

Los desafíos del sistema de salud en México

The health system challenges in Mexico

Journal of Economic Literature (JEL):
I11, I12, I18

Palabras clave:
Análisis de asistencia sanitaria
mortalidad, enfermedad
y comportamiento económico
Política gubernamental.
Sanidad pública

Keywords:
Analysis of Health Care
Mortality, Morbidity
and Economic Behavior
Government Policy;
Regulation;
Public Health

Fecha de recepción:
29 de mayo de 2020

Fecha de aceptación:
29 de julio de 2020



Leonardo Lomelí Vanegas

Profesor Titular B Definitivo
de Tiempo Completo, Facultad de
Economía, UNAM. Actualmente es
Secretario General de la UNAM
<llomeliv@unam.mx >

Resumen

La epidemia originada por el SARS-CoV-2, ha puesto a prueba la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en todo el mundo y ha mostrado que el acceso a la salud es una variable importante para explicar el desarrollo de cada país, pues es un factor clave para reducir o ampliar la desigualdad. En México los esfuerzos para construir un sistema público de salud comenzaron a darse en el siglo XIX, pero a lo largo del tiempo ha mostrado ciertas debilidades, que a grandes rasgos podemos ubicar como el resultado de un rezago en infraestructura y problemas de abasto para atender su cada vez mayor demanda, sin haber encontrado una fórmula que garantice el financiamiento suficiente y oportuno para cubrir la evolución de los costos de atención y la necesidad de incrementar su cobertura. Por ello es necesario fortalecer nuestro sistema de salud pública, tanto para reducir nuestra desigualdad estructural como para estar en mejores condiciones de enfrentar las emergencias sanitarias y poder garantizar el derecho a la salud con cobertura universal. Para lograrlo se deberá desplegar un esfuerzo de concertación política, elevar la recaudación fiscal y elaborar un esquema de transición institucional que permita superar la segmentación de los programas públicos de salud, en aras de lograr un sistema a la altura de las necesidades de la población.

Abstract

The epidemic originated by the SARS-CoV-2, has tested the answer's capacity of the health systems in the whole world, and has shown that access to health is an important variable to explain development in every country, since it is a key factor to reduce or amplify inequality. In Mexico, efforts to build a public health system started in XIX century, but during time it has shown certain weaknesses which, roughly, can be situated as the result of a lag in infrastructure, and problems of supply in order to attend its all the time increasing demand, without having found a formula to guarantee enough and timely financing in order to cover the evolution of costs attention and increasing its coverage. It is necessary, then, to strengthen our public health system, both for reducing our structural inequality and for being in better conditions to deal with sanitary emergencies, and guaranty the right to health with universal coverage. To make it, a political concertation effort will have to be deployed, tax collection be risen, and a scheme of institutional transition be elaborated as to permit overcoming the public health programs segmentation, all in order to attain a system at the height of the needs of the population.

Introducción

La epidemia originada por el SARS-CoV-2, mejor conocida como Covid-19, ha puesto a prueba la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en todo el mundo. También ha demostrado la tesis del premio Nobel de Economía 2015, Angus Deaton, en el sentido de que el acceso a la salud, además de ser una variable muy importante para explicar el desarrollo, es un factor clave para reducir o ampliar la desigualdad.¹ Cuando el acceso a la salud depende principalmente, o en un porcentaje muy importante, de la capacidad de pago de las personas, la población más pobre o que no cuenta con acceso a los sistemas públicos de salud es la más vulnerable ante los riesgos sanitarios, como el que enfrentamos en 2020.

El sistema de salud en México. Una breve introducción

Si bien los primeros esfuerzos para construir un sistema público de salud comenzaron a darse en el siglo XIX, con la creación del Consejo Superior de Salubridad, es hasta el siglo XX cuando surge propiamente un sistema de salud pública en México. Si bien hubo antecedentes importantes en el Porfiriato, con la creación de instituciones como el Hospital General en la capital, es hasta después de la Revolución Mexicana que va tomando forma el sistema de salud pública en México. En 1917 se crea el Departamento de Salubridad y en 1943 se fusiona con la Secretaría de Asistencia, creada por el presidente Lázaro Cárdenas en 1937, para dar lugar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Ese mismo año el presidente Manuel Ávila Camacho creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dando inicio de esa manera al desarrollo sostenido del sistema de salud pública mexicano sobre dos grandes pilares: uno dedicado a los trabajadores formales del sector privado, reservado al IMSS y otro para población abierta, asignado a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).² En 1960 se incorporó un tercer pilar con la creación, en el gobierno de Adolfo López Mateos, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).

En 1943 se tenía la hipótesis de que, en el largo plazo, toda la población mexicana quedaría cubierta por el IMSS, por la vía de la afiliación de al menos un miembro de cada familia que laborara en el sector formal, por lo que el subsistema dedicado a la población abierta y operado por la SSA debería de ir disminuyendo su importancia a lo largo del tiempo. Esta tendencia pareció reforzarse en 1960 con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

1 Angus Deaton, *El gran escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*, México, Fondo de Cultura Económica, 2015, pp. 22-24.

2 Gregorio Martínez Narváez, *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud público mexicano*, México, Fondo de Cultura Económica, 2013, pp. 41-48.

de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Sin embargo, para 1970 era evidente que el crecimiento del sector formal de la economía era insuficiente para absorber a la fuerza de trabajo que se estaba incorporando al mercado de trabajo, a pesar del buen desempeño económico de las tres décadas anteriores. Si bien México había crecido aceleradamente desde que salió de la gran depresión en 1933, el crecimiento demográfico de esas décadas, producto en parte de la mejora en las condiciones sanitarias y en el acceso a los servicios de salud, superó la capacidad de la economía para generar suficientes empleos.

El inicio de la crisis de la deuda en 1982 y el cambio estructural que trajo consigo contribuyeron a ampliar más la brecha entre el crecimiento de la oferta de trabajo y la generación de empleos en el sector formal de la economía.³ De esta manera, los organismos de seguro social para los trabajadores se vieron afectados tanto por la disminución en el crecimiento de la afiliación como por la reducción de las cuotas en términos reales, ya que al ser las contribuciones a la seguridad social proporcionales al salario, se redujeron por el desplome de los salarios reales durante el ajuste económico. Esta situación condujo a la aparición temprana de un déficit en el seguro de retiro del IMSS y a la ampliación del déficit del ISSSTE (deficitario de origen porque asumió el pago de las pensiones públicas no contributivas anteriores a su creación). Este creciente desbalance financiero condujo a una serie de reformas que se concentró principalmente en los sistemas de pensiones de ambos institutos, pero no se ocupó a profundidad de sus respectivos servicios de salud. El resultado fue un rezago en infraestructura y problemas de abasto, que se mitigan cuando hay recursos y se agravan en las épocas de escasez, sin haber encontrado una fórmula que garantice el financiamiento suficiente y oportuno para cubrir la evolución de los costos de atención y la necesidad de incrementar la cobertura, sobre todo en el caso del IMSS, ya que la afiliación en el ISSSTE se encuentra prácticamente estancada.

En paralelo a la crisis de los sistemas de atención a la salud para los trabajadores del sector formal, el subsistema de salud para población abierta también enfrentó una reducción de recursos en términos reales durante la crisis de la deuda, a pesar de que en el inicio de la misma se reformó el marco normativo para garantizar el derecho a la salud, que se elevó a rango constitucional en 1983. Como parte de la reforma promovida por el presidente Miguel de la Madrid, la Secretaría de Salubridad y Asistencia se transformó en Secretaría de Salud. En 1984 se publicó la Ley General de Salud vigente, que estableció el Sistema Nacional de Salud, “constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social o privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar

³ Leonardo Lomelí y Laura Vázquez Maggio, *Cambio estructural y migración, el caso de México*, en *ECONOMÍAunam*, vol. 13, núm. 39, septiembre-diciembre de 2016, p. 9.

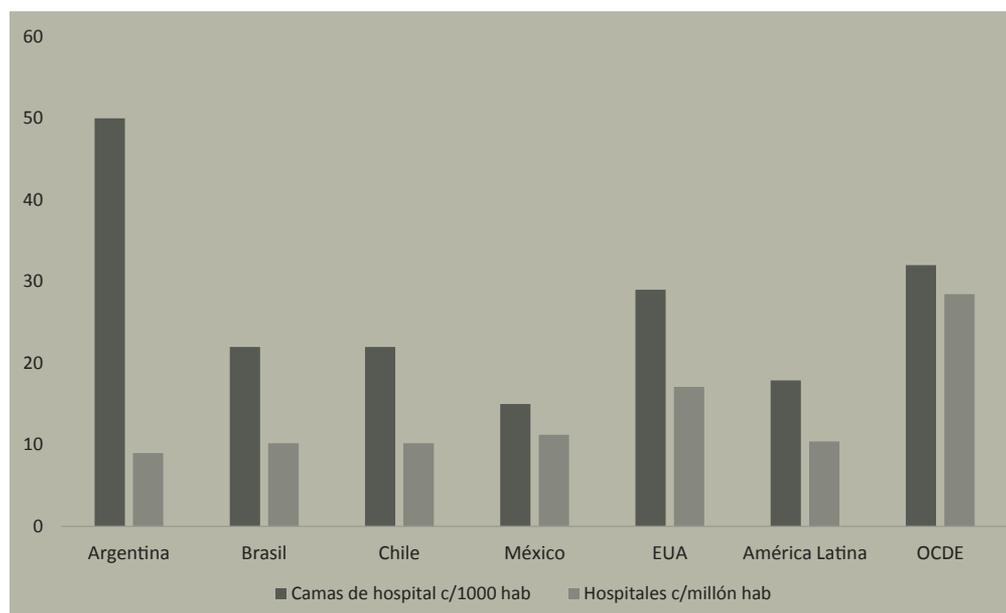
cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.⁴ La creación del sistema bajo la rectoría del gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, fue un paso muy importante desde el punto de vista normativo. Si bien no se tradujo en avances espectaculares dado el contexto de austeridad económica en el que tuvo lugar, si permitió crear una instancia de coordinación que ha logrado avances muy importantes en las últimas tres décadas, sobre todo en programas de salud preventiva.

El estancamiento del empleo formal y la creciente importancia del sector informal en la economía obligaron a revisar las estrategias de atención para la población abierta. La creación de nuevos programas para atender a esta población contribuyó a la segmentación de los sistemas públicos de salud, en lugar de avanzar hacia una eventual integración, que por lo demás, no resulta fácil por la manera en la que se han ido construyendo sus diferentes componentes. Durante el gobierno del presidente José López Portillo se trató de enfrentar el problema a través del programa IMSS-Coplamar, que se creó a partir de un convenio entre la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) y el IMSS. El convenio fue suscrito en 1979 para extender los servicios de salud a diez millones de habitantes de zonas marginadas y semidesérticas del país. En este esquema el IMSS operaba el programa de salud y recibía financiamiento a través de Coplamar. Durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari este programa cambió de nombre a IMSS-Solidaridad y posteriormente evolucionó a IMSS-Oportunidades.⁵ Como parte de este programa se construyeron varias unidades de salud, muchas de ellas en zonas apartadas o muy marginadas del territorio nacional, con un indudable beneficio social aunque no siempre con el equipo y el personal necesario para su operación. Esta circunstancia explica la interesante paradoja que se aprecia en la Figura 1: a pesar de que México tiene un bajo número de camas de hospital por cada mil habitantes respecto a los principales países latinoamericanos, cuenta en cambio con más hospitales por millón de habitantes, circunstancia que a su vez refleja la dispersión de las camas en unidades médicas muy pequeñas y por lo mismo, no siempre bien equipadas.

4 María Elena Lugo Garfías, *El derecho a la salud en México: problemas de su fundamentación*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015, pp. 135.139.

5 Gregorio Martínez Narváez, *op. cit.*, p. 64.

Figura 1. Infraestructura hospitalaria



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020.

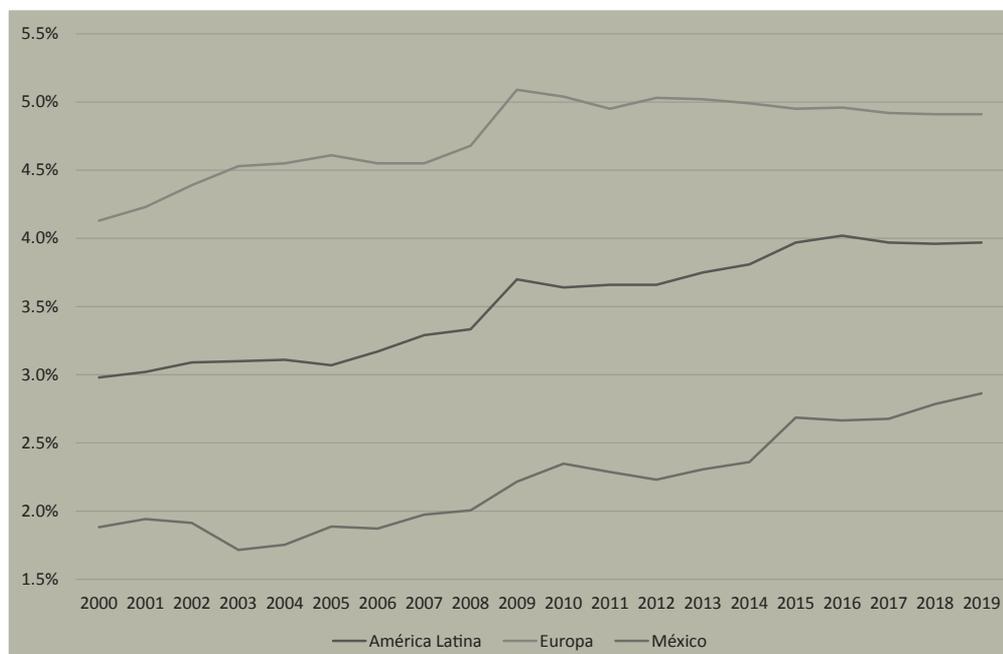
En el gobierno del presidente Ernesto Zedillo se logró un avance muy significativo en la descentralización territorial de los servicios de salud, al transferir la mayor parte de los que hasta ese momento operaba la Secretaría de Salud hacia los estados de la República. Al aprovechar, en parte, los sistemas estatales de salud que se consolidaron a partir de esta descentralización, así como el Programa IMSS-Oportunidades, en el gobierno de Vicente Fox se instrumentó una nueva estrategia de atención a población abierta a partir de un nuevo esquema de financiamiento denominado Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular.

El financiamiento del sistema

Los dos problemas principales que enfrenta el financiamiento del sistema de salud en México son la insuficiencia de recursos y la composición, que descansa excesivamente sobre los hogares, en el llamado gasto de bolsillo. En sentido estricto, ambos problemas son consecuencias del bajo gasto público en salud, que es resultado tanto de la evolución histórica del sistema como de la fragilidad fiscal del Estado mexicano. Son consecuencia de la evolución del sistema, porque durante mucho tiempo se pensó que el acceso a la salud sería a través de los seguros sociales para trabajadores y, en consecuencia, se financiaría con cargo a las cuotas de trabajadores y empleadores, por lo que al Estado solamente le correspondería hacerse cargo de la atención a población abierta durante la

transición, a través de la Secretaría de Salud. Esta circunstancia explica un bajo gasto público en salud, particularmente para desarrollar los servicios de atención a población abierta, con cargo a las familias y, en particular, a las que no están aseguradas y reciben menores ingresos. Esta situación comenzó a corregirse en la década de 1970, pero el esfuerzo realizado se vio afectado por la crisis y el ajuste económico de la década de 1980 y comenzó a recuperarse paulatinamente hasta los últimos años del siglo xx.

Figura 2. Gasto público en salud como % del PIB

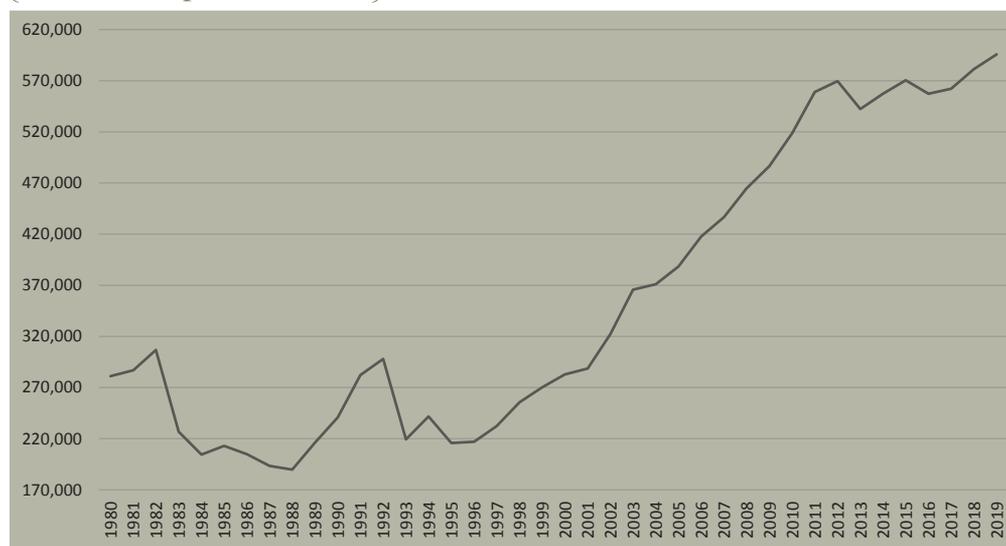


Fuente: OMS, 2020.

Como se aprecia en la Figura 2, el gasto público que México destina a la salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) es inferior no solamente al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), sino al promedio de América Latina y el Caribe. Esta situación se mantiene a pesar de que en los últimos veinte años se realizó un esfuerzo por aumentar el gasto público en salud, asociado principalmente al desarrollo del seguro popular a partir de 2004. La composición del gasto total en salud también presenta problemas en el caso de México. El gasto público representó 52% del total del gasto en salud en 2016, porcentaje menor que el promedio (71%) de los países de la OCDE y también inferior a países de América Latina con un PIB por habitante menor al nuestro, como es el caso de Bolivia (68.2) o Nicaragua (64.3). Con estos recursos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas: las que ofrecen servicios a la población derechoha-

biente por su condición laboral (IMSS, ISSSTE, y los servicios de salud de Pemex y las secretarías de Defensa y Marina), que requieren de financiamiento público adicional a las cuotas que reciben, así como los programas dedicados a atender a la población sin seguridad social. Uno de los cambios más significativos de los últimos años ha sido el incremento, en términos reales, de los recursos federales para la salud, como puede apreciarse con mayor detalle en la Figura 3.

Figura 3. Gasto público en salud
(millones de pesos del 2018)



Fuente: INEGI, 2020.

Este incremento está asociado a la creación en 2004 del Seguro Popular, cuyo financiamiento era teóricamente tripartito: recursos federales asignados por la Secretaría de Salud, recursos estatales y cuota familiar, de la cual estaban exentas las familias que se ubicaban en los primeros cuatro deciles. En 2009 los recursos con los que contó el Seguro Popular representaron 48.6% del gasto total del ramo 12 (Salud) del Presupuesto de Egresos de la Federación; en ese ejercicio presupuestal dispuso de 41,368 millones de pesos, 5.7% más que en 2008. En 2019 recibió 80,144 millones, que representaron 64.5% de los recursos asignados al ramo 12. Este significativo aumento de recursos permitió que en 2017 el gasto público representara 52% del gasto total en salud.

El incremento en el gasto público, aunque importante, ha sido insuficiente, lo mismo para alcanzar el promedio latinoamericano de gasto público en salud como porcentaje del PIB, que para reducir las asimetrías entre los recursos destinados a población asegurada y a población abierta. En 2017 el gasto per cápita total de las personas que no contaban con seguridad social fue de \$3,954.9, en comparación con \$5,644.7 de quienes contaban con seguridad social, reflejo

una vez más de los problemas de inequidad que conlleva la segmentación de los sistemas públicos.⁶ El mejor ejemplo de la insuficiencia de los programas destinados a atender a población abierta es el elevado gasto privado en salud, que ascendió ese año a 48% del total, del cual más de 80% correspondió a gasto de bolsillo y el resto a esquemas de aseguramiento privado. El gasto de bolsillo está asociado a gastos catastróficos en situaciones de emergencia que afectan mucho a los hogares, debido a que tienen que recurrir a endeudarse en condiciones adversas o incluso a echar mano de su patrimonio para poderlos sufragar.

Los retos de México para garantizar el derecho a la salud

Al problema de la insuficiencia de recursos hay que sumar las asimetrías entre la atención prestada por el sistema de salud y las necesidades de la población. Debido a la crisis de la década de 1980 y sus secuelas, se mantienen rezagos en la cobertura en las zonas más marginadas, que siguen presentando altos índices de mortalidad materno-infantil y otras manifestaciones del rezago socioeconómico. Por otro lado, la insuficiencia de recursos para la atención a la salud en el IMSS y en el ISSSTE ha elevado los tiempos de espera y deteriorado la calidad de algunos servicios. Ante esta situación, los asegurados que cuentan con mayores ingresos prefieren recurrir a la medicina privada. La combinación de los rezagos existentes con los retos que implican las transiciones demográfica y epidemiológica, puede contribuir a hacer del acceso a la salud un factor cada vez más importante de reproducción y ampliación de la desigualdad económica y social. La segmentación de los sistemas públicos se ha traducido hasta ahora en una cobertura insuficiente y desigual, baja eficacia en la asignación de los recursos, ineficiente utilización de las unidades y desequilibrios financieros. A estos problemas se añade la desigual distribución de la infraestructura de salud en el territorio nacional, que en términos generales coincide con la distribución geográfica de la pobreza.⁷

A las consideraciones anteriores hay que añadir que el acceso a los servicios de salud sigue siendo un factor que incide en la pobreza y la desigualdad de un sector muy significativo de la población mexicana. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (Coneval),⁸ con base en datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2018, en

6 Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, *La política social en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) en México*, México, Coneval, 2020, p. 63.

7 Leonardo Lomelí, Camilo Flores y Vanessa Granados, "Niveles de vida, desigualdad y pobreza en Rolando Cordera y Ciro Murayama (coordinadores), *Los determinantes sociales de la salud en México*, México, Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012, p. 269.

8 Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, *op. cit.*, p. 63.

México había en ese año 20.2 millones de personas sin acceso a los servicios de salud y otros 71.7 millones no contaban con acceso a la seguridad social. El dato es relevante porque la población no afiliada a organismos de seguridad social era cubierta por el Seguro Popular y estaba protegida para un menor número de intervenciones médicas (294 según su último catálogo, fechado en septiembre de 2019)⁹ que los afiliados al IMSS y al ISSSTE. A nivel mundial, la mejor estrategia para minimizar la segregación en el acceso a la salud y eliminar la inequidad en la calidad de los servicios sigue siendo la provisión pública a través de un sistema de cobertura universal, financiado con impuestos generales, a diferencia de la experiencia mexicana.¹⁰

En noviembre de 2019 el gobierno federal anunció la desaparición del Seguro Popular y su incorporación al Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI). El INSABI tiene como propósito:

proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.¹¹

Resulta innegable que se requiere avanzar en la extensión de los servicios de salud y lograr una coordinación entre los distintos programas, pero para lograr este objetivo se requieren recursos suficientes, un adecuado diseño organizacional e institucional y un modelo de atención que dé prioridad a la salud preventiva y a la atención de primer nivel. Debe contar además con un mecanismo de coordinación eficaz con el resto de las instituciones del sector, para no abonar a la segmentación e ineficiencia de los programas públicos de salud. Esos son los principales retos del INSABI.

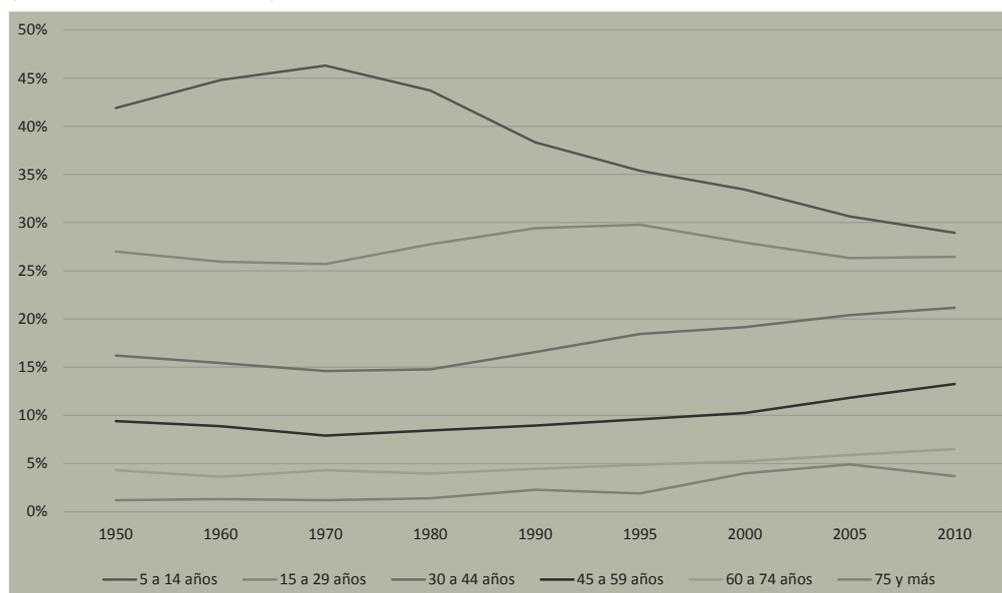
El tema de la cobertura no es menor en un país que enfrenta un progresivo envejecimiento de su población, problema que será crítico en tres décadas. A mediados de siglo el porcentaje de adultos mayores de 60 años que demandarán servicios de salud y no estarán cubiertos por la seguridad social se habrá incrementado significativamente de mantenerse las actuales tendencias demográficas, como se desprende fácilmente del análisis de la Figura 4:

9 <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/articulos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2019>

10 Celia Lessa Kerstenetzky, *El Estado de bienestar social en la edad de la razón*, México, Fondo de Cultura Económica, 2017, p. 361.

11 <https://www.gob.mx/insabi/que-hacemos>.

Figura 4. Evolución de la distribución poblacional por rango (porcentaje del total)



Fuente: elaboración propia.

Las tendencias demográficas apuntan al envejecimiento de la población, al tiempo que la transición epidemiológica en curso apunta también hacia el incremento en los costos de atención. La aparición de nuevos padecimientos, en particular de aquellos que derivan del surgimiento y rápida mutación de virus como el SARS-Cov-2, requerirán de una mayor inversión en investigación en salud y el desarrollo de nuevos esquemas de prevención y atención, lo mismo que del fortalecimiento de las capacidades de los servicios de medicina curativa. De ahí que los retos de aumentar el gasto público en salud, ampliar la cobertura, reorganizar las prioridades del sistema y mejorar la calidad de la atención estén interrelacionados.

Conclusiones

Aquellos países que cuentan con sistemas de salud públicos sólidos y con cobertura universal están sin lugar a dudas mejor preparados para enfrentar un riesgo sanitario de la envergadura del Covid-19. En cambio, los países que tienen sistemas públicos de salud segmentados, con cobertura limitada y financiamiento deficiente, como el nuestro, están expuestos a que los efectos de la epidemia sean todavía más adversos. De ahí que la necesidad de fortalecer nuestro sistema de salud pública se revele estratégica, tanto para reducir nuestra desigualdad estructural como para estar en mejores condiciones de

enfrentar las emergencias sanitarias que se puedan presentar y enfrentar los retos que implica nuestra propia transición demográfica.

A pesar de que el gasto per cápita en salud se incrementó entre 1997 y 2007 a una tasa promedio de 4.4% real anual, por encima del promedio de 4.1% que registraron los países de la OCDE, México sigue destinando un monto insuficiente de recursos públicos a la atención de la salud. El principal reto para garantizar el derecho a la salud consiste en lograr una cobertura universal del sistema público, con una oferta de prestaciones integral. La heterogeneidad en la calidad y la disparidad en el número de intervenciones que cubren actualmente los diferentes programas públicos de atención a la salud, consecuencia a su vez de la segmentación del sistema, es un importante factor de exclusión y reproducción de la desigualdad. Para que el INSABI logre su objetivo será necesario que cuente con suficientes recursos financieros, materiales y humanos y una organización adecuada para operar en el corto plazo en beneficio de la población abierta, pero a la vez flexible en el largo plazo para avanzar en su integración y articulación con las demás instituciones públicas del sector, con el propósito de construir un auténtico sistema nacional de salud.

No puede haber desarrollo sin un sistema de salud universal e integral. El Estado no puede eludir su responsabilidad de garantizar el acceso a la salud a todos los ciudadanos. Para ello, es preciso realizar un esfuerzo fiscal que permita financiar un sistema nacional de salud de estas características. El mercado solamente reproduciría las asimetrías en la distribución del ingreso en el acceso a los servicios de salud. El Estado mexicano está obligado a cumplir con el artículo 4º constitucional, que reconoce el derecho a la salud. Para ello deberá desplegar un esfuerzo de concertación política, elevar la recaudación fiscal y elaborar un esquema de transición institucional que permita superar la segmentación de los programas públicos de salud, en aras de lograr un sistema a la altura de las necesidades de la población mexicana.

Bibliografía

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2019), *Panorama social de América Latina 2019*, Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID 19. Efectos económicos y sociales* (2020) Santiago de Chile, Naciones Unidas, 3 de abril (Informe Especial COVID-19 No. 1).
- El desafío social en tiempos del COVID-19* (2020) Santiago de Chile, Naciones Unidas, 21 de abril (Informe Especial COVID-19 No. 3).
- Deaton, Angus (2015), *El gran escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*, México, Fondo de Cultura Económica.

- Kerstenetzky, Celia Lessa (2017), *El Estado de bienestar social en la edad de la razón*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Lomelí Vanegas, Leonardo y Laura Vázquez Maggio (2016), *Cambio estructural y migración, el caso de México*, en *economíaunam*, vol. 13, Núm. 39, septiembre-diciembre, pp. 3-25.
- Lomelí, Camilo Flores y Vanessa Granados (2012), “Niveles de vida, desigualdad y pobreza en Rolando Cordera y Ciro Murayama (coordinadores), *Los determinantes sociales de la salud en México*, México, Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 244-268.
- Lugo Garfías, María Elena, *El derecho a la salud en México: problemas de su fundamentación*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015.
- Martínez Narváez, Gregorio (2013), *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*, México, Fondo de Cultura Económica (Colección Biblioteca de la Salud).
- Organización Panamericana de la Salud, *Indicadores básicos 2019: tendencias de la salud en las Américas*, Washington, 2019.
- Welti, Carlos (2012), “Transición demográfica y salud en México”, en Rolando Cordera y Ciro Murayama (coordinadores), *Los determinantes sociales de la salud en México*, México, Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 63-117.