



Revista latinoamericana de derecho social

ISSN: 1870-4670

Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas

Vargas Ruiz, María Magaly

Sistema de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México *

Revista latinoamericana de derecho social, núm. 35, 2022, Julio-Diciembre, pp. 391-421

Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas

DOI: <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2022.35.17283>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=429675476014>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UNAM redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SISTEMA DE SALUD: GARANTÍA INSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO*

HEALTH SYSTEM: INSTITUTIONAL GUARANTEE
OF THE RIGHT TO HEALTH PROTECTION
IN MEXICO

SYSTEME DE SANTE : GARANTIE INSTITUTIONNELLE
DE LA DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE
AU MEXIQUE

María Magaly VARGAS RUIZ**

RESUMEN: En México, el derecho a la salud está protegido constitucionalmente; impone al Estado una obligación progresiva, sujeta a la capacidad financiera. El sistema de salud es la garantía institucional para su instrumentación; este sistema fue reformado recientemente, el 29 de noviembre de 2019, con objeto de otorgar gratuitamente servicios de salud, medicamentos y demás insumos a la población sin seguridad social, así como para lograr la adecuada integración y articulación de sus instituciones.

El objetivo de este trabajo es analizar el sistema de salud mexicano como responsable de la garantía institucional del derecho a la salud. Para ello, se realizó un análisis legislativo de la reforma a la legislación relacionada con la protección del derecho a la salud, comparado con la inmedia-

* Recibido el 27 de junio de 2021 y aceptado para su publicación el 18 de febrero de 2022.

Este trabajo fue realizado con el apoyo del Programa de Becas Posdoctorales de la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo la tutoría de la doctora María del Pilar Hernández Martínez, adscrita al Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Coordinación de Humanidades.

** Licenciatura de contador público y maestría en administración de servicios de salud; doctorado en ciencias sociales y políticas que ofrece la Universidad Iberoamericana, dentro del Programa de Formación de Alto Nivel para la Administración Pública Federal, con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología con trabajo doctoral sobre los determinantes sociales de la población usuaria del Programa Caravanas de la Salud.



ta anterior. Resultados. Se encontró que la última reforma del sistema de salud implicaría una importante modificación estructural, así como de sus fuentes de financiamiento; sin embargo, al no modificarse de forma sustancial la organización del sistema de salud, se limita a un cambio normativo influenciado por el contexto político y sus principales actores, más que por la necesidad de garantizar institucionalmente el derecho a la salud hacia la cobertura universal independientemente del estatus laboral o del tipo de ciudadanía. La inclusión de los derechos fundamentales en el ámbito de la salud implica la implementación de políticas públicas dirigidas al acceso universal y equitativo a la salud; sin embargo, la fragmentación del sistema de salud es todavía el principal reto.

Palabras clave: derecho a la salud, cobertura universal, México

ABSTRACT: In Mexico, the right to health is constitutionally protected; It imposes a progressive obligation on the State, subject to financial capacity. The Health System is the institutional guarantee for its implementation; This System was recently reformed, on November 29, 2019, to provide free health services, medicines and other supplies to the population without social security; as well as, to achieve the adequate integration and articulation of its institutions. Objective. Analyze the Mexican Health System as responsible for the institutional guarantee of the right to health. Methodology. A legislative analysis of the reform of the legislation related to the protection of the right to health was carried out, compared vs. the immediately preceding one. Results. It was found that the latest reform of the Health System would imply an important structural modification; as well as its sources of financing; However, as the organization of the health system is not substantially modified, it is limited to a nominal change influenced by the political context and its main actors, rather than by the need to institutionally guarantee the right to health towards universal coverage independently. of employment status or type of citizenship. Conclusions. The inclusion of fundamental rights in the field of health implies the implementation of public policies aimed at universal and equitable access to health; however, the fragmentation of the Health System is still the main challenge.

Keywords: Right to health, universal coverage, Mexico

Résumé: Au Mexique, la protection de la santé est protégée par la Constitution ; Elle impose une obligation progressive à l'Etat, sous réserve de sa capacité financière. Le Système de Santé est la garantie institution-

nelle de sa mise en œuvre ; Ce système a été récemment réformé, le 29 novembre 2019, afin de fournir gratuitement des services de santé, des médicaments et d'autres fournitures à la population sans sécurité sociale; ainsi que pour parvenir à une intégration et une articulation adéquate de ses institutions. Objectif. Analyser le système de santé mexicain en tant que responsable de la garantie institutionnelle de la protection de la santé. Méthodologie. Une analyse législative de la réforme de la législation relative à la protection du droit à la santé a été réalisée, comparée vs. celui qui précède immédiatement. Résultats. Il a été constaté que la dernière réforme du système de santé impliquerait une modification structurelle importante ; ainsi que ses sources de financement ; Cependant, comme l'organisation du système de santé n'est pas substantiellement modifiée, elle se limite à un changement nominal influencé par le contexte politique et ses principaux acteurs, plutôt que par la nécessité de garantir institutionnellement le droit à la santé vers une couverture universelle indépendamment de l'emploi, statut ou type de citoyenneté. Conclusion. L'inclusion des droits fondamentaux dans le domaine de la santé implique la mise en œuvre de politiques publiques visant un accès universel et équitable à la santé ; cependant, la fragmentation du système de santé reste le principal défi.

Mots-clés: protection de la santé, couverture universelle, Mexique.

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Antecedentes de la organización de los sistemas de salud*. III. *El Sistema Nacional de Salud mexicano*. IV. *Derecho a la salud*. V. *Garantía institucional del derecho a la salud*. VI. *Conclusiones*. VII. *Fuentes consultadas*.

I. INTRODUCCIÓN

En México, el derecho a la salud está protegido en el párrafo cuarto del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; al ser de naturaleza programática, obliga al Estado a un hacer positivo, que, indiscutiblemente, como todos los derechos que comparten la misma característica, está sujeto a la capacidad financiera del Estado.¹ El derecho a la

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4o., disponible en: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos>.

salud, como derecho constitucional, impone al Estado la obligación progresiva de protección y dar prioridad a los grupos más vulnerables y desfavorecidos. La inclusión de las obligaciones convencionales, universales y regionales del Estado mexicano implican el reconocer la importancia del acceso universal y equitativo a la salud; lamentablemente, las características del sistema de salud han sido y continúan siendo un desafío al que se enfrentan las políticas sociales y de desarrollo, y se constituye como un reto al implementar políticas públicas eficientes para su garantía.²

La forma instrumental a través de la cual surge dicha obligación es el sistema de salud, el cual ha atravesado tres modificaciones de carácter estructural: la primera a partir de 1983, denominada “el cambio estructural de la salud”, que implementa una reforma normativa, mediante la que se eleva a rango constitucional el derecho a la protección de la salud; la segunda, impulsada en la administración pública federal (APF) 2001-2006, considera cambios en la protección social en salud en tres dimensiones: contra riesgos en salud, los usuarios de los servicios de salud y la financiera con la creación del Sistema De Protección Social En Salud.³

La tercera es realizada por la actual APF (2018-2024), con la transformación del Sistema de Protección Social en Salud a Instituto de Salud para el Bienestar, el 29 de noviembre de 2019, con objeto de garantizar la provisión gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a la población sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones dirigidas a la adecuada integración y articulación de las instituciones públicas que lo integran.⁴

En este contexto, la búsqueda de soluciones en la garantía del derecho a la protección de la salud a través de la implementación de políticas públicas enfocadas al sistema de salud sustentan la necesidad del desarrollo del presente trabajo, que tiene por objetivo analizar el impacto de las políticas públicas en la estructura del sistema de salud mexicano como responsable de la garantía institucional del derecho a la salud de la población mexicana. Para ella, se presentan los antecedentes de la organización de sistemas de salud como sustento de la evolución del sistema de salud mexicano, asimismo, mediante

² Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2020). Secretaría de Salud, “Memoria documental. Aportes normativos en el ejercicio del derecho de la salud 2001-2006”, México, 2007.

³ Secretaría de Salud, “Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000”, 1996.

⁴ Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), 2020, disponible en: <https://www.gob.mx/insabi>.

análisis legislativo comparado, se aborda el derecho a la salud, y se identifican las instituciones dispuestas para su garantía.

Se desarrolla este tema por su trascendencia y oportunidad de proponer investigación social, que aporte información sistemática y de calidad, útil para la implementación de políticas públicas basadas en la evidencia.

II. ANTECEDENTES DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Se entiende por “sistema de salud” la red de servicios con el objetivo de proporcionar a la población un nivel óptimo de salud, para proteger el riesgo de enfermedad, y satisfacer las necesidades individuales de salud y la distribución de los servicios de salud de manera equitativa. Sus funciones incluyen la prestación de servicios de salud, financiamiento, generación de recursos, supervisión y regulación.⁵

Después de la Primera Guerra Mundial, surge la necesidad de reorganizar los gobiernos, y con ello los sistemas de salud. El primer antecedente relacionado con la organización de los servicios de salud centrados en la actualmente denominada atención primaria de salud (APS), y enfocado hacia valores como la cobertura universal, se dio en Reino Unido, cuando las mayores obligaciones impuestas a las dependencias gubernamentales evidenciaron las enormes deficiencias en la organización de ese país, para lo cual se creó un Ministerio de Reconstrucción, que en 1918 publicó su informe y recomendaciones; la principal motivó la creación del Ministerio de Salud inglés en 1919.

Este informe enfatiza que por razones de eficiencia y costo-beneficio, la disponibilidad general de los servicios médicos sólo podía asegurarse mediante una organización nueva y ampliada, distribuida en función de las necesidades de la comunidad. El principal aporte del informe Dawson es el planteamiento de niveles interconectados en el ámbito de regiones.⁶

⁵ Pan American Health Organization, “Biblioteca Virtual. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)”, OPS, 2020, disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.

⁶ 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.

A lo largo de los años, las recomendaciones planteadas en el informe sientan las bases en la forma de concebir un sistema de salud; para 1978, estas concepciones motivaron el cambio de paradigma, con la aparición del movimiento en pro de la atención primaria de salud, en la Conferencia de Alma-Ata, como acción para afrontar la desigualdad en salud originada por la situación socioeconómica y política en todos los países.⁷

En la Declaración de Alma-Ata se establecen los valores a los que deben aspirar los sistemas de salud: equidad, justicia social, derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad; el impulso de estos valores requería de su modificación organizacional para una mejor operación en articulación con los demás sectores. La traducción de esos valores en reformas ha sido desigual; no obstante, la equidad en salud ha sido una prioridad en el discurso político.

La propuesta de Alma-Ata estaba dirigida a que el derecho a la salud se garantizara mediante al diseño de sistemas de salud nacionales equitativos basados en la APS; sin embargo, a lo largo de cuarenta años esta premisa se ha modificado hacia la cobertura universal en salud, por lo que la nueva declaración 2018 reposiciona a la APS como eje para la construcción de sistemas de nacionales de salud enfocados a lograr la salud para todos, considerando el contexto socioeconómico y los factores multiculturales.⁸

Las nuevas recomendaciones emitidas en esta Conferencia se establecen a partir de la premisa de la responsabilidad del Estado en la garantía del derecho a la salud; en ese marco, se alinea a tres ejes: 1) modelos de atención basados en las personas y en las comunidades con intervenciones intersectoriales; 2) procesos políticos e instituciones como factores de cambio en los sistemas de salud y del fortalecimiento de los sistemas de protección social, y 3) los recursos fundamentales: humanos, económicos y de tecnologías de salud, así como la organización institucional, a través de la que se define la disponibilidad de los recursos.⁹

⁷ Organización Mundial de la Salud, “Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2009, pp. 6-8, disponible en: <https://www.who.int/wbr/2008/es/>

⁸ Rovere, M., “La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora”, *Saúde em Debate*, 2018, 42, p. 316, disponible en: <https://www.scielo.br/articulo/sdeb/2018.v42nspe1/315-327/>

⁹ 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, pp. 14 y 15. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275320778>, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>.

Este informe enfatiza que para la garantía del derecho a la salud, las instituciones deben orientarse hacia el acceso universal en la provisión; en este marco, la implementación del modelo de atención basado en la APS debe considerar las características de la población que se debe atender (localidad, actividades económicas, estructura social, contexto cultural, entre otras). Además, señala la importancia de la plena accesibilidad como condición indispensable para el ejercicio del derecho a la salud. Por otro lado, la aportación de esta nueva propuesta es la consideración de la diversidad humana como aspecto clave para el diseño de las intervenciones por parte del Estado dentro del modelo de los derechos humanos que garanticen la equidad y la dignidad. En este marco, se reconoce que la desigualdad social afecta el desarrollo social, que a su vez genera inequidades en salud.

A pesar de los diversos contextos socioeconómicos y políticos de los países, se han presentado importantes logros y enseñanzas relacionados con la APS; sin embargo, con el fin de no retroceder, es necesario abordar los problemas de salud emergentes y reemergentes, como el envejecimiento poblacional, la atención a grupos vulnerables, la salud materno-perinatal e infantil, la salud ambiental, adiciones de nutrición, entre otras, lo que resulta en la necesidad de replantear y rediseñar las estrategias e intervenciones a partir de análisis y evidencia científica, con el fin de fortalecer la APS como estrategia para la eliminación de inequidades en salud y lograr la salud universal y el desarrollo sostenible; lo anterior, es indispensable para avanzar con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, específicamente en el objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.¹⁰

En este marco, la importancia de la relación entre la salud como derecho humano con el desarrollo socioeconómico y con la paz mundial justifica la necesidad de la modificación de los sistemas de salud para atender los compromisos de la APS establecidos en Alma-Ata, otorgan al Estado la responsabilidad de la planeación y prestación de servicios de salud como una de sus principales funciones, para lo que resulta indispensable tanto la voluntad política como la movilización y utilización racional de recursos.¹¹

¹⁰ Comité Regional de la OMS para las Américas, “Informe Anual del director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Atención primaria de salud: ha llegado el momento?”, CD56/3, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas, agosto 2018, pp. 5, 6 y 25.

¹¹ Ejecutivo, C., “Evaluación: actualización y proyecto de plan de trabajo para 2020-2021 (no. EB146/38 Add.1)”, Organización Mundial de la Salud, 2019, p. 3, disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_38.Add1-sp.pdf.

III. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEXICANO

El Sistema Nacional de Salud mexicano se fundó en 1943, en respuesta a las necesidades de ese entonces, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SS), y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); con esto se inicia una etapa de creación de instituciones y se sientan las bases de la organización sanitaria. Estructuralmente, se trata de un sistema fragmentado; esto es, se segmenta en población objetivo, integración y responsabilidad de sus funciones esenciales: regulación, financiamiento y servicios.¹²

En México, el sistema de servicios de salud se divide en tres grandes subsectores: 1) las instituciones de seguridad social; 2) los servicios de salud pública de la Secretaría de Salud, y 3) el subsector privado.¹³ En general, los segmentos funcionan en paralelo; cada institución desarrolla sus propias funciones de financiamiento y provisión de servicios. Existe poca coordinación entre proveedores, y cada uno tiene su propia red de unidades de atención primaria y hospitales de segundo y tercer nivel.

La Secretaría de Salud es el ente regulador; el financiamiento es una mezcla público-privado, y difiere el esquema en cada institución; en la seguridad social, el financiamiento es público y privado, de contribución tripartita: estatal y cuotas obrero-patronales. Por su parte, para la población sin seguridad social, el financiamiento es público, mientras que el sector privado se financia de fuentes privadas (gasto de bolsillo), y la investigación de una mezcla de público y privado.

La población objetivo de estas instituciones se divide en asalariados que cuentan con acceso a las instituciones de seguridad social; los trabajadores al servicio del Estado, cubiertos por diversos institutos de seguridad social; el resto de la población, denominada “abierta”, sin relación laboral formal, con acceso a instituciones públicas, como la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Oportunidades, actualmente denominado IMSS-Bienestar.

Para hacer frente a las necesidades de salud, el Sistema de Salud mexicano otorga servicios médicos de nivel primario, secundario y terciario. Cada subsector atiende a sus afiliados por medio de sus propios modelos y esquemas

¹² Secretaría de salud, *Salud México 2006. Información para la rendición de cuentas*, México, 2007.

¹³ Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Perfil del sistema de servicios de salud”, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, México, 1998.

de atención, lo que produce una superposición de coberturas en determinadas regiones.

En su evolución, el Sistema de Salud ha presentado tres reformas importantes: en los años ochenta se inicia la descentralización de los servicios del sector salud. En este periodo la política se dirige a efectivizar el derecho a la protección de la salud mediante el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud, a través de cinco estrategias macro: la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la movilidad social.¹⁴

Durante el periodo 1984-2000 se dio prioridad a la implementación y fortalecimiento de la descentralización de los servicios de salud. En la administración pública federal (APF) 2000-2006, la política social se enfoca en la creación de activos generadores de ingresos en tres direcciones: de capacidades básicas, patrimoniales, y protección contra riesgos sanitarios. El Programa Nacional de Salud 2001-2006 “La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud”, identifica como retos la equidad, la calidad, y la protección financiera.¹⁵

En este sexenio (2000-2006) la política de salud se inicia con propuestas jurídicas sustantivas y estructurales a la Ley General de Salud, en tres dimensiones de la protección de la salud: 1) la protección contra riesgos a la salud; 2) la protección de los usuarios de los servicios de salud, y 3) la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).¹⁶ Esta reforma reconoce la importancia de fortalecer la función rectora de la Secretaría de Salud, lo que implica la reorganización del Sistema de Salud, con el fin de fortalecerlo, la mejora de la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, así como la búsqueda de la cobertura universal basada en la ciudadanía y no en el estatus laboral; en ese sentido, el Seguro Popular se crea como mecanismo de financiamiento de los servicios de salud a la población sin seguridad social.¹⁷

¹⁴ Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social (1978-1982)”, Subsecretaría de Planeación, México, 1979, pp. 1-32; Cámara de Diputados, “Informes presidenciales-Miguel de la Madrid Hurtado”, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2012.

¹⁵ Secretaría de Salud, “Memoria Documental. Aportes Normativos en el Ejercicio del Derecho de la Salud 2001-2006”, México, 2007; Cámara de Diputados, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, “Informes presidenciales-Vicente Fox Quesada”, 2006.

¹⁶ Cámara de Diputados, “Informes presidenciales-Ernesto Zedillo Ponce de León”, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2006.

¹⁷ Knaul, F. M.; González-Pier, E., Gómez-Dantés, O.; García-Junco, D.; Arreola-Ornelas, H.; Barraza-Lloréns, M., Frenk, J., “Hacia la cobertura universal en salud: protección

El Sistema Nacional de Salud en México integra las instituciones a través de las que se garantiza el derecho a la protección de la salud, como responsable de satisfacer las necesidades en salud de la población; a partir de 2000 se mantiene sin grandes modificaciones a lo largo de tres periodos presidenciales encabezados por diferentes partidos políticos.

Cabe mencionar que al término de la APF 2012-2019 la evaluación externa 2018 encontró que durante el periodo 2008-2018 se redujo la falta de acceso a servicios de salud (medida a través de la afiliación al Seguro Popular); sin embargo, se identificaron diversos retos del sistema de salud, que impactan en los indicadores de resultados en salud, como la mortalidad materna, los cuales se relacionaron principalmente con la heterogeneidad de la calidad entre la federación y las entidades federativas, el financiamiento basado en la afiliación, la duplicidad de coberturas, y la falta de capacidad institucional para atender la demanda de servicios.¹⁸

En este contexto, la última reforma a la LGS considera la definición de 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 la población sin seguridad social, para lo que se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), en sustitución de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), lo cual representa una importante modificación estructural y organizacional del Sistema de Salud, así como de sus fuentes de financiamiento.

El Insabi es un organismo descentralizado de la APF, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud, que tiene por objeto “proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a todas las personas sin seguridad social, incluidos extranjeros, sin importar su estatus migratorio”. Está sustentado en servicios de salud gratuitos en el primero y segundo nivel de atención para personas sin seguridad social; garantía de medicamentos y otros insumos para la salud, y financiamiento suficiente, lo que implica el fortalecimiento del primer nivel de atención; en este marco, el Insabi impulsará, en coordinación con la

social para todos en México”, *Salud pública de México*, 2013, 55, pp. 207-235, disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55n2/v55n2a13.pdf.

¹⁸ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI”, Coneval, 2018, disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf.

Secretaría de Salud, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.¹⁹

A partir del vínculo entre las garantías institucionales con los derechos fundamentales, el Sistema de Salud en México integra las instituciones a través de las que se garantiza el derecho a la salud, como responsable de satisfacer las necesidades en salud de la población; en ese sentido, tiene como exigencias la democratización y la seguridad jurídica, de acuerdo con la concepción del Estado de derecho en la que se enmarca.

El sistema de salud es determinado por el contexto socioeconómico y político de la época; para el logro de sus objetivos depende de las instituciones, las cuales son reguladas por marcos normativos y legales, para la ejecución de acciones, y, por lo tanto, para el logro de los objetivos relacionados con la garantía del derecho a la salud. Las acciones en salud pública implican la implementación de estrategias para la organización estructural y la disposición de recursos e infraestructura, con el fin de proporcionar servicios de salud correspondientes a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de padecimientos, así como de rehabilitación; considera además la coordinación de acciones en los diferentes niveles de atención. Lo anterior, requiere de la participación del Estado en el financiamiento y la prestación de servicios de salud en los diferentes niveles de atención, lo que justifica el fortalecimiento de su función como ente regulador del Sistema.²⁰

IV. DERECHO A LA SALUD

La necesidad de considerar los derechos humanos en las políticas públicas tiene el fin de que la acción del Estado garantice la dignidad humana. Las crecientes demandas sociales exigen una cobertura en salud universal tanto en el ámbito global como nacional, lo que ha influido en las agendas políticas, situándola como tema prioritario; esto, debido a que la promoción y la protección de la salud son factores importantes para el bienestar humano y el desarrollo socioeconómico.²¹

¹⁹ “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”, *Diario Oficial de la Federación*, 29 de noviembre de 2019, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lins/ref10_29nov19.pdf.

²⁰ Frenk, J., *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, Fondo de Cultura Económica, 2016, pp. 54, 55, 95 y 96.

²¹ López, S.; Vertiz, J.; Jarillo, E.; Garrido, F.; Villa, B., *El sistema integral de calidad en salud. Una mirada crítica*, Instituto Nacional de Salud Pública, 2014, pp. 117 y 118, disponible

El derecho a la salud como protección surge con la modificación de la naturaleza jurídica de los derechos humanos, de exigibilidad individual a colectiva, lo que obliga a su protección mediante normas jurídicas nacionales o internacionales; esta protección se otorga de manera colectiva (a toda la población), pero también de manera especial (a grupos de prioritarios o vulnerables), bajo el valor de la no discriminación y los principios de progresividad y no regresividad. A su vez, como derecho humano, la salud debe ofrecerse de manera integral, de acuerdo con el principio de indivisibilidad e interdependencia, ya que involucra otros derechos humanos, como al trabajo, a la alimentación, a la vivienda, a la educación, entre otros. Lo anterior, define las diversas formas de actuación del Estado: obligaciones, respeto, cumplimiento y protección, así como la obligación de establecer las bases para el acceso a los servicios de salud.²²

En ese sentido, se han introducido diversas leyes que contemplan los derechos sociales (en este caso el de la protección de la salud), que han enmarcado el diseño e implementación de la política social, estrategias y acciones, dirigidas a la búsqueda de una distribución más equitativa de los beneficios del desarrollo y crecimiento.

El derecho a la salud se considera en la Constitución de 1917; pero se limita inicialmente a la protección de la salud de la clase trabajadora, no como derecho para todos los ciudadanos. El derecho a la protección a la salud se introduce en la Constitución en 1983, con el fin de garantizar el acceso universal a servicios de salud, especificándose que el acceso depende de diferentes bases y modalidades; no obstante, no se establece con claridad ni se contemplan los valores de universalidad y obligatoriedad; y no es hasta la reforma de 2003, con la creación del Seguro Popular, cuando se definen los mecanismos para otorgar la protección social en salud a la población abierta de acuerdo con sus necesidades y no con los recursos disponibles.²³

en: https://www.academia.edu/10800936/El_Sistema_Integral_de_Calidad_y_derecho_a_la_salud_en_México; Organización Mundial de la Salud, “Informe sobre la Salud en el Mundo. La Financiación Dos Sistemas de Salud-El Camino Hacia la Cobertura Universal”, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010, pp. 13-16, disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²² Garfias, M. E. L., *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, disponible en: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf.

²³ Mayer-Serra, C. E., “El derecho a la protección de la salud”, *Salud pública de México*, 2007, 49, pp. 144 y 155, disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v49n2/a10r49n2.pdf.

Actualmente, el artículo 4o. de la Constitución tiene entre sus objetivos garantizar el derecho a la protección de la salud a todas las personas. Este artículo fue reformado en 2020, mediante la adición de 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, para lo que prevé la definición de un sistema de salud para el bienestar.

En el artículo 2o. de la LGS se establecen las finalidades del derecho a la protección de la salud enfocadas al bienestar físico y mental de la persona; en la última reforma se incorporaron a la fracción IV de este artículo, párrafos relativos al “disfrute de servicios de salud y de asistencia social”, orientados a la satisfacción eficaz y oportuna de las necesidades de la población; además de la gratuidad en la prestación de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, en el caso de las personas sin seguridad social.²⁴

Los derechos humanos, de acuerdo con María del Pilar Hernández, “están en constante evolución desde su positivación”, lo que representa el principio de mérito,²⁵ como estándar para mejorar las condiciones de vida de una sociedad, tanto en lo individual como en lo colectivo; al determinar “las exigencias de la dignidad de la persona humana”, debido a que están en constante cambio influidos por el contexto sociocultural y económico, lo que resulta en una de las características sustantivas de los derechos humanos: la progresividad.²⁶

En ese sentido, la atención de la salud como derecho social requiere de la definición de intervenciones en salud que puedan ser otorgadas y exigibles por los residentes del país independientemente de su ciudadanía, condición socioeconómica o laboral; esto implica una reestructura organizativa, pero también la redefinición de los mecanismos financieros para garantizar la universalidad de los servicios de salud.²⁷

En este marco, el 4 de diciembre de 2020 se publicó en el *DOF* la reforma a la Ley General de Salud, en el título primero, artículo 2o., numeral V,

²⁴ Ley General de Salud, última reforma publicada, *DOF*, 4 de diciembre de 2020, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf.

²⁵ El principio de mérito también es denominado “integralidad maximizadora del sistema de derechos humanos”, en Hernández, M. P., *op. cit.*, p. 96.

²⁶ Hernández, M. P., “De la progresividad de los derechos humanos en la hermenéutica de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en cómo ha entendido la SCJN lo derecho en la historia y hoy en día”, SCJN, 2018, pp. 95 y 96, disponible en: <http://sistemabibliotecario.scjn.gob.mx/sisbib/2018/000292972/000292972.pdf>.

²⁷ Gómez-Dantés, O. y Frenk, J., “Ethics and Public Health: Definition of Priorities in the Mexican Health Reform”, *Acta Bioeth*, 2020, 26(2), p. 191, disponible en: <https://revistahistoria-indigena.uchile.cl/index.php/AB/article/view/59888>.

correspondiente a las finalidades del derecho a la protección de la salud se incorpora la gratuidad en la prestación “de servicios de salud, medicamentos y demás insumos”.

En el artículo 3o., la LGS establece que la atención médica gratuita se otorgará a la población sin seguridad social por parte de las “entidades federativas que celebren acuerdos de coordinación”, para lo que la Secretaría de Salud se auxiliará del Instituto de Salud para el Bienestar.²⁸ La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general corresponde al Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud: organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí misma, o en coordinación con las entidades de su sector en materia de atención médica; coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud; Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual; prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos, y el programa contra la farmacodependencia; el control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos sanitarios, publicidad de las actividades, productos y servicios, de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células, así como la sanidad internacional.²⁹

V. GARANTÍA INSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD

La necesidad de garantizar el derecho universal a la salud como responsabilidad del Estado implica la gratuidad, la solidaridad, la redistribución, la universalidad con cobertura integral e integrada de servicios, así como el financiamiento con recursos públicos. Lo anterior conlleva replantear la política pública de desarrollo que promueva la equidad social, a través de la creación o consolidación de un “Sistema Único de Salud” con cobertura universal, sustentable financieramente, eficiente y de calidad, basado en la descentralización y desburocratización, con entidades jurídicas autónomas, articuladas entre sus instituciones y programas, que dé cobertura a toda la población independientemente de su estatus laboral; que considere la implementación de programas sociales intersectoriales, como educación, alimentación, vivienda, entre otros. Sin embargo, los problemas para instrumentar la política de salud no sólo son político-ideológicos, sino que presentan una mayor complejidad,

²⁸ LGS, 2020, artículo 7o., fracción II.

²⁹ LGS, 2020, artículo 13, inciso A, fracción II.

al ser además de orden económico e institucional. La institucionalidad como dimensión a través de la que el Estado dispone de las estructuras preexistentes para la ejecución de sus políticas, las cuales no han podido ser sustituidas, lo que ha sido un obstáculo en la construcción de un sistema de salud unificado.³⁰

Respecto al diseño de políticas públicas, Gómez-Dantés y Frenk exponen la necesidad de considerar supuestos éticos que contribuyan a su aceptabilidad y logro de objetivos. En ese sentido, apuntan sobre la problemática de establecer prioridades con justicia, para lo que se han empleado diversas teorías y metodologías,³¹ a pesar de que apuntan que no existe un consenso sobre los principios para el logro de la distribución justa, lo que representa un problema de justicia social, que tiene implicaciones de equidad y transparencia de los procesos de toma de decisiones y asignación de recursos.³²

A partir del vínculo entre las garantías institucionales con los derechos fundamentales, el Sistema de Salud en México integra y organiza las instituciones a través de las que se garantiza el derecho a la salud, como responsable de satisfacer las necesidades en salud de la población; en ese sentido, tiene como exigencias la democratización y la seguridad jurídica, de acuerdo con la concepción del Estado de derecho en la que se enmarca. El marco del sistema de protección en salud es la vía institucional para garantizar el derecho a la salud por parte del Estado, lo que justifica su función como ente regulador para el financiamiento y la organización de la prestación de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención.

³⁰ Laurell, A. C., “La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política”, *Cadernos de Saúde Pública*, 2017, 33, supl. 2, pp. 1-4, disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001400301&script=sci_arttext&tlng=es; Laurell, A. C., y Giovannella, L., “Health Policies and Systems in Latin America”, in *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, 2018, disponible en: <https://oxfordre.com/publichealth/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-60>.

³¹ La teoría utilitarista se ha aplicado ampliamente con el fin de identificar la alternativa de intervención que “mejore la suma total del bienestar” de la población, en Gómez-Dantés, O. y Frenk, J., “Ethics and Public Health...”, *cit.*, p. 190. En salud, a pesar de que se han desarrollado diversas metodologías para medir el bienestar como índices de estados de salud o carga de la enfermedad; y se han aplicado técnicas económicas para la priorización de las acciones, para la estimación de los costos y los beneficios para la salud de las diferentes alternativas (costo-efectividad y el costo-beneficio); sin embargo, no han sido suficientes para la medición del bienestar, debido a que no contemplan las variaciones individuales en las preferencias, que pueden ser determinadas por diversos tipos de factores, en Gómez-Dantés, O. y Frenk, J., “Ethics and Public Health...”, *cit.*, p. 190.

³² Gómez-Dantés, O. y Frenk, J., “Ethics and Public Health...”, *cit.*, pp. 189-194.

Según Reyes-Morales *et al.*, la iniciativa de la última reforma a la LGS es limitada respecto al sustento conceptual y contextual, para garantizar el derecho a la atención de la salud y la equidad en el acceso, debido al limitado desarrollo de aspectos importantes de la iniciativa: estructura y organización del sistema de salud, función rectora, tipos y formas de financiamiento, así como lo relacionado con los costos y el impacto presupuestal asociados a la implementación de esta reforma, para lo que recomiendan su enriquecimiento a través foros con la participación de los proponentes y diversos actores, como los tomadores de decisiones, la comunidad científica y la sociedad, con el fin de implementar políticas públicas en salud basadas en la evidencia.³³

El sistema de salud ha pasado tres modificaciones; a través del proceso de descentralización se estableció la concurrencia entre la federación y las entidades federativas, lo que continúa siendo la base de la última reforma a la LGS, ya que aún corresponde a los estados la provisión de servicios, principalmente del primer y segundo nivel de atención, mientras que a la federación, la definición del modelo de atención y el financiamiento.

El cambio estructural del sistema de salud resultado de la última reforma a la LGS implicó la modificación de las disposiciones reglamentarias para la operación del INSABI, lo que correspondía al Ejecutivo Federal, de conformidad con el artículo segundo transitorio del decreto; sin embargo, el retraso en su emisión, así como en la falta de actualización del Reglamento Interno de la Secretaría de Salud a la fecha de este análisis, no se cuenta con el marco legal para la garantía institucional de la protección a la salud, en los siguientes aspectos:

1. *Armonización de marcos legales*

A partir de la entrada en vigor del decreto, las entidades federativas contaban con un plazo de 180 días naturales para la armonización de sus respectivos marcos legales vigentes en la materia; en ese sentido, el retraso de la emisión de las Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar se tradujo en no contar oportunamente con el marco legal al cual alinearse, principalmente en lo relacionado con la asignación de recursos y, por lo tanto, operación.

³³ Reyes-Morales, H.; Dreser-Mansilla, A.; Arredondo-López, A.; Bautista-Arredondo, S. y Ávila-Burgos, L., “Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019”, *Salud Pública de México*, 2020, 61, pp. 686-688, disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2019.v61n5/685-691/es/>.

Modelo nacional de los acuerdos de coordinación. A pesar de que se cuenta con un modelo nacional, no se modificaron sustancialmente los acuerdos de coordinación formalizados con las entidades federativas en relación con los que se celebraban en la pasada APE.

2. Modelo de atención y operación

El Modelo SABI considera otorgar servicios de salud gratuitos en el primer nivel de atención a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS); asimismo, considera la gratuidad en el tercer nivel de atención, financiada por el Fondo de Salud para el Bienestar; sin embargo, contempla que se otorgue con base en las intervenciones que provocan gastos catastróficos;³⁴ esto, es una contradicción con la política de cobertura universal sin catálogos que la limiten. Respecto al primer y segundo nivel de atención, a pesar de la emisión del Modelo SABI continúa la falta de definición sobre la implementación de las RISS, lo que afecta la operación de los servicios de salud dadas las limitaciones de recursos (humanos, materiales y financieros). Lo anterior, sitúa en indefensión y opacidad a las instituciones del tercer nivel de atención y a las entidades federativas que otorgan los servicios de salud.

Cobertura de las denominadas enfermedades catastróficas atendidas en el tercer nivel de atención (atención de alta especialidad), anteriormente, a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular, debido a que el Modelo SABI considera la gratuidad de la atención en todos los niveles, contempla su financiamiento a través del Fondo de Salud para el Bienestar; sin embargo, continúa vigente el listado de enfermedades que son consideradas como catastróficas, así como la normatividad relacionada con el cobro de cuotas de recuperación en las instituciones del tercer nivel de atención, por un lado, lo que es una indefinición para el financiamiento y oferta de dicha atención.

En este contexto, con la creación del sistema de salud para el bienestar, en sustitución de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mediante la última reforma a la LGS, implicaría una importante modificación estructural del sistema de salud, así como de sus fuentes de financiamiento; sin embargo, al no modificarse de forma sustancial la organización del sistema de

³⁴ Subsecretaría de Innovación y Calidad, “Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). Documento de Arranque”, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Secretaría de Salud, 2015, p. 62, disponible en: <https://www.saludtamaulipas.net/descargas/Modelo%20Atencion%20Integral.pdf>; LGS, 2020, artículo 77 bis 29.

salud, se podría inferir que se limita a un cambio nominativo influenciado por el momento político, más que por la necesidad de transformación del sistema de salud como garantía institucional del derecho a la salud hacia la cobertura universal independientemente del estatus laboral o del tipo de ciudadanía.

La última reforma a la LGS conserva los valores de universalidad y gratuidad; se sustenta en servicios de salud gratuitos en el primero y segundo nivel de atención para personas sin seguridad social; garantía de medicamentos y otros insumos para la salud, y financiamiento suficiente, lo que implica tanto el fortalecimiento de la función rectora como del primer nivel de atención en todos los ámbitos de gobierno como la principal estrategia para su logro; sin embargo, prevalece la fragmentación del Sistema de Salud como su principal característica estructural, que obstaculiza garantizar el acceso universal a toda la población de acuerdo con sus necesidades de salud, independientemente de sus condiciones socioeconómicas, lo que será un obstáculo para el logro de los objetivos relativos a la protección del derecho a la salud, a través de una cobertura universal.

Lo anterior conlleva a una duplicidad de funciones, con consecuencias importantes; un ejemplo de ello es la existencia de instituciones que ofrecen servicios de segundo y tercer nivel a cargo de la federación, así como bajo la responsabilidad de las entidades federativas, con lo que se continúa con la generación de desigualdades originadas también por inequidad en la distribución y asignación del financiamiento, ya que las instituciones de control directo de la federación podrían contar con mayores recursos al priorizarse o facilitárseles los recursos presupuestales sobre las estatales.

Por otro lado, la prevalencia del sistema de salud fragmentado continuará siendo el principal factor para la reproducción de desigualdades, que afectará principalmente a la población de ingresos más bajos, situándolas en una mayor situación de vulnerabilidad.³⁵

A continuación, se presentan los principales componentes de la protección al derecho a la salud modificados mediante la última reforma a la LGS: medicamentos, servicios de salud, protección social en salud, modelo de atención y universalidad y gratuidad de servicios de salud, medicamentos y demás insumos:

³⁵ Bernales-Baksai, P. y Velázquez-Leyer, R., “In Search of the «Authentic» Universalism in Latin American Healthcare: A comparison of Policy Architectures and Outputs in Chile and Mexico”, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 2020, pp. 1-21, disponible en: <https://doi.org/10.1080/13876988.2021.1908828>.

3. Medicamentos

En lo que respecta a medicamentos, la integración del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS) en sustitución del Cuadro Básico de Insumos y el Catálogo de Insumos, implica la fusión del cuadro básico y catálogo de medicamentos, catálogo de material de curación, catálogo de auxiliares de diagnóstico, catálogo de instrumental y equipo médico, catálogo de homeopáticos y catálogo de herbolarios, instrumentos con los que se contaba desde administraciones anteriores, implementados para garantizar su disponibilidad en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, con lo que no se observa una modificación sustancial en sus objetivos.³⁶

La implementación del CNIS no otorga por sí sola la capacidad institucional en todos los niveles de atención para garantizar el abasto y la distribución gratuita de los medicamentos ni para la distribución y ministración de dosis unitarias de medicamentos en los servicios. Durante el desarrollo de este trabajo, a casi dos años y medio del inicio de la presente APF, no se encontraron políticas, procedimientos o estrategias relacionados con la garantía del abasto de medicamento a pesar de que en la segunda sesión ordinaria del GGS se señala que el CNIS se enmarca en la “nueva Política de Medicamentos que dará prioridad a las necesidades epidemiológicas”, para lo que se prevé la adquisición consolidada de las principales claves (912 claves), bajo la responsabilidad de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), para lo que fue facultada mediante modificación a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal 2018.³⁷

Con esta medida, la Oficialía Mayor de la SHCP es la responsable de realizar el mecanismo de compra consolidada de medicamentos, a requerimiento de los hospitales o instituciones del sector público de salud, con el fin de generar ahorros, al obtener mejores precios y eliminar la corrupción, así como

³⁶ El CNIS propuesto en la reforma de los artículos 17, fracción V; artículo 28 y 28 bis; artículo 29; artículo 77 bis 1; y artículo 222 bis de la LGS (2020), es publicado el de noviembre de 2019, para su entrada en vigor el 1 de enero de 2020.

³⁷ *Compendio Nacional de Insumos para la Salud*, “Análisis de las claves consideradas” (s. f.). Código F, 2019, disponible en: <https://codigof.mx/compendio-nacional-de-insumos-para-la-salud-analisis-de-las-claves-consideradas/>. Consejo de Salubridad General, “Compendio Nacional de Insumos para la Salud”, Secretaría de Salud, 2021, disponible en: <http://www.csg.gob.mx/Compendio/CNIS/cnis.html>. Consejo de Salubridad General, “Primera Actualización de la Edición 2021 del Libro de Material de Curación del Compendio Nacional de Insumos para la Salud”, *Diario Oficial de la Federación*, 27 abril 2021, disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5616870&fecha=27/04/2021.

garantizar su abasto oportuno.³⁸ Lo anterior conlleva una superposición de instituciones en sus atribuciones, debido a que los órganos desconcentrados y descentralizados del sector salud cuentan con la facultad para realizar sus propias adquisiciones; en ese marco, centralizar las compras en la SCHP se traduce en procedimientos más complejos, que impactarán en la oportunidad y logística en la adquisición y distribución de medicamentos. Por otro lado, el abasto y distribución de los medicamentos entre las instituciones integrantes del sector salud continuará siendo inequitativo, ya que dependerá de sus recursos financieros, más que por las necesidades de salud de la población a atender.

4. *Servicios de salud*

En lo que respecta a los servicios básicos de salud que debe considerar la garantía del derecho a la protección de la salud, se conserva el concepto de atención médica integral y se adiciona contemplar los determinantes sociales de la población, así como dar preferencia a la población vulnerable; se incorpora además la garantía de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a la población sin seguridad social.

Lo anterior, significa un avance en concordancia con las nuevas recomendaciones de Alma-Ata; no obstante, el reto de la cobertura universal continúa pendiente, al prevalecer los problemas estructurales del sistema de salud, debido a que la fragmentación es aún la principal característica que influye en el acceso a los servicios de salud, dependiente de la condición laboral y socioeconómica, y no de la necesidad de salud de la población, con lo que se trata de una reforma nominativa y no sustancial que transforme el sistema de salud.

En ese sentido, en los servicios de atención públicos prevalecen los valores de universalidad y gratuidad, y se elimina el de igualdad; la gratuidad se amplía al considerar la cobertura de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a la atención de la población sin seguridad social; sin embargo, a pesar de que se define el financiamiento público como la principal fuente, no es claro en lo relacionado con la asignación de recursos adicionales en sustitución de las cuotas captadas por el Seguro Popular anteriormente.

³⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social, “Comunicado 87, con relación al proceso de compras consolidadas de medicamentos en el país”, IMSS, 2020, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202002/087>.

La dimensión positiva de la progresividad implica la ampliación gradual de la protección del derecho a la salud; en ese sentido, la última reforma establece que se “garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud” y el “escalonamiento de los servicios para lograr progresivamente la universalización del acceso a servicios de salud integrales”;³⁹ por otro lado, se prevé la extensión de la atención integral de la población que se encuentra en el país que no cuenta con seguridad social. Lo anterior, otorga al Estado la responsabilidad de su desarrollo escalonado a pesar de las limitaciones presupuestales; en ese sentido, la progresividad se presenta como uno de los principales retos, ya que el empleo del término “progresividad” en la rendición de cuentas podría convertirse en la justificación de su diferimiento y no cumplimiento, dada su dependencia con los recursos humanos, financieros y de infraestructura disponibles, así como del contexto político, social y económico del momento.

5. Protección social en salud

En la garantía del derecho a la protección de la salud y la universalización de los servicios de salud se identifican como principales obstáculos: los recursos financieros, el modelo de salud fragmentado, y las desigualdades sociales; la reorientación del modelo de atención basado en la atención primaria, y el aumento a la participación comunitaria, son las principales estrategias para su superación desde los años ochenta, lo que implica la redefinición progresiva de los modelos de atención.

En ese sentido, la reforma propuesta por la APF 2019-2024 coincide con las previas (1983 y 2003) en lo relativo al valor de la universalidad y el modelo de atención basado en la APS. En este marco, dado el vínculo entre la APS, la cobertura universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se obliga al Estado a la revisión, actualización y homologación del marco legislativo (normas, reglamentos, estrategias, guías técnicas). Derivado de lo anterior, la incorporación en la agenda política de salud como prioridad de la APS como base del modelo de atención propuesto otorga al Estado la obligación de dirigir los recursos adecuados y oportunos para darle factibilidad institucional para la protección del derecho a la salud.

Con la última reforma a la LGS, la búsqueda para la generación de condiciones para otorgar la protección del derecho a la salud de manera justa y

³⁹ LGS, 2020, artículos 28 y 29.

equitativa dado su origen de derecho social, es aún un reto, ya que la protección del derecho a la salud continúa subordinada a su característica programática; en ese contexto, la acción del Estado (ejercida a través de la Secretaría de Salud Federal, delegada en el Insabi) depende del concurso de los diferentes niveles de gobierno con diferente grado de competencia y responsabilidad, así como de instituciones, principalmente en el segundo y tercer nivel de atención; para lo que cobra mayor importancia la responsabilidad compartida mediante la definición o redefinición de la distribución de competencias, aunado a la búsqueda de mecanismos equitativos, eficientes y transparentes en la asignación de los recursos presupuestales, y en la generación de condiciones para la garantía de la protección del derecho a la salud de manera justa y equitativa dado su origen de derecho social.

6. Modelo de atención

Mediante la implementación del Modelo SABI a cargo del Insabi, se pretende garantizar el derecho a la salud establecido en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; sitúa la salud como prioridad en la agenda política. Este Modelo es de aplicación nacional, con la participación de las entidades federativas a través de los acuerdos de coordinación; se sustenta en la gratuidad de los servicios de salud, así como en la efectividad y la calidad de la atención; contempla fortalecer a la APS como estrategia para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de la población mexicana a lo largo del ciclo de vida; en ese sentido, no se dirige a un conjunto de enfermedades, sino que se orienta hacia la atención integral, que incluye la promoción y prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.⁴⁰

A pesar de estar claramente definido que el modelo de atención corresponde a la federación, en este caso delegado en el Insabi, parece un acierto la intención de fortalecer e impulsar las RISS sustentadas en recomendaciones internacionales relativas a la APS, así como la necesidad de implementar nuevos esquemas de coordinación; sin embargo, en la definición e implementación de acciones debería buscarse la concertación con las entidades federativas

⁴⁰ Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), “Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la atención primaria de salud”, Secretaría de Salud, 2a. ed., 2020, pp. 33-66 y 93-103, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf.

coordinadas, en la búsqueda de acciones y estrategias más efectivas, dada su amplia experiencia en la provisión de los servicios, y en el conocimiento de las características y necesidades de salud de su población objetivo, así como incentivar la participación social y de actores claves.

El objetivo de esta propuesta se basa en la implementación del modelo de atención basado en la APS, sin limitarse a una lista de intervenciones, como las establecidas anteriormente por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) para otorgar acceso a servicios médicos de alta especialidad, y el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI),⁴¹ lo que conlleva un gran reto, dada la estructura del sistema y las limitaciones de recursos tanto humanos como financieros y de infraestructura.

Por otro lado, cabe mencionar que el Modelo SABI no representa una innovación respecto a sus valores y objetivos; no obstante, lo que podría ser su contribución es la transformación del sistema de salud para la garantía institucional del derecho a la salud como bien social, lo cual es también el principal reto.

Universalidad y gratuidad de servicios de salud, medicamentos y demás insumos. Gómez-Dantés y Frenk señalaron que la atención de la salud como derecho social requiere de la definición de intervenciones en salud que puedan ser otorgadas y exigibles por los residentes del país independientemente de su ciudadanía, condición socioeconómica o laboral; esto implica una reestructura organizativa, pero también la redefinición de los mecanismos financieros para garantizar la universalidad de los servicios de salud.⁴² Lo anterior es coincidente con Uribe-Gómez y Abrantes-Pêgo, quienes apuntaron que para poder garantizar la equidad y eficiente la asignación de los recursos se requiere de una modificación estructural.⁴³

De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU, referido por López, el derecho a la salud es complejo e inclusivo, dado que depende tanto de los determinantes sociales de la salud

⁴¹ Secretaría de Salud, “Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)”, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019, disponible en: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2019_Publicación.pdf.

⁴² Gómez-Dantés, O., y Frenk, J., “Ethics and Public Health...”, *cit.*, pp. 191-193.

⁴³ Uribe-Gómez, M. y Abrantes-Pêgo, R., “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?”, *Perf. latinoam.[online]*, 2013, vol. 21, núm. 42, pp. 136, 156 y 157. ISSN 0188-7653, disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-76532013000200006&script=sci_abstract.

como de otros derechos fundamentales (derecho a la vida, a la alimentación, a la vivienda, a la educación, entre otros).⁴⁴

En ese sentido, el derecho a la protección a la salud es la vía para positivizar el derecho a la salud, a través de la que se responsabiliza al Estado para su garantía; mediante el sistema de protección a la salud se otorga contenido al derecho a la salud, traducido en favorecer el acceso a la atención oportuna y adecuada con la necesidad de salud, para lo que se requieren condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; sin embargo, se debe considerar la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud, ya que al eliminar las cuotas de afiliación del Seguro Popular, la totalidad del financiamiento corresponderá al Estado, para lo que también es necesaria la definición de la participación de la federación y de las entidades federativas.

Cabe mencionar que la gratuidad de los servicios no es un concepto innovador, ya que la propia LGS en el artículo 36 ha considerado la exención del pago de la población en condición de pobreza por la prestación de servicios de salud;⁴⁵ asimismo, prevé la recaudación de cuotas de recuperación en función del “costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario”.

Lo anterior evidencia la falta de un análisis integral y profundo de la normatividad relativa aplicable al costo de los servicios de salud mediante la facultad del cobro de cuotas de recuperación, mediante la última reforma a la LGS; en ese marco, a la fecha del desarrollo del presente análisis no se encontró modificada la normatividad secundaria relativa a la gratuidad de los servicios de salud, por lo que continúan vigentes los catálogos de recuperación de cuotas autorizados por la SHCP en algunas instituciones del sector salud, como los institutos nacionales de salud.

VI. CONCLUSIONES

El derecho a la salud es un derecho complejo e inclusivo que depende tanto de los determinantes sociales de la salud como de otros derechos fundamentales (derecho a la vida, a la alimentación, a la vivienda, a la educación, entre otros). En ese sentido, el derecho a la protección a la salud es un intento por positivizar el derecho a la salud, debido a que responsabiliza al Estado para su garantía; mediante el sistema de protección a la salud se otorga contenido al

⁴⁴ López, S., *et al.*, “El sistema integral...”, *cit.*, p. 119.

⁴⁵ El artículo 36 de la Ley General de Salud no fue modificado en la última reforma.

derecho a la salud, traducido en favorecer el acceso a la atención oportuna y adecuada con la necesidad de salud, para lo que se requieren condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

En lo que respecta a los servicios básicos de salud que debe considerar la garantía del derecho a la protección de la salud, se conserva el concepto de atención médica integral y se adiciona contemplar los determinantes sociales de la población, así como dar preferencia a población vulnerable en concordancia con las nuevas recomendaciones de Alma-Ata.

En ese sentido, la última reforma a la LGS parece un avance en la superación de la protección del derecho a la salud basado en la protección financiera, así como la protección acotada a una serie de intervenciones predefinidas; sin embargo, la modificación a la legislación no se traduce automáticamente en otorgar sustentabilidad al sistema; lo anterior, debido a que podría resultar en una saturación de los servicios de salud estatales, así como de las instituciones del segundo y tercer nivel de atención, las cuales, al no fortalecerse su capacidad institucional, podrían detonar su exigibilidad ante otro tipo de instancias. Por otro lado, al ofrecerse la atención a toda la población residentes en el país, no se verificará su afiliación a las instituciones de seguridad social, lo que también impactará en el aumento de la demanda de servicios dirigidos a la población no derechohabiente de otras instituciones, con lo que prevalecerá la duplicidad de coberturas.

Lo anterior implica el fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional de los servicios estatales, lo que requiere de la mejora de la infraestructura, recursos humanos (en calidad y cantidad), y la disponibilidad presupuestal; sin embargo, con la eliminación de las cuotas de afiliación se contará con menores recursos para este fin, con lo que no resulta clara la fuente de financiamiento público que implica esta reforma para su cumplimiento y sustentabilidad.

A través del análisis del marco legal vigente se encontró que no obstante que lo correspondiente a la conducción de la política pública en salud y la función de regulación del Sistema Nacional de Salud corresponde a la Secretaría de Salud y otorga facultades al Insabi para instrumentar y monitorear las acciones hacia las entidades federativas a través de convenios de colaboración, así como asignar y controlar presupuesto para la operación de los servicios de salud estatales, prevalece la fragmentación del Sistema de Salud como la principal característica estructural que obstaculiza la garantía de la protección al derecho a la salud, con lo que subsisten sus principales problemáticas: he-

terogeneidad en la capacidad y calidad de los servicios de salud entre las distintas instituciones y niveles de gobierno; inequidad y falta de transparencia en el financiamiento; duplicidad de coberturas, con lo que se infiere se verá debilitada la capacidad institucional para atender una creciente demanda de servicios de salud.

En este contexto, a pesar de ser una prioridad en la agenda gubernamental la garantía de la protección al derecho a la salud, se observa que la última reforma no transforma de manera sustancial la estructura al sistema de salud, con lo que subsisten los principales retos, que se traducirán en el aumento de desigualdades, lo que impactará principalmente a la población en condiciones de pobreza. En ese sentido, la investigación social sugiere que las políticas enfocadas en la reducción de la pobreza son claves en el proceso de mejora de los resultados en salud y en el desarrollo económico; sin embargo, también debe considerarse lo propuesto en la Declaración de Alma-Ata, sobre fortalecer la atención primaria de la salud, con el fin de resolver el mayor porcentaje de los problemas de salud con el menor costo, con una atención más enfocada al individuo y a la comunidad. Esto resulta importante en el momento de diseñar e implementar políticas públicas, con el fin de enfocar los recursos hacia acciones con las que podrían disminuirse las desigualdades en el acceso a la salud y, por lo tanto, en los resultados en las condiciones de salud.

Limitaciones del estudio

Este trabajo se limitó al análisis de la LGS como marco legal vigente; no se contempló el estudio de la legislación secundaria como parte del marco jurídico, debido a que al momento de revisión no se encuentra completo; en ese contexto, a la fecha de este análisis no se encuentra actualizado el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud; asimismo, no se encontró actualizado el Reglamento Interno del Insabi, por lo que no fue posible analizar si éste otorga las atribuciones necesarias, su congruencia con otros marcos jurídicos, o si considera mecanismos de control o monitoreo. Por otro lado, este trabajo no contempló su interrelación con otras leyes para identificar una posible sobrerregulación y superposición de leyes; lo anterior, debido a las limitaciones del tiempo con el que se cuenta para el desarrollo de este proyecto, lo que puede ser un tema para abordar en investigaciones futuras.

VII. FUENTES CONSULTADAS

- CÁMARA DE DIPUTADOS, “Informes Presidenciales-Ernesto Zedillo Ponce de León”, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2006.
- CÁMARA DE DIPUTADOS, “Informes Presidenciales-Vicente Fox Quesada”, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2006.
- CÁMARA DE DIPUTADOS, “Informes Presidenciales-Miguel de la Madrid Hurtado”, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, 2012.
- COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS, “Informe Anual del director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Atención primaria de salud: ha llegado el momento”, CD56/3, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud-Oficina para regional para las Américas, agosto 2018, disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=46226-cd56-3-s-informe-director&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&Itemid=270&lang=es.
- Compendio Nacional de Insumos para la Salud, “Análisis de las claves consideradas” (s. f.), Código F, 2019, disponible en: <https://codigof.mx/compendio-nacional-de-insumos-para-la-salud-analisis-de-las-claves-consideradas/>.
- 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 núm. 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 (Coneval), “Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI”, Coneval, 2018, disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf.
- CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, “Compendio Nacional de Insumos para la Salud”, Secretaría de Salud, 2021, disponible en: <http://www.csg.gob.mx/Compendio/CNIS/cnis.html>.
- CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, “Primera Actualización de la Edición 2021 del Libro de Material de Curación del Compendio Nacional de In-

- sumos para la Salud”, *Diario Oficial de la Federación*, 27 de abril de 2021, disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5616870&fecha=27/04/2021, consultado el 30 de abril de 2021.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4o., disponible en: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos>.
- “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”, *Diario Oficial de la Federación*, 29 de noviembre de 2019, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lins/LINS_ref10_29nov19.pdf.
- Ejecutivo, C, “Evaluación: actualización y proyecto de plan de trabajo para 2020-2021 (núm. EB146/38 Add.1)”, Organización Mundial de la Salud. 2019, disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_38Add1-sp.pdf.
- FRENK, J., *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, Fondo de Cultura Económica, 2016.
- GARFIAS, M. E. L., *El derecho a la salud en México: problemas de su fundamentación*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, disponible en: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf.
- GÓMEZ-DANTÉS, O. y FRENK, J., “Ethics and Public Health: definition of priorities in the Mexican Health Reform”, *Acta Bioeth*, 2020, 26(2), disponible en: <https://revistahistoriaindigena.uchile.cl/index.php/AB/article/view/59888>.
- HERNÁNDEZ, M. P., *De la progresividad de los derechos humanos en la hermenéutica de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en Cómo ha entendido la SCJN lo derecho en la historia y hoy en día*, SCJN, 2018, disponible en: <http://sistemabibliotecario.scjn.gob.mx/sisbib/2018/000292972/000292972.pdf>.
- INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR (Insabi), *Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud*, 2a. ed., Secretaría de Salud, 2020, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, “Comunicado 87, en relación con el proceso de compras consolidadas de medicamentos en el país”, IMSS, 2020, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202002/087>.

- KNAUL, F. M. *et al.*, “Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México”, *Salud pública de México*, 2013, 55, disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55n2/v55n2a13.pdf.
- LAURELL, A. C., “La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política”, *Cadernos de Saúde Pública*, 2017, 33, supl. 2, disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001400301&script=sci_arttext&tlng=es.
- LAURELL, A. C. y GIOVANELLA, L. “Health Policies and Systems in Latin America”, *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, 2018, disponible en: <https://oxfordre.com/publichealth/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-60>.
- Ley General de Salud, última reforma publicada, *Diario Oficial de la Federación*, 4 de diciembre de 2020, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/mov/Ley_General_de_Salud.pdf.
- LÓPEZ, S. *et al.*, *El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica*, Instituto Nacional de Salud Pública, 2014, disponible en: https://www.academia.edu/10800936/El_Sistema_Integral_de_Calidad_y_derecho_a_la_salud_en_México.
- MAYER-SERRA, C. E., “El derecho a la protección de la salud”, *Salud pública de México*, 2007, 49, disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v49n2/a10v49n2.pdf.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2009, disponible en: <https://www.who.int/wbr/2008/es/>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Informe sobre la Salud en el Mundo: La financiación dos sistemas de salud-El Camino Hacia la Cobertura Universal”, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010, resumen, capítulos 1 y 5 disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), “Perfil del sistema de servicios de salud”, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud-División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, México, 1998.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, Informe de la Comi-

- sión de Alto Nivel, edición revisada, OPS, 2019, DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275320778>, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2020, disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), “Biblioteca Virtual. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)”, 2020, disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 19 de enero de 2004, última reforma: DOF, 7 de febrero de 2018, disponible en: http://dgrh.salud.gob.mx/Normatividad/Reglamento_Interno_Secretaria_Salud-DOF_%207-02-2018.pdf.
- REYES-MORALES, H., DRESER-MANSILLA, A., ARREDONDO-LÓPEZ, A., BAUTISTA-ARREDONDO, S., y ÁVILA-BURGOS, L, “Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019”, *Salud pública de México*, 2020, 61, disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2019.v61n5/685-691/es/>.
- ROVERE, M., “La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora”, *Saúde em Debate*, 2018, 42, disponible en: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/315-327/>.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, *Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social (1978-1982)*, México, Subsecretaría de Planeación, 1979.
- SECRETARÍA DE SALUD, “Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000”, 1996.
- SECRETARÍA DE SALUD, “Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura”, *Diario Oficial de la Federación*, 23 de abril de 1999.
- SECRETARÍA DE SALUD, “Memoria Documental. Aportes Normativos en el Ejercicio del Derecho de la Salud 2001-2006”, México, 2007.
- SECRETARÍA DE SALUD, “Salud México 2006. Información para la rendición de cuentas. México”, 2007.
- SECRETARÍA DE SALUD, “Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)”, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019, disponible

en: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2019_Publicación.pdf.

SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD, “Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). Documento de Arranque”, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Secretaría de Salud, 2015, disponible en: <https://www.saludtamaulipas.net/descargas/Modelo%20Atencion%20Integral.pdf>.

URIBE-GOMEZ, M. y ABRANTES-PEGO, R., “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?”, *Perf. latinoam [online]*, 2013, vol. 21, núm. 42, ISSN 0188-7653, disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-76532013000200006&script=sci_abstract.