

Análisis de los cambios en el sistema público de salud realizados entre 2019 y 2024 para atender a la población sin seguridad social de México

Javier Santacruz-Varela,^{1*} Germán E. Fajardo-Dolci,² Osvaldo Artaza-Barrientos³ y Gustavo Olaiz-Fernández⁴

¹Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; ²Dirección General de Atención a la Salud, Centro Médico Universitario, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; ³Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de las Américas, Santiago, Chile; ⁴Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Resumen

Antecedentes: Entre 2019 y 2024 se realizaron modificaciones a la organización y rectoría del sistema público de salud de México, con el objetivo de mejorar la atención sanitaria de la población sin seguridad social. **Objetivo:** Analizar en lo general los cambios efectuados en el sistema público de salud para atender a población sin seguridad social y formular propuestas para lograr universalizar la salud en México. **Material y métodos:** Investigación cualitativa en la que se utilizó técnica de grupo focal para el análisis integral de los cambios y la formulación de propuestas. **Resultados:** La mayoría de los cambios entre 2019 y 2024 crearon el marco legal para el Sistema de Salud para el Bienestar y el organismo IMSS-BIENESTAR, con el fin de mejorar la atención de población sin seguridad social, pero al mismo tiempo modificaron la rectoría en el sistema público de salud. Se identificaron oportunidades de mejora y se formularon propuestas para fortalecer la organización de servicios, la rectoría, el financiamiento y la formación de personal sanitario. **Conclusiones:** Los cambios al sistema de salud tienen debilidades que pueden ser corregidas para mejorar su sostenibilidad y avanzar en la construcción de un sistema universal de salud.

PALABRAS CLAVE: Atención a la salud. Reforma de la atención de salud. Servicios públicos de salud.

Analysis of changes in the public health system made between 2019 and 2024 to serve the population without social security in Mexico

Abstract

Background: Between 2019 and 2024, changes were made to Mexico's Public Health System to improve health care for the population with social security, which modified the organization and the leadership. **Objective:** Comprehensively analyze the changes made in the public to serve the population without social security and formulate proposals to achieve universal health. **Material and methods:** Qualitative research was carried out with a focus group technique to comprehensively analyze the changes made and formulate proposals. **Results:** Most of the changes made between 2019 and 2024 created the legal framework for the Health System for Welfare and the IMSS-BIENESTAR agency, in order to improve the care of the population without social security, but at the same time modified the leadership in the Public Health System. Opportunities for improvement were identified and proposals were made to strengthen the organization of services, management, financing and training of health personnel. **Conclusions:** Changes to the health system have weaknesses that can be corrected to improve its sustainability and advance in the construction of a universal health system.

KEYWORDS: Delivery of health care. Health care reform. Public health services.

*Correspondencia:

Javier Santacruz-Varela

E-mail: santacr45@yahoo.com

0016-3813/© 2024 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 09-08-2024

Fecha de aceptación: 31-10-2024

DOI: 10.24875/GMM.24000278

Gac Med Mex. 2024;160:628-635

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

Introducción

Las reformas en salud son procesos necesarios por los cambios sociales, políticos y económicos, así como por las transiciones demográfica y epidemiológica de la población. Por su complejidad, requieren consenso político,¹ diálogo social² y acuerdo entre los actores clave.³

En México, casi la mitad de la población carece de seguridad social. Con el fin de mejorar la atención de esta población, el gobierno federal inició en 2019 diversos cambios en el sistema público de salud que han modificado la organización de servicios y disminuido el papel rector de la Secretaría de Salud para conducir y regular dichos servicios.

El objetivo de esta investigación es analizar los fundamentos y efectos de estos cambios en el sistema público de salud, para formular propuestas que contribuyan al análisis técnico y decisiones políticas para lograr un sistema de salud equitativo y universal.

Material y métodos

Se efectuó una investigación cualitativa sobre los cambios efectuados por el gobierno federal al sistema público de salud para atender a la población sin seguridad social entre 2019 y 2024, con base en el marco para el análisis de políticas y evaluación del desempeño de los sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud,⁴ que incluye cuatro variables sobre funciones o actividades clave:

- Rectoría.
- Prestación de servicios.
- Financiamiento.
- Generación de recursos.

Se compiló y revisó la documentación oficial relacionada con dichos cambios, cuya síntesis fue utilizada como insumo por ocho profesionales de salud pública con experiencia nacional e internacional en organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Mediante técnica de grupo focal y en seis sesiones, estos profesionales contestaron preguntas abiertas dirigidas a explorar los fundamentos del cambio, sus efectos en las cuatro variables y las oportunidades de mejora, para formular propuestas que contribuyan a la sostenibilidad de los cambios realizados y a lograr un sistema de salud eficaz, sostenible y equitativo.

Resultados

Los resultados de la revisión documental y del grupo focal se presentan en forma separada

para cada variable incluida en el marco de la Organización Mundial de la Salud, así como las propuestas correspondientes.

Prestación y organización de servicios para población sin seguridad social

La organización del actual sistema de salud se inició en 1943 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para atender a trabajadores del sector privado, y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), para atender al resto de la población.⁵ Su desarrollo posterior se resume en dos etapas.

En la primera, de 1943 a 1984, además del IMSS y la SSA, se crearon diversos organismos para prestar servicios de salud a los empleados públicos de los sectores eléctrico, telefónico, ferrocarrilero, petrolero y del gobierno federal; así como el Programa IMSS-COPLAMAR para población sin seguridad social,⁶ lo que originó un sistema público segmentado que se trató de armonizar en 1982 con la Coordinación de Servicios de Salud. En 1983, en la Constitución se incorporó el derecho a la protección de la salud, y en 1984 se promulgó la Ley General de Salud y se inició la descentralización de los servicios para población no asegurada a las entidades.⁷⁻⁹

En la segunda etapa, de 1985 a 2018, la SSA cambió su nombre a Secretaría de Salud (SS), se concluyó la descentralización y en 2004 se creó el Seguro Popular, que incrementó significativamente la cobertura de la población no asegurada.

A partir de 2019, el gobierno federal inició diversos cambios para mejorar la atención a población sin seguridad social. El primero consistió en modificar en noviembre de ese año la Ley General de Salud para incluir “la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, a personas que carezcan de seguridad social”,¹⁰ y para que “la Secretaría de Salud, con el auxilio del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), organizará la atención a dichas personas”. El INSABI reemplazó al Seguro Popular, pero la carencia de reglas de operación y una gestión ineficaz (que redujo la afiliación lograda en 2018 de 42.7 % a 16 % en 2022) determinaron su desaparición en mayo de 2023; sus recursos, derechos y obligaciones fueron transferidos a un nuevo organismo público descentralizado (OPD) denominado IMSS-BIENESTAR.¹¹

En mayo de 2020, se reformó el artículo 4º constitucional para crear el Sistema de Salud para el Bienestar (SSB) para “garantizar la extensión

progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de personas sin seguridad social".¹² En agosto de 2022, se creó el OPD IMSS-BIENESTAR, cuya finalidad es "brindar a personas sin seguridad social atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados".¹³ En mayo de 2023, el gobierno reformó nuevamente la Ley General de Salud para establecer que ese organismo "colaborará con la Secretaría de Salud en la gratuidad de servicios de salud a población sin seguridad social, en el marco del Sistema de Salud para el Bienestar", y señalar que este sistema lo componen la SS, Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR, instituciones y organismos que participan en el mismo y, en su caso, de manera concurrente, por las entidades federativas.¹⁴

Para consolidar la operación del SSB e IMSS-BIENESTAR, en octubre de 2023, los gobiernos de 23 entidades firmaron el Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar para transferir a ese organismo unidades de atención, presupuesto y personal de salud;¹⁵ además, se le integraron cinco hospitales regionales y un centro de alta especialidad¹⁶ (Figura 1).

Si bien los cambios realizados sustentan legalmente la reorganización de servicios para población sin seguridad social, no corrigieron la duplicidad de dos organismos que atienden a la misma población: el nuevo IMSS-BIENESTAR y el Programa IMSS-Bienestar administrado por el IMSS, lo que contribuye a la segmentación del sistema público de salud y al incremento del gasto administrativo, como ha sido señalado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).¹⁷

Por otra parte, el cambio de gobierno es una oportunidad para retomar la integración de servicios de salud de la seguridad social iniciada en 1979. El IMSS integró, en ese año, mediante un Convenio General de Incorporación, los servicios de la Comisión Federal de Electricidad¹⁸ y, en 1981, los de Ferrocarriles Nacionales de México.¹⁹ Si existe voluntad política, se puede crear el marco legal para transferir al IMSS los servicios de salud del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de Petróleos Mexicanos (PEMEX), lo cual implica transferirle personal, infraestructura y fondos del seguro de salud, conservando, si así conviene, los fondos de otras prestaciones como las pensiones. Dicha integración reducirá la inequidad, la

segmentación y el gasto administrativo en el sistema público de salud.

Con base en lo anterior se propone lo siguiente:

- Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR debe ser el único proveedor para población sin seguridad social y se debe crear el marco legal para desaparecer el Programa-IMSS Bienestar, como ocurrió con el INSABI. Los recursos que no formen parte del patrimonio del IMSS deben ser transferidos a IMSS-BIENESTAR. La integración es factible financieramente, ya que dicho programa se sufragó con presupuesto federal.
- El IMSS debe ser el único proveedor para población con seguridad social (con excepción de las fuerzas armadas). Se debe crear el marco legal para que se adicionen los servicios de salud del ISSSTE y PEMEX, lo cual contribuirá a reducir la inequidad en la prestación de servicios para población con seguridad social y mejorará la sostenibilidad financiera del sistema público de salud.

Con las dos unificaciones propuestas, el sistema público de salud tendrá solo dos proveedores: uno para población con seguridad social y otro para quienes carecen de ella. Las fuentes de financiamiento serán diferentes y cada uno podrá tener una administradora central de fondos públicos para separar las funciones de financiamiento y provisión (Figura 2).

A nivel internacional, España y Costa Rica realizaron exitosamente procesos similares mediante la voluntad política gubernamental y consenso con empresas y sindicatos.^{20,21}

Rectoría de servicios para población sin seguridad social

Los cambios en la organización de los servicios para población sin seguridad social redujeron la rectoría de la SS para dirigir, coordinar y administrar a IMSS-BIENESTAR, ya que su estatuto orgánico indica que estas funciones corresponden a una Junta de Gobierno presidida por el titular del IMSS.²² Por su parte, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de México señala que la SS es el órgano rector y la Ley General de Salud establece que debe "conducir la política nacional de salud y coordinar los programas de servicios de salud".^{23,24} Esta Ley también señala que la SS "planeará, organizará y orientará la prestación gratuita de servicios de salud,

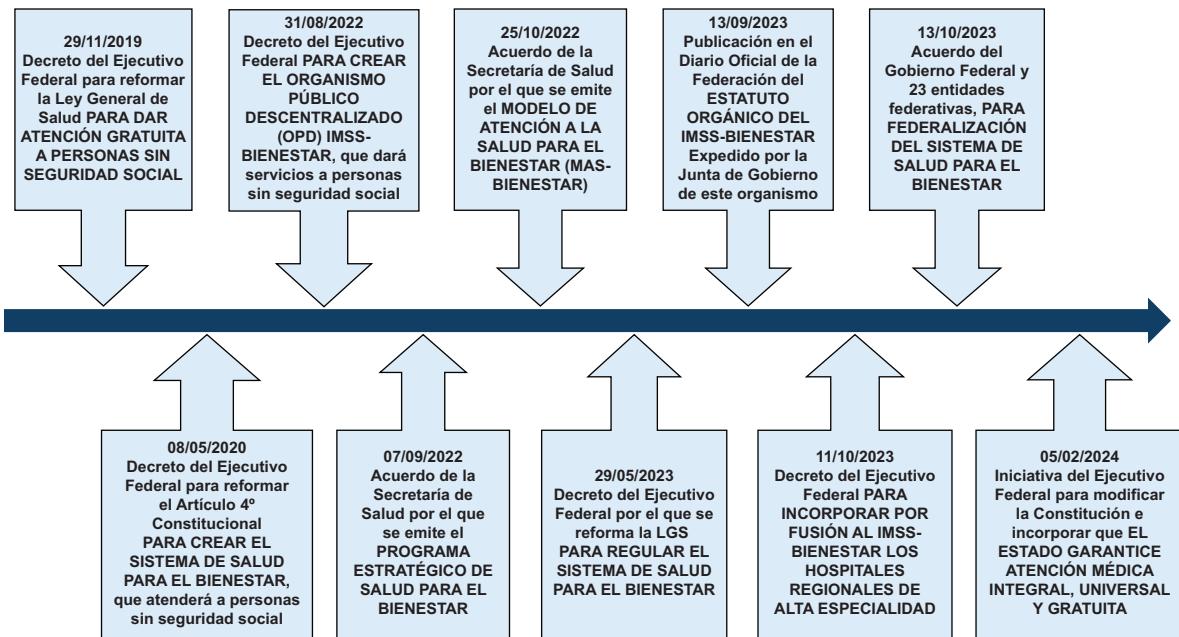


Figura 1. Cambios en la organización de servicios de salud para población sin seguridad social, 2019 a 2024. Fuente: Construcción propia con datos del Diario Oficial de la Federación de México.

medicamentos y demás insumos a personas sin seguridad social y que el IMSS-BIENESTAR colaborará con la SS en la prestación gratuita de esos servicios". Estas disposiciones legales confieren atribuciones suficientes a la SS para coordinar al SSB y a Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR.

Con base en estos resultados se propone lo siguiente:

- La Secretaría de Salud, a través de su titular, debe presidir la junta de gobierno de IMSS-BIENESTAR, para lo cual es necesario modificar el estatuto orgánico de esta última dependencia.
- Cambiar la denominación de Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR para que no se le asocie al IMSS y se confunda a la población. Una opción es denominarle Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, INS-BIENESTAR.

Financiamiento de los servicios para población sin seguridad social

En 2022, se publicó el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar como obligatorio para las dependencias que prestan servicios a población sin seguridad social, así como el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR) para mejorar la calidad de esos servicios.^{25,26} A la fecha, la ejecución de ambos aún es incipiente, debido entre otras razones al

insuficiente financiamiento. El déficit de financiamiento para población sin seguridad social en México es crónico y la inversión en salud es de las más bajas de Latinoamérica. La Cuenta Satélite del Sector Salud de 2020 indica que México invirtió ese año 6.5 % del producto interno bruto ampliado, pero solo 2.5 % se trató de fondos gubernamentales, 2.1 % de fondos privados y 1.9 % provino de trabajo no remunerado de los hogares.²⁷ Las inversiones pública y privada fueron similares, pero esta última se incrementa a 4 % si se le agrega el trabajo de los hogares y si este se resta, el porcentaje del producto interno bruto para salud disminuye de 6.5 a 4.6 %, cifra menor a 10.9 % de la OCDE en ese año.²⁸

En la mayoría de los países de la OCDE, el financiamiento de la salud tiene cinco fuentes: fondos gubernamentales, seguro obligatorio, seguro voluntario, gasto de bolsillo y otras fuentes. Por ejemplo, en el Reino Unido predomina el modelo de financiamiento tipo Beveridge,²⁹ con 80 % de fondos gubernamentales; en cambio, en Alemania prevalece el modelo tipo Bismarck,³⁰ con 75 % por fondos de seguro obligatorio. En ambas naciones, el gasto de bolsillo es menor de 20 %. México tiene un esquema financiero combinado con fondos gubernamentales y seguro obligatorio, que juntos suman 51%; el restante 49 % se trata de gasto privado, del cual 41 % es gasto de bolsillo, uno de los más altos de Latinoamérica y mayor de 18 % registrado por la OCDE.³¹ Además,

con base en datos de la Secretaría de Hacienda, entre 2000 y 2023, México redujo la inversión pública en salud de 3.2 a 2.7 % del producto interno bruto.

La inequidad financiera en México entre las poblaciones con y sin seguridad social limita el acceso a los servicios de salud. México Evalúa refiere que en 2024 el gasto per cápita del IMSS fue de 6025 pesos mexicanos y en IMSS-BIENESTAR, de 1812 pesos mexicanos. Por su parte, un estudio del Centro de Estudios Espinosa Yglesias, con datos del presupuesto de egresos de la federación de 2023, muestra inequidades similares: el gasto per cápita del IMSS asciende a 8378 pesos mexicanos; el de IMSS-BIENESTAR a 3782 pesos mexicanos; y el promedio de PEMEX, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina a 24 020 pesos mexicanos.

Las decisiones políticas para mejorar los servicios a población sin seguridad social todavía no se acompañan de mayor inversión gubernamental, por lo que se propone lo siguiente.

- Incrementar el gasto gubernamental para atender a población sin seguridad social. Se estima que 6 % del producto interno bruto cubre la asistencia sanitaria esencial en países de Latinoamérica,³² lo que en México se puede lograr si se acrecientan los fondos gubernamentales para salud a 4.0 % del producto interno bruto, con lo que el gasto público en salud podría llegar a 48 % y el gasto de bolsillo se reduciría de 41 a 18 %. Con dicho incremento, la composición del gasto total en salud sería la siguiente: 48 % de gasto público gubernamental, 27 % de seguro obligatorio, 18.6 % de gasto privado (18 % de gasto de bolsillo y 0.6 % de seguro voluntario) y 1.0 % de otras fuentes, con lo que el gasto público de México sería de 75 %, similar al de la OCDE, que en 2021 fue de 76 % (Tabla 1).

Países con economías similares o menores a México invierten más en salud. Por ello, se deben analizar opciones para mejorar dicha inversión, entre ellas, la reorganización del gasto público con el costo de oportunidad para otras áreas, aumentar los impuestos analizando el margen que tiene la tasa impositiva actual o recurrir a la deuda externa.

Cambios en la formación y disponibilidad de personal sanitario

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar incluye acertadamente la formación de personal y la

definición de perfiles profesionales, tareas que requieren coordinación entre los sectores educativo y de salud.

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud tiene entre sus funciones la realización del diagnóstico integral para formar recursos humanos,³³ el cual no ha sido formulado, al igual que la cuenta nacional de personal de salud.

La insuficiente planificación intersectorial propicia que el personal disponible no siempre cubra las necesidades. En 2021, en el sector público había 247 233 médicos, 2.0 médicos por 1000 habitantes,³⁴ menos de 3.5 por 1000 en promedio de los países miembros de la OCDE. Cabe aclarar que no existe una cifra estándar de personal sanitario, sino solo recomendaciones para lograr 80 % de cobertura en servicios básicos de salud.

En 2006, la Organización Mundial de la Salud recomendó 2.3 trabajadores sanitarios por 1000 habitantes para lograr 80 % de atención materno-infantil; en 2013, ese mismo organismo y el Banco Mundial recomendaron 4.45 por 1000 para lograr 80 % de servicios de salud esenciales. En 2020 se hicieron dos nuevas estimaciones con datos del sistema de cuentas nacionales de personal de salud: la primera fue de 5.1 trabajadores por 1000 habitantes y la segunda, de 4.76. Un tercio del personal estimado correspondió a médicos, por lo que la tasa de este personal varió entre 1.7 y 2.0 por 1000 habitantes. Canadá y Estados Unidos registraron 2.2 médicos por 1000 habitantes, pero con diferentes resultados de salud, debido a que estos no dependen solo del personal médico.

En México, es poco factible otorgar servicios con un modelo convencional de médicos en zonas rurales dispersas, por lo que se deben valorar otras opciones. En la década de 1990 se utilizaron con éxito módulos básicos de atención primaria con un médico y cinco técnicos para atender a 15 000 personas.^{35,36} Por otro lado, debe explorarse el potencial del personal de enfermería, ya que existe evidencia de que este atiende con calidad similar a la de los médicos.³⁷ Con base en lo anterior se propone lo siguiente.

- Realizar el diagnóstico integral de necesidades de personal de salud. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud debe elaborar este diagnóstico y planificar el personal sanitario mediante metodologías integrales, como la utilizada en México en 2017 con auspicio de la Academia Nacional de Medicina.³⁸
- Fortalecer la formación y contratación de personal para el primer nivel de atención. En conjunción con



Figura 2. Propuesta de reorganización del sistema público de salud con solo dos proveedores públicos de servicios de salud.
Fuente: Construcción propia.

Tabla 1. Propuesta de financiamiento a la salud en México y comparación con el esquema financiero de países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

Fuentes de financiamiento	Financiamiento en México en 2021 (%)	Financiamiento propuesto para México (%)	Promedio de países de la OCDE en 2021 (%)
Fondos gubernamentales (públicos)	24.0	48.0	38.0
Seguro de salud obligatorio (público)	27.0	27.0	38.0
Seguro de salud voluntario (privado)	07.0	06.0	04.0
Gasto de bolsillo (privado)	41.0	18.0	18.0
Otras*	01.0	01.0	02.0
Total	100.0	100.0	100.0

*Organizaciones no gubernamentales y otras. Fuente: Construcción propia con datos de Health at a Glance Europe OCDE 2022, y Cuenta Satélite del Sector Salud México 2020.

el sector salud, las instituciones educativas deben coordinar la formación de personal para fortalecer el primer nivel de atención, ya que este es fundamental para lograr mejores indicadores generales de salud, reducir la carga global de enfermedad e incrementar los años de vida saludables.

Discusión

Los cambios efectuados entre 2019 y 2024 aún no mejoran la salud de la población sin seguridad social y persisten dificultades de acceso a servicios y medicamentos, así como deterioro en algunos indicadores de salud, entre ellos incremento en la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas (de 5.24 a 6.24 por 1000

habitantes) y por enfermedades isquémicas del corazón (de 85.61 a 108.94) entre 2018 y 2022.³⁹

Las reformas de salud no siempre son exitosas debido al limitado conocimiento de quienes las dirigen, escaso apoyo político,⁴⁰ improvisación y excesiva dependencia de modelos de países desarrollados,⁴¹ donde los propósitos son diversos, como el aumento de productividad en Reino Unido, el control de costos en Canadá y la mayor eficiencia en Nueva Zelanda.⁴² El propósito explícito de los cambios realizados en México es mejorar la salud de la población sin seguridad social, pero existen otros como reducir la inequidad en el financiamiento y los servicios.

Esta investigación identificó que los cambios tienen riesgo de no ser sostenibles, principalmente por

limitaciones en la rectoría de la SS e insuficiente financiamiento público, por lo que será necesario mejorar la organización, fortalecer la rectoría y optimar el financiamiento para reducir el gasto de bolsillo.

Conclusiones

Los cambios realizados al sistema de salud entre 2019 y 2024 modificaron el marco legal para atender a la población sin seguridad social; sin embargo, se requieren acciones para fortalecer la organización y regulación de los servicios, el financiamiento y la formación de personal, para desarrollar un sistema de salud equitativo, con acceso y cobertura para todos.⁴³

Financiamiento

Los autores declaran, bajo protesta de decir verdad, que no recibieron financiamiento, ni público ni privado, para realizar este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran, bajo protesta de decir verdad, que no tienen ningún conflicto de intereses (económico, profesional o personal) real o potencial, que pueda sesgar los resultados de este estudio.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, los autores reconocieron y siguieron las recomendaciones según las guías SAGER, dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. González-Rossetti A, Mogollón A. La reforma de salud y su componente político. Un análisis de factibilidad. Gac Sanit. 2002;16 (1):39-47. DOI: 10.1016/S0213-9111(02)71631-2. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391102716312>

2. Organización Panamericana de la Salud. Guía metodológica para el diseño e implementación de diálogo social en salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. OPS/OMS. Washington D.C.; 2007. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dm/documents/2010/Extension-Guia_Diseno_Implementacion_Dialogo_Social.pdf
3. Harvard T. H. Chang School of Public Health [Internet]. Boston, Massachusetts, Estados Unidos: Reich MR, Campos PA, Kalita A, Levy Guyer A, Yip W. A guide to health reform. Eight practical steps. 2023. Disponible en: <https://www.hsp.harvard.edu/india-health-systems/2023/08/18/wp8-guide-health-reform/>
4. World Health Organization [Internet]. Ginebra, Suiza: Health system performance assessment: a framework for policy analysis. 2022 Apr 13. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240042476>
5. Gómez-Dantés O, Frenk J. Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. Salud Pública Mex. 2019;61(2):202-211. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10122/11728>
6. Flores-Alvarado A, Morán-Zenteno JA. 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 Mex. 1989;31(6):746-756. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/25/25>
7. Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la protección de la salud. Diario Oficial de la Federación. 1983 Feb 03. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0
8. Decreto del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos de Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 1984 Feb 07. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0
9. Soberón-Acevedo G, Martínez-Narváez G. La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. Salud Pública Mex. 1996;38(5):371-378. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5947/6754>
10. Decreto por el que se reforman, adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de los Institutos Nacionales de Salud. Diario Oficial de la Federación. 2019 Nov 29. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref116_29nov19.pdf
11. Acuerdo por el que se emiten las bases para la transferencia de recursos y desincorporación por extinción del organismo público descentralizado denominado Instituto de Salud para el Bienestar. Diario Oficial de la Federación. 2023 Ju 01. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690905&fecha=01/06/2023#gsc.tab=0
12. Decreto por el que se reforma el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. 2020 May 08. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0
13. Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). Diario Oficial de la Federación. 2022 Ago 31. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0
14. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar. Diario Oficial de la Federación. 2023 May 29. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690282&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0
15. Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de salud para el Bienestar. Diario Oficial de la Federación. 2023 Sep 13. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5705060&fecha=13/10/2023#gsc.tab=0
16. Decreto por el que se desincorporan por fusión el Centro y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad que se indican con el IMSS-BIENESTAR. Diario Oficial de la Federación. 2023 Sep 11. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5704687&fecha=11/10/2023#gsc.tab=0
17. OCDE [Internet]. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México 2016. Disponible en: https://www.oecd.org/es/publications/estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-mexico-2016_9789264265523-es.html
18. Secretaría de Previsión Social CEN del SUTERM. Compendio de convenios bipartitos y tripartitos [Internet]. Cuarta edición. Mexico: CEN-SUTERM; 2021. Disponible en: <https://sps-suterm.mx/wp-content/uploads/2021/02/CompendioDeConveniosBipartitosYTripartitos.pdf>
19. Fajardo-Ortiz G. Los espacios médico-hospitalarios para los ferroviarios (1850-1981). Rev Fac Med UNAM. 2000;43(3):107-109. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/facmed/un-2000/un003i.pdf>
20. Jiménez PA. El Sistema Nacional de Salud 20 años después. Rev Adm Sanit. 2006;4(2):311-322. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-el-sistema-nacional-salud-20-13091840>

21. Ministerio de Salud. Traspaso de hospitales a la Caja Costarricense del Seguro Social. En: Memoria 1977. Costa Rica: Ministerio de Salud; 1978. p. 10-11. Disponible en: <https://www.asamblea.go.cr/sd/Memoriasgobierno/Memoria%20Ministerio%20de%20Salud%201977-1978-1.pdf>
22. Estatuto Orgánico de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). Diario Oficial de la Federación. 2023 Sep 13. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5701761&fecha=13/09/2023#gsc.tab=0
23. Diario Oficial de la Federación. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, artículo 39, fracción VI. Diario Oficial de la Federación. 2024 Apr 01. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LOAPF.pdf>
24. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, título segundo, capítulo I, artículo 7 incisos I y II. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
25. Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar. Diario Oficial de la Federación. 2022 Sep 07. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0
26. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Diario Oficial de la Federación. 2022 Oct 25. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
27. INEGI [Internet]. Cuenta Satélite de Salud del Sector Salud de México 2020. Comunicado de prensa núm. 268/21 del 14 de diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/saludsat/saludsat.pdf>
28. OECD [Internet]. Health at a Glance: Europe 2022. Part II. Overview of health indicators. 5. Health expenditure and financing. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/2022/12/health-at-a-glance-europe-2022_b73a1698/full-report/component-30.html#chapter-d1e15634-74f8fb1d23
29. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. United Kingdom Health System Review. Health System in Transition. 2022;24(1). Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354075/Hit-24-1-2022-eng.pdf>
30. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. Lancet. 2017;390(10097):882-897. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31280-1
31. Rao KD, Vecino-Ortiz AI, Robertson T, López-Hernández A, Noonan C. Future health spending in Latin America and the Caribbean: Health Spending Projections & Scenario Analysis. Inter-American Development Bank; 2022. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/publications/english/viewer/Future-Health-Spending-in-Latin-America-and-the-Caribbean--Health-Expenditure-Projections--Scenario-Analysis.pdf>
32. OPS/OMS. La protección financiera de la salud en la Región de las Américas. Washington, D. C., Estados Unidos: OPS/OMS; 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55714/9789275323823_spain.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Diario Oficial de la Federación. 1983 Sep 19. Disponible en: https://diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4831143&fecha=19/10/1983#gsc.tab=0
34. Dirección General de Información en Salud [Internet]. Sistema de Información en Salud. Recursos en salud sectorial. Personal de salud por entidad federativa. 2012 – 2022. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinaias/subsistema1.html>
35. Santacruz J, Valdespino JL, Pérez-Cuevas R, Libreros V, Serrano R, Gutiérrez G. Un modelo operativo de servicios de atención primaria a la salud con médicos y técnicos. Gac Med Mex. 1995;131(5-6):513-525. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1995-131-5-6-513-525.pdf
36. Pérez-Cuevas R, Libreros V, Reyes S, Santacruz J, Alanís V, Gutiérrez G. Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos. Salud Pública Mex. 1994;36(5):492-502. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5786/6431>
37. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7(7):CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3
38. Fajardo-Dolci G, Santacruz-Varela J. Proyección de médicos especialistas para el sector salud de México a 2030. Un método para estimar requerimientos y planificar su formación. Gac Med Mex. 2017; 153:886-901. Disponible en: https://www.gacetamedicademexico.com/frame_eng.php?id=89
39. Secretaría de Salud [Internet]. México: Indicadores de Resultado de los Sistemas de Salud. Secretaría de Salud, 2019 Disponible en <https://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud>
40. Bayat M, Kashkali T, Khodadost M, Shokri A, Fattah H, Seproo FG, et al. Factors associated with failure of Health System Reform: a systematic review and meta-synthesis. Prev Med Public Health. 2023;56(2):128-144. DOI: 10.3961/jpmph.22.394
41. Lundberg GD. The failure of organized health system reform--now what? Caveat aeger--let the patient beware. JAMA 1995;273(19):1539-1541. DOI: 10.1001/jama.1995.03520430075044
42. Tenbensel T. Health reforms across the world. Are they heading in the same direction, and how much change can we expect? Res Health Será Reg. 2023;2:10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s43999-023-00024-8>
43. CONEVAL [Internet]. México: Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020. CONEVAL; 2021. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Notas-pobreza-2020.aspx>