad enfrenta una alta densidad poblacional, un perfil epidemiológico complejo en el que coexisten padecimientos crónicos, riesgos asociados al estilo de vida urbano (sedentarismo, obesidad) y, en menor medida,

enfermedades transmisibles, además de una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión y obesidad, asociadas a factores de riesgo metabólicos y conductuales. Condiciones que son reflejo del patrón típico de las sociedades urbanizadas y en transición avanzada.

Derivado de la conglomeración de población, y de una carga significativa de enfermedad, la CDMX se ha convertido en un espacio estratégico para la política pública. Sus decisiones de política tienen impacto nacional y la ciudad funciona como espacio de prueba para intervenciones de gran escala.

La CDMX se distingue por reunir en su territorio una proporción significativa de la infraestructura sanitaria nacional, incluyendo hospitales de alta especialidad e institutos nacionales coordinados por la Secretaría de Salud Federal. Concentración de servicios que coexiste con fuertes desigualdades intraurbanas, donde el acceso efectivo varía según la localización territorial y las condiciones socioeconómicas.

La concentración de servicios locales hace que en la ciudad exista una densidad superior de recursos humanos altamente calificados⁵ así como tecnológicos y de investigación. Hechos que la han posicionado como el principal centro de atención especializada del país, operando como eje de referencia del sistema. Por esto se reconoce a la CDMX como nodo de referencia interregional y nacional con capacidad de absorción de demanda compleja y receptora de pacientes de múltiples entidades federativas (IMSS, 2024). Realidad última que pone en evidencia la presencia de amplias desigualdades territoriales en infraestructura sanitaria en el país⁶ y que provoca que la ciudad capital deba enfrentar una presión adicional sobre su capacidad instalada.

La singularidad de la Ciudad de México en la federalización no implicó únicamente transferir servicios estatales al IMSS-Bienestar, sino articular un sistema sanitario metropolitano altamente complejo, con una fuerte presencia de instituciones federales y hospitales de referencia nacional. Además, su incorporación tuvo una importancia política y administrativa

⁵ Alta concentración de médicos especialistas por habitante en comparación con el promedio nacional.

⁶Durante la pandemia de COVID-19 esta función se intensificó convirtiendo a la CDMX en el principal receptor de casos graves, lo que evidencia su papel como centro articulador del sistema (López-Gatell et al., 2021).

mayor que la de la mayoría de las entidades participantes porque representó la adhesión de la capital del país al modelo de federalización.

En el periodo de análisis, particularmente en 2020 y 2021, el caso más representativo del carácter medular que tiene el sistema sanitario local fue la atención a la pandemia COVID-19. La magnitud de la respuesta de la ciudad fue determinante para el sistema nacional. Manifestó su atributo doble. Por un lado, autonomía operativa al haber implementado estrategias propias y, por otro, operar como nodo nacional. Además, sus políticas fueron observadas y replicadas a nivel nacional (Muñoz, 2022).

LA CDMX EN LA RECONFIGURACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO 2019-2024

La CDMX mantuvo en un inicio márgenes de autonomía que le permitieron conservar el control operativo de su red de servicios —diseño, implementación, y adaptación de políticas sanitarias locales a los lineamientos federales— al tiempo que se integraba parcialmente al esquema de centralización.

Esta capacidad de decisión subnacional fue resultado de una relación diferenciada con el nivel federal, mediada por su capacidad institucional, que se tradujo en una adhesión parcial y dilatada a la centralización.

ETAPA INSABI

Entre 2019-2022, la CDMX estableció con el INSABI un esquema de mecanismos de coordinación parcial y acuerdos administrativos, pero no un convenio de transferencia plena de servicios. El objetivo del acuerdo fue garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos e insumos a población sin seguridad social.

Este esquema evidenció una relación diferenciada de distribución de funciones entre la CDMX y la federación respecto de los acuerdos de transferencia plena. La ciudad no cedió la rectoría operativa y la Secretaría de Salud local conservó el control de la infraestructura médica preexistente e incluso la expandió —construcción del Hospital de Cuajimalpa—. También mantuvo el control sobre el personal sanitario, así como la operación directa de hospitales y centros de salud y de los esquemas de provisión y gestión. Asimismo, la secretaría local preservó la facultad de administrar los recursos presupuestarios de la ciudad —los federales y los locales—; el abasto y la capacidad de implementar políticas

propias —programas de atención territorial y estrategias epidemiológicas diferenciadas (Consejo de Evaluación de la Ciudad de México, 2025).

A la federación, por su parte, a través del INSABI, se le confirieron: la rectoría normativa y financiera, transfiriendo a la ciudad los recursos federales —Programa U013— para financiar los servicios; así como la facultad de coordinación intergubernamental para organizar las redes de atención médica y la compra consolidada de medicamentos. La centralización de los recursos por la federación se acompañó con la reducción del gasto per cápita para población sin seguridad social⁷ y la disminución relativa del presupuesto en salud.

Las implicaciones de la dependencia creciente de la CDMX respecto a las decisiones presupuestales federales no fueron las esperadas, se incrementó la presión sobre los servicios junto con el acrecentamiento de los problemas de desabasto de medicamentos. Hechos contrarios a los objetivos de la federalización de los servicios de salud de aumentar la cobertura de acceso a estos —universalizarlos—, de fortalecerlos y ampliarlos.

Un ejemplo significativo de cómo en este periodo la CDMX mantuvo una posición intermedia entre autonomía y centralización, como se mencionó, quedó plenamente demostrado con el papel jugado por la Secretaría de Salud local en la atención al COVID-19. La factibilidad y viabilidad de sus estrategias de atención se debieron a la complejidad del sistema local, a contar con una amplia capacidad institucional propia y a su autoridad en la coordinación interinstitucional.

La ciudad capital fue el epicentro de la respuesta nacional, la Secretaría de Salud local actuó con autonomía operativa implementando estrategias propias como la reconversión hospitalaria masiva, el uso intensivo de datos epidemiológicos y la organización interinstitucional, además se distinguió por su alta capacidad diagnóstica y por la instrumentación de prácticas de seguimiento epidemiológico digital y a domicilio. También fungió como nodo nacional, concentrando a los pacientes críticos y coordinándose con la

⁷ La caída del gasto per cápita fue de 3,656 a 2,911 pesos en el periodo de 2019–2021 (CIEP, 2021).

federación. No obstante, ello dio cuenta de la grave saturación hospitalaria derivada de las desigualdades territoriales en el acceso (Muñoz Martínez, 2022)

Puede decirse que el esquema signado entre la CDMX y el INSABI supuso un modelo de coordinación intergubernamental caracterizado por descentralización operativa —la CDMX mantuvo la operación— y por centralización normativo-financiera— la federación controló las reglas y el financiamiento a través del INSABI—. A diferencia de este esquema en la capital, las 22 entidades federativas que firmaron acuerdos de coordinación con el INSABI lo hicieron con esquemas de adhesión plena, lo que supuso que el INSABI asumiera el control directo de servicios de cada entidad, transfiriéndole a este la infraestructura, el personal y la operación (Instituto de Salud para el Bienestar, 2020 a y b).

ETAPA IMSS -BIENESTAR

La incorporación de la CDMX al IMSS-Bienestar implicó una transición hacia la centralización operativa. Este proceso redujo el control local sobre los servicios, el personal y los recursos. Además, evidenció una relación diferenciada con respecto al resto de los convenios signados por los estados con la federación.

La incorporación de la CDMX fue tardía, supuso adaptación, gradualidad, y fue selectiva, debido a la capacidad institucional propia y a la complejidad del sistema local. La CDMX negoció esquemas híbridos de coordinación que le permitieron conservar en un inicio márgenes de autonomía relevantes respecto al control operativo directo de su red de servicios, aunque se fue reduciendo progresivamente hacia 2024 cuando se consolidó la transferencia operativa de los servicios por parte de la ciudad al IMSS-Bienestar (México Evalúa, 2025).

El proceso de incorporación formal de la CDMX al IMSS-Bienestar sucedió de manera escalonada y provocó el paso de un espacio de autonomía operativa transitoria a un proceso de centralización progresiva.

El 15 de junio de 2023 la ciudad firmó un convenio de colaboración para la incorporación al IMSS-Bienestar; dos meses después, el 25 de agosto de 2023, se estableció un convenio de coordinación en materia de personal, infraestructura, equipamiento y medicamentos. Y el 13 de octubre de 2023 la ciudad finalmente se adhirió al Acuerdo Nacional de

Federalización del Sistema de Salud. Y entre 2023 y 2024 se firmaron convenios modificatorios para ajustar recursos y la operación.

La transición culminó el 1 de julio de 2024 cuando se consolidó la transferencia efectiva de los servicios y de la operación de las unidades médicas de la ciudad al IMSS-Bienestar.

Hasta antes de ese momento la ciudad había logrado mantener capacidades de decisión, teniendo el control del núcleo operativo del sistema. De un lado, mantuvo la regulación del personal de salud, siendo la Secretaría de Salud local la que administró directamente la plantilla de recursos humanos a pesar de la gradualidad de la transferencia laboral. Y de otro, continuó controlando la gestión de los servicios, siendo la secretaría la que definió la organización interna de las unidades médicas. Sin embargo, esta situación varió con la consolidación de la federalización de los servicios de la ciudad.

Esta tuvo lugar en julio de 2024 cuando la Secretaría de Salud local transfirió al IMSS-Bienestar sus unidades médicas (214 centros de salud, 16 clínicas y 30 hospitales) y cuando se centralizaron en el IMSS-Bienestar las decisiones sobre la operación de los servicios (los protocolos, los insumos y su organización).

Con esta transferencia la CDMX fue reduciendo su autonomía sobre el control operativo de los servicios y sobre el personal, este pasó a ser administrado por el IMSS-Bienestar dándole garantía de estabilidad laboral (“basificación”). La Secretaría de Salud de la Ciudad de México solo conservó las funciones estratégicas de salud pública: rectoría sanitaria, vigilancia epidemiológica, regulación, supervisión y evaluación del sistema de salud.

El otro rubro por el que fue perdiéndose la autonomía relativa de la ciudad derivó de la centralización del presupuesto en la federación, provocando que dependiera de este para la operación de los servicios, además de limitarle el control sobre el presupuesto sanitario local. Ello generó incertidumbre y dificultades en la programación local del gasto para poder operar las políticas de salud pública. A la secretaría local solo le compitió ejecutar el gasto, con menor autonomía presupuestaria (implicó retrasos en el ejercicio de programas dependientes de recursos federales); mientras que las decisiones estratégicas y la asignación de recursos se concentraron en el nivel federal (Gobierno de la Ciudad de México, 2022).

El financiamiento de salud en la CDMX se caracterizó por un esquema mixto: recursos federales (provenientes del INSABI de 2019 a 2023 y luego, del IMSS-Bienestar de 2023 a 2024); más los recursos propios (presupuesto asignado a la Secretaría de Salud local y transferencias etiquetadas para población sin seguridad social). El suministro de los recursos federales fue inestable por el tránsito del INSABI al IMSS-Bienestar que provocó la fluctuación de sus modelos de financiamiento y sucesivas modificaciones en las estructuras programáticas y operativas. Los recursos fueron canalizados a través de diversos programas presupuestarios (U013 durante la etapa del INSABI y E010 con el IMSS-Bienestar) (CIEP, 2024). Estos programas financiaban la operación de los hospitales; al personal médico y a los medicamentos e insumos, mientras que el presupuesto del Fonsabi se etiquetó para infraestructura, atención de alta especialidad y también, medicamentos. Respecto a los recursos locales entre 2020 y 2024 se observó un incremento significativo destinado al sector, alcanzando aproximadamente 22 mil millones de pesos en 2023 que se mantuvo como un eje prioritario (Secretaría de Salud de la CDMX, 2024).

La federalización de los servicios no siempre estuvo acompañada de una planeación adecuada desde el nivel federal, lo que derivó en problemas de coordinación, y en deficiencias en la provisión de servicios (México Evalúa, 2025). Por ello, si bien se observaron avances en la expansión de la cobertura y en el incremento del presupuesto, hacia el final del periodo persistieron restricciones importantes en la eficiencia del gasto. Por ejemplo, se señala la existencia de subejercicios presupuestales que pusieron de manifiesto contrariedades en la capacidad institucional para ejercer, de forma oportuna y efectiva, los recursos asignados (CIEP, 2024). Las limitaciones en la capacidad de ejecución del gasto fue más el reflejo de debilidades institucionales respecto a los procedimientos de contratación, a los cambios normativos o por los procesos de transferencia institucional, que por una mala gestión de los recursos.

El presupuesto estuvo orientado a garantizar la prestación gratuita de servicios de salud a la población sin seguridad social, a ampliar la cobertura y a asegurar el acceso a servicios médicos y medicamentos y a fortalecer la infraestructura.

Entre los resultados más visibles de la federalización están el logro de mayor cobertura territorial con la atención de 232 unidades de salud distribuidas en las 16 alcaldías; superior

utilización de la infraestructura pública y del volumen de servicios prestados, así como ampliación de las prestaciones en los centros de salud a la población sin seguridad social (estrategia "cero rechazos" y gratuidad). Los indicadores muestran un incremento de las consultas médicas en centros de salud y hospitales de la red pública, la realización de 52.7 millones de estudios diagnósticos entre 2019 y mediados de 2024, 540,010 egresos hospitalarios, 300,922 cirugías y 149,935 nacimientos atendidos. También evidencian la mejora en el abastecimiento de medicamentos, alcanzando un surtimiento completo de 558,529 recetas en las 232 unidades de salud de la ciudad (primer semestre de 2023) y niveles de disponibilidad de medicamentos superiores al 97%, en 2023. (Gobierno de la Ciudad de México, 2024a, 2024b, 2024c)⁸. Se carece de evidencia suficiente para poder mostrar si hubo o no reducción de los tiempos de espera para consultas y cirugías, como tampoco hay una medición oficial particular a la CDMX que permita indicar el comportamiento del gasto de bolsillo de la población⁹.

Con la federalización, sin embargo, no se logró resolver la contratación de personal ni su regularización, por el proceso de transferencia de plazas, contratos y nóminas del nivel local al federal. Las principales dificultades fueron homologar las condiciones laborales y completar plantillas médicas, traducéndose en incapacidad para cubrir vacantes, y en la limitación de la expansión de servicios especializados para la población sin seguridad social. Además, persistió el problema de escasez de especialistas (medicina interna; anestesiología; gineco-obstetricia; cirugía general; pediatría), con lo que se restringió la capacidad de convertir la expansión institucional en mejora homogénea de acceso efectivo.

Otro gran desafío no alcanzado fue conformar un sistema integrado de atención, debido a los déficits tecnológicos que impidieron la interoperabilidad digital para constituir y compartir

⁸ No pudo realizarse una comparación rigurosa con los datos de la administración anterior (2012–2018) por limitaciones metodológicas debido a que muchos indicadores cambiaron de definición con la transición del Seguro Popular al INSABI y luego al IMSS-Bienestar.

⁹ Sin embargo, el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), basado en la ENIGH 2024, identifica que en 2024 la CDMX estuvo entre las entidades con mayor gasto de bolsillo en salud del país. Hecho que refleja una creciente dependencia de servicios privados, aun entre población con afiliación a instituciones públicas. Comportamiento no ajeno a la tendencia nacional de incremento del gasto directo de los hogares en atención médica, medicamentos y estudios diagnósticos en el periodo 2019-2024 (CIEP, 2025)., explicado por la naturaleza errática e inconclusa de la reforma.

expedientes clínicos, integrar inventarios de medicamentos y coordinar las referencias y contrarreferencias hospitalarias (Martínez-Zavala, 2025).

La federalización de los servicios en la CDMX amplió el derecho de acceso a servicios de salud para la población sin seguridad social, lo que implicó el fortalecimiento de la ciudadanía social, no obstante, la centralización financiera y los problemas de implementación limitaron que la ciudadanía social se consolidara plena y efectivamente. Hecho que impidió reducir las desigualdades en salud de la ciudad, persistiendo brechas territoriales en las alcaldías periféricas.

A partir de una inferencia sobre la distribución de personas usuarias del sistema público, puede afirmarse que los beneficios potenciales de la federalización sí fueron mayores en las alcaldías en las que había más población sin seguridad social y superior dependencia de centros de salud públicos: Iztapalapa, Gustavo A. Madero; Tláhuac; Xochimilco y Milpa Alta. Y que en aquellas demarcaciones en las que había más población afiliada a la seguridad social (IMSS o ISSSTE) fue menor el impacto que tuvo la transferencia de servicios al IMSS-Bienestar: Benito Juárez, Miguel Hidalgo y Cuajimalpa de Morelos.

Las primeras cinco alcaldías mencionadas son las que conforman gran parte del corredor oriente y sur de la Ciudad de México. Territorio en el que históricamente se han concentrado los mayores rezagos sociales (menor dotación de infraestructura urbana, de transporte y de equipamiento social); una inferior accesibilidad a servicios especializados y además, son las que tienen los niveles de pobreza y marginación más altos. Con diferencias internas importantes, estas alcaldías son las que cuentan con considerables desigualdades estructurales en comparación con las alcaldías del centro y poniente de la ciudad (CONEVAL, 2020,2021; INEGI, 2020 y Secretaría de Economía, 2024).

Las condiciones de desigualdad estructural de esas alcaldías generan barreras a la capacidad efectiva de acceder a bienes, servicios y oportunidades, aun y cuando en el caso de la salud, esta fue distribuida bajo criterios de igualdad y universalidad. Y aunque formalmente sus habitantes posean el mismo derecho a la salud que el resto de la población de la ciudad, las dificultades de acceso a servicios especializados de salud, la menor disponibilidad de infraestructura urbana y los mayores tiempos de traslado hacia los principales servicios, entre otras, representan obstáculos para el ejercicio pleno de los derechos. Constatar la persistencia de esas desigualdades supone reconocer la

conformación de ciudadanías diversas y desiguales, en tanto que ciertos grupos sociales enfrentan mayores obstáculos para ejercer plenamente sus derechos, particularmente el derecho a la salud, así como a participar en condiciones de igualdad en la vida social.

LA CDMX Y EL MODELO MAS-BIENESTAR

Si bien la transición de la CDMX hacia la centralización operativa reconfiguró la autonomía subnacional, pudo continuar con arreglos híbridos en la gobernanza del sistema debido a su histórica orientación en salud (enfoque de derechos, universalidad, fortalecimiento de los servicios públicos locales y gratuidad de la atención para población sin seguridad social). Conservar funciones en materia de salud pública y coordinación territorial le permitió a la ciudad incidir de manera directa en producir salud para los grupos sociales con mayor restricción en el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

La CDMX transitó de ser un operador directo de servicios en salud a desempeñar un papel coadyuvante en la rectoría local, especialmente en salud pública. En esta materia la secretaría local conservó funciones relevantes: la coordinación territorial y sanitaria; la salud pública —prevención y vigilancia epidemiológica—; la regulación local y la transición administrativa del sistema. Ello se tradujo en un importante espacio de autonomía para implementar el modelo de atención MAS-Bienestar, el cual tuvo un desarrollo heterogéneo en su instrumentación nacional

Aunque el modelo Mas-Bienestar fue definido por el nivel federal, la CDMX logró tener margen y capacidad innovadora para adaptarlo territorialmente, integrándolo con los programas locales existentes tendientes a la integración de servicios, a la participación comunitaria y a la expansión de la cobertura, además de priorizar intervenciones según los perfiles epidemiológicos locales.

Como históricamente la ciudad había mostrado alta capacidad de innovación en políticas de salud pública, al contar con mayor disponibilidad presupuestaria relativa y más desarrollo de capital técnico-administrativo, pudo concretar novedosos modelos de atención primaria urbana, programas de prevención y promoción y estrategias de territorialización de servicios. Durante el periodo 2019–2024 las capacidades de la ciudad en salud pública se articularon con el modelo MAS-Bienestar retomando sus competencias clave, lo que le permitió a la ciudad innovar con modalidades de intervención, tanto en la coordinación con

el nivel federal, como fortaleciendo sus funciones esenciales en materia de salud colectiva y gestión territorial. Ello condujo a poder ampliar la participación comunitaria y a expandir la cobertura. Tal fue el caso de las estrategias de seguimiento epidemiológico digital durante COVID-19 y el desarrollo de prácticas comunitarias en zonas de alta marginación (Consejo de Evaluación de la Ciudad de México, 2025). Destaca en particular como claro ejemplo de transferencia de la innovación institucional desde la Ciudad de México hacia la política sanitaria nacional el programa “Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar”. Este, instrumentado en 2021 supuso terminar la dispersión de las acciones de detección de diabetes, hipertensión y obesidad, integrándolas en los centros de salud, como una estrategia única, territorial y comunitaria con seguimiento sistemático de pacientes, cuya implementación contó con la coordinación interinstitucional entre los institutos de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y los servicios locales de salud. Este programa fue retomado y ampliado con el programa federal “Salud Casa por Casa”, escalando al ámbito federal, particularmente, el esquema de visitas domiciliarias, la detección temprana de enfermedades crónicas y la promoción comunitaria de la salud (Secretaría de Bienestar, 2025).

Con estas experiencias, se puede decir que la CDMX ha sido la entidad insignia en el despegue del modelo de atención MAS-Bienestar garantizando vincular la salud colectiva con la atención individual. El modelo integra atención primaria fortalecida; salud comunitaria, prevención y vigilancia epidemiológica, además de coordinación territorial. Como las estrategias de atención primaria en la CDMX —territoriales, de seguimiento epidemiológico y programas comunitarios de prevención— preceden al MAS-Bienestar, la implementación de este modelo se hizo con adaptaciones, sin que ello implicara sustituir las estrategias de intervención locales (Evalúa CDMX, 2025). Esto muestra que la centralización normativa no elimina la capacidad de innovación subnacional.

En línea con el MAS-Bienestar, la CDMX promovió la participación comunitaria y la promoción de la salud. Fortaleció los centros de salud, las estrategias territoriales, los programas preventivos, y así mismo, robusteció la vigilancia epidemiológica.

Implementó varios innovadores programas de salud pública y comunitaria dirigidos principalmente a poblaciones en condición de vulnerabilidad social, y con estrategias de política dirigidas a resolver la brecha entre su reconocimiento formal como derecho y su

acceso efectivo: Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar” (2021–2024); “Salud en tu Casa” (2019–2024) y “Programa de Salud y Bienestar Comunitario” (PSBC).

Su concepción y práctica se orientó a la prevención, la territorialización y a una atención centrada en las personas. Y se instrumentaron a partir de estrategias de atención domiciliaria masiva, integración de brigadas comunitarias y transición hacia un modelo universal. Sus particularidades están señaladas en el cuadro 1.

Cuadro 1.

Particularidad de los programas de salud pública y comunitaria de la CDMX 2019-2024

Programa	Nivel	Enfoque	Población objetivo
Salud en tu Vida	Preventivo	Comunitario	Población general vulnerable
Salud en tu Casa	Atención directa	Comunitario intensivo	Personas con barreras físicas
Programa de Salud y Bienestar Comunitario	Social	Comunitario estructural	Comunidades organizadas
Promoción/prevención	Poblacional	Salud pública clásica	Toda la población

Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud de la Ciudad de México, *Historia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México* y 2021) y Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México, 2022).

El enfoque de estos programas corresponde con el del MAS-Bienestar de atención primaria en salud: la salud como derecho universal, garantizado mediante un sistema público, universal y gratuito, además, amplían la cobertura de servicios y evidencian un esfuerzo por acercar los servicios a sectores históricamente excluidos —sin seguridad social—. Todos los programas están centrados en la persona, la familia y la comunidad, integran la prevención, promoción y atención, están territorializados, consideran la atención a los determinantes sociales (como vivienda, educación, alimentación) y persiguen la equidad y el acceso universal.

El desarrollo de los programas según su objetivo, forma de operación, tipo de intervención, logros y financiamiento se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2.

Desarrollo de los programas de salud pública y comunitaria de la CDMX 2019-2024

Programa	Objetivo	Forma de operación	Modalidad de Intervención	Logros	Financiamiento
Salud en tu Vida	Promover estilos de vida saludables; prevenir y detectar enfermedades crónicas; reducir riesgos en población vulnerable	Tamizajes comunitarios (glucosa, peso, presión); atención en centros de salud y brigadas; registro y seguimiento; articulación con atención domiciliaria	Intervención territorial; educación en salud; participación activa	Más de 684 mil personas atendidas; alta detección de enfermedades crónicas	Presupuesto CDMX más recursos federales (INSABI / IMSS-Bienestar)
Salud en tu Casa	Llevar servicios de salud a población con barreras de acceso	Brigadas multidisciplinarias; atención en domicilio; cobertura en 16 alcaldías	Atención personalizada; identificación de determinantes sociales; vinculación comunitaria	Más de 830 mil atenciones Cobertura en zonas de difícil acceso	Recursos públicos locales más coordinación federal
Programa de Salud y Bienestar Comunitario	Fortalecer bienestar comunitario; atender determinantes sociales	Organización comunitaria; proyectos locales; capacitación en autocuidado	Empoderamiento social; participación colectiva; reconstrucción del tejido social	Desarrollo de capacidades comunitarias; intervenciones integrales	Recursos públicos (DIF-CDMX más sector salud)
Promoción y prevención	Garantizar prevención, promoción y atención primaria; derecho a la salud	Centros de salud; campañas (vacunación, salud sexual, cáncer); ampliación de cobertura	Educación en salud; prevención poblacional; intervenciones masivas	Ampliación de cobertura; fortalecimiento del primer nivel	Presupuesto público estructural (federal más local)

Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud de la Ciudad de México, *Historia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México* y 2021) y Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México, 2022).

La implementación de los programas se enfrentó a limitaciones estructurales vinculadas a las desigualdades urbanas. Durante el periodo 2020-2024, las mayores barreras de acceso a los programas de salud pública y comunitaria de la ciudad se concentraron en las alcaldías periféricas del sur y sur-oriente, particularmente Milpa Alta, Xochimilco y Tláhuac. Los obstáculos estuvieron asociados a la dispersión territorial, ruralidad y falta de accesibilidad geográfica (áreas chinamperas, zonas montañosas, pueblos de la parte alta de la alcaldía, entre otras); limitaciones de transporte; mayores niveles de vulnerabilidad social y a menor disponibilidad de servicios especializados.

Los grupos poblacionales con mayores obstáculos en el acceso a servicios fueron: los adultos mayores con limitaciones funcionales, dependencia física, enfermedades crónicas y falta de redes familiares de apoyo; las personas con discapacidad y problemas de movilidad, necesidad de transporte adaptado, dependencia de cuidadores y dificultad para acudir periódicamente a las unidades médicas; personas postradas o con enfermedades terminales con imposibilidad física de desplazamiento y los pueblos originarios y comunidades rurales (Milpa Alta y algunas zonas de Xochimilco) con impedimentos sociales, culturales y lingüísticos (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2022).

Otro aspecto central que impidió consolidar los objetivos de estos programas deriva de los rezagos en la capacidad institucional por las deficiencias estructurales del sistema en su conjunto. La restricción de su alcance no radicó propiamente en el diseño de los programas sino en la desigual calidad de los servicios, la insuficiencia de recursos humanos, la fragmentación institucional, los débiles sistemas de referencia, la falta de articulación intersectorial, la carencia de financiamiento sostenible y la precaria continuidad institucional de las atenciones, junto con las brechas urbanas y una gobernabilidad poco clara. Todo ello condicionó el impedir la garantía de una cobertura efectiva con servicios de calidad y resultados en salud. Realidad que permite señalar con énfasis que las reformas al financiamiento por sí mismas, si bien imprescindibles, no son suficientes para garantizar un sistema de salud eficiente y equitativo, afectando siempre a los más desprotegidos.

La fragmentación institucional también aquejó con mayor intensidad a las alcaldías de Milpa Alta, Tláhuac y Xochimilco donde las condiciones sociales y territoriales junto con una menor disponibilidad de infraestructura especializada, dificultaron la coordinación entre las instituciones de salud y la continuidad de las atenciones. Lo que en consecuencia implicó

incumplir la promesa de equidad y la garantía de universalidad del derecho a la salud. Las poblaciones afectadas fueron las personas sin seguridad social y los pacientes con enfermedades crónicas, quienes debían transitar entre múltiples subsistemas de atención con distintos mecanismos de financiamiento, referencia y provisión de servicios (EVALÚA CDMX, 2024). Estas condiciones concretaron una gobernabilidad poco clara debido a la coexistencia de múltiples servicios y actores con competencias concurrentes y responsabilidades parcialmente superpuestas, dificultando la oportunidad, calidad e integralidad de las atenciones por déficits de coordinación administrativa, de asignación precisa de responsabilidades y de rendición de cuentas (Aguilar, 2010).

Estos hechos permiten problematizar la idea de que la centralización garantiza por sí misma equidad en el acceso a los servicios de salud. El caso de la CDMX muestra que estos procesos producen arreglos diferenciados en los que la capacidad institucional y las condiciones territoriales juegan un papel determinante. Asimismo, se evidencia que las reformas institucionales no se traducen automáticamente en mejoras en el acceso efectivo, particularmente en contextos urbanos marcados por desigualdades estructurales.

CIERRE

La reforma de salud del periodo 2019-2024 en México fue de orden político e implicó la concentración de poder en el nivel federal y la reconfiguración estructural del sistema de salud: su organización y liderazgo. La federalización de los servicios, vía el IMSS-Bienestar, redefinió la gobernanza sanitaria (autonomía operativa transitoria en un proceso de centralización progresiva de recursos). Con esta se buscó reforzar la rectoría del Estado, corregir la fragmentación histórica del sistema de salud y reducir las desigualdades territoriales, a partir de avanzar en homogeneizar los servicios para garantizar equidad en el acceso.

Las transiciones abruptas del INSABI y su sustitución por el IMSS-Bienestar mostraron cambios sin consolidación previa, con vacíos operativos y administrativos traducidos en falta de claridad y oportunidad en el financiamiento, problemas de gestión e incertidumbre, así como carencia de recursos humanos especializados.

La CDMX, en virtud de sus capacidades institucionales y de su histórica orientación política, mantuvo durante gran parte del periodo una posición intermedia entre autonomía y centralización. La incorporación de la CDMX al IMSS-Bienestar ocurrió en 2023 pero no

transfirió la operación de los servicios hasta 2024. Este hecho implicó la centralización del financiamiento, la transferencia de servicios e infraestructura y la redefinición de competencias institucionales propiciando la pérdida de autonomía y de control de la ciudad sobre los recursos, el personal y las decisiones operativas.

La CDMX, siendo la capital del país, representa un caso particular de la federalización sanitaria en México al mostrar una transición negociada, gradual y estructuralmente compleja. La federalización no eliminó totalmente la relativa autonomía subnacional, sino que la reconfiguró en arreglos diferenciados, cuyos efectos se expresaron de manera particular en el espacio urbano. A diferencia de otras entidades federativas, la ciudad contaba con capacidades institucionales consolidadas, una amplia infraestructura sanitaria y una compleja red de actores federales y locales. Ello favoreció una recentralización negociada, en la que la incorporación al IMSS-Bienestar coexistió con la preservación de capacidades locales de planeación, prevención y atención comunitaria. De igual manera, la heterogeneidad socioespacial capitalina, caracterizada por profundas desigualdades territoriales entre zonas centrales y periféricas, permitió a la CDMX diseñar estrategias adaptadas a contextos particulares urbanos, diferenciadas por accesibilidad, demanda y vulnerabilidad social.

En conjunto, estos elementos configuran a la CDMX como un caso clave en el análisis de las transformaciones del sistema público de salud mexicano, permiten observar los límites de la centralización federal; evidencian la importancia de la capacidad institucional subnacional y muestran las tensiones entre diseño normativo y operación real. La experiencia de la CDMX permite abrir el debate en torno a las implicaciones de la centralización en términos de gobernanza, eficiencia, equidad y federalismo.

No puede soslayarse que, para el conjunto del país, particularizando en la CDMX, persisten desafíos medulares tanto estructurales como de diseño que impiden concretar la universalización del acceso a la salud a la población sin seguridad social: insuficiente financiamiento, falta de coordinación institucional y garantía de oportunidad, calidad e integralidad de las atenciones.

Las limitaciones en la calidad de los servicios se manifestaron principalmente en la continuidad de la atención, el acceso a especialidades, la rehabilitación, la salud mental y los cuidados paliativos. Estas deficiencias afectaron especialmente a personas adultas mayores, personas con discapacidad, pacientes postrados, personas con enfermedades terminales y mujeres en condiciones de vulnerabilidad. La evidencia sugiere que los

principales problemas no derivaron exclusivamente de la ausencia de servicios, sino de dificultades para garantizar atención integral, oportuna y coordinada entre los distintos niveles institucionales del sistema de salud.

El análisis de la CDMX en la federalización no es un caso más, sino uno excepcional, descubre las condiciones bajo las cuales la política de “salud para el bienestar” puede concretarse, aprovechando su orientación de política sanitaria, su modelo institucional y su dinámica territorial. Estas materializaron un conjunto específico de arreglos institucionales que privilegiaron la atención primaria, la prevención, la territorialización de los servicios y la atención domiciliaria de poblaciones vulnerables. En otros términos, el carácter distintivo de la ciudad radicó en la articulación de una concepción universalista del derecho a la salud y los mecanismos concretos de provisión pública orientados a reducir barreras de acceso para grupos históricamente excluidos, personas sin seguridad social, adultos mayores, personas con discapacidad y pacientes en situación de dependencia funcional.

Finalmente puede sostenerse que la federalización sanitaria en la CDMX implicó una recentralización que redefinió la gobernanza del sistema de salud. En consecuencia, no puede entenderse únicamente como un proceso de reorganización institucional, sino como una reconfiguración de las condiciones del ejercicio de la ciudadanía social en el espacio urbano. Se ampliaron las condiciones para garantizar el derecho de acceso a servicios de salud a la población sin seguridad social. No obstante, la desigualdad territorial, particularmente en las alcaldías de Iztapalapa, Gustavo A. Madero; Tláhuac; Xochimilco y Milpa Alta evidenció una concreción diferenciada de la ciudadanía social. Si bien el derecho a la salud se reconoce formalmente para toda la población de la CDMX, las condiciones territoriales, socioeconómicas y de disponibilidad de servicios generaron capacidades desiguales para ejercer el derecho. Por consiguiente, la ciudadanía social no se materializa de manera homogénea, sino que adopta formas diferenciadas según las características estructurales de cada alcaldía. Los programas de atención comunitaria y domiciliaria implementados entre 2020 y 2024 pueden interpretarse como mecanismos institucionales orientados a reducir estas brechas en el ejercicio efectivo de los derechos sociales. En este sentido, la política sanitaria se configuró como un campo central en la construcción de ciudadanía en la capital.

CONCLUSIONES

La experiencia de la Ciudad de México permite concluir que la reforma sanitaria de 2019–2024 constituyó uno de los procesos de transformación institucional más relevantes del sistema público de salud mexicano en las últimas décadas. Más allá de los cambios administrativos y organizacionales, la federalización mediante el IMSS-Bienestar representó una redefinición profunda de las relaciones entre los distintos niveles de gobierno, de los mecanismos de gobernanza sanitaria y de las condiciones bajo las cuales se materializa el derecho a la salud para la población sin seguridad social.

El caso de la CDMX demuestra que los efectos de la centralización no son homogéneos ni lineales, sino que dependen de las capacidades institucionales preexistentes, de las trayectorias políticas locales y de las características territoriales que estructuran la provisión de servicios. En este sentido, la ciudad operó como un caso de **recentralización negociada**, donde la incorporación al IMSS-Bienestar no implicó una transferencia inmediata ni uniforme, sino un proceso gradual, diferenciado y condicionado por la alta complejidad institucional del sistema de salud capitalino.

Un hallazgo central del estudio es que la centralización financiera y operativa no elimina automáticamente la autonomía subnacional, sino que la reconfigura en formas híbridas de gobernanza. La CDMX mantuvo durante buena parte del periodo capacidades de decisión en la gestión de servicios, particularmente en la organización operativa, la innovación en salud pública y la articulación territorial, lo que evidencia que la implementación de reformas federales está mediada por arreglos institucionales locales que pueden modular sus efectos.

Asimismo, la evidencia muestra que la transición entre INSABI e IMSS-Bienestar se caracterizó por discontinuidades institucionales, vacíos de coordinación y ausencia de consolidación previa de capacidades operativas. Estos cambios sucesivos generaron incertidumbre en el financiamiento, tensiones en la gestión de recursos humanos y dificultades en la planeación del sistema, lo que afectó la continuidad de la prestación de servicios. En consecuencia, la reforma no solo implicó reordenamientos administrativos, sino también costos de implementación asociados a la falta de sincronía entre diseño normativo y capacidad operativa.

Los hallazgos también muestran que la ampliación formal de la cobertura y la consolidación de un modelo orientado a la universalización de los servicios no son condiciones suficientes para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Persisten restricciones estructurales vinculadas al financiamiento insuficiente, la fragmentación institucional, la limitada interoperabilidad digital y la escasez de personal especializado, lo que restringe la posibilidad de convertir la expansión institucional en acceso efectivo, oportuno y de calidad.

En el caso de la CDMX, estas limitaciones se expresan de manera diferenciada en el territorio. La desigualdad urbana configura una ciudadanía social heterogénea, en la que el acceso efectivo a la salud varía significativamente entre alcaldías centrales y periféricas. Aunque el derecho es formalmente universal, su ejercicio está mediado por condiciones socioespaciales, infraestructura disponible y capacidades institucionales locales, lo que reproduce brechas en el acceso a servicios especializados, continuidad de la atención y tiempos de respuesta.

Desde una perspectiva más amplia, esta investigación aporta evidencia para comprender la estrecha relación entre federalismo, gobernanza sanitaria y ciudadanía social en contextos de reforma estatal. La federalización de los servicios de salud no solo reorganizó estructuras institucionales, sino que redefinió las condiciones materiales del ejercicio de derechos sociales. En este sentido, la experiencia de la Ciudad de México confirma que la ciudadanía social no es una condición homogénea derivada del reconocimiento jurídico, sino una construcción institucional y territorial que depende de la capacidad efectiva del Estado para garantizar servicios públicos suficientes, coordinados y equitativos.

Finalmente, el caso de la Ciudad de México muestra que la capacidad de innovación subnacional no desaparece bajo procesos de centralización, sino que puede persistir y reorientarse incluso dentro de esquemas federales más centralizados. La ciudad conservó márgenes relevantes para adaptar e implementar modelos de atención primaria, salud comunitaria y vigilancia epidemiológica, lo que permitió la continuidad de estrategias locales adaptándolas al marco del MAS-Bienestar. Esto evidencia que la centralización normativa no elimina automáticamente la agencia subnacional, sino que redefine sus formas de ejercicio.

En conjunto, los hallazgos permiten sostener que la federalización sanitaria en la CDMX implicó una recentralización compleja y asimétrica, cuyos efectos estuvieron determinados

tanto por la capacidad institucional local como por las tensiones estructurales del sistema nacional de salud. En consecuencia, no puede entenderse únicamente como un proceso de reorganización administrativa, sino como una reconfiguración profunda de la gobernanza sanitaria y de las condiciones de ejercicio de la ciudadanía social en el espacio urbano.

Bibliografía

ARRETCHE, Marta. (2004). *Federalismo y políticas sociales*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) / Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), Serie Gestión Pública, núm. 42.

BARBA SOLANO, Carlos Enrique. (2003). *El nuevo paradigma de bienestar residual y deslocalizado: reforma de los regímenes de bienestar en la OCDE, América Latina y México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara / CIESAS.

CABRERO MENDOZA, Enrique. (2004). Capacidades institucionales en gobiernos subnacionales de México: ¿un obstáculo para la descentralización fiscal? *Gestión y Política Pública*, XIII (3), 753–784. Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).

CENTRO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y PRESUPUESTARIA (CIEP). (2021). *De Seguro Popular a INSABI: mayor población con menor atención*. Ciudad de México: CIEP.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y PRESUPUESTARIA (CIEP). (2024). *Evolución del gasto en salud*. Ciudad de México: CIEP.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y PRESUPUESTARIA (CIEP). (2025). *Gasto de bolsillo en salud: resultados de la ENIGH 2024*. Ciudad de México: CIEP. <https://ciep.mx/gasto-de-bolsillo-en-salud-resultados-de-la-enigh-2024/>

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL. (2016). *Avance histórico: reforma política del D.F. declarada constitucional*. Ciudad de México: CDHDF.

CONSEJO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (2024). *Ciudad de México 2020: un diagnóstico de la desigualdad socioterritorial. Capítulo 5: Salud*. Ciudad de México: Gobierno de la Ciudad de México.

CONSEJO DE EVALUACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO (EVALÚA CDMX). (2025). *Transición a una nueva política de salud en la Ciudad de México*. Ciudad de México: Evalúa CDMX.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL). (2020). *Informe de pobreza y evaluación. Ciudad de México 2020*. Ciudad de México: CONEVAL. <https://www.coneval.org.mx>

CONEVAL. (2021). *Medición de pobreza municipal 2020*. Ciudad de México: CONEVAL. <https://www.coneval.org.mx>

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2024). *Programa Institucional IMSS-Bienestar 2023–2024*. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación.

FALLETI, Tulia G. (2010). *Decentralization and subnational politics in Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (2023). *Avance en transición a IMSS-Bienestar*. Ciudad de México.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (2024a). Otorga SEDESA más de 66 mil atenciones con el Programa Salud en tu Casa en 2024. <https://www.jefaturadegobierno.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/otorga-sedesa-mas-de-66-mil-atenciones-con-el-programa-salud-en-tu-casa-en-2024>

HUAMAN PINTO, A. J. (2025). Gobernanza multinivel y participación ciudadana: una revisión de literatura de los últimos 5 años. *Revista Invecom*, 6(3), 1–(s. p.). (Publicación en línea).

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS). (2024). *Informe de gestión gubernamental 2018–2024*. Ciudad de México: IMSS.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). (2020). *Censo de población y vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx>

INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR (INSABI). (2020a). *Acuerdo de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud*. Ciudad de México: INSABI.

INSABI. (2020b). *Programa institucional 2020–2024*. Ciudad de México: INSABI.

LÓPEZ-ARELLANO, Oliva, & DELGADO-CAMPOS, Verónica I. (2024). La transformación del sistema público de salud en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 66, 689–698. <https://doi.org/10.21149/15659>

LÓPEZ-ARELLANO, Oliva, & LÓPEZ-MORENO, Sergio. (2015). *El derecho a la salud en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.

MARTÍNEZ-ZAVALA, B. (2025). Avances y desafíos para la equidad y eficiencia del sistema de salud mexicano a partir de las reformas de 2019. *Redes de Salud: Voces en Acción*. <https://doi.org/10.64507/cktxg333>

MERINO, Mauricio. (2013). *La transición votada: crítica a la interpretación del cambio político en México*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

MÉXICO EVALÚA. (2025). *Cambios en la atención pública de la salud en México*. Ciudad de México: México Evalúa.

MUÑOZ MARTÍNEZ, Rubén. (2022). Riesgo, COVID-19 y atención hospitalaria en la Ciudad de México: ¿hacia una nueva práctica médica? *Nóesis*, 31(61), 26–46. <https://doi.org/10.20983/noesis.2022.1.2>

RUGER, Jennifer Prah. (2010). *Health and social justice*. Oxford: Oxford University Press.

SANTACRUZ-VARELA, Javier et al. (2024). Análisis de los cambios en el sistema público de salud realizados entre 2019 y 2024. *Gaceta Médica de México*, 160(6). <https://doi.org/10.24875/GMM.24000278>

SECRETARÍA DE BIENESTAR. (2025). *Programa Salud Casa por Casa*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/bienestar/documentos/programa-salud-casa-por-casa-391815>

SECRETARÍA DE ECONOMÍA. (2024). *Data México: indicadores socioeconómicos municipales y alcaldías*. <https://datamexico.org>

SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO. (2024). *Presupuesto de Egresos de la Federación 2024*. Ciudad de México: SHCP.

SECRETARÍA DE SALUD. (2022). *Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar)*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (s. f.). *Historia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México*. <https://www.salud.cdmx.gob.mx>

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (2021). *Programa Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar*. Ciudad de México.

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (2022). *Prioriza SEDESA atención a población vulnerable...* <https://www.salud.cdmx.gob.mx/boletines/30mar2022-prioriza-sedesa-atencion-poblacion-vulnerable-con-el-programa-salud-en-tu-casa-al-ofrecer-403-mil-315-servicios-gratuitos-en-tres-anos>

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (2024). *Atención a la salud y medicamentos gratuitos para población sin seguridad social*. <https://www.salud.cdmx.gob.mx>

SEN, Amartya. (2004). *Why health equity?* Oxford: Oxford University Press.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO (DIF CDMX). (2022). *Programa de Salud y Bienestar Comunitario*. Ciudad de México.