

La atención primaria como eje del sistema nacional de salud

Hortensia Reyes-Morales, M en CM, D en C,⁽¹⁾ María del Carmen García-Peña, M en CM, D en Pol de Salud,⁽²⁾
Eduardo Lazcano-Ponce, M en CM, D en C.⁽³⁾

Reyes-Morales H, García-Peña MC, Lazcano-Ponce E.
La atención primaria como eje del sistema nacional de salud.
Salud Publica Mex. 2024;66:631-636.
<https://doi.org/10.21149/15744>

Reyes-Morales H, García-Peña MC, Lazcano-Ponce E.
Primary care as the axis of the national health system.
Salud Publica Mex. 2024;66:631-636.
<https://doi.org/10.21149/15744>

Resumen

El sistema de salud mexicano es motivo frecuente de debate y discusión académica y política. En un contexto de inequidad, rezago social, necesidades de salud crecientes y un proceso de envejecimiento acelerado, es indispensable reconsiderar la estructura del sistema de salud en México. El objetivo de este artículo es presentar los conceptos actuales de la atención primaria, algunos elementos del sistema de salud y algunas consideraciones para su implementación. Reino Unido presentó por primera vez el concepto de atención primaria a la salud (APS) en 1920. Desde entonces, diversos reportes internacionales han colocado el tema como prioritario. La Conferencia Mundial sobre APS de 2018 renueva el compromiso político, enfatiza el papel central de la APS en todo el mundo y ubica a la APS como el nivel del sistema de salud que coordina la respuesta de todos los niveles de atención. En ese sentido, la salud pública, con su enfoque poblacional, se enlaza en diferentes dimensiones con la atención primaria en su enfoque individual, las cuales no deberían ser vistas como estrategias contradictorias sino complementarias. El sistema de salud en México inicia una nueva reformulación de estrategias para alcanzar la tan ansiada universalidad. Es indispensable que los dilemas que se enfrentan para lograrlo se resuelvan para conseguir una reorientación hacia la atención primaria a la salud como la más importante perspectiva para lograr el mayor nivel de salud posible de toda la población.

Palabras clave: atención primaria de salud; cobertura universal; equidad en salud; acceso efectivo

Abstract

The Mexican health system is a frequent source of academic and political debate and discussion. In the context of inequality, social backwardness, growing health needs, and an accelerated aging process, it is essential to reconsider the structure of the health system in Mexico. This article aims to present the current concepts of primary care, some elements of the health system, and some considerations for its implementation. The United Kingdom first presented the concept of primary health care (PHC) in 1920. Since then, various international reports have prioritized the topic. The 2018 World Conference on PHC renews political commitment, emphasizes the central role of PHC around the world, and positions PHC as the level of the health system that coordinates the response of all levels of care. In that sense, at a population level, public health is linked in different dimensions with primary care in its individual focus and they should not be seen as contradictory but complementary strategies. The health system in Mexico is beginning a new reformulation of strategies to achieve the long-awaited universality; it is essential that the dilemmas faced in this endeavor are resolved to reach a reorientation towards primary health care as the essential perspective to achieve the most significant possible level of health of the entire population.

Keywords: primary health care; universal coverage; health equity; effective access

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Dirección General, Instituto Nacional de Geriátría. Ciudad de México, México.

(3) Dirección General, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 6 de marzo de 2024 • **Fecha de aceptado:** 3 de junio de 2024 • **Publicado en línea:** 17 de septiembre de 2024

Autor de correspondencia: Dr. Eduardo Lazcano Ponce. Dirección General, Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100, Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: elazcano@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

El sistema de salud mexicano es motivo frecuente de debate y discusión académica y política. Las razones de este permanente análisis son diversas, pero es probable que, entre otros motivos, se deba a que el tema de la salud es esencialmente político. No es posible pensar en el desarrollo equilibrado de un país si éste no cuenta con ciudadanos sanos.

Pero el tema de salud es de la mayor relevancia no sólo para México sino a escala global, como consecuencia de necesidades de salud crecientes que se reflejan en la persistencia de enfermedades prevenibles derivadas del rezago social, la sindemia constituida por la combinación de enfermedades crónicas, y el ineludible proceso de envejecimiento de la población. Para responder a estas necesidades, los sistemas de salud cuentan con el avance en tecnología médica como aliado, aunque éste genera presiones para ajustar los presupuestos, mejorar la eficiencia y resolver el balance siempre frágil con efectividad y equidad.

En este contexto, resulta indispensable reconsiderar la estructura vigente en el sistema de salud tradicional, que privilegia el modelo médico hospitalario curativo, para establecer un modelo de servicios de salud que ofrezca una respuesta integradora, oportuna y adecuada al contexto de las personas, ante sus necesidades de salud y a lo largo de su curso de vida. Diversos organismos internacionales han enfatizado la importancia de la atención primaria a la salud (APS) y los beneficios para la salud de un sistema basado en este modelo de atención.¹

Desde esta perspectiva, la APS se ubica como un modelo central en el que el resto del sistema se sustenta y tiene una connotación transversal. Este artículo presenta los conceptos actuales de la APS como marco para un breve análisis de la situación en México y algunas consideraciones para su implementación como eje fundamental del sistema nacional de salud.

La APS y su evolución conceptual

El concepto de APS se acuñó por vez primera en el Reporte Dawson en el Reino Unido en 1920, el cual estableció la creación de “centros de atención primaria a la salud” para regionalizar los servicios en ese país.² Fue hasta medio siglo después que el Instituto de Medicina (IOM) en los Estados Unidos definió la atención primaria como “la provisión de servicios integrados y accesibles por clínicos quienes son responsables de dar respuesta a la gran mayoría de necesidades de salud personales, desarrollando una colaboración sostenida con pacientes durante su práctica en el contexto de la familia y la comunidad”.³ Sin embargo, fue la Declaración de Alma-Ata, que en 1978 surgió como un hito importante del siglo XX, en la que se identificó a la APS como la clave para alcanzar el objetivo de salud para todos, y determinó que este modelo de referencia debía ser parte de un sistema nacional de salud completo y coordinado. En esta emblemática conferencia se estableció el concepto de la APS como la “atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un costo que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación”.⁴ A lo largo del tiempo y con este enfoque de integración, se han creado y fortalecido sistemas de salud con cobertura universal; ejemplos de ello son el caso de China,⁵ donde 1 500 millones de personas son cubiertas por un seguro nacional de salud, y el sistema universal de salud en Alemania,⁶ el cual es gratuito, integrado y con cobertura colectiva, por citar sólo dos casos paradigmáticos.

En 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refinó el concepto para establecer un enfoque a nivel de

ASPECTOS DESTACADOS

- La APS representa el modelo central en todo sistema de salud y tiene una connotación transversal.
- La atención primaria debe ser el eje que coordine la respuesta en salud en todos los niveles.
- Como primer contacto de acceso al sistema de salud, la atención primaria promueve la atención integrada, continua y coordinada centrada en la persona.
- La salud pública, con su enfoque poblacional, se enlaza en diferentes dimensiones con la atención primaria en su enfoque individual, para dar respuesta integral a las necesidades de salud de la población.
- El fortalecimiento del sistema de salud de México, orientado hacia el acceso universal y la protección social en salud, exige un modelo de atención primaria para el logro de la efectividad en la atención.

los servicios, con cuatro elementos principales de la APS: 1) primer contacto de acceso para cada nueva necesidad de salud; 2) atención de largo plazo enfocada a la persona (no a la enfermedad); 3) atención integrada para la mayoría de las necesidades de salud, y 4) coordinación de la atención para acceso a otros profesionales cuando se requiere.⁷ Con este referente, en los años posteriores se evidenció el impacto del modelo propuesto en la prevención y control de enfermedades y en la reducción de muerte evitable, así como su asociación con una mayor equidad en las poblaciones.⁸ En el Reporte de Salud en el Mundo de 2008, la OMS reconoció la necesidad de ampliar la visión desde la perspectiva de desempeño de la APS en un sistema de salud, con el propósito de que “reflejara una convergencia entre los valores de la APS, las expectativas de los ciudadanos y los retos comunes del desempeño en salud que son transversales en todos los contextos”; para ello, los sistemas de salud deberían incluir cuatro tipos de reformas que comprendieran avances en: 1) cobertura universal, para asegurar la contribución a la equidad en salud; 2) provisión de servicios, reorganizándolos con base en las necesidades y expectativas de la población y centrando el sistema de salud en la persona; 3) políticas públicas, para integrar acciones de salud pública con la APS mediante intervenciones intersectoriales para protección de las comunidades, y 4) liderazgo inclusivo y participativo para dar respuesta a la complejidad actual de los sistemas de salud. En este modelo se ubica a la APS como el componente del sistema de salud que coordina la respuesta integradora de todos los niveles de atención.¹

La Conferencia Mundial sobre APS, celebrada en Astana (Kazajstán) en octubre de 2018, aprobó una nueva declaración que enfatiza el papel fundamental de la APS en todo el mundo. La declaración tuvo como objetivo reorientar los esfuerzos en la APS para garantizar que todas las personas, donde quiera que se encuentren, puedan disfrutar del más alto nivel de salud posible. La nueva declaración ha renovado el compromiso político con la APS por parte de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones profesionales, instituciones académicas y organizaciones mundiales de salud y desarrollo.⁹

Distinción con salud pública. Cómo se integran los abordajes de salud pública y APS

Recientemente, el impacto de la pandemia por Covid-19 en todos los ámbitos de la vida derivó en el análisis de las estrategias que se requiere impulsar para promover sistemas de salud desde el enfoque de la resiliencia. A partir de esta perspectiva, la resiliencia de un sistema

de salud se define como “la capacidad de los actores, instituciones de salud y poblaciones para prepararse y responder efectivamente a crisis, mantener sus funciones y reorganizarse con base en las lecciones aprendidas si las condiciones lo requieren”.¹⁰ Para ello, se considera que un sistema de salud resiliente debe cumplir características para la identificación de riesgos, para ofrecer servicios que respondan a las necesidades y expectativas de la población, para su autorregulación, integración y adaptación a los cambios.¹¹ Lo anterior evidencia la necesaria integración de la APS con la salud pública, lo cual había sido uno de los manifiestos propuestos por la OMS desde 2008 como una de las reformas necesarias en las políticas públicas de los sistemas de salud; desde el marco de las funciones esenciales de la salud pública, ésta se define en términos de intervención colectiva o comunitaria, a diferencia de la atención primaria, la cual se enfoca en individuos e incluye tanto al estado como a la sociedad para proteger y mejorar la salud de la población; en ese sentido se definen las propias funciones esenciales.¹² El amplio debate sobre los límites de la salud pública y la atención primaria ha llevado a adoptar el concepto de servicios integrales de salud, entendido como “acciones poblacionales o individuales, cultural, étnica y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que toman en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios”.¹² Al conciliar ambos conceptos se logra una armonización dirigida a la conformación de sistemas de salud resilientes, bajo un modelo transversal de APS con el propósito de mantener y proteger los logros de la salud pública¹³ y la importancia de integrar en la discusión de la reorganización de los sistemas de salud a las renovadas funciones esenciales de la salud pública, las cuales abarcan desde promoción de la salud y prevención de enfermedad, hasta la búsqueda de evidencia científica en salud pública.

Niveles de atención vs. APS

Por último, en esta revisión es importante mencionar el mal uso indistinto de los conceptos APS y “primer nivel de atención”, lo que hace necesario establecer las diferencias entre ambos. En contraparte del concepto de APS ampliamente revisado en los apartados anteriores, el término “niveles de atención” se refiere al ordenamiento y estratificación de los servicios de salud de acuerdo con su grado de complejidad. Sobre todo, se distingue el primer nivel, el cual se refiere a servicios de baja complejidad generalmente ambulatorios, organizados para resolver la demanda de atención

más frecuente y usualmente prestados, de acuerdo con el tipo de demanda, por personal de salud específico (por ejemplo, actividades de promoción de la salud, prevención o atención curativa). El segundo nivel de atención corresponde a hospitales generales y el tercer nivel, a hospitales de alta especialidad.¹⁴

Situación del sistema de salud de México

El sistema de salud de México está encabezado por la Secretaría de Salud, la cual, desde el Consejo de Salubridad General, funge como órgano rector que dicta las políticas y programas de salud a los dos sectores que lo componen: el público y el privado.

El sector público de salud está integrado por dos subsistemas:

- 1) Aquel que atiende a población cubierta por la seguridad social, desde varias instituciones que otorgan servicios de salud a trabajadores formales y sus familias, además de prestaciones económicas y sociales. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como institución pública de seguridad social, es el principal subsistema de salud en México; en 2021 reportó una cobertura para 71.6 millones de personas.¹⁵ Es una institución con organización y financiamiento tripartito entre empleadores, trabajadores de acuerdo con su salario y fondos gubernamentales, cuyas aportaciones permiten la provisión de los beneficios sin costo adicional para la población afiliada. Los servicios de salud del IMSS se encuentran organizados en tres niveles de atención: primer contacto en clínicas denominadas Unidades de Medicina Familiar (UMF); hospitales generales como segundo nivel, y hospitales de alta especialidad en el tercer nivel. Las UMF se han

definido como “los espacios en los que se otorgan acciones de primer nivel de atención tales como consulta dental, medicina preventiva, planificación familiar, trabajo social, nutrición y dietética, salud en el trabajo, laboratorio clínico y rayos X”.¹⁶ Sin embargo, se carece de un modelo de APS que sustente la atención en este nivel.¹⁷

- 2) Aquél dirigido a población sin seguridad social, bajo la responsabilidad de la propia Secretaría de Salud, la cual coordina directamente servicios hospitalarios de alta especialidad y hasta 2023 a los servicios estatales de salud, principalmente mediante la provisión de atención de primer y segundo nivel, con organización propia en cada estado del país y con financiamiento del presupuesto federal y aportaciones de los estados. Adicionalmente, el Programa IMSS-Coplamar (actualmente Programa IMSS-Bienestar) desde 1979 se instauró como un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el IMSS para responder a las necesidades de salud de la población, principalmente en áreas rurales del país, la más vulnerable en términos de riesgos y daños a la salud derivados de la pobreza extrema. Este programa lleva a cabo la provisión de servicios mediante el diseño e implementación de estrategias para la atención en unidades de salud y con acciones comunitarias participativas mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud, el cual es la base para su operación. Este modelo tiene como fundamento la acción conjunta entre servicios y comunidad con énfasis en la prevención de riesgos y daños, lo que es coherente con los principios de la APS, como la respuesta para la “promoción, prevención, curación y atención conjunta de manera segura, efectiva y socialmente productiva en la interfase

RECOMENDACIONES

- La implementación de un verdadero modelo de APS requiere la reorganización completa de los servicios y un enfoque intercultural de los determinantes sociales de salud, cuyo eje central sea la familia y la comunidad, con un objetivo de promoción y prevención, mediante equipos de salud interdisciplinarios con alta capacidad resolutoria, a través de atención centrada en las personas y las comunidades.
- Para lograrlo, el modelo deberá modernizar la infraestructura incorporando tecnologías en salud, un sistema unificado de información para hacer factible la implementación de redes integradas de servicios y una alta capacidad de gobernanza para el trabajo interinstitucional e intersectorial para la salud.
- Es indispensable, asimismo, garantizar una inversión financiera suficiente, pero mayor a 3% del PIB, e inversión en capital humano para reorientar las competencias profesionales hacia la atención primaria.

entre la población y el sistema de salud". El financiamiento del programa proviene del gobierno como un subsidio federal y los recursos económicos son administrados de manera separada del presupuesto global del IMSS, con independencia en su manejo y operación.¹⁸ A partir de 2024 se estableció un organismo público descentralizado denominado Programa Institucional de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) 2023-2024, que centraliza la atención y, entre otros objetivos, establece el modelo MAS-Bienestar basado en los principios de la APS para la atención de las personas sin seguridad social (programa en transición hasta abril de 2024).¹⁹

En México, durante las últimas administraciones se implementaron servicios de salud adicionales a los ofertados por los servicios estatales de salud, basados en un paquete básico de intervenciones en salud para población carente de seguridad social. Se crearon programas focalizados para resolver problemas de salud específicos, tales como las Unidades de Especialidades Médicas (Unemes) en cáncer de mama, diabetes mellitus y otras. Aunado a lo anterior, no hubo inversión de capital humano con perspectiva poblacional y preventiva y, lo más importante, no se integró el modelo APS en el sistema nacional de salud. Asimismo, el sistema público de salud de México se orientó durante mucho tiempo desde un enfoque desproporcionado en la atención curativa especializada; baste ver la distribución de presupuestos para atención hospitalaria vs. atención primaria.²⁰

El sector privado está conformado por proveedores de servicios organizados en consorcios, principalmente hospitalarios, que atienden población con capacidad de pago directo o a través de aseguradoras privadas.²¹ Asimismo, existe una amplia oferta de consultorios médicos independientes y, en la última década, una modalidad cada vez más extensa de consultorios adjuntos a farmacias para provisión de servicios de bajo costo, los cuales están mal regulados y no garantizan una calidad de atención adecuada.^{22,23}

Dilemas a enfrentar a corto plazo para la implementación de un modelo de APS

El panorama del sistema de salud de México refleja la necesidad y la invaluable oportunidad de dirigirse hacia su transformación con una nueva perspectiva de sistema de salud integrado, universal, gratuito al punto de contacto, de calidad y sostenible, con un compromiso explícito de equidad social y con base en un modelo de APS. Esto tiene como propósito favorecer el ejercicio

pleno del derecho universal a la salud. Para alcanzar esta meta, será necesario suprimir un sistema de salud fragmentado y basado en estatus laboral que funciona desde hace 70 años en México, para lo cual se requerirá realizar una inversión financiera suficiente, pero mayor a 3% del producto interno bruto (PIB), y en capital humano para reorientar las competencias profesionales hacia la APS. Debe tenerse en cuenta que esta reorientación es un proceso iterativo, complejo y de largo plazo y que no existe un "modelo ideal", ya que el contexto histórico, político y cultural es único para cada país.

En el horizonte de una integración del sistema de salud en México, éste debe tener un carácter conceptual hacia la equidad para el logro del acceso efectivo. Cuando se discute la necesidad de la universalización, pero particularmente de integración de los servicios de atención a la salud, la perspectiva parte de la promoción de su integralidad desde la APS, independientemente de las necesidades de salud de las personas al inicio del proceso de atención. Un beneficio obtenido recientemente para la población no derechohabiente es la gratuidad, lo que sin duda contribuye a la eliminación de inequidades económicas en el acceso a la salud; en el futuro inmediato se debe incidir en la sostenibilidad del sistema para promover la equidad generacional.

En síntesis, en el contexto de México se requiere seguir trabajando hacia la transformación del sistema orientada al acceso universal y la protección social en salud, con un enfoque intercultural y hacia determinantes sociales de salud, cuyo eje central sea la familia y la comunidad, con un enfoque de promoción y prevención, mediante equipos de salud interdisciplinarios con alta capacidad resolutive a través de atención centrada en las personas y las comunidades. De igual forma, el modelo deberá apoyarse en una modernización de la infraestructura para cumplir sus objetivos, incorporando tecnologías en salud, un sistema unificado de información para hacer factible la implementación de redes integradas de servicios y alta capacidad de gobernanza para el trabajo interinstitucional e intersectorial para la salud. En toda esta visión, la APS debe ser el eje que coordine la respuesta en salud en todos los niveles. A fin de cuentas, en todo este enfoque la inversión en APS ofrecerá un elevado retorno social.

Conclusión

El enfoque de la APS puede constituirse en un eje conductor para alcanzar finalmente los objetivos de equidad, acceso efectivo y protección financiera. Tiene probada capacidad de mejorar la salud de las poblaciones y fortalecer la resiliencia del sistema. El mayor nivel de salud posible para todas las personas debe ser una realidad.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- World Health Organization. Primary health care: now more than ever. *The World Health Report 2008*. Ginebra: WHO, 2008 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43949>
- Dawson Report: sixty years after the high hopes of 1920. *Health Soc Serv J*. 1980;90(4693):638-40.
- Scheffler RM, Weisfeld N, Ruby G, Estes EH. A manpower policy for primary health care. *New Engl J Med*. 1978;298(19):1058-62 <https://doi.org/10.1056/NEJM197805112981905>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Ginebra: WHO, Unicef, 1978 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/39228>
- Yip W, Fu H, Jian W, Liu J, Pan J, Xu D, et al. Universal health coverage in China part 1: progress and gaps. *Lancet Public Health*. 2023;8(12):e1025-34. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00254-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00254-2)
- InformedHealth. Health care in Germany. Colonia, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 2006 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298834/>
- World Health Organization. A global review of primary health care: emerging messages: Global Report. Geneva, Switzerland: WHO, 2003 [citado febrero 2024]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70199/WHO_MNC_OSD_03.01_eng.pdf
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- World Health Organization. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan, 25-26 october 2018. World Health Organization, 2019 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet*. 2015;385(9980):1910-2. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- Kruk ME, Ling EJ, Bitton A, Cammett M, Cavanaugh K, Chopra M, et al. Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. *BMJ*. 2017;357:j2323. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2323>
- Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, DC: OPS, 2020 [citado febrero 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 59.º Consejo directivo. 73.ª Sesión del comité regional de la OMS para las Américas. OPS, OMS, 2021 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd5911-estrategia-para-establecimiento-sistemas-salud-resilientes-recuperacion-etapa>
- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int*. 2011;33(1):11-14 [citado febrero 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2021-2022. Ciudad de México: IMSS, 2022 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://sntss.org.mx/filesUpdates/presenta-imss-informe-financiero-y-de-riesgos-al-congreso-de.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. México: IMSS, 2014 [citado febrero 2024]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024. México: IMSS, 2020 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/PIIMSS-2020-2024-VF.pdf>
- Gobierno de México. Sitio del Programa IMSS-Bienestar. México: Gobierno de México, 2024 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>
- Gobierno de México. Programa Institucional de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) 2023-2024. México: DOF, 2024 [citado febrero 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5714544&fecha=17/01/2024&print=true#:~:text=Posteriormente%2C%20el%2029%20de%20mayo,de%20salud%20a%20la%20poblaci%C3%B3n
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuenta satélite del sector salud de México, 2021. Comunicado de prensa 779/22. México: Inegi, 2022 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/CSSS/CSSS2021.pdf>
- Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex*. 2011;53(supl 2):S220-32 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/4869>
- Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Wirtz VJ, Servan-Mori E, Dreser A, Hernández-Ávila M. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open*. 2014;4(5):e004669. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004669>
- Bautista-Arredondo S, Vargas-Flores A, Moreno-Aguilar LA, Colchero MA. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65(supl 1):S15-22. <https://doi.org/10.21149/14813>