

## Políticas Públicas en Salud: Creación del Servicio Universal de Salud del Gobierno de México

### Public Health Policies: Creation of the Universal Health Service of the Government of Mexico

*Gustavo Cabrera Vázquez<sup>a</sup>, Jorge A. Guzmán Cortes<sup>b</sup>*

---

#### Abstract:

Historically, the Mexican healthcare system has been segmented under different institutions that provide services to different social strata, generating inequality in both the quality of care received and access to the services offered by these institutions. The creation of the Universal Health Service by the Mexican government opens the possibility of guaranteeing that a greater percentage of the Mexican population has timely, continuous, and high-quality access to medical and hospital care. It also entails the integration of preventive and health-promoting actions, regardless of the origin of affiliation, with the aim of expanding service coverage. There are multiple challenges, ranging from the structural weakness of the public health system, stemming from a lack of resources and failure to meet minimum standards for quality care, to coordination between levels of government, proper use of medical records, inadequate technological resources, and obsolescence of diagnostic equipment. These are just some examples of the challenges to achieving a National Health System that guarantees the standardization of diagnostic techniques across institutions. It is a priority to move towards the universalization of health services, under clearly established operating rules, so that any person, anywhere in the country, who requires medical attention can access timely, quality medical services through a public health institution. This would align with a Beveridge Model in which, regardless of income or employment status, everyone has the same right to medical care, without creating new gaps in the inequality of contributions to medical services and without compromising the principles of equality for the working population.

#### Keywords:

*Unification, Health Sector, Health Service, Social Security, Affiliation, Beveridge Model*

---

#### Resumen:

Históricamente en México el sistema de salud se encuentra segmentado bajo diferentes instituciones las cuales brindan servicios de salud a diferentes estratos sociales, lo que genera desigualdad tanto en la calidad de la atención recibida como el acceso mismo a los servicios que ofrecen dichas instituciones. La creación del Servicio Universal de Salud del Gobierno de México abre la posibilidad de garantizar que un mayor porcentaje de la población mexicana tenga acceso oportuno, continuo y de calidad a la atención médica y hospitalaria. Asimismo, supone la integración de acciones preventivas y promotoras de la salud, independientemente del origen de su afiliación, con el objeto de ampliar la cobertura de los servicios. Son múltiples los desafíos que se presentan, desde la debilidad estructural del sistema público de salud, derivada de una deficiencia de recursos y el incumplimiento de los estándares mínimos para garantizar la calidad de atención, la coordinación entre niveles de gobierno, uso adecuado del expediente clínico, los inadecuados recursos tecnológicos y la obsolescencia de equipos de diagnóstico, son ejemplo de los desafíos para lograr un Sistema Nacional de Salud que garantice la estandarización de técnicas diagnósticas entre instituciones, resulta prioritario avanzar hacia la universalización de los servicios de salud, bajo reglas de operación claramente establecidas, con el fin de que cualquier persona, en cualquier lugar del país, que requiera atención médica, pueda acceder de manera oportuna a servicios médicos de calidad a través de alguna institución pública de salud, adaptarse así, a un Modelo Beveridge en el que independientemente de sus ingresos o situación laboral, se tenga el mismo derecho a la atención médica, sin crear nuevas brechas en la desigualdad de aportaciones al servicio médico y que no comprometa los principios de igualdad de un sector laboralmente activo.

---

<sup>a</sup> Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Instituto de Ciencias de la Salud | San Agustín Tlaxiaca Hidalgo | México, <https://orcid.org/0009-0007-9117-6712>, Email: [gustavo.cabrera@issste.gob.mx](mailto:gustavo.cabrera@issste.gob.mx)

<sup>b</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Escuela Superior de Actopan | Actopan Hidalgo | México, <https://orcid.org/0000-0001-7899-2183>, Email: [jorge\\_guzman@uaeh.edu.mx](mailto:jorge_guzman@uaeh.edu.mx)

**Palabras Clave:**

Unificación, Sector Salud, Servicio de Salud, Seguridad Social, Afiliación, Modelo Beveridge

---

## Introducción

Históricamente las instituciones que brindan seguridad social y servicios médicos en México han sido segmentadas para atender a los derechohabientes dependiendo fundamentalmente de la naturaleza de su relación laboral, datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de 92,302,812 personas que cuentan con un seguro médico público o privado (Bautista et al., 2023). El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene afiliados un 51.19% de la población total, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el 8.89% de empleados federales y estatales, además el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) con un 1.29% y por último ante la desaparición del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social - Bienestar (IMSS-Bienestar) engloba un 36.41% de la población que cuentan con accesos a los servicios de salud gratuitos (INEGI, 2020).

La administración actual del Gobierno Federal implemento la creación del Servicio Universal de Salud que rige la Secretaría de Salud, tiene como propósito que cualquier persona, en cualquier lugar del país, que requiera atención médica, pueda acceder de manera oportuna al servicios médicos de calidad a través de alguna institución pública, que por derecho tiene cada uno de los ciudadanos mexicanos, establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) que en su Artículo 4o., establece el derecho fundamental de toda persona a la protección de la salud (CPEUM, 2024).

La política pública en materia de salud requiere un trabajo conjunto de autoridades federales y estatales para establecer los mecanismos necesarios para garantizar un servicio y financiamiento necesario para que la operatividad de los cambios propuestos cumplan con la promesa de ofrecer servicios gratuitos de salud con solo afiliarse al Sistema Nacional de Salud e implementar un expediente médico electrónico único y universal, estas son las metas propuestas a alcanzar para el 2027, es necesario que las instituciones públicas que prestan servicios de salud se conviertan en una red integrada, en la cual la comunicación y la coordinación sean permanentes.

## Estructura de los Sistemas de Salud en el

## Mundo

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) es un tratado que ha adoptado las Naciones Unidas el cual establece los derechos fundamentales relacionados con el bienestar socioeconómico, como el derecho al trabajo, a la salud, a la educación y a un nivel de vida digno (Derechos Humanos, 2000).

El modelo que fue propuesto por el economista británico William Beveridge, define la Seguridad Social, como el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia (Pérez, 2015). La característica principal del plan es un sistema que contemple los seguros sociales incorporando los principios fundamentales: unificación en el acceso a los servicios de salud, bienestar social, la tasa de contribución, responsabilidad administrativa, así como de la suficiencia de los beneficios, amplitud y clasificación. (Balbín, 2022).

Fundamentalmente el modelo Beveridge fomenta la universalidad y la equidad que proporciona atención médica a todos los ciudadanos y se financia con impuestos del gobierno, además se encarga que los servicios de salud sean gratuitos para todos los ciudadanos, el estado tiene un gran control sobre el presupuesto y la prestación de servicios, considerando la salud como un derecho otorgado por el estado, los fondos en su totalidad son recabados mediante impuestos generales y otros gravámenes, no a través de cotizaciones laborales separadas o cuotas de seguros (Wallace, 2013).

El estado es el proveedor y, en gran medida, el dueño de la infraestructura de salud, esto significa que el personal sanitario es empleado público, además al ser el comprador único, tiene una fuerte influencia en los precios de medicamentos y material de curación, por otro lado elimina barreras financieras para el acceso a la atención médica, esto implica un sistema unificado donde, en teoría, todos los ciudadanos reciben el mismo nivel de atención, independientemente de su lugar de residencia o estatus socioeconómico y laboral (Riofrio & Villacis, 2025). Sin embargo debido a una alta demanda hay extensos tiempos de espera, especialmente entre cirugías, además la financiación depende del presupuesto público, si es bajo, puede presentarse escases de personal e infraestructura, por lo tanto una menor libertad de elección entre médicos y hospitales comparado con sistemas privados y sobre todo un riesgo de politización, cambios de gobierno pueden modificar la calidad o el enfoque del sistema existiendo burocracia interna o decisiones lentas (Hsiao, 1992).

Principalmente para la ejecución de políticas públicas cuyo objetivo es la unificación de instituciones que brinden salud se debe realizar una comparativa ante otros

organismos gubernamentales que han realizado una transición exitosa, el Modelo Beveridge es la base del sistema de salud del Reino Unido y el ejemplo más eficiente de un Servicio Nacional de Salud, concebido para brindar atención médica universal y gratuita.

Este modelo se ha replicado en múltiples países de la Unión Europea como España e Italia, mientras que, en América, Canadá ha sido pionero en establecer el Sistema de Atención Médica Canadiense el cual se apega al modelo de Beveridge, en retrospectiva el gobierno es el principal encargado de garantizar el acceso de los servicios de salud en la población. (Bancalari et al., 2023).

En España el Sistema Nacional de Salud tiene la responsabilidad de garantizar el acceso a la asistencia médica y sanitaria, a toda persona con nacionalidad española y en el caso de personas extranjeras con residencia legal, además de incluir el suministro de medicamentos de uso humano y veterinario, dando seguridad, calidad, además de la autorización y registro de laboratorios farmacéuticos, teniendo el deber de los poderes públicos garantizar tales prestaciones (Riofrio & Villacis, 2025).

El Sistema Nacional de Salud en España se encuentra integrado por toda las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en todos los niveles de gobierno (Cordeiro et al., 2024). La creación del Sistema Nacional de Salud Italiano comenzó a consolidarse como respuesta a la crisis del sector público y al incremento del gasto sanitario, el Ministerio de Sanidad controlaba de manera centralizada las unidades sanitarias locales, pero la acumulación de deficiencias llevó al estado a promover una gestión más autónoma y eficiente. Transfirió a sus regiones la responsabilidad de organizar y financiar la atención médica, logrando redefinir el tamaño y la estructura de sus unidades sanitarias, administrar hospitales y obtener nuevas fuentes de ingreso. Este modelo descentralizado, experimentó un aumento en las desigualdades territoriales. Las regiones del norte desarrollaron sistemas sanitarios más modernos, eficientes y competitivos, mientras que las del sur, enfrentaron carencias estructurales y menor calidad en los servicios (Gigliani, 2022).

Los países que implementan el modelo Beveridge parecen ser más equilibrados en cuanto a los servicios de atención médica se refiere; sin embargo, no hay un marcado patrón sobre las variables no observables del sistema de salud que bien pueden tener más influencia sobre el acceso a dicha atención médica.

### **Acceso a los Servicios de Salud en México**

Fundamentalmente el derecho al acceso de la salud en México esta descrito en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) que en su Artículo 4o., establece el derecho fundamental de toda persona a la protección de la salud (CPEUM, 2024). Ante esta situación el estado mexicano en 1943 dio lugar a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

para proteger a los trabajadores formales del sector privado y a sus familias, cubriendo riesgos de trabajo, enfermedades, maternidad, invalidez y vejez mediante un esquema tripartita de cuotas (patrones, gobierno y trabajadores) (Dávila Torres et al., 2021).

Por otro lado, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entró en funciones en el año de 1960, concebido para extender los beneficios de la seguridad social a los trabajadores del Gobierno Federal y sus familias, dando atención médica, farmacéutica y hospitalaria además de servicios sociales, créditos para vivienda, préstamos personales, servicios culturales, y guarderías (Diputados, 2009).

Así mismo, en 1976 se da a la creación del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), es la institución encargada de garantizar la seguridad social de los miembros del Ejército, Fuerza Aérea, Armada de México y la Guardia Nacional que integra prestaciones económicas, médicas y de seguridad social (Sistemas & Seguridad, 2013).

Para finalizar en 2023, se da la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social - Bienestar (IMSS-Bienestar) bajo convenios de federalización de los servicios de salud estatales (Gobernación, 2023), dicha institución empezó a asumir servicios de salud, teniendo la operación de hospitales y centros de salud de 23 estados de la república (Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Ciudad de México, Colima, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Zacatecas) este modelo da énfasis en la accesibilidad, oportunidad, continuidad y calidad de la atención médica, además de un enfoque comunitario para integraciones preventivas y de promoción de la salud, la necesidad de un nuevo paradigma en la estructura de las instituciones que ofrecen los servicios de salud requieren múltiples acciones (Garduño, 2024).

En la actualidad con las Normas Oficiales Mexicanas que determinan los requerimientos básicos y especializados para poder atender las necesidades de la población mexicana, específicamente la NOM-016-SSA3-2012 que establece "Las características mínimas de la infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios" que define las características que deben tener los espacios físicos dedicados a la atención médica especializada (Salud, 2013). Del mismo modo la NOM-004-SSA3-2012 "Del expediente clínico" establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios para la elaboración, integración, uso, manejo y confidencialidad del expediente clínico (Salud, 2012).

Es necesario establecer las principales adversidades que se enfrentan en México al crear un Sistema Nacional de Salud, los organismos que brindan los servicios de salud, son fundamentales para lograr una armonización entre instituciones, necesidades e infraestructuras de cada

dependencia, además de las distintas características en cada región del país, que no tienen el mismo nivel de servicio ni de atención, no basta con la federalización de servicios de salud estatales, se requiere unificar estándares, procesos, técnicas y plataformas de información que son independientes en cada institución. Actualmente la transición de un archivo clínico de papel a digital fue un reto durante años, lo que dio la pauta a la creación del Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud (AAMATES) que se generó a partir de la Secretaría de Salud (SSA) para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), esto permite el flujo de información entre unidades médicas de primer y segundo nivel de atención; sobre diagnósticos, tratamientos y todo lo que engloba el historial clínico, asegurando la elaboración, integración y garantizando la confidencialidad de la información del paciente (Villegas et al., 2025)

Bajo el mismo esfuerzo el Gobierno de México emitió los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM), el cual señalan directrices basadas en la mejor evidencia científica internacional, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de aquellas enfermedades prevalentes con el objetivo principal de otorgar mejores tratamientos, diagnóstico, terapias y rehabilitación para la población mexicana y buscar una atención equitativa e integral, de forma estandarizada en todo el sector salud (Villasís-Keever, 2025). Para consolidar dicho Servicio Universal de Salud, se pretende que exista una credencial de salud, así como un expediente clínico electrónico, que permita al personal de salud autorizado consultar el historial clínico del paciente en tiempo real, reduciendo los errores de diagnósticos y mejorando la continuidad de la atención de los tratamientos y/o padecimientos, según corresponda, evitando la repetición de exámenes y procedimientos, optimizando los recursos públicos (República, 2026).

Por lo tanto el Sistema Universal de Salud consiste en una red integrada de servicios de salud, compuesta por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR); los hospitales y unidades médicas de Petróleos Mexicanos (PEMEX); los Hospitales Federales de Referencia (HFR); los Institutos Nacionales de Salud, las unidades médicas a cargo de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) (Diario Oficial de la Federación, 2026).

## Discusión

**Tabla 1**  
*Recaudaciones de impuestos del 2023*

En México, por ejemplo, la Secretaría de Salud es la dependencia federal que gestiona estos recursos y contribuciones obligatorias bajo nómina o impuestos de conformidad con las leyes fiscales vigentes. Estos recursos se agrupan y son administrados por el Gobierno Federal, fondos que se asignan a recursos para la prestación de servicios de atención médica (Diario Oficial de la Federación, 2009).

Con la centralización de los servicios de salud en México, las entidades han percibido un incremento en el gasto destinado al ámbito de la salud pública sin mantener sus contribuciones a lo largo del tiempo; además hay precedentes de irregularidades con respecto a los recursos públicos destinados a salud por parte de la administración pública. (Sovilla & Díaz Sánchez, 2022).

El gasto total en salud como porcentaje del PIB de la república mexicana ha tenido ligeros cambios, ya que pasó de 5.57% en 1993 a 6.38% en 2020 y 6.05% en 2021. Con relación al gasto público en salud pasó de representar el 2.5% del PIB en 1993 a 3.45% en 2020 y 3.08% en 2021 (Salud, 2023).

Se enfrentan adversidades particularmente sociodemográficas para establecer un Servicio Nacional de Salud, principalmente si se busca la unificación del sector, tendría que adaptarse a un modelo Beveridge donde independientemente de sus ingresos o situación laboral, tendrían el mismo derecho a la atención médica. Aunque se han establecido las características que debe reunir una buena estructura tributaria en México está alejada de los principios de equidad, neutralidad, justicia, eficiencia, mínimos costos administrativos y facilidad para ejecutar la política fiscal el incumplimiento de estos principios básicos de las aportaciones ha llevado al sistema tributario mexicano a problemas estructurales que han reflejado incrementos relevantes de la evasión fiscal (Emiliano et al., 2025).

## Desafíos de un Sistema Nacional de Salud

De acuerdo con un análisis de la tendencia recaudatoria, las contribuciones y los problemas estructurales del sistema tributario en México, se estima que apenas 5.5 millones de personas físicas pagan impuestos de manera regular, lo que representaba aproximadamente el 16.18 % de la población económicamente activa. Asimismo, sólo el 27.5 % de las personas morales cumplían regularmente con sus obligaciones fiscales la recaudación de los ingresos de los ciudadanos permite que sean destinados a las necesidades colectivas principalmente a los servicios de salud, hospitales públicos y sobre todo a la seguridad social permite que sean destinados a las demandas de la sociedad, situaciones que por sí solas cada persona no podría pagarlo, pero con las aportaciones de todos los ciudadanos se pueden cubrir (Ortega, 2025).

Tipo de Contribuyente	Contribuyente	Porcentaje del total (%)	Recaudación (MDP)	Porcentaje del total
<b>Sueldos y Salarios</b>	49,094,076	78	581,546	26
<b>Personas físicas</b>	11,348,987	18	64,477	3
<b>Personas morales</b>	2,398,063	4	509,019	22
<b>Grandes contribuyentes</b>	12,857	0.02	1,120,045	49
<b>Total</b>	62,942,315	100	2,275,086	100

MDP: millones de pesos

Tomada y modificada de <https://www.gob.mx/sat/prensa>

Entre las contribuciones fiscales, destaca la retención del Impuesto Sobre la Renta (ISR) por sueldos y salarios de personas morales, que fue el rubro con mayor crecimiento además el ISR fue la principal fuente de recaudación tributaria, seguido por el Impuesto al Valor Agregado (IVA) y el Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) (Gobierno de México, 2025).

Esto refleja que la recaudación que se tiene y que implícitamente afecta al sistema de salud que obliga a los trabajadores a cubrir cuotas para tener acceso a los servicios de salud, creando falta de infraestructura, personal médico, déficit hospitalario y tecnológico (Vargas, 2022). Además, la federalización de estos servicios dificulta la coordinación entre las entidades federativas causando fragmentación del sistema y duplicidad de funciones. Esto requiere no solo voluntad política, sino una estructura fiscal sólida que redistribuya los recursos mediante impuestos progresivos y combata la informalidad laboral. En los países bajo un Modelo Beveridge invierten gran parte de su presupuesto en programas preventivos, educación sanitaria y salud comunitaria, contradictoriamente en México, la prioridad sigue centrada en la atención restaurativa y principalmente por enfermedades crónico-degenerativas, por falta de una estructura de aportaciones tributarias estables que carece de políticas públicas en materia de salud que permitan el control, promoción y prevención de enfermedades que afectan a la gran mayoría de la población mexicana.

La debilidad estructural del sistema público de salud, derivada de la deficiencia de recursos, ha tenido efectos en su organización y en el cumplimiento de los estándares mínimos para garantizar una calidad de atención, la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno, la continuidad de la atención, usó adecuadamente del expediente clínico, los inadecuados recursos tecnológicos, la ineficiente capacitación y a la obsolescencia de equipos son ejemplo de los desafíos a priori para lograr un Sistema Nacional de Salud que cumpla con las metas establecidas para los próximos años (Alcalde-Rabanal et al., 2024).

## Conclusiones

La actual política del sector salud de México aún no se consolida, será necesario fortalecer su estructura, la organización y el modelo de atención sobre la base de la atención de primer nivel para avanzar hacia el acceso efectivo a la atención médica, es indispensable el impulso de una gobernanza sólida, sobre una base financiera con incremento indispensable para la generación e implementación de políticas que permitan responder efectivamente a las necesidades de salud actuales, la disponibilidad presupuestal es sin embargo, el mayor desafío, los recursos para que un Sistema Nacional de Salud se fortalezca, no resulta clara la fuente del financiamiento público que implica para que la unificación del sector de salud público pueda cumplir y ser sustentable, por lo tanto resulta necesario separar el poder político del poder económico para promover, proteger y defender el interés nacional, eliminando la corrupción estructural y mejorando la calidad de la atención a la salud.

Por último, existe un riesgo que las cuotas de los trabajadores que pagan podrían mezclarse con fondos destinados a la población sin seguridad social, lo que provocaría que el dinero aportado no se utilice exclusivamente para mejorar los servicios de quienes cotizan y por consiguiente ser insuficientes para garantizar la atención de los trabajadores que sí aportan, además un sistema unificado puede incrementar la saturación en hospitales, mayor tiempo de espera y menor acceso a médicos especialistas, esto causaría que el sistema de salud sufra un déficit, reduciendo la calidad de los servicios, forzando nuevos aumentos de cuotas, provocados por un desincentivo al empleo formal, a menores aportaciones al sector salud, más precariedad laboral y un problema para sostener financieramente los servicios de salud.

## Referencias

- Alcalde-Rabanal, J. E., Molina-Rodríguez, J. F., Díaz-Portillo, S. P., Hoyos-Loya, E., & Reyes-Morales, H. (2024). El sistema de salud de México: análisis de sus logros y desafíos en el periodo 2015-2022. *Salud Pública de México*, 66(5, sept-oct), 677–688. <https://doi.org/10.21149/16214>
- Bancalari, A., Berlinski, S., Buitrago, G., García, M. F., de la Mata, D., & Vera-Hernández, M. (2023). Sistemas de salud e Inequidades en

- Salud en América Latina.
- Balbín, A. N. (2022). El concepto de seguridad social y derecho de la seguridad social. *Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata*, 52, 132. <https://doi.org/10.24215/25916386e132>
- Bautista A, Vargas A, Moreno L, & Arantxa M. (2023). Utilización de servicios de salud en México cascada de atención primaria en 2022. *Salud pública de México*, 65(1), 15–22. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38060950/><https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14813>
- Cordeiro, P., Massela, A., Meneses, G., Francisca, D., Tomaz, G., & Elena, S. (2024). Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar. *RECIMA 21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 5, 1–10. <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/5410/3728>
- CPEUM. (2024). DE 5 DE FEBRERO DE 1857 Título Primero Capítulo I De los Derechos Humanos y sus Garantías. *Diario Oficial de la federación*, 1,12.
- Dávila Torres, J., Rodríguez Díaz Ponce, M. Á., & Echeverría Zuno, S. (2021). *El IMSS en el sistema nacional de salud*.
- de Derechos Humanos, C. I. (2000). *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales*. El Cid Editor apuntes.
- Diario Oficial de la Federación. (2009). *Código Fiscal de la Federación*. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo56.html>
- Diario Oficial de la Federación. (2026, abril 17). *Decreto por el que se crea el Servicio Universal de Salud del Gobierno de México*. Edición vespertina.
- Diputados, C. de. (2009). El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. *Palacio Legislativo de San Lázaro*. <https://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/2009/cefp0482009.pdf>
- Emiliano, E., Rayas, C., Sebastián, A., & Galeana, R. (2025). *Estructura Socioeconómica de México de Macario Schettino*.
- Hsiao, WC (1992). Comparación de los sistemas de salud: qué pueden aprender los países unos de otros. *Revista de Política, Política y Derecho de la Salud*, 17 (4), 613-636.
- Garduño, U. G. (2024). *Universidad nacional autónoma de México*.
- Giglioni, F. (2022). La evolución del servicio nacional de salud en las dinámicas mantenidas entre el estado italiano y las administraciones regionales. *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*.
- Gobierno de México. (2025). *SAT logra recaudación récord de 4.9 billones de pesos en 2024*. Comunicado 003/2025. <https://www.gob.mx/sat/prensa/sat-logra-recaudacion-record-de-4-9-billones-de-pesos-en-2024-003-2025%0A%0A>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Derechohabiencia*. [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia\\_Derechohabiencia\\_02\\_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64)
- Ortega, G. F. (2025). Análisis de las Tendencias Recaudatorias y las Contribuciones en México. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 9(1), 11513–11537.
- Pérez, J. L. M. (2015). William Henry Beveridge (1879-1963): La construcción de los modernos sistemas de seguridad social. *Revista De Derecho De La Seguridad Social, Laborum*, 4.
- Reid, TR (2010). *La sanación de Estados Unidos: Una búsqueda global de una atención médica mejor, más económica y más justa*. Penguin.
- República, P. de la. (2026). *Del 2 de marzo al 31 de diciembre se realizará credencialización del Servicio Universal de Salud*. Presidenta Claudia Sheinbaum. <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/del-2-de-marzo-al-31-de-diciembre-se-realizara-credencializacion-del-servicio-universal-de-salud-presidenta-claudia-sheinbaum>
- Riofrio, G. G. R., & Villacis, S. I. C. (2025). Modelos de financiamiento de la salud pública en américa latina y su sostenibilidad. *Polo del Conocimiento*, 10(5), 1955–1968.
- Salud, S. de. (2012). Del Expediente Clínico. *Norma Oficial Mexicana*. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeYES y normas y reglamentos/Norma Oficial Mexicana/NOM-004-SSA3-2012.pdf>
- Salud, S. de. (2013). Infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. *Norma Oficial*

- Mexicana*. <https://dof.gob.mx/>
- Secretaría de Gobernación. (2023). DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar. *Diario Oficial de la Federación*, 76–94. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref135\\_29may23.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref135_29may23.pdf)
- Secretaría de Salud [SS]. (s.f.). Manual de Indicadores de Servicios de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud. [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind\\_hosp/Manual-ih.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind_hosp/Manual-ih.pdf) Sistemas, O. S., & Seguridad, D. E. S. Y. (2013). *Política y sociedad*. 2–25.
- Sovilla, B., & Díaz Sánchez, Á. M. (2022). Del Seguro Popular al Insabi: ¿Por qué recentralizar el gasto público en salud en México?. *Gestión y política pública*, 31(2), 63-94.
- Vargas, M. M. (2022). Sistema de salud: Garantía institucional del derecho a la protección en Salud en México. En *Revista Latinoamericana de Derecho Social* (Vol. 35).
- Villasís-Keever, M. Á. (2025). Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM). *Revista Mexicana de*, 92(5), 171–173.
- Villegas, R. M. D. C. R., Gómez, F. L. B., Rodríguez, B. C., Méndez, M. F. M., & Coronado, Z. L. L. (2025). La Gestión Administrativa en los Servicios Hospitalarios: su importancia y efectos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(6), 10726-10738.