

Factibilidad de inclusión de consultorios adyacentes a farmacias privadas en la red de servicios públicos

Humberto Álvarez-Sáyago, MC, M en SP,⁽¹⁾ Sandra Patricia Díaz-Portillo, D en C en Sist de Salud,⁽²⁾
Sergio Meneses-Navarro, D en C en Sist de Salud,⁽³⁾ Hortensia Reyes-Morales, D en C en Sist de Salud,⁽²⁾
Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, D en C en Sist de Salud.⁽²⁾

Álvarez-Sáyago H, Díaz-Portillo SP, Meneses-Navarro S, Reyes-Morales H, Alcalde-Rabanal JE.

Factibilidad de inclusión de consultorios adyacentes a farmacias privadas en la red de servicios públicos. *Salud Publica Mex.* 2026;68:22-33.

<https://doi.org/10.21149/17026>

Álvarez-Sáyago H, Díaz-Portillo SP, Meneses-Navarro S, Reyes-Morales H, Alcalde-Rabanal JE.

Feasibility of including private pharmacy clinics in public health services. *Salud Publica Mex.* 2026;68:22-33.

<https://doi.org/10.21149/17026>

Resumen

Objetivo. Analizar la factibilidad política, legal, técnica y social de incluir a los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) privadas como parte de la red de atención ambulatoria de los servicios de salud que atiende a personas sin seguridad social en un estado en México. **Material y métodos.** Se realizó un estudio de caso con metodología mixta secuencial, entre febrero y junio de 2023 que exploró la factibilidad política, legal, técnica y social de incluir los CAF. Para la dimensión política, se aplicaron entrevistas semiestructuradas y una matriz que valoró el posicionamiento, poder e interés de los actores clave. Para la dimensión legal se realizó un análisis documental del marco legal y normativo sobre prestación de servicios de salud; la dimensión técnica analizó la disponibilidad de consultorios y personal médico, y para la dimensión social se aplicó un cuestionario a usuarios de CAF. **Resultados.** En la dimensión política, los actores clave estuvieron medianamente a favor; en la dimensión legal los documentos no restringen la inclusión de los CAF a la red pública; en la dimensión técnica, la complementariedad de recursos humanos e infraestructura aumenta su disponibilidad para la atención ambulatoria; y en la dimensión social, los usuarios estuvieron de acuerdo con la inclusión de los CAF como parte de la red de atención pública para la atención de la población sin seguridad social. **Conclusiones.** La inclusión de los CAF es una alternativa al corto plazo para fortalecer la atención ambulatoria pública. El

Abstract

Objective. To analyze the political, legal, technical, and social feasibility of including private pharmacy-adjacent clinics as part of the ambulatory care network of health services that serve uninsured individuals in a Mexican state. **Materials and methods.** A sequential mixed-methods case study was conducted between February and June 2023 to assess four feasibility dimensions. For the political dimension, semi-structured interviews and an actor analysis matrix were used to assess stakeholders' positioning, power, and interest. The legal dimension was examined through document analysis of the legal and regulatory framework governing health service provision. The technical dimension considered the availability of clinics and medical personnel, and the social dimension was evaluated through a user questionnaire applied in CAF. **Results.** Politically, key stakeholders showed moderate support for the inclusion of CAF. Legally, the current regulatory framework does not restrict their integration into the public network. From a technical standpoint, the complementarity in human resources and infrastructure increases the availability of ambulatory care. Socially, users expressed agreement with the inclusion of CAF as part of the public health service network for the uninsured population. **Conclusions.** The inclusion of pharmacy-adjacent clinics offers a viable alternative to strengthen public ambulatory care. Despite political challenges, social support and the legal framework validate

- (1) Coordinación de Unidades de Primer Nivel, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. Ciudad de México, México.
- (2) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.
- (3) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación. Cuernavaca, México.

Fecha de recibido: 1 de mayo de 2025 • **Fecha de aceptado:** 5 de septiembre de 2025 • **Publicado en línea:** 14 de enero de 2026
Autora de correspondencia: Dra. Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlilán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: jacqueline.alcalde@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

respaldo social y el marco legal, pese a los desafíos políticos, validan su potencial para ampliar el acceso a la atención de salud de la población sin seguridad social.

Palabras clave: consultorios médicos; instituciones privadas de salud; atención ambulatoria; estudios de factibilidad; México

their potential to expand healthcare access for the uninsured population.

Keywords: physicians' offices; health facilities; ambulatory care; feasibility studies; Mexico

La cobertura universal de salud implica garantizar que toda la población tenga acceso a servicios de salud de calidad, en el momento y lugar que lo necesite, sin dificultades financieras. Para alcanzarla es necesario desvincular el derecho a la protección de la salud como una prestación laboral y garantizarlo como derecho. Para lograrlo, es fundamental fortalecer la infraestructura y los recursos materiales, financieros y humanos del sistema de salud.¹

En México, garantizar el acceso universal a los servicios de salud es uno de los mayores desafíos, principalmente por la segmentación y fragmentación que caracteriza la oferta de servicios del sistema de salud.² La seguridad social oferta atención a personas con empleo formal y sus familiares, cubre a 44.1% (36.7% afiliada al Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS], 7.1% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado [ISSSTE] y 1% a otros servicios públicos).³ La población sin empleo o con empleo informal carece de aseguramiento público; asciende a 54.4% y le corresponde atenderse en los servicios estatales de salud (Sesa) y en los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) y sólo 0.5% está afiliado a un seguro de salud privado.^{4,5}

No obstante, el porcentaje de población que utiliza los servicios privados para resolver su problema de salud ha incrementado en los últimos años, al pasar por 38.9, 43.2, 56.6 y 48.8%, en 2012, 2018, 2021 y 2022, respectivamente.^{4,6} Esta tendencia podría ser un indicativo de las barreras para el acceso a los servicios públicos de salud, la disminución en su cobertura o las preferencias de los usuarios.⁷

En 2022, 60.5% de la población sin seguridad social utilizó los servicios privados incluyendo los consultorios adyacentes a farmacias privadas (CAF).⁴ Entre las razones del desplazamiento de la demanda a los servicios privados se reportan limitados horarios de atención, tiempo de espera prolongados, distancia, pago adicional por la atención y medicamentos, y poca amabilidad por parte del personal de salud, entre otros.⁸ Este hecho coincide con el aumento del porcentaje de la población sin acceso a los servicios de salud

a nivel nacional que pasó de 16.8% en 2018 a 28.2% en 2020.⁹ Sin embargo, México no cuenta con un sistema de registro oficial para identificar nominalmente a la población sin seguridad social y estimar con precisión su cobertura en salud. También se debe considerar que el periodo 2019-2022 se caracterizó por la eliminación del Seguro Popular, la implementación no exitosa del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) y su posterior sustitución por el IMSS-Bienestar, lo que ha implicado una reconfiguración en la oferta de servicios públicos para la población sin seguridad social.^{5,10} Adicionalmente, no se puede subestimar el impacto de la pandemia de Covid-19 en la oferta y utilización de servicios públicos.

Los CAF, que surgieron en México en 1997, han tenido un notable incremento al pasar de 13 000 en 2013 a 18 000 en 2023, mismos que están distribuidos en todo el territorio nacional. Tienen capacidad instalada para atención ambulatoria y se han convertido en uno de los proveedores de salud más importantes en México.^{11,12} En 2021 y 2022, 19.9 y 17.7% de las personas que tuvieron una necesidad de salud acudieron a los CAF, respectivamente.^{4,6} Además, en 2022 los CAF otorgaron 10 millones de consultas mensuales,¹² mientras que los Sesa otorgaron 39.1 millones de consultas.¹³ Sin embargo, la información sobre el número de CAF y su productividad de consultas provienen de la Asociación Nacional de Farmacias en México, no de algún sistema de registro administrativo oficial. A pesar del importante rol que desempeñan los CAF, no se ha considerado su participación como uno de los proveedores de atención ambulatoria del sistema público de salud.¹⁴ Los CAF ofrecen principalmente consultas médicas para afecciones de baja complejidad, las cuales son los principales motivos de consulta que saturan la demanda de atención de los servicios públicos de salud (infecciones respiratorias agudas, infecciones gastrointestinales, infección de vías urinarias), procedimientos menores, estudios diagnósticos, surtimiento de recetas, seguimiento de enfermedades crónicas, entre otros.

Para alcanzar la cobertura universal en salud en México podría considerarse la inclusión de otros proveedores de atención, entre ellos los CAF, los cuales,

con una adecuada regulación y capacitación continua del personal médico, podrían apoyar al sistema de salud en la ampliación de la atención ambulatoria.¹⁵ La propuesta de inclusión de los CAF como parte de la red de servicios ambulatorios para la atención de la población sin seguridad social consiste en que la provisión de servicios ambulatorios de baja complejidad puedan ser ofertados por los CAF. Los Sesa o IMSS-Bienestar comprarían estos servicios para la población sin seguridad social, bajo convenios y protocolos de atención previamente establecidos, que en adelante llamaremos "inclusión de los CAF".

Para determinar el potencial de éxito de esta propuesta es fundamental un estudio de factibilidad. Este tipo de estudio se realiza previo a la implementación de una política, proyecto, programa o estrategia, puesto que proporciona información sistemática y objetiva para anticipar las posibilidades de éxito o fracaso, así como identificar condiciones que facilitan o dificultan su implementación.¹⁶ Existen varias dimensiones para el estudio de la factibilidad, no obstante, las más estudiadas antes de una intervención son la política, la legal, la técnica y la social.¹⁷ El objetivo del presente estudio es analizar la factibilidad política, legal, técnica y social para incluir los consultorios adyacentes a farmacias

privadas como parte de la red de atención ambulatoria de los servicios estatales de salud, para la atención de la población sin seguridad social en un estado de la República mexicana.

Material y métodos

Para explorar la inclusión de los CAF, se realizó un estudio de caso único¹⁸ entre febrero y junio de 2023 en un estado de México ubicado al noreste del país. Al momento del estudio el estado aún no suscribía convenio con el IMSS-Bienestar.¹⁹ El diseño del estudio fue mixto (cuantitativo y cualitativo) secuencial;²⁰ cada dimensión constituyó en sí misma una etapa de análisis.

Las definiciones conceptuales y operacionales de factibilidad abordadas en el presente estudio se describen en el cuadro I.¹⁷⁻²³

Factibilidad política

Informantes. Se seleccionaron a conveniencia actores clave según los siguientes criterios: a) ser tomador de decisiones sobre la prestación de servicios de salud públicos o privados; b) al menos un año en el cargo o haberlo dejado en el año inmediato anterior, y c) ser un

Cuadro I
DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DE FACTIBILIDAD EXPLORADAS EN EL ESTUDIO

Dimensión	Definición	Categoría	Definición
Política	Analiza a los actores involucrados que pueden influir en la toma de decisiones políticas e institucionales.	Posicionamiento	Estatus del actor clave como oponente o facilitador de la política planteada.
		Poder	Capacidad de influir en la decisión de otros.
		Interés	Nivel de compromiso e implicación que tienen los individuos o grupos en el proceso político.
Legal	Verifica la existencia de leyes o normas de carácter nacionales o estatales que impidan o faciliten la efectiva inclusión en la prestación de servicios de salud.	Leyes o normas nacionales	Leyes nacionales que faciliten o limiten la inclusión de los CAF en la prestación de servicios de salud.
		Leyes o normas estatales	Leyes estatales que faciliten o limiten la inclusión de los CAF en la prestación de servicios de salud.
Social	Verifica el interés de los beneficiarios y organizaciones de la sociedad civil para determinar la legitimidad de una intervención.	Percepción de los usuarios sobre los CAF	Se clasifica según su percepción sobre la atención médica en los CAF.
		Posicionamiento de los usuarios	Hace referencia al apoyo, neutralidad u oposición de los usuarios a la iniciativa.
		Beneficios y limitaciones a los usuarios	Se refiere a las ventajas y desventajas que tendrán los usuarios al implementar la iniciativa.
Técnica	Valora la capacidad instalada de una institución u organización para poner en marcha un determinado proyecto o programa.	Infraestructura disponible	Consultorios de atención médica ambulatoria públicos y CAF en población sin seguridad social.
		Recursos humanos disponibles	Personal médico titulado para la atención médica ambulatoria pública y CAF en población sin seguridad social.

Fuente: Elaboración propia con base en Etapas del Análisis de Factibilidad. Compendio Bibliográfico;¹⁷ Hyder A, Syed S, Puvanachandra P, Bloom G, Sundaram S, Mahmood S, et al. Stakeholder analysis for health research: case studies from low- and middle-income countries;²¹ Ssegawa JK, Muzinda M. Feasibility Assessment Framework (FAF): a systematic and objective approach for assessing the viability of a Project²² y Reich MR. The politics of reforming health policies.²³
CAF: consultorios adyacentes a farmacias

actor clave con influencia significativa en la formulación e implementación de políticas en salud en el estado.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada. Se realizaron entrevistas semiestructuradas que exploraron características sociodemográficas y laborales del informante (edad, sexo, organización, puesto, funciones y tiempo en el cargo); conocimiento de los CAF (funcionamiento, servicios que otorgan, calidad de los servicios, infraestructura, personal y regulación de los CAF), y el poder e interés de los actores para la inclusión de los CAF. Las entrevistas se realizaron previo consentimiento informado en horarios acordados con los informantes y en espacios con privacidad.

Matriz comparativa. Cada entrevistado valoró su auto-posicionamiento y el posicionamiento de 19 actores, los cuales fueron agrupados en seis sectores (Secretaría de Salud [SS], academia, CAF, cámaras de comercio, legisladores y prensa), a los cuales se asignó el puntaje de 1 (1= a favor, 1=neutral o 1= en contra). Se consideró posicionamiento a favor cuando se percibió que el actor apoya decididamente la inclusión de los CAF; en contra, si se oponían a la iniciativa y neutral si no tenía un posicionamiento claro. Para valorar el poder, se asignó puntaje de 1 (1= bajo, 1= medio y 1= alto). Se consideró poder alto, medio y bajo cuando el entrevistado percibió que el actor tiene alta, media o baja capacidad de influir en la decisión de otros actores. Para medir el interés, se le asignó un puntaje de 1 (1= bajo 1= medio 1= alto). Se consideró interés alto cuando se percibía que el actor tenía la decisión de promover la iniciativa; medio, cuando el actor tenía moderadas intenciones de promover la iniciativa; y bajo, cuando tenía nula intención de promoverla.

Análisis de la información. Las entrevistas fueron videograbadas y transcritas en un procesador de texto; se realizó análisis de contenido y, posteriormente, se organizaron matrices de texto según las categorías de análisis descritas en el cuadro I.²⁴

Según los puntajes obtenidos en la matriz, para el posicionamiento se estimó el porcentaje de actores a favor, neutrales o en contra. Para el poder e interés, se estimó el porcentaje de actores con poder o interés alto, medio o bajo. También se estimó un puntaje global que se obtuvo de la sumatoria de las tres categorías y, como medida de resumen, se estimó la media. Se consideró alta factibilidad política cuando el puntaje fue de 2 a 3, moderadamente factible de 1 a 1.9 y no factible cuando

se obtuvo un puntaje <1. Los resultados se presentaron en un mapa de calor.

Factibilidad legal

Fuentes de información. Se realizó un análisis documental de normas oficiales del Gobierno de México y del estado vinculados con la atención de salud, a fin de identificar los fundamentos legales que respalden la inclusión de los CAF. Se incluyeron documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF) o en el Periódico Oficial del Estado.

Análisis de la información. Se revisaron los documentos para identificar información relacionada con prestación de servicios, acceso a la salud, cobertura de salud, subrogación de servicios, primer nivel, atención primaria y atención ambulatoria. Los textos seleccionados se clasificaron como facilitadores o restrictores para la inclusión de los CAF.

Factibilidad técnica

En esta dimensión se exploró la disponibilidad de consultorios para atención médica ambulatoria y la disponibilidad del personal médico en el periodo 2017-2022. Se exploraron estas categorías ya que son esenciales para la ampliación inmediata de servicios ambulatorios para la atención de la población sin seguridad social.

Fuentes de información. Para estimar la disponibilidad de consultorios, se obtuvo información de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).¹³ La información de recursos humanos se obtuvo de la página de la DGIS.¹³ La población sin afiliación a la seguridad social se obtuvo del portal del Instituto Nacional de Estadística y Geografía de 2020.²⁵

Análisis de información

Para estimar la disponibilidad de consultorios, se estimó la tasa de los consultorios públicos y privados (sólo CAF) de manera independiente y posteriormente se realizó la suma de ambos tanto para el nivel nacional como estatal. Se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de consultorios de atención ambulatoria}}{\text{Total de población sin seguridad social}} \times 10\,000 \text{ habitantes}$$

Para calcular la disponibilidad de personal de salud, se estimó la densidad del personal médico para el sector público y privado (sólo CAF). Se incluyó únicamente

personal en contacto con el paciente para la atención ambulatoria tanto a nivel nacional como estatal. Se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de personal médico en atención ambulatoria}}{\text{Total de población sin seguridad social}} \times 10\,000 \text{ habitantes}$$

Los resultados se presentaron en un gráfico generado en Microsoft Excel 2020.

Factibilidad social

Informantes. Se incluyó a población mayor de 18 años que recibió atención en CAF por lo menos en una ocasión en los últimos seis meses y que estuviera en la sala de espera del consultorio.

Instrumentos. Se aplicó un cuestionario en el área metropolitana del estado.¹⁹ El cuestionario exploró datos personales (edad, sexo, ocupación, formación académica, afiliación a servicios de salud), su percepción (positiva, neutral o negativa) de incluir a los CAF como parte de la red de atención ambulatoria para las personas sin seguridad social, así como los beneficios y limitaciones de ser atendidos en los CAF. Las respuestas fueron medidas en una escala del 1 al 5, donde 1 fue menos benéfico y 5 más benéfico. Todos los participantes otorgaron su consentimiento para participar en el estudio. El cuestionario fue aplicado por medio de la plataforma digital Google Forms.

Análisis de información. Se estimó el porcentaje de las respuestas para cada pregunta según las variables exploradas. Los resultados se presentaron en un gráfico de Microsoft Excel 2020.

Finalmente, se realizó un análisis de complementariedad considerando las cuatro categorías estudiadas, con la finalidad de tener una visión integral de la factibilidad de inclusión de los CAF.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado el 25 de abril de 2023 con número de registro CI-231-2023 por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Resultados

Factibilidad política

Características de los actores clave entrevistados

Nueve actores participaron en la entrevista (seis hombres y tres mujeres); su edad osciló entre 29 y 79 años, todos terminaron licenciatura y cinco, posgrado. Tres ocupaban cargos directivos en la SS estatal, uno era gerente de un CAF, dos se desempeñaban como representantes de cámaras de comercio, dos eran investigadores en salud y uno, analista de políticas públicas en salud. En cuanto a su antigüedad en el puesto de trabajo, ésta osciló entre 2 y 38 años.

Posicionamiento

Los nueve informantes se autoposicionaron a favor de incluir los CAF a los servicios públicos de salud. La calificación cruzada de actores ubicó a cámaras de comercio, academia y prensa con un posicionamiento a favor con un puntaje de 0.75, 0.71 y 0.67, respectivamente; mientras que la SS estatal, CAF y legisladores le otorgaron un posicionamiento medianamente favorable (0.47, 0.54 y 0.61) (cuadro II).

Poder

En cuanto a la autopercepción del poder, cuatro se identificaron con bajo poder (prensa, CAF, SS y academia), dos con mediano poder (academia y SS) y tres con alto poder (SS y cámaras de comercio). La calificación cruzada otorgó a la SS y a la cámara de comercio un poder alto (0.53, 0.50); a los legisladores, academia y CAF, un poder medio (0.50, 0.42, 0.38), y a la prensa un poder bajo (0.67) (cuadro II).

Interés

Dos actores (SS) se autocalificaron con un interés medio; los siete restantes se clasificaron en un nivel alto de interés para promover la iniciativa. En la calificación cruzada, identificaron con interés alto a la prensa y cámaras de comercio, con un puntaje de 0.67 cada una; a legisladores, SS y academia, con interés medio (0.61, 0.5 y 0.42) y a los CAF, con interés bajo (0.38).

El puntaje global obtenido en la dimensión política fue de 1.38 de 3, lo cual indica que la iniciativa de incluir los CAF como parte de la atención ambulatoria de los servicios de salud públicos es moderadamente factible (cuadro II).

Factibilidad legal

Se revisaron 14 documentos, siendo siete de nivel nacional y siete de nivel estatal. En 12 de ellos existen normas que facilitan la inclusión de los CAF y dos de ellos limitan su inclusión en la red de atención ambulatoria de los servicios públicos de salud a nivel nacional (cuadro III).²⁶⁻²⁸

Cuadro II
ANÁLISIS DEL POSICIONAMIENTO, PODER E INTERÉS
DE LOS DIFERENTES ACTORES EN UN ESTADO EN
México. 2023

Posicionamiento	A favor	Neutro	En contra
SS	0.47	0.37	0.17
Academia	0.71	0.25	0.04
CAF	0.54	0.13	0.33
Cámaras	0.75	0.17	0.08
Legisladores	0.61	0.39	0.00
Prensa	0.67	0.33	0.00
Media	0.63	0.27	0.10
<i>Poder</i>	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>
SS	0.53	0.2	0.27
Academia	0.13	0.42	0.46
CAF	0.25	0.38	0.38
Cámaras	0.5	0.25	0.25
Legisladores	0.44	0.5	0.06
Prensa	0.17	0.17	0.67
Media	0.34	0.32	0.35
<i>Interés</i>	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>
SS	0.23	0.5	0.27
Academia	0.25	0.42	0.33
CAF	0.33	0.29	0.38
Cámaras	0.67	0.25	0.08
Legisladores	0.33	0.61	0.06
Prensa	0.67	0.17	0.17
Media	0.41	0.37	0.22
Total	1.38	0.97	0.67

Fuente: Elaboración propia con datos de la matriz comparativa de la dimensión política.

SS: Secretaría de Salud

CAF: consultorios adyacentes a farmacias

En los facilitadores, la Ley General de Salud (LGS) vigente indica en su Artículo 11 “La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos”.²⁶ De igual forma, el Reglamento de la Ley de Asociaciones Público-Privadas permite a entidades federales “participar en proyectos de asociaciones público-privadas” bajo ciertas condiciones. En estos documentos se identificó la oportunidad de trabajar en conjunto con el sector privado para cumplir con su objetivo de garantizar el acceso de la población a los servicios de salud.

Como limitantes para la inclusión de los CAF, en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 se señala la necesidad de recuperar lo público y evitar la participación con el sector privado.²⁷ El Programa Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024 menciona el reemplazo de la subrogación de servicios privados por la contratación de servicios públicos.²⁸

Factibilidad técnica

Entre 2017 y 2022, se observó una disminución significativa en la tasa de consultorios de atención ambulatoria en el sector público en el estado (8.6 a 5.8 x 10 000 hab.) y a nivel nacional (7.7 a 6.0 x 10 000 hab.). En contraste, se observó un incremento en los CAF en el estado (3.5 a 4.2 x 10 000 hab.) y a nivel nacional (1.7 a 2.7 x 10 000 hab.) en el periodo mencionado (figura 1).^{13,25}

La densidad de personal médico de la SS en el estado disminuyó de 4.3 por cada 10 000 habitantes en 2017 a 3.4 en 2021. En contraste, a nivel nacional, la densidad incrementó de 7.1 a 7.5 entre 2017 y 2021. El personal médico de los CAF en el estado aumentó de 3.5 a 4.2 por 10 000 habitantes. Este aumento también se observa a nivel nacional, donde la densidad subió de 1.7 a 2.7 (figura 1).^{13,25}

De ser considerados los CAF, la tasa de consultorios y personal médico aumentaría casi al doble en el estado con 10.08 y 7.7 x 10 000 habitantes, respectivamente (figura 1).

Factibilidad social

Características de los informantes

El cuestionario fue aplicado a 30 usuarios: 19 mujeres (63.3%) y 11 hombres (36.7%) con un rango de edad de 19 a 78 años. El 53.3% cuenta con escolaridad superior a licenciatura, mientras que el restante (46.7%) tiene un nivel educativo menor. El 60% tenía empleo formal, 16.7% empleo informal, 6.7% eran estudiantes, 10% desempleados y 6.7% jubilados. El 73.4% tiene afilia-

Cuadro III
ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL A NIVEL NACIONAL Y ESTATAL. MÉXICO, 2023

	Documento	Tipo	Hallazgos	Facilitador	Limitante
1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Nacional	Artículo 4º, menciona que toda persona tiene el derecho a la protección de la salud.	Sí	No
2	Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024	Nacional	Corrupción en sistema de salud en la subrogación de servicios, no están en planes de colaborar con el sector privado.	No	Sí
3	Plan Sectorial de Salud 2020-2024	Nacional	Describe la unificación de los sistemas de información en salud, incluyendo al sector privado. En la estrategia 1.2.4 menciona el reemplazo de la subrogación de servicios privados por la contratación de servicios interinstitucionales.	No	Sí
4	Ley General de Salud	Nacional	La ley reconoce la importancia de la colaboración entre los sectores público y privado en la prestación de servicios de salud, siempre y cuando se cumpla con los requisitos y obligaciones establecidos en la ley. En sus artículos 38, 40, 41 y 43 existe vinculación.	Sí	No
5	Ley de Asociaciones Público-Privadas	Nacional	Establece, en su artículo 14, que las dependencias y entidades podrán celebrar convenios con particulares para la realización de estudios, proyectos, obras y servicios relacionados con la prestación de servicios públicos. También son facilitadores sus artículos 15, 26, 93, 94 y 101.	Sí	No
6	Reglamento de la Ley de Asociaciones Público-Privadas	Nacional	Los artículos 3, 4, 5 y 10 establecen que las dependencias y entidades federales podrán participar en proyectos de asociaciones público-privadas únicamente cuando puedan participar libremente o mediante el otorgamiento de permisos, autorizaciones o concesiones.	Sí	No
7	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Nacional	Artículo 17, sobre la colaboración de los establecimientos de carácter privado en la prestación de servicios básicos de salud, servicios de urgencias, notificaciones correspondientes de enfermedades transmisibles y atención médica en casos de desastre.	Sí	No
8	Constitución Política del Estado Libre y Soberano	Estatad	Artículo 35 establece el derecho a la protección de la salud, así como las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. En las modalidades podría incluir la APP.	Sí	No
9	Ley Estatal de Salud	Estatad	Los artículos 12, 14 y 15 establecen las bases para la concertación de acciones entre el gobierno del estado, a través de la Secretaría Estatal de Salud, y el sector social y privado.	Sí	No
10	Ley que crea el Organismo Público Descentralizado "Servicios de Salud"	Estatad	Artículo 9 establece que puede celebrar convenios y contratos de subrogación de servicios con instituciones u organismos de los sectores público, social o privado.	Sí	No
11	Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social	Estatad	Artículo 34, el Gobierno del Estado dictamina el otorgamiento de estímulos fiscales para inducir las acciones de los sectores social y privado en la prestación de servicios de salud en materia de asistencia social.	Sí	No
12	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado	Estatad	Artículo 1 menciona que los entes gubernamentales pueden contratar servicios con el sector privado. También facilita la inclusión en los artículos 38, 39, 42 y 47 de la Ley.	Sí	No
13	Ley de Asociaciones Público-Privadas para el Estado	Estatad	En sus artículos 10 y 11 se establece que los casos en los que se pueden utilizar los esquemas de proyectos de asociación público-privada en el ámbito público.	Sí	No
14	Ley de la Beneficencia Privada	Estatad	Reconoce a las instituciones de beneficencia privada como actores importantes en la asistencia social y les brinda la oportunidad de trabajar en conjunto con el sector público para lograr sus objetivos. En sus artículos 80 y 81.	Sí	No

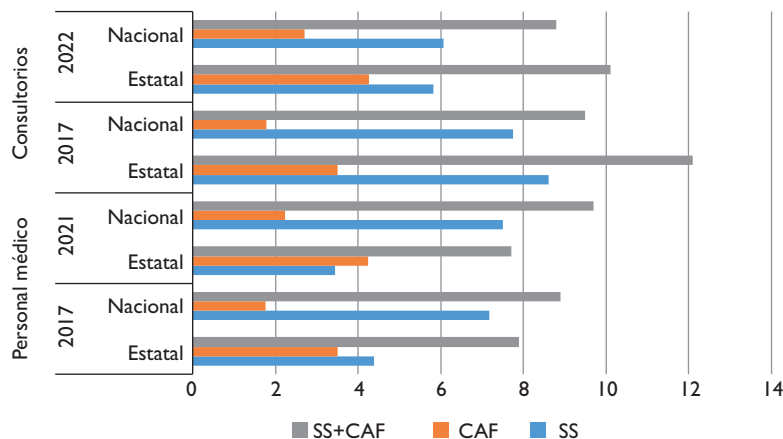
Fuente: Elaboración propia con documentos revisados en el Diario Oficial de la Federación y Periódico Oficial del Estado.²⁶⁻²⁸
APP: asociación público-privada.

ción a instituciones públicas de salud, 13.3% se atiende servicios de salud privados y 23.4% no está afiliado a ningún servicio de salud.

Percepción de los usuarios

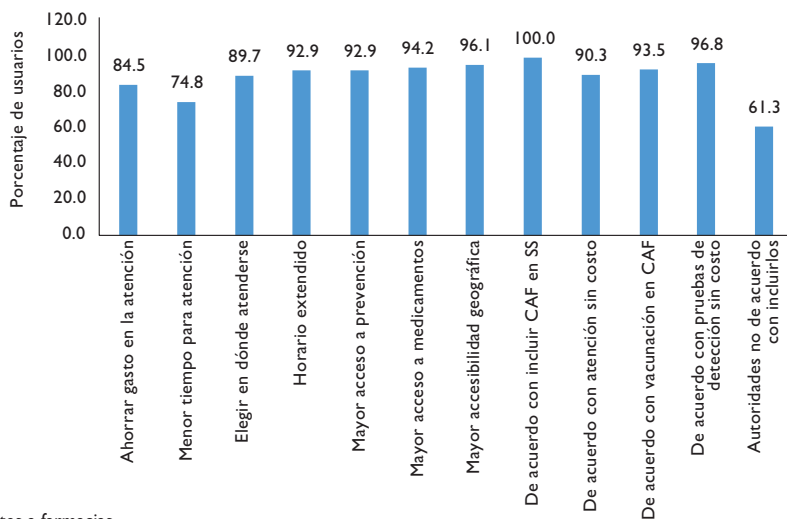
El 83.3% calificó la atención en los CAF como "Buena" y 16.7% como "Regular". Respecto a la atención médica,

30% la consideró "Excelente", 60% "Buena", 6.7% "Regular" y 3.3% "Mala". El 93.3% considera que resolvió su problema de salud y 6.7% que no. En cuanto a la satisfacción general, 80% estuvieron "Muy satisfechas", 16.7% "Más o menos satisfechas" y 3.3% "Poco satisfecha" (figura 2).



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud, de la Secretaría de Salud 2021,¹³ y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020.²⁵
CAF: consultorios adyacentes a farmacias.
SS: Secretaría de Salud.

FIGURA 1. TASA DE CONSULTORIOS Y DENSIDAD DE PERSONAL DE SALUD A NIVEL NACIONAL Y ESTATAL POR CADA 10 000 PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL, ENTRE 2017 Y 2022. MÉXICO



CAF: consultorios adyacentes a farmacias.
SS: Secretaría de Salud.

FIGURA 2. POSICIONAMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA INCLUSIÓN DE LOS CAF EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS EN UN ESTADO EN MÉXICO. 2023

Posicionamiento de los usuarios

En la figura 2 se observa que la totalidad de los usuarios se posicionaron a favor de la inclusión de los CAF y servicios de salud públicos, mientras que menos de la mitad (38.7%) reconoció en las autoridades un posicionamiento a favor de esta inclusión. La opción "menor tiempo para recibir atención" fue el beneficio percibido con el porcentaje más bajo (74.83%) en caso de incluir los CAF en los servicios públicos (figura 2).

Discusión

Hasta donde conocemos, este es el primer estudio que analiza de manera conjunta la factibilidad política, legal, técnica y social de incluir los CAF como parte de la red de atención ambulatoria para la atención de la población sin seguridad social en un estado de México. A pesar de que en el país los servicios de salud públicos que atienden a la población sin seguridad social, que es la población con mayor vulnerabilidad, se caracterizan por estar saturados y con largos tiempos de espera para la atención, no se visualiza una alternativa que permita revertir esta situación a corto plazo. Los CAF muestran una tendencia creciente en el número de consultorios y preferencia por parte de la población, no obstante, la prestación de servicios ocurre al margen del ente regulador. Los presentes hallazgos muestran que existe una moderada factibilidad política y una adecuada factibilidad legal, técnica y social de una posible inclusión de los CAF como parte de la red para la atención ambulatoria de la población sin seguridad social.

En relación con la factibilidad política, se observó que cuando el actor valora su autopoicionamiento, se manifiesta claramente a favor de la inclusión de los CAF. Sin embargo, cuando se realiza la valoración cruzada, el posicionamiento cambia hacia una factibilidad media. Esto puede explicarse porque, en entornos como la entrevista, las personas pueden responder de manera favorable ante temas sensibles; en cuanto se aplica la valoración cruzada, tienden a sentirse menos juzgadas por su percepción.

Durante la administración 2018-2024, la postura ideológica del gobierno federal hacia el sector privado y la industria farmacéutica ha mostrado poca apertura para la participación del sector privado en la provisión de servicios y los CAF han sido considerados poco apropiados como recurso legítimo debido a precariedad laboral, prescripción irracional de medicamentos y falta de capacidad para atender enfermedades crónicas.²⁹ Por ejemplo, durante la pandemia de Covid-19 hubo una clara omisión de los CAF por parte del Gobierno para apoyar la atención ambulatoria, a pesar de que diversos

actores señalaron la necesidad de una alianza público-privada.^{30,31} Desde el nivel federal se ha criticado la subrogación al sector privado, denunciando prácticas monopólicas y favoritismo en compras durante la vigencia del Seguro Popular.

En la factibilidad legal, los hallazgos muestran que las leyes y reglamentos estatales y federales facilitan la inclusión, ya que se orientan al fin superior de garantizar el acceso de la población a los servicios de salud. Este hallazgo es similar a otros estudios que señalaron que el marco jurídico facilita la inclusión de servicios privados en el ámbito público de la salud.³² Sin embargo, no se han identificado documentos que respalden la asignación de recursos públicos al sector privado para la atención a la salud, por lo que sería necesario establecer estrategias y mecanismos para esta inclusión.^{14,32} Otros documentos del PND y el PSS limitan la participación del sector privado a la subrogación de servicios, por enfrentarse a la crítica de incremento de los niveles de corrupción en los procesos de negociación.^{27,28}

En relación con la dimensión técnica, el crecimiento acelerado de los CAF implica una mayor disponibilidad de consultorios y personal de salud y, en consecuencia, una disminución en la utilización de servicios públicos.³³ No obstante, las condiciones laborales del personal médico en los CAF tienden a ser precarias por la baja remuneración y la ausencia de garantías laborales, aunque esta situación no es exclusiva del sector privado.³⁴ La inclusión de los CAF podría ser una oportunidad para mejorar las condiciones laborales del personal médico y de enfermería. En relación con los requerimientos mínimos de infraestructura y equipamiento establecidos en la NOM-005-SSA3-2010³⁵ para el funcionamiento de los establecimientos ambulatorios, se ha reportado que la infraestructura de los CAF es limitada³⁶ por lo que, antes de iniciar un proceso de inclusión de los CAF, se tendría que verificar que las unidades cumplen con los requisitos mínimos que garanticen una adecuada calidad de atención.

En la valoración de la factibilidad social, la totalidad de los usuarios encuestados apoyan esta iniciativa, no obstante, consideraron que las autoridades pueden ser un obstáculo para su implementación. Es interesante entender este claro posicionamiento de la población, puesto que los usuarios prefieren los CAF por la oportunidad y satisfacción con el servicio y bajos costos de atención.⁴ No obstante, es importante señalar que existen preocupaciones relacionadas con la prescripción inapropiada de medicamentos que podría generar mayores riesgos a la salud,^{37,38} esto señala la necesidad de fortalecer y vigilar la regulación aplicable a los CAF.⁷ Un beneficio para la población sería una disminución

del gasto en salud, puesto que el costo de la atención y medicamentos sería asumido por el gobierno. En 2022, un estudio reportó como ventajas percibidas por los usuarios la cercanía a los CAF; 71% de las personas que no accedieron a la atención a servicios públicos argumentó débil accesibilidad geográfica.^{6,39}

A partir de los hallazgos del estudio se pueden proponer algunas estrategias para estructurar una inclusión de los CAF en la red de atención ambulatoria de servicios públicos de salud para la atención de población sin seguridad social. En términos de prestación de servicios, podrían establecerse convenios para ofrecer una cartera definida de servicios ambulatorios con referencia al segundo nivel de atención en casos necesarios. En el ámbito de la regulación, la autoridad sanitaria debe fortalecerla para mejorar la adherencia a la normatividad y buenas prácticas.

Además, los presentes hallazgos dan pie a plantear hipótesis inspiradas en modelos internacionales de contratación pública de servicios privados que podrían orientar una implementación más robusta en México. En España e Irán se han reportado experiencias de participación privada, que bajo esquemas de supervisión rigurosos y sistemas de monitoreo sólidos, han contribuido a mejorar la eficiencia, calidad y satisfacción de los usuarios; asimismo, han incrementado el acceso, cobertura y detección temprana de enfermedades, aunque con desafíos vinculados con la gobernanza y la continuidad del financiamiento.⁴⁰⁻⁴²

Asimismo, es esencial incluir los CAF en los sistemas de información de la SS, de forma que se integren a las plataformas de vigilancia epidemiológica y se habiliten acciones regulares de monitoreo y evaluación. Finalmente, en cuanto al financiamiento, se podrían explorar esquemas de subsidio parcial o pago por desempeño por parte del Estado, dirigidos a CAF certificados que cumplan estándares de calidad, garantizando transparencia, trazabilidad del gasto y control del uso de medicamentos. Estas medidas podrían sentar las bases de una inclusión gradual, con monitoreo constante y evaluación de resultados en salud, equidad y eficiencia.⁴³

Limitaciones

La principal limitación de este estudio fue la poca participación de los directivos de los CAF para ser entrevistados a pesar de haberlos invitado en repetidas oportunidades, señalaron que no están autorizados para dar declaraciones. Por otro lado, dado que la investigación fue autofinanciada, la muestra de población fue por conveniencia, por lo cual no representa a la población del estado. No obstante, los hallazgos en torno a la percepción y motivos de utilización de los

CAF son consistentes con otros estudios.³⁸ Finalmente, la exploración de la dimensión técnica no incluyó procesos y procedimientos para garantizar calidad, seguridad y costos asociados.

Conclusión

La inclusión de los CAF como parte de la red de atención ambulatoria para la atención de personas sin seguridad social en el estado objeto de estudio representa una alternativa viable para responder al debilitamiento de la atención ambulatoria pública en el primer nivel de atención. Desde la dimensión política, los actores clave mostraron un posicionamiento medianamente a favor, aunque con asimetrías en poder e influencia que podrían afectar la implementación. En el ámbito legal, existen marcos normativos que no prohíben la inclusión del sector privado para la prestación de servicios. La evidencia empírica revela una tendencia decreciente en la capacidad instalada del sector público, en contraste con el crecimiento sostenido de los CAF. Socialmente, los usuarios no sólo valoran de manera positiva los servicios recibidos en los CAF, sino que también expresan apoyo a su incorporación al sistema público, pues reconocen beneficios concretos como el acceso oportuno. La inclusión de los CAF no implica sustituir ni debilitar lo público, sino ampliar las capacidades del sistema de salud. No obstante, esta propuesta requiere un debate ético, técnico y político que considere la equidad, la eficiencia y la legitimidad de las estrategias con miras a alcanzar la cobertura universal en salud.

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

Referencias

1. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ.* 2013;91(8):602-11. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
2. Gómez-Dantés O, Serván-Mori E, Cerecero D, Flamand L, Mohar A. Mexico's Health System, 2023. *Salud Publica Mex.* 2024;67(1):91-105 [citado julio 13, 2025]. <https://doi.org/10.21149/15802>
3. Alcalde-Rabanal JE, Molina-Rodríguez JF, Díaz-Portillo SP, Hoyos-Loya E, Reyes-Morales H. El sistema de salud de México: análisis de sus logros y desafíos en el periodo 2015-2022. *Salud Publica Mex.* 2024;66(5):677-88 [citado julio 13, 2025]. <https://doi.org/10.21149/16214>
4. Bautista-Arredondo S, Vargas-Flores A, Moreno-Aguilar LA, Colchero MA. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(supl 1):s15-s22 [citado junio 29, 2024]. <https://doi.org/10.21149/14813>
5. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). México:

- DOF, 2022 [citado junio 29, 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0
6. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Romero-Martínez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales 2022. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, [citado junio 29, 2024]. Disponible en: <https://share.google/aq1WL2hns30Y8hY1c>
7. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex.* 2015;57(2):180-6 [citado junio 29, 2024]. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415>
8. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, De Jesús Vértiz-Ramírez J, Juárez-Ramírez C, Wirtz VJ, et al. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(sup 1):s100-5 [citado junio 29, 2024]. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5104>
9. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación Estratégica de Salud. Primer informe 2022. México: Coneval, 2022 [citado junio 29, 2024]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Evaluacion_Estrategica_de_Salud_informe_2022.aspx
10. Inoue-Cervantes A, Pérez-Román MP, Carpio-Cortés C. INSABI: avances y retrocesos en la política de salud para fomentar el desarrollo social en México. En: De la Vega-Estrada S, (Coord). Empobrecimiento y desigualdad regional: causalidades y efectos. México: Insabi, 2024; 113-30 [citado junio 29, 2024]. Disponible en: <http://ru.iiec.unam.mx/6508>
11. Colchero MA, Gómez R, Figueroa JL, Rodríguez-Atristain A, Bautista-Arredondo S. Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):851-8 [citado junio 29, 2024]. <https://doi.org/10.21149/11547>
12. Vera R. Los consultorios de las farmacias: Un gran negocio a expensas de enfermos y médicos. *Revista Proceso*, 9 de septiembre de 2022 [citado junio 29, 2024]. Disponible en: <https://www.proceso.com.mx/reportajes/2022/9/9/los-consultorios-de-las-farmacias-un-gran-negocio-expensas-de-enfermos-medicos-293025.html>
13. Gobierno de México. Sistema de Información de la Secretaría de Salud. México: DGIS, 2023 [citado junio 29, 2024]. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
14. López-Esteves P. La rectoría de los consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas en México en 2021 [tesis]. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022.
15. González-Block M, Aldape-Valdés R, Cahuana-Hurtado L, Díaz-Portillo S. El subsistema privado de atención de la salud en México. Diagnóstico y retos. México: Universidad Anáhuac, 2018 [citado junio 29, 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/325451138_El_subsistema_privado_de_atencion_de_la_salud_en_Mexico_Diagnostico_y_retos
16. Alcalde-Rabanal JE, Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Torres-Grimaldo AA. Incorporation of professionals with training in interculturality into sexual and reproductive health services: feasibility analysis. *J Pregnancy.* 2023(1):3717479. <https://doi.org/10.1155/2023/3717479>
17. Ramírez-Almaguer D, Vidal-Marrero AS, Domínguez-Rodríguez Y. Etapas del Análisis de Factibilidad. Compendio Bibliográfico. Contribuciones a la Economía. Las Tunas: Centro universitario Vladimir Ilich Lenin, 2009 [citado junio 29, 2024]. Disponible en: <https://www.eumed.net/ce/2009a/amr.htm>
18. Martínez-Carazo PC. El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica [Internet]. *Revista Científica Pensamiento y Gestión.* 2006;(20) [citado julio 2, 2024]. Disponible en: <https://cientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/view/3576>
19. Data México. Nuevo León: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública. México: Secretaría de Economía, 2023 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/nuevo-leon-nl>
20. Barrantes-Echavarría R. Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. San José, Costa Rica: EUNED, 1999 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: <https://books.google.com/books/about/Investigaci%C3%B3n.html?hl=es&id=N2Yzr3IKBL>
21. Hyder A, Syed S, Puvanachandra P, Bloom G, Sundaram S, Mahmood S, et al. Stakeholder analysis for health research: case studies from low- and middle-income countries. *Public Health.* 2010;124(3):159-66. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.12.006>
22. Ssegawa JK, Muzinda M. Feasibility Assessment Framework (FAF): a systematic and objective approach for assessing the viability of a project. *Procedia Comput Sci.* 2021;181:377-85 [citado junio 29, 2024]. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2021.01.180>
23. Reich MR. The politics of reforming health policies. *Promot Educ.* 2002;9(4):138-42 [citado julio 2, 2024]. <https://doi.org/10.1177/175797590200900401>
24. López-Noguero F. El Análisis de contenido como método de investigación [Internet]. *XXI Revista de Educación.* 2002;4:167-80 [citado julio 2, 2024] <https://doi.org/10.1016/j.procs.2021.01.180>
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. SCITEL. México: Inegi, 2020 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=9>
26. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Gobernación. Ley General de Salud. México: DOF, 2024 [citado julio 15, 2025]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0
27. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. México: DOF, 2019 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0
28. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2020-2024. México: DOF, 2020 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0
29. Infobae. “Cruelles medidas contra la clase media y los pobres”: dijo Zavala a 4T por querer cerrar consultorios de farmacias. *Infobae*, 17 de agosto de 2022 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2022/08/17/cruelles-medidas-contra-la-clase-media-y-los-pobres-dijo-zavala-a-4t-por-querer-cerrar-consultorios-de-farmacias/>
30. Morán-Pérez AV. Los consultorios adyacentes a farmacia en tiempos de covid-19: crisis y omisiones del sector salud [Internet]. *Alteridades.* 2021;31(61):9-20 [citado julio 2, 2024]. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alt/2021v31n61/MoranP>
31. Cámara de Diputados. Conversatorio: El futuro del sistema de salud en México. México: LXV Legislatura de la Cámara de Diputados, 2022 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: <https://cmhac.com/wp-content/uploads/2023/03/Conversatorio.pdf>
32. Martínez-Zavala B. Análisis del potencial del sector privado para la colaboración público-privada en primer nivel de atención en México [tesis]. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2018 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: <https://catalogo.espm.mx/files/tes/056020.pdf>
33. Bautista-Arredondo SA, Vargas-Flores A, Colchero MA. Búsqueda de atención y utilización de servicios en el primer nivel, 2006-2023. *Salud Publica Mex.* 2024;66(4):589-97. <https://doi.org/10.21149/16215>
34. Díaz-Portillo SP, Reyes-Morales H, Cuadra-Hernández SM, Idrovo AJ, Nigenda G, Dreser A. Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico. *Gac Sanit.* 2017;31(6):459-65 [citado julio 2, 2024]. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.016>
35. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Gobernación. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. México: DOF, 2010 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4132/Salud/Salud.htm>

36. Díaz-Portillo SP, Idrovo AJ, Dreser A, Bonilla FR, Matías-Juan B, Wirtz VJ. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Publica Mex.* 2015;57(4):320-8 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000400010
37. Arellano-Penagos M, Rodríguez-Gutiérrez S. Elaboración de recetas médicas para niños en una zona del sur del Distrito Federal. *Acta Pediatr Mex.* 2009;30(6):293-8 [citado julio 2, 2024]. Disponible en: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1403>
38. Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Wirtz VJ, Serván-Mori E, Dreser A, Hernández-Ávila M. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open.* 2014;4(5):e004669 [citado julio 2, 2024]. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004669>
39. Dreser A, Serván-Mori E, Madrigal RA, Díaz-Portillo S, Wirtz VJ. Consultorios adyacentes a farmacias (CAF) en la Ciudad de México: Infraestructura, utilización, calidad de atención. Poster presentado en: 17 Congreso de Investigación en Salud Pública; 2017 marzo 1-3; Cuernavaca, México.
40. Acerete B, Stafford A, Stapleton P. Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. *Crit Perspect Account.* Academic Press. 2011;22(6):533-49 [citado julio 2, 2024]. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2011.06.004>
41. Comendeiro-Maaløe M, Ridaio-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E. Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model. *Health Policy.* 2019;123(4):408-11 [citado julio 2, 2024]. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.012>
42. Gharaee H, Azami-Aghdash S, Farahbakhsh M, Karamouz M, Nosrati-nejad S, Tabrizi JS. Public-private partnership in primary health care: An experience from Iran. *Prim Health Care Res Dev.* 2023;24:e5 [citado julio 2, 2024]. <https://doi.org/10.1017/S1463423622000561>
43. Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte BE, Becerril-Montekio V, Serván-Mori E. Overcoming the health systems' segmentation to achieve universal health coverage in Mexico. *Int J Health Plann Manage.* 2022;37(6):3357-64 [citado julio 2, 2024]. <https://doi.org/10.1002/hpm.3538>