

IMSS-Bienestar: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México

IMSS-Bienestar: Institutional Guarantee of the Right to Health Protection in Mexico

IMSS-Bienestar: Garantie Institutionnelle du Droit à la Protection de la Santé au Mexique

María Magaly Vargas Ruiz

 <https://orcid.org/0000-0003-0455-6869>

Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud. México

Correo electrónico: mariam.vargas@secihti.mx

Recepción: 5 de marzo de 2025

Aceptación: 16 de junio de 2025

Publicación: 9 de febrero de 2026

DOI: <https://doi.org/10.22201/ij.24487899e.2026.42.20027>

RESUMEN: La transformación del sistema de salud en México, marcada por la desaparición del Instituto de Salud para el Bienestar y la creación de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, busca mejorar la eficiencia y garantizar el acceso universal a los servicios médicos gratuitos para la población sin seguridad social. Este estudio, basado en un análisis cualitativo de legislación y de literatura académica, examina los cambios y desafíos de este nuevo modelo.

Los hallazgos evidencian que, si bien la consolidación del IMSS-Bienestar representa un paso hacia la universalización del sistema de salud, su implementación enfrenta retos estructurales como la fragmentación, la gobernanza intergubernamental y la sostenibilidad financiera. Aunque las reformas recientes han sentado bases normativas para garantizar el acceso a la salud, su efectividad sigue dependiendo de decisiones políticas y de disponibilidad presupuestaria.

Para que este modelo cumpla sus objetivos, es fundamental fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud, garantizar una distribución equitativa de recursos y promover una mayor integración del sistema de salud. Solo a través de una estrategia coordinada entre los distintos niveles de gobierno se podrá reducir la fragmentación y mejorar la equidad en la atención médica.

La garantía del derecho a la salud en México no sólo requiere reformas estructurales, sino también una ejecución efectiva y sostenida que priorice el bienestar de la población. Evaluar continuamente su impacto permitirá consolidar un sistema de salud más justo, accesible y sostenible.

Palabras clave: sistema de salud; IMSS-Bienestar; universalidad; políticas públicas; derecho a la salud.

ABSTRACT: The transformation of Mexico's healthcare system, marked by the dissolution of the Institute of Health for Well-Being and the creation of the Health Services of the Mexican Social Security Institute for Well-Being, aims to improve efficiency and ensure universal access to free medical services for the population without social security. This study, based on a qualitative analysis of legislation and academic literature, examines the changes and challenges of this new model. The findings indicate that while the consolidation of IMSS-Bienestar represents a step toward the universalization of the healthcare system, its implementation faces structural challenges such as fragmentation, intergovernmental governance, and financial sustainability. Although recent reforms have established regulatory foundations to guarantee access to healthcare, their effectiveness still depends on political decisions and budget availability.

For this model to achieve its objectives, it is essential to strengthen the leadership of the Ministry of Health, ensure an equitable distribution of resources, and promote greater integration of the healthcare system. Only through a coordinated strategy among different levels of government can fragmentation be reduced and equity in medical care improved.

The guarantee of the right to health in Mexico requires not only structural reforms but also effective and sustained implementation that prioritizes the well-being of the population. Continuously evaluating its impact will help consolidate a fairer, more accessible, and sustainable healthcare system.

Keywords: health system; IMSS-Bienestar; universality; public policies; right to health.

RÉSUMÉ: La transformation du système de santé au Mexique, marquée par la disparition de l'Institut de Santé pour le Bien-Être et la création des Services de Santé de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale pour le Bien-Être, vise à améliorer l'efficacité et à garantir l'accès universel aux services médicaux gratuits pour la population sans sécurité sociale. Cette étude, basée sur une analyse qualitative de la législation et de la littérature académique, examine les changements et les défis de ce nouveau modèle.

Les résultats montrent que, bien que la consolidation de l'IMSS-Bienestar représente une avancée vers l'universalisation du système de santé, sa mise en œuvre rencontre des défis structurels tels que la fragmentation, la gouvernance intergouvernementale et la viabilité financière. Bien que les réformes récentes aient posé des bases normatives pour garantir l'accès aux soins de santé, leur efficacité reste conditionnée par des décisions politiques et la disponibilité budgétaire. Pour que ce modèle atteigne ses objectifs, il est essentiel de renforcer le rôle de régulation du ministère de la Santé, d'assurer une répartition équitable des ressources et de promouvoir une plus grande intégration du système de santé. Seule une stratégie coordonnée entre les différents niveaux de gouvernement permettra de réduire la fragmentation et d'améliorer l'équité dans l'accès aux soins médicaux.

La garantie du droit à la santé au Mexique nécessite non seulement des réformes structurelles, mais aussi une mise en œuvre efficace et soutenue qui priorise le bien-être de la population. Une évaluation continue de son impact contribuera à la consolidation d'un système de santé plus juste, accessible et durable.

Mots-clés: système de santé; IMSS-Bienestar; universalité; politiques publiques; droit à la santé.

I. Introducción

La reconfiguración del sistema de salud en México ha sido un tema clave en los últimos años, especialmente con la extinción del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y la creación del Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), como principal proveedor de servicios de salud gratuitos para la población sin seguridad social. Este cambio busca mejorar la eficiencia y garantizar el derecho a la salud mediante un modelo más centralizado.

En México, el derecho a la salud está consagrado en la Constitución, pero su garantía depende del sistema de salud, el cual enfrenta desafíos como fragmentación, financiamiento insuficiente e infraestructura limitada. La consolidación del IMSS-Bienestar busca reorganizar el sistema y garantizar un acceso más equitativo a los servicios médicos.

Este estudio analiza la transformación del sistema de salud tras la desaparición del INSABI, evalúa su impacto normativo y los desafíos en financiamiento, infraestructura y coordinación interinstitucional. Se empleó una metodología

cualitativa, basada en análisis comparativo y revisión documental de decretos, leyes y literatura académica sobre descentralización y re-centralización en salud.

El trabajo se estructura en cinco apartados: el papel del Estado y el federalismo, el marco constitucional del derecho a la salud, la evolución del sistema de salud (2019-2024), un análisis comparativo entre INSABI e IMSS-Bienestar, y una discusión final sobre sus implicaciones. Esta investigación busca aportar elementos para la formulación de políticas públicas basadas en evidencia y futuras evaluaciones sobre la efectividad del IMSS-Bienestar en la garantía de la protección al derecho a la salud en México.

II. Estado y federalismo en el contexto del sistema de salud mexicano

El sistema de salud en México está influenciado por su organización federal, donde la distribución de competencias entre la federación, los estados y los municipios ha moldeado la prestación de servicios de salud. Este apartado analiza el papel del Estado en la garantía del derecho a la salud, los desafíos de coordinación intergubernamental y el impacto del federalismo en la descentralización y centralización del sistema.

El concepto de Estado ha sido ampliamente debatido en la filosofía política y la teoría jurídica, especialmente en su papel dentro de la provisión de servicios públicos esenciales. En términos jurídicos, el Estado se define como una “corporación territorial dotada de un poder de mando originario”, lo que implica una estructura organizada capaz de ejercer autoridad sobre una población dentro de un territorio determinado, donde se garanticen derechos y establezcan obligaciones mediante un aparato normativo que otorga legitimidad y soberanía.¹

En México, el sistema federal distribuye competencias entre la federación y los estados, esto permite coordinación y flexibilidad, lo que requiere un Estado nacional consolidado, ya sea mediante control autoritario o un sistema constitucional eficaz. La flexibilidad facilita la adaptación y cooperación, pero implica mayor complejidad y posibles conflictos, por lo que es esencial fortalecer los

¹ *Diccionario jurídico mexicano*, T. IV, E-H, 1982, Universidad Nacional Autónoma de México, p. 104. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/3/1171/5.pdf>

mecanismos de defensa constitucional para garantizar la estabilidad y eficacia del sistema.²

En México, el sistema de salud ha evolucionado para garantizar el acceso universal, especialmente a quienes no tienen seguridad social. El principio de subsidiariedad es clave en esta transformación, al justificar la intervención estatal cuando otros actores no pueden cubrir ciertas necesidades.³ Modelos como el Seguro Popular, INSABI e IMSS-Bienestar han surgido para reducir las desigualdades en el acceso a la salud.

Federalismo en el sistema de salud mexicano

El federalismo, derivado del término latino Foedus (“pacto” o “alianza”), busca equilibrar la autonomía de las entidades subnacionales con la unidad del gobierno central.⁴ En México, la Constitución (artículos 40 y 41) establece un sistema federal con tres niveles de gobierno: federación, entidades federativas y municipios. A diferencia de otros modelos, no hay subordinación jerárquica, sino una coordinación basada en competencias. Las entidades federativas conservan su independencia política y administrativa, pero delegan funciones clave a la federación, como la representación internacional, emisión de moneda y defensa nacional.⁵

El federalismo mexicano establece la autonomía de los órganos de poder federales, estatales y municipales, con una distribución de competencias definida en la Constitución. Permite la participación de las entidades locales en la toma

² Serna de la Garza, José María, “Capítulo I. La distribución de competencias legislativas en el sistema constitucional mexicano”, en Serna de la Garza, José María, *El sistema federal mexicano: trayectoria y características*, México, INEHRM, 2016, pp. 47-68. <https://www.inehrm.gob.mx/recursos/Libros/SistemaFederalMexicano.pdf>

³ Schultze, Rainer-Olaf, “El federalismo”, en Sánchez de la Barquera, J. y Arroyo, L. (eds.), *Fundamentos, teoría e ideas políticas*. Universidad Nacional Autónoma de México, 2016, pp. 124-145. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/3710-fundamentos-teoria-e-ideas-politicas>

⁴ Enciclopedia jurídica, *Federalismo*, 2020. <http://www.enciclopedia-juridica.com/d/federalismo/federalismo.htm>

⁵ Instituto de Investigaciones Legislativas del Senado de la República (IILSEN), *El federalismo mexicano (Elementos para su estudio y análisis)*, LVI Legislatura del Senado de la República, 3a. ed., México, 1998. http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/1738/Federalismo_Mexicano.pdf?sequence=1&isAllowed=y

de decisiones, pero su complejidad radica en la coexistencia de normativas federales y estatales. El modelo, basado en el “federalismo dual”, asigna atribuciones específicas a cada nivel de gobierno, aunque permite coordinación y coexistencia para su funcionamiento.⁶

En México, el federalismo enfrenta tensiones entre la unidad *vs.* la diversidad y la centralización *vs.* la descentralización, reflejadas en reformas constitucionales inconsistentes, falta de claridad en la distribución de competencias y mecanismos de control financiero deficientes. Aunque el principio de solidaridad busca equilibrar las diferencias entre estados, no se ha logrado un desarrollo homogéneo y equitativo. Esto permite la consolidación de un “centralismo silencioso”, impulsado por reformas que concentran el poder en el gobierno federal. Para garantizar la vigencia del principio federativo, es necesario un nuevo pacto federal que promueva una distribución equitativa de recursos, fortalezca la autonomía estatal e implemente mecanismos efectivos de supervisión intergubernamental.⁷

En este contexto, el sistema de salud opera bajo un modelo de competencias concurrentes, donde la federación dicta las normas y los estados las implementan, con facultades compartidas reguladas por la Ley General de Salud (LGS). La Secretaría de Salud lidera el sistema nacional de salud, al coordinar la participación estatal en la prestación de servicios.⁸

Desde la década de 1970, se inició un proceso de descentralización, esto permitió que estados y municipios asumieran un mayor rol en la gestión de la salud. Sin embargo, la federación mantiene el control sobre la planeación y financiamiento, lo cual genera tensiones en la asignación de recursos. Este modelo ha sido criticado por su complejidad y falta de coordinación, lo que ha provocado solapamientos e ineficiencias en la prestación de servicios, especialmente en áreas que requieren una gestión integrada.⁹

⁶ Serna de la Garza, José Ma., *op. cit.*, pp. 47-49.

⁷ Hernández, María del Pilar, “El federalismo a prueba. El centralismo silencioso”, en Serna de la Garza, José Ma. (coord.), *Perspectivas actuales del federalismo mexicano: leyes, políticas públicas y entorno social*, Universidad Nacional Autónoma de México, 2022, pp. 47-63. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/14/6839/17.pdf>

⁸ Capítulos I y II de la Ley General de Salud. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

⁹ Chávez, A. H., *¿Hacia un nuevo federalismo?*, México, Fondo de Cultura Económica, 2016.

El principio de coordinación, establecido en el artículo 9o. de la Ley General de Salud, promueve la colaboración entre los tres niveles de gobierno para fortalecer el sistema. Sin embargo, diferencias en infraestructura, financiamiento y capacidades operativas dificultan la implementación uniforme de políticas sanitarias en los estados.

Modelos como IMSS-Bienestar, el Seguro Popular y el INSABI han operado mediante acuerdos de coordinación entre la federación y los estados, donde se busca garantizar un acceso equitativo a la salud. No obstante, persisten desafíos en la alineación de prioridades y distribución de recursos, se evidencia la necesidad de mejorar la articulación del sistema dentro del federalismo mexicano.

El sistema de salud ha evolucionado hacia un modelo híbrido de centralización y descentralización, donde la federación mantiene el control sobre la planificación y el financiamiento, lo que limita la autonomía estatal. La falta de claridad en la distribución de responsabilidades y recursos ha generado ineficiencias, y solapamientos en los servicios de salud.

Programas como IMSS-Bienestar buscan fortalecer la coordinación intergubernamental mediante acuerdos de colaboración, pero su éxito dependerá de una gestión eficiente y una asignación equitativa de recursos para garantizar la cobertura y calidad de los servicios de salud a nivel nacional.

III. Derecho a la salud en México: marco jurídico

El derecho a la salud en México se encuentra establecido en la Constitución y regulado por un marco legal que define las responsabilidades del Estado en su garantía. Este apartado analiza su evolución, la distribución de competencias en el sistema nacional de salud y los desafíos para su aplicación efectiva.

El Estado de derecho en México establece la supremacía constitucional como base para la garantía de derechos fundamentales. Desde una perspectiva social, este enfoque busca promover la justicia y la igualdad mediante políticas públicas, programas sociales y reformas legales diseñadas para reducir las desigualdades en salud.

El Estado social de derecho surge para corregir las limitaciones del liberalismo clásico, al promover el bienestar y la justicia social a través de la protección de derechos sociales y una mayor intervención estatal en los ámbitos: económi-

co, social, político y cultural. Aunque mantiene la subordinación del Estado a la ley y la garantía de derechos fundamentales, incorpora principios de justicia social. En México, esta visión se consolidó en la Constitución de 1917, dentro del constitucionalismo social, aunque aún no se ha integrado plenamente en un modelo de democracia social.¹⁰

El derecho a la salud fue incorporado a la Constitución en 1983, donde se marcó un cambio significativo en la estructura del sistema de salud mexicano. El derecho a la salud se encuentra establecido en el artículo 4o. de la Constitución política, que garantiza la protección de este derecho para todas las personas. Según el texto constitucional:

Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un Sistema de Salud Para el Bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.¹¹

El artículo establece el derecho a la protección de la salud como un principio fundamental, asegurando el acceso a servicios médicos de manera integral y gratuita para quienes no cuentan con seguridad social. A continuación, se analizan sus principales elementos:

- 1) Carácter universal y progresivo del derecho a la salud. El artículo afirma que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, alineándose con estándares internacionales de derechos humanos, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Además, al señalar que la ley definirá las bases y modalidades de acceso, prevalece el carácter pro-

¹⁰ Universidad Nacional Autónoma de México, *op. cit.*, pp. 110-112.

¹¹ Artículo 4o., Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, párrafo adicional en el Diario Oficial de la Federación, el 3 de febrero de 1983, y reformado en el *Diario Oficial de la Federación*, el 8 de mayo de 2020. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

gramático del derecho; es decir, su implementación depende de acciones progresivas del Estado y de la disponibilidad de recursos.

- 2) Distribución de competencias en el sistema federal. Considera la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, lo que refleja el modelo de federalismo sanitario en México. Según la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, el Congreso tiene la facultad de expedir leyes en materia de salud pública. Esto significa que el gobierno federal establece lineamientos generales, mientras que los estados los implementan. Sin embargo, en la práctica, este esquema ha enfrentado desafíos en la coordinación intergubernamental, financiamiento y capacidad operativa de los estados para ejecutar políticas de salud.
- 3) Creación de un sistema de salud para el bienestar. El artículo introduce la obligación de definir un “sistema de salud para el bienestar”, lo que implica una transformación del modelo sanitario en México. Su finalidad es garantizar la expansión progresiva y mejora cualitativa y cuantitativa de los servicios médicos, particularmente para quienes carecen de seguridad social. Esto se relaciona con la consolidación del IMSS-Bienestar, que busca sustituir al INSABI y ampliar la cobertura de salud mediante un esquema centralizado.
- 4) Atención integral y gratuita. La mención explícita de que los servicios deben ser integrales y gratuitos refuerza el enfoque de justicia social y equidad en salud, asegurando que la atención médica no dependa de la capacidad económica de las personas. Sin embargo, la sostenibilidad financiera de este modelo sigue siendo un reto, ya que su implementación requiere una distribución equitativa de recursos entre las entidades federativas y mecanismos de financiamiento eficientes.

Mediante esta reforma se refuerza el compromiso constitucional del Estado con la universalización del derecho a la salud, estableciendo bases para una atención sanitaria equitativa. No obstante, su aplicación enfrenta desafíos en términos de coordinación intergubernamental, financiamiento y sostenibilidad del modelo de salud, aspectos clave para garantizar su efectividad y evitar desigualdades en la prestación de los servicios.

En este marco, el derecho a la salud en México continúa siendo de naturaleza programática, lo que significa que su cumplimiento depende de la acción progresiva del Estado y la disponibilidad de recursos financieros. No es autoapli-

cativo, pues requiere de leyes secundarias (como la Ley General de Salud), que define su alcance y mecanismos de garantía. Esta característica limita su exigibilidad jurídica directa, ya que su implementación involucra factores económicos, técnicos, asistenciales y jurídicos.

Dado que este derecho prioriza los intereses colectivos sobre los individuales, su protección exige leyes, políticas gubernamentales y programas sociales que transformen la acción estatal en servicios concretos para la población. No obstante, para determinar el grado de justiciabilidad de un derecho social como el de la salud, no es suficiente con analizar el contenido normativo que lo reconoce; resulta fundamental identificar las doctrinas jurisprudenciales que los tribunales han utilizado para su efectiva aplicación.¹²

El Estado de derecho regula el poder estatal bajo el marco legal, garantizando democracia, seguridad jurídica y derechos fundamentales.¹³ Su versión liberal enfatiza la supremacía constitucional y división de poderes. El Estado social de derecho amplía este concepto al proteger derechos sociales y promover bienestar y justicia social mediante la intervención estatal en lo económico, político y cultural. En México, esta visión se formalizó en la Constitución de 1917, dentro del Constitucionalismo Social, aunque aún no se ha consolidado plenamente en un modelo de democracia social contemporánea.

Actualmente, el Estado social de derecho enfrenta desafíos como limitaciones económicas, problemas administrativos y desigualdades persistentes. Para avanzar hacia un acceso universal y equitativo a la salud, es crucial fortalecer el marco legal, institucional y financiero mediante planificación estratégica y coordinación intergubernamental.

En este contexto, el IMSS-Bienestar busca consolidar la universalización del derecho a la salud, enfocándose en comunidades vulnerables. A diferencia del Seguro Popular y el INSABI, donde los estados ejecutaban estrategias en salud, el IMSS-Bienestar opera directamente los servicios para la población sin seguridad social. Aunque este modelo pretende mejorar la cobertura médica, enfrenta desafíos en sostenibilidad financiera y equidad en la distribución de recursos entre entidades federativas.

¹² Gutiérrez-Ortiz Mena, Alfredo “La justiciabilidad del derecho a la salud en México”, *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, núm. 5, 2019, 343-381. https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/publication/documents/2019-03/13_ORTIZ-MENA_REVIS-TA_CEC_SCJN_NUM_5-343-381.pdf

¹³ Diccionario Jurídico Mexicano, *op. cit.*, pp. 110-112.

IV. Evolución del sistema de salud mexicano

El sistema de salud de México ha evolucionado mediante reformas que reflejan cambios políticos, sociales y económicos de distintas épocas. Este apartado presenta su desarrollo histórico, desde la creación de las primeras instituciones sanitarias en el siglo XX, hasta las reformas recientes. Se destacan hitos clave para la expansión de la cobertura para atender a la población sin seguridad social. Este análisis permite comprender la configuración actual del sistema y los desafíos en la universalización del derecho a la protección de la salud.

El sistema de salud (SS) es una red interconectada que busca garantizar el bienestar de la población a través de la promoción, prevención y la atención médica de calidad con una distribución equitativa de recursos.¹⁴ Su desarrollo moderno surgió a finales del siglo XIX y principios del XX con reformas sanitarias para combatir enfermedades infecciosas. Tras la Primera Guerra Mundial, el Reino Unido avanzó hacia un modelo de cobertura universal, influenciado por el Informe Dawson de 1920, que propuso la organización de servicios de salud según las necesidades comunitarias. Este modelo influyó significativamente en el diseño de sistemas de salud en otros países, promoviendo la articulación de centros de atención primaria y secundaria.¹⁵

La Declaración de Alma-Ata de 1978 reafirmó el derecho universal a la salud y la responsabilidad de los Estados en fortalecer sistemas basados en la atención primaria de salud (APS). Sin embargo, factores como los cambios globales, dificultades financieras y acceso desigual han limitado su implementación. La renovación de la APS busca fortalecer los sistemas de salud mediante la capacitación de recursos humanos, tecnología innovadora y modelos de financiamiento sostenibles, con el objetivo de mejorar la salud y reducir desigualdades.¹⁶

¹⁴ Pan American Health Organization, *Descriptores en ciencias de la salud (DeCS)*, Biblioteca Virtual, 2020. <https://decs.bvsalud.org/es/>

¹⁵ Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines, *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920*, trad. de *Dawson Report on the Future Provision of Medical Allied Services*, 1920, por la Oficina Sanitaria Panamericana. Publicado con el permiso de H. M. Stationery Office, Londres. Propiedad del Gobierno del Reino Unido. Publicación científica núm. 93. Organización Panamericana para la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, *Oficina Regional de la OMS*, 1964.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Salud universal*, 2020. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es; Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Salud universal en el siglo XXI: 40 años de

El sistema nacional de salud (SNS) en México se formalizó en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (hoy Secretaría de Salud) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), marca el inicio de un sistema fragmentado en seguridad social, salud pública y sector privado.¹⁷

Para ampliar la atención médica, en 1960, se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), dirigido a empleados gubernamentales. Entre 1959 y 1964, el IMSS e ISSSTE expandieron su capacidad, consolidando la seguridad social.¹⁸

El Plan Nacional de Salud (1970-1976) estableció la planificación del sector, promovió la creación del sistema nacional de hospitales y amplió la atención en comunidades rurales, priorizando servicios gratuitos.¹⁹ En 1984, la Ley General de Salud formalizó la descentralización, otorgando a los estados mayor autonomía. Sin embargo, entre 1988 y 1994, los recursos se re-centralizaron con el Programa Nacional de Solidaridad.²⁰

Entre 1995 y 2000, una nueva reforma reorganizó el sistema de salud con el objetivo de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios.²¹ En 2003, se creó el Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular, garantizando acceso a servicios para quienes no tenían seguridad social.²²

Durante 2007-2012, las políticas se enfocaron en reducir desigualdades y combatir la pobreza.²³ Mientras que, en 2013-2018, el Programa Sectorial de

Alma-Ata”, *Informe de la Comisión de Alto Nivel*, OPS, 2019, pp. 14 y 15. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf

¹⁷ Gómez-Dantés, Octavio y Frenk, Julio, “Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud”, *Salud pública*, México, vol. 61, núm. 2, 2019, pp. 202-211. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10122>

¹⁸ *Idem*.

¹⁹ Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983, vol. 3, México, SSA, Talleres Gráficas de la Nación, 1974.

²⁰ Programa Nacional de Salud 1984-1988, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1984. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984#gsc.tab=0

²¹ Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, Ejecutivo federal, México, 1996. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4874791&fecha=31/05/1995#gsc.tab=0

²² Gómez-Dantés, Octavio y Frenk, Julio, “Ethics and public health: definition of priorities in the mexican health reform”, *Acta bioeth*, vol. 26, núm. 2, 2020, p. 191. https://www.ucentral.cl/ucentral/site/docs/20201125/20201125093049/acta_bioethica_26_2_2020.pdf#page=67

²³ Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas

Salud buscó asegurar acceso efectivo y de calidad, avanzando hacia un sistema nacional de salud universal.²⁴

Cabe mencionar que, durante 2003-2020, la atención a la población sin seguridad social se brindó a través del Seguro Popular; como parte del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), su objetivo principal era proporcionar acceso a servicios médicos a la población que carecía de seguridad social, es decir, aquellos no afiliados al IMSS o al ISSSTE. Este programa funcionaba mediante una afiliación voluntaria, las familias podían acceder a atención médica en unidades de salud públicas, con cobertura para diversas enfermedades y tratamientos, que cubría un conjunto de intervenciones médicas definidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Además, cubría enfermedades de alto costo a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, gestionado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, brindando acceso a servicios médicos de alta especialidad para proteger la salud y el patrimonio familiar. El financiamiento del programa se sustentaba en un esquema tripartito, con aportaciones del gobierno federal, de las entidades federativas y, en algunos casos, contribuciones de los afiliados. La Secretaría de Salud regulaba la asignación de estos recursos y coordinaba su operación con las entidades federativas.²⁵

A pesar de ampliar la cobertura sanitaria y reducir los gastos directos en salud para muchas familias, el Seguro Popular enfrentó críticas relacionadas con problemas de financiamiento, insuficiencia de infraestructura y calidad en la prestación de servicios.²⁶

para una mejor salud, Secretaría de Salud, 2007. <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>

²⁴ Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de Salud 2013-2018. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013#gsc.tab=0

²⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Evaluación del Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI*, CONEVAL, 2018. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf

²⁶ Méndez-Méndez, Judith y Llanos-Guerrero, Alejandra, “*De Seguro Popular a INSABI: mayor población con menor atención*”, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C., 2021. <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>

1. Sistema de salud mexicano 2019-2024: últimas modificaciones

Durante el sexenio 2019-2024, el sistema nacional de salud de México experimentó dos modificaciones para ampliar la cobertura de salud gratuita a la población sin seguridad social. En 2019, se creó el INSABI para garantizar servicios médicos gratuitos y fortalecer el primer nivel de atención, fortaleciendo el primer nivel de atención y la función rectora del sistema nacional de salud (SNS). La creación del INSABI significó una modificación importante al eliminar el Seguro Popular y crear un nuevo organismo orientado a la integración del sistema, y a la gestión de fondos para gastos catastróficos y necesidades de infraestructura.²⁷

El INSABI tuvo una breve vigencia, ya que, en abril de 2022, la Cámara de Diputados aprobó la reforma a la Ley General de Salud para disolver el INSABI y transferir sus funciones al IMSS-Bienestar.²⁸ A través de este organismo público descentralizado, con autonomía técnica y administrativa, se busca garantizar el acceso equitativo a la atención médica para personas sin afiliación a instituciones de seguridad social.²⁹

El IMSS-Bienestar se fundamenta en la expansión de un programa preexistente, con un enfoque integral en la promoción y prestación de servicios de salud. Su modelo de atención combina el modelo de atención integral a la salud del IMSS y el modelo de atención a la salud para el bienestar, priorizando la equidad y la vinculación con la comunidad.³⁰

Sus funciones principales incluyen la prestación de servicios médicos y hospitalarios, el suministro de medicamentos, la planificación de infraestructura y la contratación de personal. Además, fomenta la coordinación con otros sectores

²⁷ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0

²⁸ Cámara de Diputados LXV Legislatura. La Cámara de Diputados aprobó reformas para regular el Sistema de Salud para el Bienestar. Boletín No.4326. <https://comunicacion-social.diputados.gob.mx/index.php/boletines/la-camara-de-diputados-aprobo-reformas-para-regular-el-sistema-de-salud-para-el-bienestar>

²⁹ 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). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0

³⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), (n. d.), *IMSS-Bienestar*. <https://www.imssbienestar.gob.mx>

y la sociedad civil para fortalecer la promoción de la salud y mejorar la calidad de los servicios. Se espera que la modificación favorezca la cobertura universal, reduciendo las disparidades en salud y mejorando los indicadores de salud pública mediante la prevención y promoción de la salud.

V. Análisis comparado: INSABI *vs.* IMSS-Bienestar

Este apartado ofrece un análisis comparativo de dos modelos clave de las últimas modificaciones al sistema de salud mexicano: el INSABI y el IMSS-Bienestar. Ambos programas representan esfuerzos por garantizar el acceso a servicios de salud para la población sin seguridad social, pero difieren en sus enfoques, estructuras y recursos.

1. INSABI *vs.* IMSS-Bienestar: creación, organización, funciones y financiamiento

El 29 de noviembre de 2019, el Diario Oficial de la Federación (DOF) publicó el decreto que crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), reemplazando a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular). El INSABI, entró en vigor el 1o. de enero de 2020, con el objetivo de garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos e insumos a personas sin seguridad social, incluidos extranjeros, sin importar su estatus migratorio.

El INSABI fue un organismo descentralizado de la administración pública federal, sectorizado en la Secretaría de Salud, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Tuvo entre sus funciones coordinar acciones para integrar y articular las instituciones del Sistema Nacional de Salud y celebrar acuerdos con las entidades federativas para la prestación gratuita de servicios. Además, se creó el Fondo de Salud para el Bienestar, que sustituyó al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, para financiar la atención de enfermedades catastróficas, infraestructura en estados marginados y el abasto de medicamentos e insumos.

En abril de 2022, la Cámara de Diputados aprobó una reforma a la Ley General de Salud para disolver el INSABI y transferir sus funciones al IMSS-Bienestar, con el fin de consolidar la política de universalización de los servi-

cios de salud gratuitos y de calidad.³¹ En este contexto, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), se sustenta en la expansión de un programa preexistente, dirigido a la atención integral y la promoción de la salud de la población. El decreto tiene como objetivo crear el organismo público descentralizado, con el fin de garantizar el acceso universal y gratuito a servicios médicos y hospitalarios a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social.³²

En este marco, el IMSS-Bienestar es un organismo público descentralizado que cuenta con autonomía técnica y administrativa, pero se encuentra sujeto a la tutela del gobierno federal. Además, posee patrimonio propio, es decir, recursos y bienes destinados al cumplimiento de sus fines. Este organismo se fundamenta en la universalidad e igualdad, brindando atención médica sin discriminación alguna a todas las personas sin seguridad social. La calidad de sus servicios es fundamental, por lo que deben ser oportunos, efectivos y de alta calidad. En cuanto al modelo de atención, puede optar por el modelo de atención Integral a la salud del IMSS o el modelo de atención a la salud para el bienestar, ambos enfocados en la atención integral y la vinculación de los servicios de salud con la acción comunitaria.³³

El IMSS-Bienestar tiene como funciones principales la prestación de servicios médicos y hospitalarios, incluyendo atención preventiva, curativa y de rehabilitación; así como, el suministro de medicamentos y la garantía de infraestructura adecuada. Además, se encarga de contratar y administrar al personal necesario, planificar y programar los servicios, y evaluar la calidad de la atención. La coordinación con otros sectores y la sociedad civil también son clave para la promoción de la salud.

El IMSS-Bienestar se financia a través de recursos federales y locales, donaciones e ingresos propios, con mecanismos reforzados de administración y rendición de cuentas. Este modelo busca consolidar la prestación de servicios gratuitos mediante una mayor transparencia en el manejo de recursos, aunque

³¹ Cámara de Diputados LXV Legislatura, *op. cit.*

³² 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), *op. cit.*

³³ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), *op. cit.*

enfrenta desafíos relacionados con la sostenibilidad financiera a largo plazo, la expansión operativa y la coordinación con otros niveles de gobierno.

2. Reformas a la Ley General de Salud: 2020 *vs.* 2024

En esta sección se comparan las reformas de la Ley General de Salud (LGS) de 2020³⁴ y 2024,³⁵ destacando las principales diferencias y avances en el marco normativo de la salud en México. Se analizan las modificaciones relativas al derecho a la salud, así como, a la organización estructural, la gratuidad de la atención, la coordinación y distribución de competencias. Este análisis permite comprender la evolución legislativa y su impacto en el acceso y la calidad de los servicios de salud para la población.

A. *Derecho a la salud*

El artículo 1o. de la LGS se enfoca en reglamentar el derecho a la salud establecido en la Constitución, definiendo las bases para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas. Además, establece que es de aplicación nacional y que sus disposiciones son de orden público e interés social. La reforma de 2020 establece que la Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud, definiendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas, siendo de aplicación en toda la República y de orden público. En 2024 se conserva esta fundamentación, pero se amplía al indicar explícitamente la distribución de competencias y se especifican los casos en los que concurre la Federación con las entidades federativas. Esto aporta mayor precisión en la división de funciones y responsabilidades en materia de salubridad general.

³⁴ Capítulos I y II, y título tercero. Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación de 24 de enero de 2020.

³⁵ 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 de 29 de mayo de 2023 https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690282&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0; capítulos I y II, y título tercero, Ley General de Salud, 2024. *op. cit.*

B. Gratuidad de los servicios de salud

La reforma 2020 del artículo 3o., fracción II bis, establece que la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y otros insumos para personas sin seguridad social es materia de salubridad general. Además, detalla cómo las entidades federativas debían administrar los recursos correspondientes a través de un fideicomiso, conforme a los acuerdos de coordinación establecidos. En la modificación de 2024, este mismo concepto de prestación gratuita se mantiene, pero el párrafo que regulaba la administración de los recursos a través del fideicomiso fue derogado en la reforma de enero de 2024. Esta modificación reduce la complejidad normativa, pero también plantea interrogantes sobre la continuidad, transparencia y control en el manejo de los recursos financieros destinados a garantizar el acceso gratuito a la salud.

C. Coordinación del Sistema Nacional de Salud a cargo de la Secretaría de Salud

En 2020, el artículo 7o. asignó a la Secretaría de Salud la coordinación del sistema nacional de salud, encargándose de coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la administración pública federal, entre otros. Para la prestación gratuita de servicios, medicamentos e insumos a las personas sin seguridad social (título tercero bis), se establece que la Secretaría de Salud se auxiliará del Instituto de Salud para el Bienestar. Además, se incorpora una fracción (II bis) que impulsa la implementación de programas de atención médica integrada de carácter preventivo, adaptados a la edad, sexo y factores de riesgo.

En la reforma de 2024 se mantiene la función coordinadora de la Secretaría de Salud, aunque se reformula el párrafo introductorio y se especifica que, para efectos de la prestación gratuita de servicios, la colaboración recae en los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar). Asimismo, se añade un nuevo párrafo (reformado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2023) que determina la participación del IMSS-Bienestar en los procedimientos de contratación consolidada, con el fin de garantizar el abasto oportuno de medicamentos e insumos. La fracción que promueve programas preventivos (II bis) se mantiene sin cambios.

La principal diferencia radica en la redefinición de los actores responsables para la prestación gratuita: mientras en 2020 la Secretaría de Salud se auxiliaba del Instituto de Salud para el Bienestar, en 2024, se asigna un rol específico a los servicios de salud del IMSS-Bienestar, lo que sugiere un intento por mejorar la eficiencia y precisión en la coordinación y contratación de recursos dentro del sistema nacional de salud.

El artículo 9o. de 2020 establece que los gobiernos estatales colaborarán en la consolidación y funcionamiento del sistema nacional de salud, mediante la planificación y desarrollo de sistemas estatales, y con el apoyo de la Secretaría de Salud en la descentralización hacia los municipios. En 2024, se mantiene la colaboración estatal “en el ámbito de sus respectivas competencias y, en su caso, en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud”, pero se amplía al incluir la operación y fortalecimiento del sistema. Además, la Secretaría de Salud asume una nueva función de coordinar la integración de los programas federales y estatales, buscando una planificación más “congruente, objetiva y participativa”.

El artículo 18, en 2020, establece que las bases y modalidades del ejercicio coordinado de las atribuciones de la federación y las entidades federativas en la prestación de servicios de salubridad general se regirán por los acuerdos de coordinación que suscriba la Secretaría de Salud con los gobiernos estatales en el marco del Convenio Único de Desarrollo. Además, menciona que la Secretaría de Salud propondrá acuerdos de coordinación para la participación de los estados en la prestación de servicios relacionados con categorías específicas del artículo 3o. de la Ley.

Por su parte, la reforma de 2024 introduce algunos ajustes clave. En primer lugar, se especifica que las bases de coordinación deben adherirse no solo a los acuerdos y convenios de coordinación, sino también a las disposiciones y normatividad aplicable en la materia, lo que otorga mayor claridad y flexibilidad. Además, incorpora una nueva disposición en la que el IMSS-Bienestar juega un papel activo en la propuesta de convenios de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, específicamente en relación con la prestación de algunos servicios contemplados en las fracciones II y II bis del artículo 3o. de la Ley.

Mediante acuerdos se busca consolidar un sistema de salud gratuito a través de la cooperación entre los estados y la federación a través del IMSS-Bienestar, para mejorar el personal, infraestructura, equipamiento y suministro de medicamentos. Esto, basado en principios de gratuidad, cobertura universal y calidad;

con el objetivo de garantizar el acceso equitativo a la atención médica. Su implementación implica la transferencia de recursos y la coordinación entre autoridades, asegurando el respeto a los derechos laborales del personal involucrado.³⁶

En síntesis, mientras que en 2020 el énfasis se centraba en el ejercicio coordinado de los servicios; en 2024 se amplía el alcance normativo al integrar expresamente el contenido de la Ley y otras disposiciones aplicables, además de asignar un mayor rol al IMSS-Bienestar en la coordinación de servicios específicos. Esto, dirigido al fortalecimiento de la coordinación intergubernamental en materia de salubridad general.

En el artículo 19 se especifica que la federación y los gobiernos estatales deben aportar los recursos materiales, humanos y financieros necesarios para operar los servicios de salubridad general, y estos recursos deben destinarse exclusivamente a los fines establecidos en los acuerdos o convenios de coordinación, bajo el régimen legal aplicable. En 2020, se estableció que la gestión de estos recursos estará a cargo de una estructura administrativa coordinada entre la federación y los gobiernos de las entidades federativas. En 2024, se mantiene la obligación de aportar recursos, pero amplía el texto al incluir explícitamente “acuerdos y convenios de coordinación”, lo que enfatiza la formalización de estos instrumentos. Además, en lugar de asignar la gestión de los recursos a una estructura administrativa coordinada, se dispone que dicha gestión será definida en el instrumento legal correspondiente. Esta modificación proporciona mayor flexibilidad y precisión en la administración de los recursos, permitiendo que los detalles operativos sean establecidos de forma específica en cada acuerdo o convenio.

En resumen, en 2020, el enfoque estaba en la coordinación conjunta a través de una estructura administrativa compartida; en 2024, se busca reforzar el marco normativo mediante la formalización de acuerdos y la definición precisa de la gestión de recursos, lo que podría mejorar la eficiencia y transparencia en el manejo de los mismos.

En el artículo 21 de la LGS de 2020, se detallan las bases que deben seguir los acuerdos de coordinación entre la federación y los gobiernos de las entidades federativas, estableciendo importantes aspectos operativos como las funcio-

³⁶ Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar, Secretaría de salud, Diario Oficial de la Federación de 13 de octubre de 2023. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5705060>

nes de las partes, los recursos y la duración de los acuerdos. Entre las fracciones clave, destacan la especificación del tipo de servicios a coordinar (I), la determinación de obligaciones y aportes de recursos (II y III), la creación de estructuras administrativas conjuntas (IV), la planificación de los programas anuales (V), y la resolución de controversias (XI). Por su parte, la reforma de 2024, conserva la estructura básica establecida en 2020, pero introduce ajustes en la fracción IV al enfatizar las obligaciones de la entidad federativa, añade una excepción en la fracción VII para garantizar la gratuidad de ciertos servicios, y amplía el alcance de la fracción XI al incorporar la responsabilidad civil, lo que apunta a una mayor precisión y claridad en la coordinación intergubernamental en materia de salud.

D. Servicios básicos de salud

Ambas versiones del artículo 27 definen los servicios básicos de salud de forma similar, pero la reforma de 2024 introduce precisiones puntuales. En la fracción I se mantiene la educación en salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento del ambiente. En la fracción II, mientras que en 2020 se hace referencia a la prevención y control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes, en 2024, se añade “síndemias” para ampliar el alcance. La fracción III, sobre la atención médica integral y su aclaración en materia preventiva, permanece sin cambios. Las fracciones IV (atención materno-infantil) y V (salud sexual y reproductiva) se mantienen sin cambios.

La principal modificación se observa en la fracción VIII, que en 2024 amplía la disponibilidad de insumos esenciales para incluir dispositivos médicos, además de medicamentos. Por último, las fracciones IX, X y XI, sobre la promoción de estilos de vida saludables, asistencia a grupos vulnerables y atención a adultos mayores, no presentan variaciones. En síntesis, en 2024, se ajustan y amplían ciertos aspectos para lograr una definición más precisa de los servicios básicos sin alterar la estructura general establecida en 2020.

E. Compendio Nacional de Insumos para la Salud

En 2020, el artículo 28 establece la creación de un Compendio Nacional de Insumos para la Salud, elaborado por el Consejo de Salubridad General, con la

participación de la Secretaría de Salud, instituciones públicas de seguridad social y otros designados por el ejecutivo. En 2024, se conserva este compendio, pero se exige que los insumos aprobados cumplan con criterios de seguridad, calidad y eficacia terapéutica, ampliando, además, el grupo de participantes a secretarías de Salud, Defensa Nacional, Marina, Petróleos Mexicanos y el IMSS-Bienestar, y se contempla la incorporación de insumos y tecnologías innovadoras mediante actualizaciones periódicas. El artículo 28 bis, se mantiene casi sin cambios en ambas versiones, enumerando los profesionales autorizados para prescribir medicamentos.

Respecto al artículo 29, en 2020 se asignó a la Secretaría de Salud la determinación de la lista de medicamentos e insumos esenciales; mientras que, en 2024, esta responsabilidad se transfiere a las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, lo que sugiere una mayor descentralización y autonomía en la gestión de los insumos esenciales para garantizar su calidad y disponibilidad.

F. Prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social

En 2020, el artículo 36 establecía, que las cuotas de recuperación se determinaban conforme a la legislación fiscal y los convenios de coordinación entre el ejecutivo federal y los gobiernos estatales, tomando en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Estas cuotas, basadas en principios de solidaridad, debían eximirse cuando el usuario careciera de recursos o en zonas de menor desarrollo, además de regular el cobro a extranjeros y la exención para menores con ciertos requisitos.

En 2024, se mantienen la mayoría de estas disposiciones, pero se añade de manera destacada la prohibición del cobro de cuotas de recuperación a las personas sin seguridad social, garantizando así el acceso gratuito a los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para este grupo. Las demás disposiciones —respecto a la determinación de cuotas, los criterios de exención y el tratamiento especial a extranjeros y menores— se conservan prácticamente igual.

La Ley General de Salud (LGS) es el marco legal que regula el sistema de salud en México, su título tercero bis es la normativa específica que busca garantizar el acceso gratuito a servicios de salud para un sector vulnerable de la

población: las personas sin seguridad social; a continuación, se presenta el análisis comparado de los principales cambios de 2020 a 2024 (véase tabla 1).

En 2020, los artículos 77 bis 1 y 77 bis 2 garantizan la gratuidad del acceso a servicios de salud, medicamentos e insumos, a las personas sin seguridad social con fundamento en el artículo 4o. Constitucional. La Secretaría de Salud, con el auxilio del INSABI, organiza estas acciones a través de acuerdos de coordinación con los gobiernos estatales. En 2024 se mantiene el derecho esencial, pero se redistribuyen las responsabilidades. Ahora, además de fundamentarse en los artículos 1o. y 4o., se enfatiza que la protección debe garantizarse sin discriminación alguna, mediante el sistema de salud para el bienestar. Se incorpora el rol específico de los servicios de salud del IMSS-Bienestar, que colaborarán con las entidades federativas para consolidar y ampliar la cobertura de los servicios gratuitos.

En 2024 se incorpora el artículo 77 bis 3, que define el sistema de salud para el bienestar conformado por la Secretaría de Salud, los servicios de salud del IMSS-Bienestar y otras instituciones; así como, las entidades federativas “de manera concurrente”. Este sistema adopta un enfoque solidario y social, orientado a beneficiar a las personas sin afiliación a instituciones de seguridad social mediante un modelo de atención que integra servicios de salud con acción comunitaria, respetando los derechos humanos y considerando perspectivas de género e interculturales.

El artículo 77 bis 5, en 2020, distribuye las competencias para la prestación gratuita de servicios de salud entre el ejecutivo federal y los gobiernos estatales. Por un lado, el ejecutivo, a través de la Secretaría de Salud (con el auxilio del INSABI), debe formular y coordinar la política nacional, definir el modelo de atención, impulsar servicios de alta especialidad, promover acuerdos de coordinación y evaluar el desempeño mediante mecanismos de control y sensibilización. Por otro lado, los gobiernos estatales deben proveer y gestionar, de forma transparente, los servicios de salud, infraestructura y registros, cumpliendo con la administración de los recursos transferidos.

La reforma de 2024 mantiene esta división, pero introduce ajustes significativos; se establece que la Secretaría de Salud en coordinación con los servicios de salud del IMSS-Bienestar, deben conducir la política bajo principios de universalidad, progresividad y calidad, garantizando la continuidad de la atención a través de redes integradas. Asimismo, se amplían las funciones de evaluación, modernización, y se establecen procedimientos precisos para la administración

y rendición de cuentas de los recursos, en línea con la Ley General de Contabilidad.

En resumen, mientras en 2020 se establecía una coordinación básica a través de acuerdos, la reforma 2024 refina y amplía las funciones de la federación y de los gobiernos estatales, con una mayor precisión en la gestión, evaluación y modernización del sistema de salud para el bienestar.

En 2020, el artículo 77 bis 6 establece que el INSABI y las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos e insumos a las personas sin seguridad social. La Secretaría de Salud define el modelo nacional de dichos acuerdos, que deben incluir, como mínimo: I) las modalidades orgánicas y funcionales; II) los conceptos de gasto; III) el destino de los recursos III) y IV) los indicadores de seguimiento y evaluación. En la reforma de 2024, se mantiene el objeto fundamental, pero se realizan importantes ampliaciones. Ahora, la coordinación recae en los servicios de salud del IMSS-Bienestar y las entidades federativas podrán celebrar convenios de coordinación; así mismo, se amplía y especifica el marco de coordinación, agregando requisitos que buscan fortalecer la estructura administrativa, la transferencia de obligaciones y la gestión del personal, con el objetivo de garantizar de manera más precisa y efectiva la prestación gratuita de servicios de salud para quienes carecen de seguridad social.

En el artículo 77 bis 7, se establecen los requisitos para acceder a la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos e insumos para personas sin seguridad social. En 2020, se disponen tres requisitos básicos: 1) estar en territorio nacional; 2) no ser derechohabiente de la seguridad social; 3) contar con clave única de registro de población (o, en su defecto, presentar acta o certificado de nacimiento u otros documentos según las disposiciones reglamentarias).

En 2024, se conservan estos tres requisitos, y se incorpora, en un párrafo adicional (reformado en el Diario Oficial de la Federación de 29 de mayo de 2023), que los servicios de salud IMSS-Bienestar podrán establecer, mediante campañas, universos específicos de personas beneficiarias en atención a las necesidades particulares de cada grupo; esto le permitirá segmentar y focalizar la atención según las particularidades de diferentes grupos poblacionales, lo que podría contribuir a una asignación más precisa de los recursos y a una atención más adaptada a las necesidades específicas de cada sector.

La reforma del 2020, respecto del artículo 77 bis 9, dispone que la Secretaría de Salud establezca requerimientos mínimos para asegurar la calidad de los

servicios gratuitos, promoviendo que las unidades médicas públicas ofrezcan de manera integral y obligatoria consultas externas y hospitalización en especialidades básicas, con evaluación de calidad mediante acreditación por la secretaría. Por su parte, la modificación 2024 conserva el objetivo de garantizar calidad, pero introduce el “modelo de atención a la salud para el bienestar” como base para la prestación de servicios. Además, asigna de manera específica al IMSS-Bienestar la responsabilidad de certificar sus unidades a través del Consejo de Salubridad General, y se reafirma la ampliación progresiva del acceso a la atención. En esencia, la reforma de 2024 aporta mayor precisión y estructura al sistema, fortaleciendo la coordinación y certificación en la prestación de servicios gratuitos.

En 2020, el artículo 77 bis 10, establece que los gobiernos estatales, de acuerdo con los acuerdos de coordinación, deben cumplir bases específicas: gestionar los recursos federales (abriendo cuentas productivas), garantizar la provisión integral de servicios de salud, fortalecer la infraestructura médica conforme a un plan maestro y rendir cuentas de los recursos recibidos, entre otros aspectos. En la reforma de 2024 se mantiene el contenido de las bases (ítems I a V) sin cambios, pero se modifica la formulación del encabezado, especificando que los gobiernos “prestarán servicios de atención médica en los siguientes supuestos”. Esta alteración sugiere un cambio de enfoque, orientándose más hacia la prestación concreta de servicios según lo estipulado en los acuerdos de coordinación, sin modificar los requisitos fundamentales de administración, garantía y rendición de cuentas.

Es de destacar que el artículo 77 bis 20 no fue modificado en 2024, respecto al 2020; en este artículo se establece que el gobierno federal creará un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, cuyos recursos serán gestionados por la Secretaría de Salud y las entidades federativas para ejecutar las funciones de rectoría y prestar servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y los acuerdos de coordinación. La Secretaría de Salud determinará el monto anual del fondo y su distribución mediante una fórmula que considera la población de cada entidad y las necesidades sanitarias, y deberá informar al Congreso de la Unión sobre el uso de los recursos. Esto refleja la continuidad en el esquema de financiamiento y distribución de recursos para la prestación gratuita de servicios de salud.

En síntesis, las últimas dos reformas a la LGS reflejan un cambio estructural en el sistema de salud en México, particularmente con la transición del INSA-

BI al IMSS-Bienestar. Estas modificaciones buscan fortalecer la cobertura, la coordinación intergubernamental y la gestión de los recursos para garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud.

La comparación entre las reformas de 2020 y 2024 de los artículos 77 bis 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9 y 10 de la LGS muestra que ambos textos mantienen el objetivo de garantizar el acceso gratuito a servicios de salud, medicamentos e insumos para las personas sin seguridad social. Sin embargo, la modificación del 2024 introduce precisiones que refuerzan la coordinación intergubernamental y la administración de recursos; así mismo, enfatiza que la protección se debe garantizar sin discriminación mediante el sistema de salud para el bienestar, asignando un rol específico a los servicios de salud del IMSS-Bienestar en lugar del INSABI. Además, se actualizan los mecanismos de evaluación y certificación de la calidad, se amplían las bases de los convenios de coordinación y se incorpora la posibilidad de segmentar y focalizar la atención en grupos específicos.

Por otro lado, se conserva la división de funciones entre el ejecutivo federal y los gobiernos estatales, pero se establecen procedimientos más precisos para la gestión, rendición de cuentas y modernización de la prestación de servicios. La reforma de 2024 aporta mayor precisión, transparencia y eficiencia en la implementación de los servicios gratuitos, sin alterar los objetivos esenciales establecidos en 2020 (véase tabla 1).

Tabla 1. Análisis comparado de las reformas
a la Ley General de Salud 2019-2023

Aspecto	Reforma 2020	Reforma 2024
Derecho a la salud Artículo 77 bis 1	Garantiza el derecho, con base en el art. 4o. constitucional, a recibir gratuitamente servicios de salud, medicamentos e insumos, organizado por la Secretaría de Salud con el auxilio del INSABI mediante acuerdos.	Se mantiene la garantía, enfatizando la protección sin discriminación mediante el Sistema de Salud para el Bienestar, asignando un rol específico a los servicios de salud del IMSS-Bienestar para ampliar la cobertura.

Prestación gratuita Artículo 77 bis 2	Define la prestación gratuita como el conjunto de acciones de la Secretaría de Salud (sola o coordinada con otros) respaldada por el Instituto de Salud para el Bienestar.	Se conserva el concepto, pero la coordinación se realiza dentro del sistema de salud para el bienestar, incorporando un rol específico para el IMSS-Bienestar en la consolidación de los servicios.
Composición del Sistema Artículo 77 bis 3	Establece que el sistema se compone de la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y otras instituciones, con participación concurrente de entidades federativas, adoptando un enfoque solidario a través de un modelo de atención.	Se redefine para incluir expresamente a los servicios de salud del IMSS-Bienestar, destacando su papel en la coordinación y promoviendo un modelo integral que integra acción comunitaria, con enfoque de género e intercultural.
Distribución de competencias Artículo 77 bis 5	Divide funciones entre el ejecutivo (Secretaría de Salud, con apoyo del INSABI) y los gobiernos estatales, donde el ejecutivo formula y coordina la política nacional y los estados gestionan la prestación de servicios.	Se mantiene la división, pero el Ejecutivo debe coordinar conjuntamente con los Servicios de Salud del IMSS-Bienestar, reforzando evaluación, modernización y rendición de cuentas bajo principios de universalidad, progresividad y calidad.
Acuerdos de coordinación Artículo 77 bis 6	El INSABI y las entidades federativas celebran acuerdos que incluyen modalidades operativas, conceptos de gasto, destino de recursos e indicadores de seguimiento.	Se conserva el objeto esencial, pero la coordinación recae en el IMSS-Bienestar, y los convenios se amplían para incluir estructura administrativa, transferencia de obligaciones, gestión del personal y otros elementos para mejorar la eficacia.
Requisitos de beneficiarios Artículo 77 bis 7	Se establecen tres requisitos básicos: residir en territorio nacional, no ser derechohabiente de la seguridad social y contar con CURP (o, en su defecto, documentos alternativos).	Se mantienen los mismos requisitos y se añade un párrafo que permite al IMSS-Bienestar, mediante campañas, definir universos específicos de beneficiarios según las necesidades particulares.

Calidad de servicios Artículo 77 bis 9	La Secretaría de Salud fija requerimientos mínimos para garantizar la calidad, promoviendo atención integral (consulta externa y hospitalización) en especialidades básicas, con acreditación por la Secretaría (vigente cinco años, renovable).	Se conserva el objetivo de calidad, pero se introduce el “modelo de atención a la salud para el bienestar” y se asigna al IMSS-Bienestar la responsabilidad de certificar sus unidades a través del Consejo de Salubridad General, reafirmando la ampliación progresiva del acceso a la atención.
Gestión de recursos estatales Artículo 77 bis 10	Los gobiernos estatales deben gestionar recursos federales (mediante cuentas productivas), garantizar la provisión integral de servicios, fortalecer la infraestructura médica según un plan maestro y rendir cuentas, conforme a los acuerdos de coordinación.	Se mantiene el contenido esencial, pero se reformula el encabezado para enfatizar que los estados “prestarán servicios de atención médica en los siguientes supuestos”, orientándose a la prestación concreta de servicios según lo estipulado en los acuerdos, sin alterar los requisitos fundamentales.

FUENTE: elaboración propia a partir de las reformas a la LGS 2020-2024.

Esta tabla resume que, aunque ambos textos comparten el objetivo de garantizar el acceso gratuito a servicios de salud para quienes carecen de seguridad social, la versión 2024 introduce mayor precisión en la distribución de competencias, fortalece la coordinación mediante un rol específico para los servicios de salud del IMSS-Bienestar y refina los mecanismos de evaluación y administración de recursos.

VI. Discusión y conclusiones

En los últimos años, México ha implementado reformas en su sistema de salud, pasando del INSABI al IMSS-Bienestar, con el objetivo de mejorar el acceso a servicios médicos para la población sin seguridad social. Estas iniciativas buscan centralizar y estandarizar la atención; no obstante, enfrentan desafíos como

la coordinación intergubernamental, la sostenibilidad financiera y la persistente fragmentación del sistema.

1. Federalismo y centralización en el sistema de salud

El sistema de salud en México ha estado sujeto a un continuo proceso de oscilación entre la descentralización y la centralización, lo que ha impactado directamente la distribución de recursos y competencias en materia sanitaria. La descentralización iniciada en la década de los setenta permitió a los estados asumir un mayor papel en la gestión de los servicios de salud. Sin embargo, con la creación del INSABI en 2020 y su posterior transición al IMSS-Bienestar, se ha observado un retorno hacia la centralización, lo que ha debilitado la capacidad de los estados para adaptar las estrategias sanitarias a sus necesidades locales.

A través de reformas y la expedición de leyes generales, se han restringido las facultades de los gobiernos estatales, promoviendo un modelo en el que la Federación asume un rol preponderante en la prestación de servicios de salud. Esta concentración de funciones genera un desafío en términos de eficiencia administrativa y coordinación intergubernamental, ya que los estados pierden autonomía en la toma de decisiones, afectando la capacidad de respuesta ante problemáticas de salud locales.

2. Impacto del cambio de modelo: INSABI *vs.* IMSS-Bienestar

El cambio de modelo del INSABI al IMSS-Bienestar ha tenido implicaciones estructurales y operativas significativas en el sistema de salud mexicano. Mientras que el INSABI mantenía una estructura de coordinación con los estados, el IMSS-Bienestar centraliza la gestión de los servicios de salud, lo que elimina la intervención directa de los gobiernos estatales en su administración. Este cambio busca estandarizar la cobertura y calidad de los servicios de salud, asegurando una mayor equidad en la atención a la población sin seguridad social.

En este contexto, el desplazamiento del papel regulador de la Secretaría de Salud en favor del IMSS-Bienestar pudiera tener consecuencias en la gobernanza del sistema. La Secretaría de Salud ha fungido históricamente como el ente rector del sector sanitario, y con esta transición, su capacidad de regulación y supervisión podría verse debilitada. Por otro lado, el IMSS-Bienestar no soluciona el reto de la fragmentación del sistema de salud en México, ya que conti-

núa operando de manera paralela a otras instituciones, preservando brechas en el acceso y la calidad de los servicios de atención médica.

3. Naturaleza programática del derecho a la salud

El derecho a la salud en México mantiene su naturaleza programática, lo que implica que su garantía efectiva depende de la disponibilidad de recursos y de la voluntad política del gobierno en turno. A pesar de que la Constitución establece este derecho, su cumplimiento no es inmediato ni automático, sino que está condicionado a las políticas públicas y al financiamiento asignado al sector salud.

Las reformas recientes han buscado fortalecer la gratuidad y la universalización de los servicios de salud, pero sin abordar de manera estructural el problema de financiamiento y sostenibilidad del sistema. La falta de mecanismos jurídicos que aseguren la progresividad del derecho a la salud deja abierta la posibilidad de que futuras administraciones realicen cambios que puedan comprometer los avances logrados en términos de acceso y cobertura. Además, el financiamiento insuficiente y la ineficiencia en la asignación de recursos representan barreras que limitan la implementación efectiva del IMSS-Bienestar como un modelo de atención integral y equitativo.

4. Reformas a la Ley General de Salud (2019-2023)

Las reformas a la Ley General de Salud en los últimos años se han dirigido a la consolidación del IMSS-Bienestar, introduciendo cambios normativos que refuerzan su papel en la prestación de los servicios de salud. Entre los principales cambios destaca el énfasis en el acceso universal y gratuito, estableciendo que los servicios de salud deben ser progresivos y de calidad. Esta disposición busca garantizar que la atención médica no dependa de la capacidad de pago de los ciudadanos, eliminando barreras económicas en el acceso a los servicios.

Otro cambio relevante ha sido la reconfiguración de la coordinación intergubernamental, reduciendo la participación de los gobiernos estatales en la gestión sanitaria. Esto representa un cambio significativo en la distribución de competencias, ya que el modelo previo permitía que los estados tuvieran mayor autonomía en la provisión de servicios de salud.

Finalmente, con la última reforma se prevé fortalecer el aspecto financiero y operativo del sistema, mediante la asignación de recursos federales específicos para fortalecer y garantizar la sostenibilidad del IMSS-Bienestar. Sin embargo, persisten desafíos en la distribución equitativa de recursos entre las distintas entidades federativas, lo que podría generar desigualdades en la prestación de servicios a nivel regional.

En conclusión, el proceso de consolidación del IMSS-Bienestar representa un avance en la búsqueda de la universalización del derecho a la salud en México. Sin embargo, su implementación enfrenta retos estructurales relacionados con la fragmentación, en cuanto a su estructura; y a la re-centralización del sistema, la gobernanza intergubernamental y la sostenibilidad financiera, en lo concerniente a la operación. Aunque las reformas recientes han establecido bases normativas para garantizar el acceso gratuito a los servicios de salud, el carácter programático del derecho a la salud sigue siendo un obstáculo para su efectividad, ya que depende de factores políticos y presupuestarios.

Para que el IMSS-Bienestar logre cumplir con sus objetivos, es necesario fortalecer la función rectora de la Secretaría de Salud, garantizar una asignación equitativa de recursos y promover una mayor integración del sistema de salud para reducir la fragmentación y las desigualdades en el acceso a los servicios médicos. Solo a través de una estrategia integral y coordinada entre los distintos niveles de gobierno se podrá consolidar un sistema de salud universal, equitativo y sostenible en México.

Este artículo se centró en el análisis de la garantía de protección del derecho a la salud, específicamente desde la estructura, la coordinación y distribución de competencias; así como, en la cobertura y el alcance de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social. No fue objetivo de análisis el financiamiento de estos servicios, incluyendo aspectos como el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad y el Fondo de Salud para el Bienestar, entre otros. Estos temas representan una oportunidad para futuras investigaciones que profundicen en los mecanismos de financiamiento y su impacto en la efectividad del derecho a la salud.

VII. Bibliografía

- Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar. Secretaría de salud, Diario Oficial de la Federación de 13 de octubre de 2023. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5705060>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- Cámara de Diputados LXV Legislatura. *La Cámara de Diputados aprobó reformas para regular el Sistema de Salud para el Bienestar. Boletín No.4326*. <https://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/index.php/boletines/la-camara-de-diputados-aprobo-reformas-para-regular-el-sistema-de-salud-para-el-bienestar>
- Ley General de Salud. https://transparencia.cholula.gob.mx/transparencia_file/Coordinacion_de_Politica_y_Gobernabilidad/Consejeria_Juridica/Articulo77/fraccion-1/leg-fed-ley-034-ley.gral.salud.pdf
- Ley General de Salud. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines, “Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920”, Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical Allied Services, 1920, por la Oficina Sanitaria Panamericana. Publicado con el permiso de H. M. Stationery Office, Londres. Propiedad del Gobierno del Reino Unido. Publicación científica no. 93. Organización Panamericana para la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, *Oficina Regional de la OMS*, 1964.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Evaluación del Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI*, CONEVAL, 2018. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf
- Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de Salud 2013-2018. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013#gsc.tab=0
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud,

Secretaría de Salud. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0

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). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0

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. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690282&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0

Diccionario Jurídico Mexicano, T. IV, E-H, Universidad Nacional Autónoma de México, 1982. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/3/1171/5.pdf>

Enciclopedia Jurídica, *Federalismo*, 2020. <http://www.enciclopedia-juridica.com/d/federalismo/federalismo.htm>

Gómez-Dantés, Octavio y Frenk, Julio, “Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud”, *Salud Pública*, México, vol. 61, núm. 2, 2019. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10122>

Gómez-Dantés, Octavio y Frenk, Julio, “Ethics and Public Health: definition of priorities in the Mexican Health Reform”, *Acta bioeth*, vol. 26, núm. 2, 2020. https://www.ucentral.cl/ucentral/site/docs/20201125/20201125093049/acta_bioethica_26_2_2020.pdf#page=67

Gutiérrez Ortiz-Mena, Alfredo, “La justiciabilidad del derecho a la salud en México”, *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, 2019, núm. 5. https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/publication/documents/2019-03/13_ORTIZ-MENA_REVISTA_CEC_SCJN_NUM_5-343-381.pdf

Hernández, María del Pilar, “El federalismo a prueba. El centralismo silencioso”, en Serna de la Garza, José María (coord.), *Perspectivas actuales del federalismo mexicano: leyes, políticas públicas y entorno social*, Universidad Nacional Autónoma de México, 2022. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/14/6839/17.pdf>

Hernández Chávez, A., *¿Hacia un nuevo federalismo?*, Fondo de Cultura Económica, 2016.

Instituto de Investigaciones Legislativas del Senado de la República (IILSEN), *El federalismo mexicano (elementos para su estudio y análisis)*, LVI Legislatura del Senado de la República, 3a. ed., México, 1998. http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/1738/Federalismo_Mexicano.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), *IMSS-Bienestar*, n. d. <https://www.imssbienestar.gob.mx>

Méndez-Méndez, Judith y Llanos-Guerrero, Alejandra, *De Seguro Popular a INSABI: mayor población con menor atención*, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C., 2021. <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion>

Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*, Informe de la Comisión de Alto Nivel, Edición revisada, OPS, 2019. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Salud universal*, 2020. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es

Pan American Health Organization, *Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)*, Biblioteca Virtual, 2020. <https://decs.bvsalud.org/es/>

Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983, México, SSA, Talleres Gráficas de la Nación, 1974.

Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, México, 1996, vol. 3. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4874791&fecha=31/05/1995#gsc.tab=0

Programa Nacional de Salud 1984-1988, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1984. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984#gsc.tab=0

Programa Nacional de Salud 2007-2012, *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, 2007. <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>

Schultze, Rainer-Olaf, “El federalismo”, en Sánchez de la Barquera, J. y Arroyo, L. (eds.), *Fundamentos, teoría e ideas políticas*, Universidad Nacional Autónoma

de México, 2016. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/3710-fundamentos-teoria-e-ideas-politicas>

Serna de la Garza, José María, “Capítulo I. La distribución de competencias legislativas en el sistema constitucional mexicano”, en Serna de la Garza, José María, *El sistema federal mexicano: trayectoria y características*, INEHRM, México, 2016. <https://www.inehrm.gob.mx/recursos/Libros/SistemaFederalMexicano.pdf>

Cómo citar

IJJ-UNAM

Vargas Ruiz, María Magaly, “IMSS-Bienestar: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, México, vol. 22, núm. 42, 2026, e20027. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2026.41.20027>

APA

Vargas Ruiz, M. M. (2026). IMSS-Bienestar: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 22(42), e20027. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2026.42.20027>