

ENSAYO

Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019

Hortensia Reyes-Morales, D en C,⁽¹⁾ Anahí Dreser-Mansilla, PhD,⁽¹⁾ Armando Arredondo-López, PhD,⁽¹⁾
Sergio Bautista-Arredondo, M en C,⁽¹⁾ Leticia Ávila-Burgos, D en C.⁽¹⁾

Reyes-Morales H, Dreser-Mansilla A, Arredondo-López A, Bautista-Arredondo S, Ávila-Burgos L.
Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma la Ley General de Salud de México 2019.
Salud Publica Mex. 2019;61:685-691.
<https://doi.org/10.21149/10894>

Resumen

La iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud de México presentada en 2019 ante el Congreso de la Unión propone la creación de un sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y a medicamentos asociados para la población sin seguridad social y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar. Este artículo analiza algunos aspectos sustantivos del Proyecto de Decreto con el objetivo de motivar la reflexión sobre la reforma propuesta y sus componentes más importantes para contribuir a su propósito. Se concluye que los principales temas del proyecto requieren precisión en rubros relevantes, como la transformación del esquema de financiamiento para la atención, el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza, la responsabilidad en la provisión de servicios y la regulación y acceso a medicamentos. Las aportaciones de académicos, tomadores de decisiones y organizaciones sociales serán indispensables para una política pública de salud basada en evidencia y con equidad social.

Palabras clave: reforma de la atención de salud; legislación sanitaria; política farmacéutica

Reyes-Morales H, Dreser-Mansilla A, Arredondo-López A, Bautista-Arredondo S, Ávila-Burgos L.
Analysis and reflections on the 2019 initiative that reforms Mexico's Ley General de Salud.
Salud Publica Mex. 2019;61:685-691.
<https://doi.org/10.21149/10894>

Abstract

The initiative including an Act Project for reforming the *Ley General de Salud* of Mexico, submitted in 2019 to the Congress of the Union, proposes the creation of a system of universal and free access to health services and associated medicines for the population lacking of social security benefits, and the creation of the *Instituto de Salud para el Bienestar*. This article analyzes the substantive aspects of the project, with the aim of motivating the reflection of the proposed reform and its most important components, to contribute to achieving its aim. The conclusion is that the main themes of the Project require precision in relevant areas, such as the transformation of the financing scheme for care, the strengthening of stewardship and governance, the responsibility in the provision of services, and the regulation and access to medicines. The contributions of academics, decision makers and social organizations will be essential to create a public health policy based on evidence and social equity.

Keywords: health care reform; sanitary legislation; pharmaceutical policy

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

Fecha de recibido: 14 de septiembre de 2019 • **Fecha de aceptado:** 23 de septiembre de 2019

Autor de correspondencia: Leticia Ávila-Burgos. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: leticia.avila@insp.mx

En julio de 2019 se presentó en la sesión de la Comisión Permanente del Congreso de la Unión la iniciativa con *Proyecto de Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, en materia de acceso a los servicios de salud y medicamentos asociados para las personas que no poseen seguridad social*.¹ Dicha iniciativa incluye numerosas modificaciones a la Ley General de Salud (LGS) en artículos relacionados principalmente con la prestación de servicios de salud, la protección social en salud y el control sanitario de medicamentos.

La envergadura de esta iniciativa para el Sistema Nacional de Salud y sus consecuencias exige un fundamento sólido de sus propuestas a partir de la identificación de los problemas de salud y de acceso a los servicios que enfrenta la población sin seguridad social. Dicho fundamento es prioritario, principalmente ante la carencia, en el momento de publicación de la iniciativa, del Programa Sectorial de Salud 2019-2024 como referente para su desarrollo y, en consecuencia, de las leyes secundarias necesarias para la implementación y operatividad del decreto propuesto.

La limitación del referente conceptual y contextual es probablemente el origen de rubros relevantes que se aprecian poco desarrollados en la iniciativa. Por lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo presentar un análisis breve de aspectos sustantivos del Proyecto de Decreto que contribuya a la reflexión y al diálogo necesarios para ponderar el potencial de la reforma propuesta para el fortalecimiento del sistema público de salud.

Sobre la exposición de motivos

En la exposición de motivos se explica que la iniciativa tiene como propósito “la adecuación al marco normativo vigente a fin de crear un sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos asociados para la población que carece de seguridad social”, así como “la existencia del organismo descentralizado, Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), sectorizado a la Secretaría de Salud, el cual se conformará con los recursos humanos, financieros y materiales que actualmente se destinan a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud” (CNPSS).¹

La iniciativa parte del reconocimiento del derecho a la salud como irrevocable y esencial, lo que es relevante pues hace explícito el rol central que tiene el Estado para promover y adoptar leyes, así como asignar recursos a fin de garantizar el acceso a la atención a la salud. Asimismo, sustenta la necesidad de la reforma al señalar que en México la mitad de la población carece de acceso a los servicios de seguridad social.

No obstante, no se hace referencia a la característica central del sistema de salud mexicano, que es la fragmentación por condición laboral, ni a los resultados de los esfuerzos para incrementar la cobertura, principalmente la reforma de 2004 que dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular (SP). La población empleada en el sector formal de la economía tiene acceso a los diversos esquemas de la seguridad social, que en su conjunto dan cobertura a 38.2% de la población del país.² Por su parte, la población ocupada en el sector informal o desempleada cuenta con dos esquemas financiados por el gobierno (el SP, que en 2018 afiliaba a 53.5 millones de personas³ y el Programa IMSS-Bienestar [anteriormente IMSS-Prospera], que afiliaba a 12.3 millones en ese mismo año),⁴ por lo tanto, es posible que exista población adscrita a ambos esquemas. Adicionalmente, la alta tasa de informalidad laboral (57.7% en 2019, con pocos cambios durante la última década) junto con la alta rotación de los trabajadores entre los dos sectores de la economía^{5,6} se traducen en alta movilidad de la población entre los distintos esquemas de atención a la salud. Esta situación, aunada a distintas formas y niveles de financiamiento, reglas de operación de los fondos y de cartera de servicios, plantea retos importantes para que el Estado pueda regular y establecer mecanismos para seguimiento y transparencia en el uso de recursos y, por lo tanto, garantizar el derecho a la atención de la salud y la equidad en el acceso. El reconocimiento explícito de esta compleja realidad ayudaría a identificar los aspectos que la reforma propuesta mejorará respecto al *estatus quo* y aquéllos que no serán abordados por la misma.

Por otro lado, si bien es importante partir de un análisis crítico de la realidad, es útil reconocer lo avanzado en materia de acceso a la salud y construir sobre dichos avances. Es cierto que a casi 15 años de implementado, el SP no ha alcanzado la cobertura universal, ya que persiste población sin protección social en salud y el gasto privado sigue siendo muy alto. Sin embargo, en 2006 la población sin protección social en salud (medida como afiliación a algún esquema de aseguramiento) representaba 48% de la población del país,² la cual se redujo a 15.5% en 2016, particularmente por afiliación al SP de la población de menor ingreso.⁷ Es de reconocer que esta ampliación constituye un esfuerzo histórico en el país.^{8,9} Desafortunadamente, datos recientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 indican que la afiliación al SP no se ha traducido en acceso a servicios para sus beneficiarios. De la población en comunidades de menos de 100 000 habitantes que concentran a la población más pobre del país y que reportaron algún problema de salud en los últimos 15 o 30 días, únicamente 32% resolvió dicho problema en el

sector público. Más aún, entre los afiliados al SP, cerca de 40% acudió a consultorios adyacentes a farmacias a resolver su problema.¹⁰

Otra crítica al SP es el lento avance en su cobertura de padecimientos. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) cubrió, para 2018, 66 padecimientos agrupados en nueve categorías, desde cuidados intensivos neonatales hasta diversos tipos de cáncer en menores y adultos.³ Sin embargo, padecimientos de alto costo siguen fuera del catálogo y quienes los padecen carecen de cobertura para enfrentarlos. Existen pocas evaluaciones sobre el impacto de este componente del SPSS; sin embargo, la evidencia preliminar sugiere que el FPGC ha tenido efectos positivos en la sobrevida por cáncer infantil y en la mortalidad ligada a hospitalizaciones.¹¹

Adicionalmente, el SPSS favoreció la ampliación de la infraestructura en el sector. Entre 2003 y 2013, el número de unidades de consulta externa y de hospitalización aumentó 12%. Sin embargo, una evaluación al SPSS señala que este crecimiento ha sido desordenado, ya que las unidades de salud se concentran en zonas geográficas urbanas y aún persiste 7.4% de la población (aproximadamente 9.3 millones de personas) que en 2018 tenía bajo, muy bajo y nulo acceso físico a las unidades de salud.⁷

El alto gasto de bolsillo por motivos de salud en el que aún incurren los afiliados al SP sigue siendo muy alto. En 2014 representó 16.5% de los ingresos de los hogares en el quintil más pobre de la población, mientras que para el quintil de ingresos más alto, la cifra fue de 4%.^{*} México es el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con mayor gasto de bolsillo,¹² a pesar de que éste se redujo de 54% del gasto total en salud en 2000 a 42% en 2017.¹³ Asimismo, la proporción de hogares con gastos catastróficos y empobrecedores en salud también decreció; para los hogares afiliados al SP el decremento fue de 38% (de 5% en 2004 a 3.1% en 2010) y su efecto fue mayor para los hogares ubicados en el primer quintil de ingreso. El decremento para los hogares con seguridad social fue menor a 18% (de 1.7 a 1.4%) en el mismo periodo.⁹ Sin embargo, se reconoce que el efecto del SP es heterogéneo por tipo de localidad urbano/rural, quintil de ingreso del hogar, educación y para las poblaciones indígenas o no indígenas.^{14,15}

* Bautista-Arredondo S, Colchero A. Acceso a servicios de atención primaria y costos de la cobertura universal. En: Mesa de análisis: Retos actuales de la Salud Pública. Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República. 20 de junio de 2019.

Sobre el Instituto de Salud para el Bienestar y la prestación de servicios de salud

La iniciativa propone “[...] crear un sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos para la población que carece de seguridad social”. Se señala que el Insabi cubrirá, como mínimo, “los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención, así como a los medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud”. Esto significa que bajo el nuevo esquema estarán garantizados por ley todos los servicios de primer y segundo nivel, objetivo ambicioso y deseable; sin embargo, potencialmente muy costoso. La iniciativa de ley se beneficiaría mucho de un análisis cuidadoso de los costos asociados con estos objetivos y de su impacto presupuestal durante los próximos años.¹⁶

En lo referente al acceso a servicios de alta especialidad, que son los que tienen mayor potencial de ser económicamente catastróficos, la iniciativa no es clara. Mantener el derecho que ha otorgado el FPGC es fundamental para millones de familias que actualmente cuentan con este beneficio como un derecho legislado, que los protege no sólo del riesgo de la mortalidad ligada a estos padecimientos, sino también del gasto empobrecedor y catastrófico que ocasionan.

Otro rubro relevante de la iniciativa es el referente a los acuerdos de coordinación para la ejecución de la prestación gratuita de servicios de salud y medicamentos asociados para la población sin seguridad social entre la Secretaría de Salud y las entidades federativas. Durante los últimos 15 años, los Servicios Estatales de Salud (Sesa) han tenido un papel importante en la prestación de servicios garantizados por el SP. Si bien existe evidencia que sugiere que la satisfacción de los usuarios no es óptima,¹⁷ así como la preferencia creciente de los beneficiarios del SP por usar servicios privados en consultorios adyacentes a farmacias (CAF),¹⁰ los Sesa son actores fundamentales en la reforma propuesta, por lo que es relevante que su función y los mecanismos para garantizarla se establezcan explícitamente.

Sobre el Compendio Nacional de Insumos para la Salud y otras reformas relacionadas con medicamentos

La iniciativa establece que el actual Cuadro Básico de Insumos (CBI) y el Catálogo de Insumos (CI) se identificarán de manera conjunta como Compendio Nacional

de Insumos para la Salud (CNIS). No obstante, no se establece explícitamente el procedimiento para el uso de tal Compendio por el Insabi en su papel de prestador de servicios de salud y medicamentos gratuitos ni su vinculación con los cuadros de insumos de las instituciones de seguridad social; esto es relevante debido a que la LGS establece que todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud deben apegarse al CBI y al CI, por lo que los ajustes que se realicen a estos documentos no sólo tendrían implicaciones para el Insabi sino para el resto de las instituciones públicas de salud.

El CBI y el CI vigentes incluyen, a su vez, varios cuadros más, entre ellos el cuadro básico y el catálogo de medicamentos, de material de curación, de auxiliares de diagnóstico, de instrumental, de osteosíntesis, de medicamentos homeopáticos y otros. Sería útil hacer explícito si todos estos insumos se incluirán en el CNIS, pues esto implicaría que serán susceptibles de ser adquiridos por las instituciones del Sistema Nacional de Salud e incluidos en la prestación gratuita de servicios y medicamentos.

En el proyecto de reforma a la LGS se menciona que “del CNIS, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud y garantizará su existencia permanente y disponibilidad”. La elaboración de dicho Compendio de Insumos compete al Consejo de Salubridad General, el cual debe basarse en la mejor evidencia disponible sobre la práctica médica a fin de garantizar la eficiencia y el uso racional de los insumos. Por ello, es fundamental la vinculación con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec), instancia que coordina el catálogo de Guías de Práctica Clínica.

Además del CNIS, la iniciativa incluye diversas reformas a la normativa relacionada con la gestión de medicamentos, aspecto fundamental en el acceso, calidad y utilización de medicamentos. Una de las reformas se refiere a la implantación de un sistema de distribución de medicamentos por “unidosis” (es decir, en empaques individualizados) para pacientes ambulatorios, así como la participación de especialistas para su manipulación como una medida que permitirá generar ahorros y promover el uso racional de los medicamentos. Si bien en el ámbito hospitalario los profesionales farmacéuticos (PF) son responsables del sistema de dosis unitarias, la implementación en el primer nivel de atención es un reto, ya que requeriría la contratación de suficientes PF para brindar atención en dichos centros o en farmacias públicas comunitarias. Asimismo, sería necesario estimar los recursos necesarios para el adecuado envase y etiquetado de las unidades (por ejemplo, para identificar medicamentos y describir con advertencias de interacciones o contraindicaciones) para que la implementación de esta reforma se reali-

zara de un modo sostenible financieramente. Por otro lado, la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) ha eliminado la posibilidad de fraccionar medicamentos en unidades para pacientes ambulatorios para evitar la adulteración o manipulación del medicamento, así como la pérdida de identidad del producto, lo cual implica un riesgo potencial para la salud del paciente. Consecuentemente, la FEUM restringe este sistema para uso intrahospitalario y realizado por PF.

Otra propuesta –que no está reflejada en una reforma de un artículo específico de la LGS– es “establecer la posibilidad de que los medicamentos para los cuales sea necesaria receta médica puedan ser vendidos a través de máquinas despachadoras de gran formato”. Si bien este tipo de estrategias tiene la ventaja de hacer más eficiente la dispensación y el acceso a algunos medicamentos, también podría significar un riesgo para los pacientes de no garantizarse las salvaguardas necesarias para su seguridad. La dispensación por PF permite corroborar que efectivamente se entregue el medicamento prescrito y aconsejar sobre el uso adecuado para evitar riesgos de uso o interacciones con otros medicamentos o alimentos.

Finalmente, en el ámbito de medicamentos se plantea que “la vigencia del registro sanitario de los medicamentos será indefinida” y no cada cinco años como lo establece la norma vigente. Esta propuesta se justifica como una necesidad de homologar la regulación sanitaria mexicana con el contexto internacional. El registro sanitario es el instrumento que permite garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos utilizados en el país. El plazo del registro de la norma vigente permite: a) limpiar el mercado de medicamentos obsoletos o poco seguros (con base en reportes de farmacovigilancia) o de valor terapéutico cuestionable (de acuerdo con evidencia científica actualizada); b) garantizar que todos los medicamentos genéricos cumplan con las pruebas de intercambiabilidad; y c) establecer un registro más actualizado y periódico de reacciones adversas. En este sentido, la propuesta de vigencia indefinida podría significar un riesgo para los pacientes al perpetuar la comercialización de medicamentos inseguros o poco eficaces, además de tener un catálogo de medicamentos obsoleto y desactualizado. Si bien es necesario agilizar los procesos de obtención y renovación del registro sanitario, la renovación periódica ofrece una serie de ventajas sobre la vigencia indefinida.¹⁸

La iniciativa busca priorizar el acceso a medicamentos, lo cual es una demanda de la población y un componente central para el funcionamiento del sistema de salud. No obstante, para que los medicamentos alcancen todo su potencial para mejorar la salud de la población debe cumplirse no sólo el objetivo de facilitar el acceso, sino también los de lograr la calidad de los medicamentos y

el uso racional de los mismos. Dado que estos objetivos frecuentemente entran en conflicto y están influidos por diversos intereses, se ha recomendado que la toma de decisiones sobre medicamentos ocurra en el marco de una política farmacéutica nacional explícita, cuyo desarrollo es todavía una asignatura pendiente en México.¹⁹

Sobre el financiamiento del Insabi

El gasto público destinado a financiar los servicios de salud en México fue de casi 623 000 millones de pesos en 2017. De éstos, aproximadamente 290 000 millones se destinaron a la población sin seguridad social.¹³ De manera adicional, 586 000 millones de pesos destinados a la salud provinieron de fuentes privadas.¹³ De acuerdo con estimaciones del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria AC (CIEP),¹⁶ la creación del Insabi podría tener un impacto presupuestal de entre 160 000 y 905 000 millones de pesos, según los supuestos que se usen en las estimaciones – es decir, entre 0.65 y 3.63 puntos porcentuales del PIB. Lo anterior considerando únicamente los costos asociados con la provisión de servicios de salud; es decir, sin tomar en cuenta los costos que implica absorber el personal de salud necesario para aumentar la capacidad de provisión de servicios.

Como estrategia de reducción del gasto de bolsillo de los hogares, el Insabi podría tener un impacto enorme en el bienestar de los hogares, sobre todo en aquéllos con personas que sufren padecimientos crónicos como diabetes e hipertensión y que a través de su gasto de bolsillo cubren poco más de la mitad del gasto total de la atención de estas enfermedades.²⁰⁻²³ La factibilidad financiera del Insabi estará determinada, por un lado, por la cartera y la estructura de los servicios que requiere la población sin seguridad social y que serán ofrecidos por dicho Instituto; por otro lado, los fondos, fuentes y flujos de financiamiento y los criterios que se utilizarán para transferir los recursos a los estados – como pagos capitados o pagos según intervenciones prestadas – son aspectos clave que afectarán la viabilidad de la propuesta.

Aunque se resalta la obligatoriedad del gobierno federal a hacerse cargo del financiamiento del Insabi, falta precisar en qué medida se seguirá con el esquema financiero del SPSS, en el que una parte del presupuesto tendría base histórica y otra, pagos *capitados* del Gobierno Federal (RAMO 12). Se requiere también precisar quienes serán los receptores de estos recursos en el ámbito estatal, ya que en algunas partes de la iniciativa se señala a los Gobiernos Estatales y en otras a los Sesa. Asimismo, la iniciativa considera aportaciones con recursos propios sobre la base del número de afiliados atendidos; no obstante, no se establece cómo se definirán las aportaciones de los estados y municipios, ni cómo se

garantizará la transparencia en la participación estatal y municipal en el financiamiento de los servicios de salud, cuya deficiencia para demostrar la aportación solidaria ha generado constante tensión entre los Servicios de Salud Estatales y la CNPSS.⁹ La definición del peso relativo en las contribuciones financieras de todos los posibles aportadores a los diferentes fondos de financiamiento es un aspecto clave que puede plantear retos muy importantes para la implementación de los cambios propuestos.

Un rubro relevante de la iniciativa señala la transferencia por parte de la Secretaría de Salud de 11% de la asignación presupuestaria al Fondo para la Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos. Bajo el esquema del SPSS, en 2018 se contaba con un catálogo de 66 intervenciones cubiertas y una red de 332 hospitales acreditados por la CNPSS para la prestación de los servicios.³ Dado que este fondo tiene como objetivo financiar el gasto ocasionado por las enfermedades que provocan gastos catastróficos, un aspecto fundamental de la iniciativa es precisar el grupo de padecimientos a ser incluidos por el nuevo esquema y si la transferencia de recursos se realizará a los Sesa o a los hospitales prestadores de la atención. Para este aspecto se considera que la Secretaría “va a tomar en cuenta los patrones observados de referencia y contrarreferencia que deriven de las redes integradas de servicios de salud”. Esto último amerita una planeación cuidadosa para establecer tales redes de prestadores así como el intercambio de servicios entre las dependencias públicas de salud, para lo que es importante considerar la participación de la otra institución que presta servicios a población sin seguridad social; es decir, el IMSS-Bienestar.

La iniciativa ofrece una oportunidad para analizar la pertinencia de mantener dos esquemas financieros para brindar atención a la población sin seguridad social: el IMSS-Bienestar, financiado también con recursos del Gobierno Federal, y el Insabi, con recursos de los Gobiernos Federal y Estatales. Este análisis permitiría abordar explícitamente temas como la duplicidad de cobertura, de funciones y de estructura administrativa para mejorar la eficiencia de este subsistema y reducir la cifra que reporta México en gastos administrativos, que es de 5.2% del gasto total en salud, uno de los más altos entre los países de la OCDE.¹²

Sobre la Rectoría y Gobernanza

En materia de rectoría y gobernanza del sistema de salud, las reformas planteadas en la nueva Ley hacen necesaria la definición clara de los actores sociales e institucionales involucrados en la conducción de los cambios. Son fundamentales aspectos apropiados de gobernanza y

rectoría para facilitar la factibilidad política y técnica de cualquier propuesta de reforma.²⁴ Un paso importante para avanzar en este sentido es desarrollar de manera explícita la rectoría que asumirá el Insabi y su interacción formal con todos los actores federales, estatales y municipales, con los Sesa y con las otras instituciones de salud (principalmente el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado [ISSSTE]), así como con las organizaciones competentes en política farmacéutica. Ante los retos vigentes de bajos niveles de gobernanza, derecho a la salud y baja participación ciudadana en el marco de reformas recientes al sistema de salud en México,²⁵ es recomendable incluir líneas de acción que incorporen a académicos y líderes/organizaciones de la sociedad civil (OSC) para integrar su perspectiva en la respuesta a las necesidades de salud de los diferentes conjuntos poblacionales. Incluso, es pertinente considerar en las adiciones del decreto en materia de transparencia y rendición de cuentas la conformación de un Observatorio Ciudadano como contraloría social de los nuevos esquemas de cobertura universal.

Conclusiones

Este breve análisis de la iniciativa de ley que propone el *Proyecto de Decreto para reformar las Leyes en materia de acceso a los servicios de salud y medicamentos asociados para las personas que no poseen seguridad social* permite identificar importantes áreas de oportunidad en la definición de aspectos relacionados con la creación del Insabi, la transformación del esquema de financiamiento para la atención de salud, el planteamiento de estrategias sobre rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en el marco de la iniciativa propuesta, y las disposiciones para la regulación y acceso a medicamentos. La trascendencia de la reforma planteada que modifica sustancialmente la estructura y organización del Sistema de Salud mexicano amerita un análisis cuidadoso como base de un planteamiento más sólido en los aspectos mencionados en este trabajo y en otros que puedan identificarse, previo al sometimiento de la ley para votación por el Congreso. La propuesta se beneficiaría del establecimiento de foros de trabajo entre los proponentes y los principales actores, incluyendo expertos en los temas de Sistemas de Salud, tomadores de decisiones de los propios servicios e integrantes de la sociedad, con el propósito de incorporar la mejor evidencia disponible para fortalecer la iniciativa como base para una política pública de salud con equidad.

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

Referencias

1. Iniciativa 2019 que reforma la Ley General de Salud, de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud en materia de acceso a los servicios de salud y medicamentos asociados para las personas que no poseen seguridad social. Gaceta de la Comisión Permanente. México: Senado de la República, 2019 [citado septiembre 10, 2019]. Disponible en: http://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-03-1/assets/documentos/Ini_Delgado.pdf
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012 [citado septiembre 9, 2019]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
3. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados. Enero a diciembre 2018 [sitio de internet]. México: Secretaría de Salud, 2018 [citado septiembre 10, 2019]. Disponible en: <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/planes-programas-e-informes/22-planes-programas-e-informes/39-informes-de-labores-de-la-cnps>
4. IMSS Bienestar 2019. Estadísticas e Informes. Población Adscrita 2019. Ciudad de México: IMSS [citado septiembre 10, 2019]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar/estadisticas>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Datos de empleo y ocupación. México: INEGI, 2019 [citado septiembre 9, 2019]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Indicadores de ocupación y empleo. Cifras oportunas durante marzo de 2019. México: INEGI, 2019 [citado septiembre 9, 2019]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/iooe/iooe2019_04.pdf
7. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2018 [citado septiembre 10, 2019]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
8. Gakidou E, Lozano R, González-Pie E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet* 2006;368(9550):1920–35. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69568-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69568-8)
9. Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012 [citado septiembre 12, 2019]. Disponible en: http://dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/SPSS/EXT12_SPSS_IF.pdf
10. Colchero A, Gómez R, Bautista-Arredondo S. Caracterización de la “cascada de atención” en servicios públicos entre la población más pobre de México. *Salud Publica Mex*. 2019. <https://doi.org/10.21149/10570>
11. Perez-Cuevas R, Doubova S, Zapata M, Flores S, Frazier L, Rodríguez-Galindo C, et al. Scaling up cancer care for non-insured children in developing countries: the case of Mexico. *Pediatr Blood Cancer*. 2013;60(2):196–203. <https://doi.org/10.1002/pbc.24265>
12. Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing. París: OECD, 2017 [citado septiembre 12, 2019]. Disponible en: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-English.pdf>
13. Secretaría de Salud, Dirección de Información en Salud Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas). Indicadores de Gasto Público en Salud. México: Secretaría de Salud, 2019 [citado septiembre 11, 2019]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/indica_financieros_gobmx.html

14. Sosa-Rubí S, Galárraga O, Harrisc J. Heterogeneous impact of the "Seguro Popular" program on the utilization of obstetrical services in Mexico, 2001–2006: A multinomial probit model with a discrete endogenous variable. *J Health Econ*. 2009;28(1):20-34. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.08.002>
15. Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud Publica Mex*. 2013;55(supl 2):S91-9. <https://doi.org/10.21149/spm.V55s2.5103>
16. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria AC. Consideraciones de impacto presupuestario de la Iniciativa que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Ciudad de México: CIEP [citado septiembre 16, 2019]. Disponible en: <https://ciep.mx/consideraciones-de-impacto-presupuestario-ante-la-iniciativa-de-creacion-del-insabi/>
17. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, Vértiz-Ramírez JJ, Juárez-Ramírez C, Wirtz V, Pérez-Cuevas R. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Publica Mex*. 2013;55(supl 2):S100-5. <https://doi.org/10.21149/spm.V55s2.5104>
18. González-Pier E, Barraza-Lloréns M. Trabajando por la salud de la población: propuestas de política para el sector farmacéutico. Versión para el diálogo. Ciudad de México: Funsalud, 2011.
19. Wirtz VJ, Dreser A, Heredia-Pi I. Retos y oportunidades para el desarrollo de la política farmacéutica nacional en México. *Salud Publica Mex*. 2013;55(3):329-36. <https://doi.org/10.21149/spm.V55i3.7216>
20. Arredondo A, Azar A, Recaman AL. Challenges and dilemmas on universal coverage for non-communicable diseases in middle-income countries: evidence and lessons from Mexico. *Globalization Health*. 2018;14(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0404-3>
21. Arredondo A, Recaman AL. Determinants of uncontrolled hypertension in the context of universal health coverage in middle-income countries. *Am J Hyperten*. 2018;11:1175-7. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpy124>
22. Organisation for Economic Cooperation and Development. Indicators of public spending and out-of-pocket spending on health in different countries. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. París: OECD Publishing, 2017 [citado septiembre 5, 2019]. Disponible en: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
23. Arredondo A, Orozco E, Duarte MB, Cuadra M, Recaman AL, Azar A. Trends and challenges in diabetes for middle income countries: Evidence from Mexico. *Glob Public Health*. 2019;14(2):227-40. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1498115>
24. Arredondo A, Orozco E, Recaman AL. Qualitative analysis of governance trends after health system reforms in Latin America: lessons from Mexico. *Public Health*. 2018;156:140-6. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.12.019>
25. de Andrade LO, Pellegrini-Filho A, Solar O, Rigoli F, de Salazar LM, Serrate PC, et al. Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos. *MEDICC Review*. 2015;17(1):S53-61.