

Política pública en Salud Basada en Evidencias en México: Revisión Sistemática

Artículo Original

Antonio Alvírez-Labrado¹, Araceli Zazueta-Cárdenas¹ y Juan Antonio Lugo-Machado¹

¹ Profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Sonora, Campus Cajeme, Ciudad Obregón, Sonora, México

Fecha de recepción del manuscrito: 01/Mayo/2025

Fecha de aceptación del manuscrito: 01/Junio/2025

Fecha de publicación: 09/Junio/2025

DOI: 10.5281/zenodo.16459136

Creative Commons: Esta obra está bajo un a Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Resumen—Introducción: La política pública basada en evidencia (PPSBE) propone orientar las decisiones gubernamentales mediante datos empíricos rigurosos —ensayos controlados, evaluaciones de impacto y estudios cualitativos— en lugar de apoyarse exclusivamente en opiniones expertas o presiones políticas. En México, este enfoque ha impulsado reformas como el Seguro Popular (2003) y la creación del CONEVAL (2006), aunque persisten brechas en equidad, calidad de datos e institucionalidad adaptativa. **Métodos:** Se realizó una búsqueda en PubMed, Scopus y Google Académico con las palabras claves: "evidence-based policy" y "policy-making". Se incluyeron estudios en español e inglés (2000–2024) que abarcaron análisis conceptuales y evaluaciones empíricas de escritos internacionales y de reformas sanitarias mexicanas. Los hallazgos se organizaron en categorías temáticas: evolución histórica, Seguro Popular, INSABI y desempeño actual. **Resultados:** La revisión identificó tres generaciones de reformas sanitarias orientadas por evidencia: (1) consolidación del IMSS y separación corporativa (décadas de 1940–1960); (2) fortalecimiento de atención primaria y descentralización con generación de datos epidemiológicos (1970–1990); y (3) reorganización sistémica con evaluaciones formales y creación del Seguro Popular (2003). El Seguro Popular logró ampliar la cobertura y reducir gastos catastróficos, aunque su sostenibilidad enfrentó resistencias políticas y limitaciones presupuestales. La transición abrupta al INSABI (2020) evidenció debilidades en planeación y financiamiento, impactando provisión de servicios y aumentando gastos de bolsillo. Persisten disparidades subnacionales en indicadores de acceso, eficiencia y mortalidad evitable, vinculadas a fragmentación institucional. **Conclusiones:** La PPSBE en México ha demostrado beneficios en cobertura y protección financiera, pero requiere fortalecer la calidad de datos, la capacidad institucional, mecanismos adaptativos y sostenibilidad para garantizar equidad. **Rev Med Clin 2025;9(2):e09062509012**

Palabras clave—Política Informada por la Evidencia, Salud Humana, Seguridad, Política de Salud

Abstract—Evidence-Based Public Health Policy in Mexico: A Systematic Review

Introduction: Evidence-based public policy in Mexico seeks to ground government decisions in rigorous empirical evidence—ranging from randomized controlled trials and impact evaluations to qualitative studies—rather than relying solely on expert opinion or political pressures. This approach has driven key health reforms, including the launch of Seguro Popular in 2003 and the establishment of CONEVAL in 2006, yet significant gaps in equity, data quality, and adaptive governance remain. **Methods:** We performed a systematic search of PubMed, Scopus, and Google Scholar for publications from 2000 to 2024 using the keywords "evidence-based policy" and "policy-making." Both conceptual analyses and empirical evaluations of international literature and Mexican health-system reforms were included. Identified studies were categorized thematically into historical evolution, Seguro Popular, INSABI, and current system performance. **Results:** Our review identified three successive generations of evidence-informed reforms in Mexico's health sector. The first (1940s–1960s) involved consolidating the Mexican Social Security Institute (IMSS) and separating corporate functions. The second (1970s–1990s) emphasized primary care strengthening and decentralization, supported by newly generated epidemiological data. The third phase culminated in the creation of Seguro Popular in 2003, underpinned by formal evaluation mechanisms. Seguro Popular expanded coverage and reduced catastrophic out-of-pocket spending but faced sustainability challenges due to political resistance and budgetary constraints. The abrupt transition to INSABI in 2020 exposed planning and financing weaknesses, disrupted service provision, and increased household health expenditures. Persistent subnational disparities in access, efficiency, and avoidable mortality continue to reflect institutional fragmentation. **Conclusions:** While Mexico's evidence-based reforms have clearly improved coverage and financial protection, achieving true equity requires strengthening data quality, building robust institutional capacity, enhancing adaptive governance mechanisms, and securing long-term financial sustainability. Addressing these foundational challenges will be essential to ensure that future policy decisions remain firmly rooted in the best available evidence. **Rev Med Clin 2025;9(2):e09062509012**

Keywords—Evidence-Based Public Policy, Human Health; Security, Health Policy

La política pública basada en evidencia (evidence-based policy) propone orientar las decisiones gubernamentales en función de datos empíricos rigurosos –ensayos controlados, evaluaciones de impacto y estudios revisados por pares– en lugar de fundamentarlas únicamente en opiniones expertas o presiones políticas.¹ Su objetivo es maximizar la eficacia, la eficiencia y la legitimidad de las intervenciones estatales, asegurando que los recursos públicos se inviertan en programas que realmente funcionen.¹ La evidencia científica se refiere a la información o datos que respaldan una afirmación, hipótesis o decisión, y puede clasificarse según su origen y metodología en evidencia experimental, observacional y cualitativa.² La evidencia experimental proviene de ensayos controlados aleatorizados o estudios cuasi-experimentales, buscando establecer relaciones causales claras mediante el control riguroso de variables y la comparación entre grupos de intervención y control. La evidencia observacional se basa en el análisis estadístico de grandes bases de datos poblacionales o registros administrativos; si bien no permite inferir causalidad con la misma certeza que los ensayos experimentales, ofrece información valiosa sobre patrones y asociaciones en contextos reales. La evidencia cualitativa, a través de estudios de caso, entrevistas o grupos focales, aporta una comprensión contextual detallada de los procesos sociales y los mecanismos de cambio; este enfoque es especialmente útil para entender cómo y por qué las intervenciones funcionan o no en determinados entornos.^{3,4}

Entre los principios clave de la política basada en evidencias se encuentran:

- **Transparencia:** uso de metodologías abiertas y datos accesibles al público.
- **Replicabilidad:** protocolos claros que permitan reproducir los hallazgos obtenidos.
- **Pertinencia:** selección cuidadosa de indicadores y fuentes de evidencia alineados con los objetivos de la política en cuestión.
- **Participación:** inclusión de actores locales y usuarios finales en la generación y validación de los datos.²

La implementación de políticas públicas basadas en evidencia típicamente involucra etapas iterativas. Primero se realiza la identificación del problema, con una revisión sistemática de la literatura académica y gris para dimensionar sus causas y alcances. Con base en ello, se diseña un marco lógico que articula insumos, actividades, resultados esperados e impactos, sirviendo de guía para la intervención. A continuación, se procede a la generación y síntesis de evidencia, mediante la ejecución de estudios piloto o la evaluación de programas existentes para obtener datos empíricos. En esta etapa se emplean métodos estadísticos avanzados (por ejemplo, modelos de regresión, *propensity score matching*) para

estimar efectos causales con la mayor precisión posible, integrando además resultados de múltiples estudios a través de meta-análisis y síntesis cualitativas que fortalecen la validez externa de los hallazgos. Posteriormente, los resultados de la investigación se traducen en recomendaciones prácticas durante el diseño de la política, incluyendo la definición de metas claras, el establecimiento de indicadores clave de desempeño y líneas de base, así como la asignación presupuestal fundamentada en análisis de costo-beneficio. En la fase de implementación, se capacita a los actores involucrados y se establecen sistemas de monitoreo en tiempo real (por ejemplo, tableros de control e informes periódicos) que permiten dar seguimiento al avance de la política. Finalmente, la etapa de evaluación y aprendizaje comprende evaluaciones intermedias y finales de impacto – idealmente con enfoques experimentales o cuasiexperimentales– cuyos resultados alimentan un ciclo de retroalimentación para ajustar la política con base en la evidencia disponible, en un proceso de gestión adaptativa

Existen diversos ejemplos que ilustran la aplicación de políticas basadas en evidencias. En salud pública, por ejemplo, se han desarrollado programas de vacunación que priorizan la asignación de recursos según datos sobre la incidencia de enfermedades y la efectividad de las vacunas en regiones específicas, logrando optimizar el impacto sanitario.⁵ En el ámbito educativo, se han implementado intervenciones pedagógicas validadas mediante ensayos controlados aleatorizados en entornos escolares reales, cuyos resultados han guiado reformas curriculares y prácticas docentes basadas en efectividad comprobada.⁶

Sin embargo, llevar la evidencia a la práctica enfrenta múltiples desafíos. Uno de los principales obstáculos es la calidad de los datos disponibles: pueden existir brechas importantes en los registros administrativos o sesgos en las encuestas, lo que compromete la validez de los análisis. A ello se suma la capacidad técnica limitada en algunas instituciones, reflejada en la escasez de personal capacitado en métodos estadísticos avanzados, lo que dificulta tanto la interpretación como el uso riguroso de la evidencia disponible. También es frecuente la resistencia política, especialmente cuando intereses creados se benefician del statu quo y se oponen a cambios que podrían afectarlos. Por último, la contextualización de las intervenciones representa una dificultad clave: una política que demostró ser eficaz en cierto país o región no necesariamente generará los mismos resultados en otro contexto, debido a diferencias culturales, institucionales y socioeconómicas que modifican su implementación y aceptación.²

En México, la PPSBE ha sido un tema de creciente interés en las últimas décadas, particularmente a partir de la introducción del Seguro Popular (SP) en 2003. Este programa –diseñado para proporcionar cobertura de salud a la población no asegurada– marcó un hito en la búsqueda de cobertura universal y ha sido ampliamente estudiado para evaluar su impacto en diversos aspectos del bienestar.^{7,8} Paralelamente, se han institucionalizado mecanismos de evaluación de políticas públicas (por ejemplo, la creación en 2006 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social,

CONEVAL) con el fin de anclar las decisiones gubernamentales en datos objetivos. No obstante, persisten retos considerables para consolidar un uso consistente de la evidencia en la toma de decisiones del sector salud, especialmente dada la desigualdad socioeconómica y la fragmentación histórica del sistema de salud mexicano.

El presente artículo tiene como objetivo analizar cómo se ha desarrollado la política pública en salud basada en evidencias en México, a través de una revisión narrativa de la literatura, destacando los avances logrados, las limitaciones identificadas y los desafíos estructurales persistentes, particularmente en el contexto de desigualdad social y fragmentación institucional que caracteriza al sistema de salud del país.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura relacionada con políticas de salud basadas en evidencia en México. Se consultaron bases de datos académicas internacionales en base de datos que incluyendo PubMed, Scopus y Google Académico con las palabras claves (*"Evidence-Based Practice"[Mesh] OR "evidence-based practice" OR EBP) AND ("Public Policy" OR "policy-making" OR "evidence-based policy")*). La búsqueda bibliográfica abarcó publicaciones en español e inglés, sin acotación estricta de fechas, aunque se puso énfasis en estudios publicados entre aproximadamente 2000 y 2024 que delinearán la evolución de las políticas de salud en el país.

Se incluyeron tanto estudios conceptuales sobre la política basada en evidencias (por ejemplo, análisis teóricos del enfoque y sus retos)^{1,9-12} como evaluaciones empíricas de reformas sanitarias mexicanas (por ejemplo, estudios sobre las generaciones de reforma, el Seguro Popular y el INSABI).^{7,8,13} Dado el carácter exploratorio de la revisión, no se emplearon criterios formales de exclusión ni evaluaciones cuantitativas de la calidad de los estudios; en cambio, se priorizó la literatura de alto impacto académico y relevancia para las preguntas de investigación. La información extraída de las fuentes se organizó en categorías temáticas correspondientes a los hallazgos principales: (a) evolución histórica de las reformas de salud orientadas por evidencia, (b) implementación y resultados del Seguro Popular, (c) transición reciente con el INSABI, y (d) desempeño actual del sistema de salud y brechas identificadas. Estos temas estructuran la presentación de los resultados a continuación.

RESULTADOS

Evolución de las reformas sanitarias en México (Tres generaciones)

La evolución del sistema de salud mexicano durante el siglo XX y comienzos del XXI puede agruparse en tres generaciones de reformas, cada una con enfoques y objetivos distintos, pero con un hilo conductor común: la búsqueda de decisiones informadas por evidencia.⁸ La primera generación de reformas inició en 1943 con la creación de la Secretaría (Ministerio) de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro

Social (IMSS). Estas instituciones sentaron las bases de un sistema nacional de salud, aunque establecieron una separación marcada entre los trabajadores formales cubiertos por el seguro social y la población no asegurada, principalmente rural y en situación de pobreza.⁸ Si bien este modelo corporativo fue inicialmente efectivo en expandir infraestructura y servicios básicos, hacia la década de 1960 comenzó a mostrar limitaciones: los costos de atención se incrementaban sostenidamente y la cobertura no lograba alcanzar a los grupos más vulnerables y dispersos geográficamente.

La segunda generación de reformas, iniciada a finales de los años 1970, se centró en fortalecer la atención primaria de salud y en la descentralización de los servicios hacia los gobiernos estatales.⁸ En este periodo se incorporaron enfoques más orientados por evidencia, incluyendo la realización de encuestas nacionales de salud a gran escala y la creación del Instituto Nacional de Salud Pública en 1987 para generar datos epidemiológicos y de políticas. Estas reformas de segunda generación lograron avances importantes en indicadores como la reducción de la mortalidad infantil y la ampliación de la cobertura de intervenciones básicas (vacunación universal, manejo de enfermedades infecciosas como la diarrea, etc.). Sin embargo, enfrentaron desafíos significativos: las mejoras en calidad de la atención no avanzaron al mismo ritmo que la cobertura, y hubo resistencias de grupos de interés (por ejemplo, sindicatos de instituciones de seguridad social) que limitaron cambios más profundos en la gestión de los servicios.⁸ También se identificó la falta de adaptación de algunas estrategias a las necesidades de las comunidades indígenas y rurales más remotas, lo cual dejó brechas persistentes en equidad a pesar de las mejoras nacionales promedio.

La tercera generación de reformas (años 1990 en adelante) buscó una reorganización sistémica del sector salud, separando las funciones de financiamiento, provisión de servicios y rectoría.⁸ Este enfoque permitió una mayor integración horizontal de los servicios (por ejemplo, entre niveles de atención) y promovió una mayor participación ciudadana en la toma de decisiones sanitarias a nivel local. Un elemento central de esta tercera ola reformista fue el uso creciente de análisis económicos y evaluaciones formales para guiar las decisiones de política. En este contexto surgió la creación del Seguro Popular en 2003, la cual representó un hito para la extensión de la protección en salud. El Seguro Popular se concibió con base en evidencia empírica que señalaba la alta prevalencia de gastos catastróficos de bolsillo en los hogares mexicanos y su efecto empobrecedor.¹⁴ A diferencia de las reformas previas, que beneficiaban principalmente a la población con empleo formal, el Seguro Popular buscó extender la cobertura de salud a los 50 millones de mexicanos que carecían de seguridad social, con un enfoque explícito en mejorar la equidad, la calidad de la atención y la protección financiera de las familias.

A lo largo de estas tres generaciones, ciertos factores facilitaron la adopción de políticas basadas en evidencia. En particular, la estabilidad en el liderazgo del sector salud y la tecnificación de la gestión resultaron claves para impulsar re-

formas informadas por datos.⁸ Durante la década de 1990 y 2000, la continuidad en los cargos de Ministro(a) de Salud por periodos relativamente largos y la creciente incorporación de expertos técnicos (salubristas, economistas de la salud, epidemiólogos) en puestos de toma de decisión contribuyeron a una formulación de políticas más informada y menos susceptible a vaivenes políticos inmediatos. Asimismo, el énfasis en la evaluación formal de programas, promovido tanto por actores nacionales como por la influencia de la comunidad internacional (Banco Mundial, OPS/OMS), consolidó prácticas como la realización de análisis costo-efectividad y evaluaciones de impacto que guiaron ajustes en el diseño de las reformas financieras y en la introducción de nuevos programas.⁸

Implementación del Seguro Popular: avances y limitaciones

En las últimas dos décadas, el Seguro Popular (SP) se constituyó en el eje central de las reformas orientadas a lograr la cobertura universal de salud en México. Este programa, implementado oficialmente en 2003, fue diseñado para reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y para proteger a las familias de los gastos catastróficos y empobrecedores derivados de problemas de salud.¹⁴ El SP se basó en un modelo de protección financiera: ofreció un paquete explícito de servicios de salud a la población no asegurada –principalmente a los grupos más pobres– financiado mediante un esquema de aseguramiento público con aportaciones gubernamentales y, en menor medida, cuotas familiares ajustadas al ingreso. Este modelo fue pionero en América Latina y sirvió de referente para otros países en desarrollo que buscaban ampliar la cobertura sanitaria con equidad.⁸

Las primeras evaluaciones del Seguro Popular evidenciaron resultados positivos. Utilizando encuestas nacionales de hogares, Knaul et al. (2007) documentaron que entre 1992 y 2004 aproximadamente 6.3% de los hogares mexicanos enfrentaban gastos de salud catastróficos cada trimestre (definidos por un desembolso en salud que excede cierta fracción del ingreso total familiar); esto equivalía a cerca de 1.5 millones de hogares afectados anualmente, con impacto desproporcionado en los hogares más pobres y sin seguridad social.¹⁴ La reforma del SP se diseñó precisamente a partir de esta evidencia, reconociendo que un sistema de salud financiado principalmente por gasto de bolsillo era ineficiente e inequitativo.¹⁴ Con la introducción del Seguro Popular se estableció un mecanismo de pre-pago y pooling de riesgos a nivel nacional que redujera la dependencia del gasto directo de las familias. En sus primeros años, el SP logró afiliarse a decenas de millones de personas previamente descubiertas, y los datos mostraron una mejora en los indicadores de protección financiera tras su implementación: la proporción de hogares con gastos catastróficos en salud disminuyó, especialmente entre los deciles de ingreso más bajos y en la población rural no asegurada.¹⁴ Cabe señalar que estos logros no pueden atribuirse únicamente al SP, pues coincidieron con otras políticas sociales (por ejemplo, el programa de transferencias Oportunidades enfocado en combatir la pobreza extrema) que también contribuyeron a aliviar la carga financiera de los hogares en salud.¹⁴ Además de sus efectos

financieros, el acceso ampliado a la salud a través del SP tuvo impactos sociales colaterales. Un estudio de Alcaraz et al. (2012) encontró que la expansión del Seguro Popular tuvo un efecto positivo y significativo en el desempeño educativo de los niños beneficiarios, medido a través de puntajes en pruebas estandarizadas (ENLACE).⁷ Esto sugiere que mejorar la cobertura de salud no solo incide en indicadores de bienestar físico, sino que también libera recursos familiares (tiempo y dinero) que pueden invertirse en la educación y el desarrollo de los hijos. Este hallazgo subraya la importancia de integrar las políticas de salud con otras políticas sociales (educación, nutrición, pobreza) para maximizar el impacto en el desarrollo humano. No obstante, la implementación y sostenibilidad del Seguro Popular no estuvieron exentas de desafíos. Diversos autores han señalado que, aunque la síntesis de evidencia científica fue crucial en el diseño del SP, la evidencia por sí sola no garantiza la resolución de problemas complejos en el terreno.⁸ En México, la expansión del SP estuvo influenciada por consideraciones políticas y sociales adicionales a la evidencia técnica. Por ejemplo, Hawkins y Parkhurst argumentan que se requiere un “buen gobierno de la evidencia” para que los datos informen efectivamente las políticas, enfatizando la transparencia en la toma de decisiones, la rendición de cuentas y la participación ciudadana en el proceso.¹⁵ Durante el auge del SP, la toma de decisiones implicó negociaciones con actores políticos (gobernadores estatales, líderes sindicales, etc.) cuyo apoyo fue necesario para la implementación; esto evidencia que la adopción de políticas basadas en evidencia ocurre dentro de entornos políticos reales que pueden facilitar o limitar su alcance. Baron complementa esta perspectiva histórica señalando que las políticas basadas en evidencia deben usar los datos de manera equilibrada y apropiada al contexto político específico.¹⁶ En línea con ello, Cookson (2005) advierte que la PPSBE no debe concebirse como una solución puramente técnica, sino como un proceso continuo que integra la mejor evidencia disponible con consideraciones políticas y sociales en cada etapa.¹⁶

La experiencia mexicana muestra también la importancia de la capacidad institucional para generar y utilizar evidencia. La ejecución del Seguro Popular requirió la coordinación entre el gobierno federal, los estados y las comunidades locales, incluyendo la creación de nuevos organismos e instrumentos (por ejemplo, el Sistema de Protección Social en Salud y su padrón de beneficiarios, reglas de operación para transferir fondos a estados conforme a resultados, etc.). Este proceso ilustra la relevancia de lo que Dobrow et al. (2004) destacan: la utilización de evidencia en política de salud debe considerar el contexto local y las preferencias de los actores involucrados, adaptando la evidencia global a realidades particulares.¹⁰ Si bien el SP representó un avance significativo en la aplicación de políticas informadas por datos empíricos en México,¹⁶ también dejó en claro que la evidencia debe acompañarse de recursos suficientes, liderazgo consistente y ajustes continuos para mantener y profundizar sus logros.

Hacia mediados de la década de 2010, se empezó a observar un estancamiento en algunos indicadores de salud y protección financiera vinculados al Seguro Popular. Entre 2012 y 2018, diversas evaluaciones señalaron que la expansión en

la cobertura se había desacelerado y que persistían deficiencias en la calidad de los servicios provistos. Incluso se documentó un deterioro en la protección financiera en ciertas zonas rurales y marginadas, atribuible en parte a la erosión del presupuesto destinado al SP y a la falta de reformas complementarias para mejorar la capacidad resolutoria del sistema público de salud.¹⁷ Es decir, sin ajustes continuos ni inversión suficiente, algunos de los logros iniciales del Seguro Popular comenzaron a revertirse o a mostrar rendimientos decrecientes en esa etapa.

Transición al INSABI y desafíos recientes

La llegada de una nueva administración federal en 2018, bajo el gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador, marcó un punto de inflexión en la política de salud. El gobierno entrante decidió dismantelar el Seguro Popular a partir de enero de 2020 y reemplazarlo por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), bajo la promesa de brindar servicios de salud gratuitos y universales a toda la población sin seguridad social. Esta transición se llevó a cabo de manera rápida y sin un plan operativo detallado previamente establecido, coincidiendo además con el inicio de la pandemia de COVID-19.¹⁷ La sustitución abrupta del esquema anterior, sumada a la enorme presión que la pandemia ejerció sobre el sistema sanitario, exacerbó las debilidades estructurales existentes. La falta de preparación y de claridad en las reglas de operación del INSABI dejó al sistema público en una posición vulnerable: durante 2020-2021 se registraron interrupciones en el suministro de medicamentos y en el financiamiento a los estados, así como incrementos en el gasto de bolsillo de las familias ante la dificultad de acceder a servicios gratuitos, revirtiendo parte de la protección financiera que proporcionaba el Seguro Popular.¹⁷

Los primeros años del INSABI estuvieron marcados por desorganización y resultados mixtos. Si bien el discurso oficial enfatizaba la gratuidad total, en la práctica muchos pacientes continuaron enfrentando costos, y los mecanismos de financiamiento del nuevo instituto resultaron insuficientes para cubrir la amplia demanda de servicios. Adicionalmente, la pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la falta de infraestructura y de recursos humanos en varias partes del sistema de salud, problemas que el cambio institucional no logró resolver de inmediato. Analistas han señalado que la polarización política en torno al modelo de aseguramiento (Seguro Popular vs. INSABI) dificultó la generación de consensos técnicos y la continuidad de las políticas de largo plazo.¹⁷ La ausencia de una transición cuidadosamente planificada entre el SP y el INSABI implicó la pérdida temporal de ciertas capacidades instaladas (como los mecanismos de evaluación y seguimiento a nivel nacional) y la desarticulación de algunas de las estructuras previas de coordinación federal-estatal en salud. Esto sugiere que la discontinuidad en políticas de salud basadas en evidencia puede conllevar retrocesos si no se gestionan con prudencia los cambios de rumbo. En medio de este escenario, hacia 2022-2023 el gobierno federal anunció nuevos ajustes, integrando las funciones del INSABI al sistema del IMSS- Bienestar, en un intento de recentralizar y reforzar la prestación de servicios para la población sin seguridad social.¹⁷ En conjunto, la experiencia reciente subraya

la importancia de diseñar reformas basadas en evidencia que sean resilientes a los cambios políticos y que cuenten con planes de implementación realistas, evitando así pérdidas de eficiencia y coberturas con cada cambio sexenal.

Desempeño del sistema de salud y persistencia de desigualdades

Desde una perspectiva global, la medición del desempeño de los sistemas de salud se ha convertido en una herramienta valiosa para orientar políticas basadas en evidencia, al permitir comparaciones objetivas entre países y regiones. Murray y Frenk (2001) argumentan que la evaluación del desempeño debe centrarse en tres dimensiones clave: el estado de salud de la población, la capacidad de respuesta del sistema (satisfacción y trato adecuado a los usuarios) y la equidad financiera en la forma de financiamiento.¹¹ En este sentido, el Informe Mundial de la Salud 2000 de la OMS propuso por primera vez un marco de indicadores estandarizados para medir qué tan eficientemente los sistemas sanitarios logran mejoras en el bienestar poblacional. Este enfoque basado en métricas comparables ha sido esencial para identificar áreas de oportunidad y diseñar reformas informadas por datos objetivos a nivel internacional.¹¹

Aplicando este lente de desempeño al caso mexicano, se observa que los resultados en salud han sido heterogéneos a nivel subnacional. Algunos estados, como Nuevo León, Aguascalientes o Ciudad de México, han alcanzado y mantenido niveles relativamente altos de acceso y calidad en los servicios de salud; mientras que otras entidades –por ejemplo, Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Chihuahua o Puebla– muestran consistentemente rezagos en indicadores de eficiencia y resultados sanitarios.¹³ Estas disparidades internas reflejan la influencia de factores estructurales: entre ellos, un financiamiento insuficiente en ciertas regiones (históricamente, el gasto público en salud en México ha oscilado alrededor de 6% del PIB, por debajo del promedio regional), la mencionada fragmentación del sistema en múltiples subsistemas con diferentes niveles de capacidad, y la persistencia de un alto gasto de bolsillo. De hecho, el gasto de bolsillo de los hogares mexicanos ronda el 40-45% del gasto total en salud, superando con creces el umbral recomendado por la Organización Mundial de la Salud para evitar efectos catastróficos en los hogares más vulnerables.¹³

Otro indicador crítico es la mortalidad evitable (muertes que no deberían ocurrir dadas las intervenciones médicas disponibles). Los análisis muestran avances importantes en la reducción de enfermedades prevenibles por vacunación (como sarampión o rubéola) y en el control de algunas enfermedades transmisibles, lo cual se asocia con las políticas basadas en evidencia implementadas – por ejemplo, campañas de vacunación focalizadas y protocolos estandarizados de atención primaria–. Sin embargo, persisten desafíos severos en la atención de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus y la insuficiencia renal, cuya carga ha aumentado con la transición epidemiológica del país.¹³ La calidad de la atención para estas condiciones crónicas varía considerablemente entre instituciones y regiones; la falta

de detección oportuna y de seguimiento efectivo de pacientes crónicos en ciertas zonas se traduce en complicaciones y mortalidad que serían evitables con una atención adecuada. Este panorama sugiere la necesidad de fortalecer la capacidad del sistema para responder a las nuevas demandas epidemiológicas, incorporando evidencia actualizada sobre intervenciones costo-efectivas en la prevención y manejo de enfermedades crónicas, y garantizando una atención continua a lo largo del curso de vida del paciente.¹³

En síntesis, las reformas del sistema de salud mexicano analizadas han generado avances importantes, pero aún existen brechas significativas en términos de equidad y calidad que no han sido cerradas. La evidencia disponible señala la necesidad de reforzar la planificación basada en datos y la rendición de cuentas para mejorar el desempeño del sistema y garantizar el derecho a la salud en condiciones justas para toda la población. Los hallazgos antes descritos proporcionan la base para una discusión sobre cómo integrar mejor la evidencia en la política de salud mexicana y cómo enfrentar los desafíos estructurales pendientes, la cual se desarrolla a continuación.

En conjunto, la mayoría de los trabajos incluidos corresponden a revisiones narrativas y marcos conceptuales evaluados con la escala SANRA, lo que confiere un nivel de evidencia bajo pese a su aporte teórico y descriptivo. Estudios como Jon Baron,¹⁶ Hawkins Parkhurst,¹⁵ Murray Frenk,¹¹ Dobrow et al.¹⁰ y Frenk et al.⁸ ofrecen marcos históricos o conceptuales bien fundamentados, pero adolecen de protocolo sistemático de búsqueda, validación empírica limitada y posible sesgo de selección de fuentes; por ello, su grado de confianza es bajo según SANRA.¹⁸

Por otro lado, los estudios observacionales —Alcaraz C. et al.,⁷ Knaul FM et al.^{14,17} y Gutierrez JP et al.¹³ — presentan un riesgo de sesgo moderado: cuentan con muestras amplias y representativas, utilizan análisis multivariado y series de tiempo robustas, pero carecen de aleatorización, enfrentan posibles confusores residuales y, en el caso de diseños ecológicos, limitaciones inherentes para establecer causalidad. Su reporte se alinea con STROBE¹⁹ y, donde corresponde, con la Newcastle–Ottawa Scale (NOS)²⁰ o su extensión para estudios ecológicos (STROBE-Eco), lo que sitúa su nivel de evidencia en rango medio. En suma, aunque las narrativas y marcos conceptuales aportan claridad sobre la evolución y teorías de la política basada en evidencia, los estudios observacionales ofrecen datos más sólidos cuantitativamente, aunque sin alcanzar la rigurosidad de diseños experimentales controlados (Tabla 1).

DISCUSIÓN

La experiencia de México en la adopción de políticas de salud basadas en evidencia refleja una dualidad de logros significativos y desafíos persistentes. Por un lado, se han documentado avances concretos: la utilización de datos epidemiológicos y evaluaciones ha guiado importantes reformas (como el Seguro Popular) que contribuyeron a expandir la cobertura de servicios, mejorar la protección financiera de

los hogares ante gastos de salud y, en algunos casos, incidir positivamente en indicadores de bienestar más allá del sector salud (educación, pobreza). Por otro lado, esta revisión evidencia que la implementación de la PPSBE se ve limitada por factores contextuales y estructurales: las desigualdades socioeconómicas, las inercias institucionales y la interferencia de intereses políticos pueden restringir el impacto de la evidencia en la toma de decisiones.

Un primer desafío conceptual es distinguir entre la medicina basada en evidencia (MBE) y la política de salud basada en evidencia. Sturm²¹ destaca que la MBE se sustenta en métodos clínicos rigurosos (ensayos controlados aleatorizados, metaanálisis de intervenciones sanitarias, etc.), mientras que la PPSBE requiere enfoques metodológicos más amplios y flexibles. Las políticas públicas afectan a poblaciones enteras de manera indirecta y suelen involucrar múltiples componentes difíciles de aislar en un experimento controlado; por ello, la PPSBE debe apoyarse también en datos observacionales, en el análisis de experimentos naturales y en estudios de implementación que capten cómo una intervención funciona en condiciones del mundo real. Asimismo, las decisiones de política de salud deben considerar no solo la eficacia clínica promedio de una intervención, sino quiénes se benefician y quiénes asumen los costos de la misma, incorporando criterios de equidad en la interpretación de la evidencia.²¹ Esto es especialmente relevante en contextos como el mexicano, donde coexisten grupos poblacionales muy diversos; una intervención óptima en promedio podría no ser la más adecuada si profundiza brechas entre subpoblaciones. En resumen, la evidencia científica es necesaria pero no suficiente: debe ser complementada con análisis contextuales para informar políticas efectivas.

Ligado a lo anterior, la literatura resalta las tensiones entre la evidencia, la participación social y la equidad en salud. Thomson, Murtagh y Khaw²² abordan cómo la promoción de la participación activa de pacientes y ciudadanos en las decisiones —un elemento cada vez más valorado en salud pública— puede chocar con una lógica puramente técnica de priorización según evidencia. En sociedades desiguales, no todos los grupos tienen la misma capacidad de alzar la voz o de participar en procesos de consulta; en México, por ejemplo, comunidades indígenas o poblaciones rurales aisladas suelen tener menos acceso a información y recursos para involucrarse en el diseño de políticas. Si las intervenciones basadas en evidencia no contemplan estrategias de inclusión deliberada de estos grupos, existe el riesgo de que las decisiones terminen respondiendo principalmente a las preferencias de las poblaciones con mayor nivel educativo o socioeconómico, exacerbando las brechas existentes.²² Un ejemplo podría observarse en programas de manejo de enfermedades crónicas, donde la adherencia y la toma de decisiones compartidas con el paciente son cruciales: las personas con mayor nivel educativo tienden a participar más activamente, mientras que las más vulnerables podrían quedar rezagadas, llevando a que los beneficios del programa no se distribuyan equitativamente. En este sentido, los formuladores de políticas deben equilibrar la evidencia epidemiológica con consideraciones de justicia y estrategias de empoderamiento comunitario, para asegurar-

Autor y Año	País Contexto	Tipo y diseño de estudio	Objetivo	Población y Muestra	Métodos	Variables Temas clave	Resultados Principales	Fortalezas y Limitaciones	Evaluación de calidad e instrumento
Jon Baron (2018) ¹⁶	EE. UU. Política social	Narrativo – revisión histórica	Trazar la evolución del concepto de EBP en	No aplica (ensayo conceptual)	Revisión narrativa de literatura académica y documentos de política	Historia de EBP; uso de RTC ‘s “tiered evidence”	Describe tres frases de adopción de EBP y el contexto de su expansión en políticas sociales	Exhaustividad histórica; no protocolo sistemático; posible sesgo de selección de fuentes	Nivel de evidencia baja (narrativo) - SANRA (Scale for the Assessment of narrative Review Articles)
Hawkins & Parkhurst (2016) ¹⁵	Reino Unido Gobernanza	Conceptual - marco teórico	Desarrollar un marco de “buen gobierno” de para procesos de policy-making informados por evidencia	No aplica (análisis conceptual)	Síntesis crítica de teorías de gobernanza y ejemplos de uso de evidencia en salud pública	Transparencia; rendición de cuentas; participación; calidad de la evidencia	Propone indicadores de “buen gobierno” de la evidencia: apertura, contestación y accesibilidad	Marco novedoso; carece de validación empírica; limitado a salud pública	Nivel de Evidencia Baja (conceptual) SANRA
Alcaraz C. et al. (2012) ⁷	México Educación y salud	Observacional – análisis de impacto educativo (encuestas ENLACE)	Evaluar el efecto del Seguro Popular en puntajes escolares de niños beneficiarios	Niños en edad escolar, comparados por afiliación al SP; muestra nacional ENLACE	Análisis de datos de encuestas nacionales de logro educativo (regresión múltiple, controles socioeconómicos)	Afiliación al SP; rendimiento en pruebas estandarizadas (ENLACE)	Incremento significativo en puntajes de niños afiliados al SP vs. no afiliados	Gran cobertura de muestra; posible sesgo de confusión residual; noaleatorización	Riesgo de sesgo moderado – STROBE (reporting) y NOS (Newcastle –Ottawa Scale)
Murray & Frenk (2001) ¹¹	Global OMS	Conceptual – propuesta de marco de desempeño de sistemas de salud	Presentar el marco de la OMS para evaluar desempeño de sistemas sanitarios	No aplica (ensayo conceptual)	Desarrollo de marco basado en métricas comparables de salud, capacidad de respuesta y equidad financiera	Salud poblacional; capacidad de respuesta; equidad financiera	Define tres dimensiones clave y propone indicadores para comparaciones nacionales internacionales	Amplio consenso; no validado con datos empíricos propios; enfoque general	Nivel de evidencia baja – SANRA
Dobrow MJ et al. (2004) ¹⁰	Reino Unido Health policy	Conceptual-marco de decisión basada en evidencia considerando contexto	Diseñar un modelo para la implementación y uso de evidencia en políticas de salud, incorporando contextos internos y externos	No aplica (ensayo conceptual)	Desarrollo de marco teórico ilustrado con caso de tamizaje de cáncer colorrectal	Contexto institucional; canales formales/informales; validación interna/externa de la evidencia	Muestra como factores contextuales modifican la utilización de evidencia	Concepto innovador; aplicación práctica limitada; requiere estudios de validación	Nivel de evidencia baja SANRA
Knaul FM et al. (2007) ¹⁴	México Hogares	Observacional - serie temporal retrospectiva (ENIGH 1992-2004)	Cuantificar tendencias de gasto catastrófico y empobrecedor en salud antes y tas el SP	Hogares mexicanos, muestra de Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)	Análisis de series de tiempo de encuestas, cálculo de RR y tasas de gasto catastrófico	Tasa de hogares con gasto >umbral; comparaciones deciles de ingresos	Disminución del gasto catastrófico tas implementación del SP	Datos representativos; no aleatorización; posible sesgo de memoria en encuestas	Riesgo de sesgo moderado - STROBE y NOS
Frenk J et al. (2003) ⁸	México Política sanitaria	Narrativo revisión de tres generaciones de reformas en salud	Describir históricamente las tres fases de reforma sanitaria en México orientadas por evidencias	No aplica (revisión narrativa)	Síntesis de documentos oficiales, literatura académica y estadísticas gubernamentales	Generaciones de reforma; indicadores de cobertura y calidad	Define tres generaciones: IMSS- cooperativo, atención primaria/ descentralización, Seguro Popular	Rigor descriptivo; falta de sistematicidad en búsqueda de literatura; no exhaustiva	Nivel de evidencia Baja - SANRA

Autor y Año	País Contexto	Tipo y diseño de estudio	Objetivo	Población y Muestra	Métodos	Variables Temas clave	Resultados Principales	Fortalezas y Limitaciones	Evaluación de calidad e instrumento
Gutierrez JP et al. (2024) ¹³	México Subnacional	Observacional - estudio ecológico/descriptivo (Health Access & Quality Index 1990-2019)	Evaluar desempeño y equidad del sistema de salud a nivel nacional y estatal	Población total de cada estado mexicano, datos de HAQ Index	Análisis ecológico de indicadores de acceso y calidad, comparación entre 32 entidades fedrativas	Índice de acceso y calidad; desigualdades inter-estatales	Revela disparidades persistentes: mejores resultados en CDMX, Nuevo León; rezagos en Chiapas, Guerrero	Amplia cobertura de datos; diseño ecológico limita inferencia causal; variabilidad en calidad de registro	Riesgo de sesgo Moderado - STROBE -Eco (extensión de STROBE para estudios ecológicos)

Tabla 1: Artículos incluidos.

se de que las innovaciones lleguen efectivamente a los grupos de peor situación sanitaria.

Otro aspecto fundamental es cerrar la brecha entre investigadores y tomadores de decisión. La traducción de la evidencia científica en acciones de política concretas no ocurre de manera automática; requiere espacios de interacción y mecanismos de enlace. Van Egmond et al.²³ documentan en un estudio de caso en Países Bajos cómo la creación de foros institucionales que reúnen regularmente a científicos, funcionarios y otros actores resultó clave para lograr una verdadera co-construcción de políticas basadas en evidencia. Estos espacios de negociación y diálogo permitieron que los investigadores comprendieran mejor las necesidades y limitaciones del proceso político, a la vez que los responsables de políticas se apropiaran de la evidencia y la incorporaran en el diseño programático.²³ Para México, fortalecer este vínculo ciencia-política es una asignatura pendiente. Aunque existen instancias como comités técnicos y consejos consultivos, a menudo sus recomendaciones no son vinculantes o no se integran de manera sistemática en las decisiones finales. Institucionalizar canales de comunicación (por ejemplo, mesas de trabajo intersectoriales, unidades de síntesis de evidencia en las dependencias de salud, o programas de investigadores in-residence.^{en} el gobierno) podría aumentar la utilización efectiva de la gran cantidad de evidencia que produce la academia nacional e internacional sobre problemas prioritarios de salud en el país.

La adaptación local de la evidencia es otro tema recurrente en la discusión. Sturm²¹ advierte que los datos y las soluciones derivadas de contextos extranjeros –incluso cuando son de alta calidad científica– pueden no ser directamente aplicables a la realidad mexicana. Cada sistema de salud tiene particularidades en su estructura de financiamiento, en la organización de sus servicios, en las condiciones culturales que modulan la aceptación de las intervenciones, etc. De igual forma, dentro de México existen marcadas heterogeneidades regionales. Por ello, Dobrow et al.¹⁰ sostienen que la utilización de la evidencia debe ser contextualizada, incorporando las preferencias y valores de los actores locales que serán afectados por la política. En la práctica, esto significa que las políticas nacionales deberían diseñarse con márgenes de flexibilidad para su implementación adaptativa en los estados y municipios; por ejemplo, un programa de prevención de obesidad infantil basado en evidencia internacional exitosa tendría que ajustarse a las condiciones específicas de cada

comunidad (disponibilidad de alimentos saludables, patrones culturales de alimentación, infraestructura urbana para actividad física, etc.) para lograr resultados óptimos. La evidencia local –generada mediante proyectos piloto o experiencias demostrativas en distintas regiones del país– es especialmente valiosa para informar estas adaptaciones. Fortalecer la capacidad nacional y subnacional de generar evidencia propia (evaluaciones locales, investigaciones operativas) contribuirá a que las políticas de salud basadas en evidencia sean más pertinentes y efectivas en cada contexto.²¹

En cuanto a la institucionalización de la evaluación, México ha dado pasos importantes, pero aún insuficientes. La creación del CONEVAL y la adopción de evaluaciones periódicas de programas sociales durante los años 2000 han puesto el tema en la agenda pública.²² En el sector salud, programas como el Seguro Popular fueron objeto de evaluaciones de impacto independientes, lo que representó un cambio significativo respecto a décadas previas en las que las políticas raramente se sometían a escrutinio riguroso. Sin embargo, no todas las evaluaciones realizadas han contado con la calidad metodológica necesaria para producir evidencia confiable.¹² En algunos casos han existido evaluaciones sumarias o con conflictos de interés, y en otros los hallazgos no se han traducido en correcciones de rumbo debido a factores políticos. Oxman et al. (2010) proponen un marco internacional para hacer obligatoria la evaluación de impacto de las políticas públicas más importantes, de modo que ninguna gran intervención se implemente sin contar con un diseño que permita aprender de sus resultados.¹² Este enfoque implicaría, por ejemplo, requerir por ley que todo programa de salud de cierto presupuesto o relevancia nacional incorpore desde su inicio una evaluación piloto o aleatorizada cuando sea factible, así como evaluaciones finales independientes cuyos resultados se hagan públicos. La implementación de un esquema así podría asegurar que las decisiones futuras estén mejor informadas, evitando continuar o replicar políticas ineficaces o perjudiciales y permitiendo identificar tempranamente las intervenciones más costo-efectivas para ampliarlas. Asimismo, contribuiría a fortalecer la rendición de cuentas, ya que los tomadores de decisión tendrían que justificar con base en datos la continuidad o cancelación de programas.

Por otro lado, es importante reconocer que la propia aproximación basada en evidencia tiene limitaciones inherentes. Malterud et al. (2016) señalan que los estándares tradicionales de la evidencia clínica (ensayos controlados, revisiones

sistemáticas) no siempre encajan bien en el terreno de las políticas públicas, donde las preguntas son más amplias, las intervenciones menos controlables y los criterios de éxito más diversos.²⁴ Muchas veces, aun después de aplicar metodologías rigurosas, la evidencia sobre "qué funciona" en políticas complejas resulta indeterminada o ambigua. Por ejemplo, múltiples metaanálisis pueden no lograr un consenso claro sobre la efectividad de estrategias para mejorar la adherencia a tratamientos en poblaciones marginales, dada la multitud de factores contextuales en juego. Esto significa que los formuladores de políticas deben lidiar con incertidumbre y con lagunas de conocimiento. Además, la validez externa de las investigaciones es un reto: incluso intervenciones con evidencia sólida pueden fallar al escalarse, si cambian las condiciones de implementación. Por ello, Malterud et al. sugieren que la MBE, siendo invaluable para decisiones clínicas, debe complementarse con enfoques más flexibles en políticas, integrando evidencia cuantitativa con juicios cualitativos, deliberación ética y participación activa de los stakeholders.²⁴ En suma, la evidencia científica debe guiar pero no reemplazar el proceso de deliberación política, que involucra valores sociales y consideraciones prácticas.

A la luz de los hallazgos de esta revisión, queda claro que fortalecer los mecanismos de generación, evaluación y uso de evidencia en la política de salud mexicana es indispensable para afrontar los retos actuales. Esto incluye invertir en sistemas de información más robustos, capacitar recurso humano en análisis de políticas, y fomentar una cultura institucional que valore la toma de decisiones basada en datos. No obstante, también es patente que tal fortalecimiento técnico debe venir acompañado de voluntad política para sostener las reformas más allá de los ciclos sexenales, así como de una perspectiva de equidad que garantice que las mejoras beneficien prioritariamente a quienes más lo necesitan. México ha demostrado importantes avances al incorporar la evidencia en sus políticas sanitarias, pero convertir esa evidencia en mejoras sostenibles en la salud de la población requerirá instituciones sólidas, continuidad estratégica a pesar de los cambios de gobierno y una adaptación constante de las intervenciones apoyada en la retroalimentación de la realidad. Solo mediante un equilibrio entre la ciencia y la sensibilidad al contexto se podrá asegurar que las decisiones en salud beneficien al mayor número de personas de manera equitativa y eficaz.²⁴

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los autores declaran no haber recibido fuentes de financiamiento públicas, comerciales, o de instituciones sin fines de lucro.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores Hugo Ceja y Fabiola Fajardo trabajan en el Hospital Civil de Guadalajara y no recibieron pago alguno por el desarrollo de este artículo, los autores Miranda, García y Gonzalez fueron responsables de la redacción médica y son empleados a tiempo completo de UCB México. Los autores declararon no tener posibles conflictos de intereses con respecto a la investigación, autoría y / o publicación de este

artículo. Proyecto realizado con financiación de UCB México.

REFERENCIAS

- [1] Grayson L. Using evidence: How research can inform public services: a review. *Evidence and Policy*. 2007;3(3).
- [2] Head BW. Reconsidering evidence-based policy: Key issues and challenges. Vol. 29, *Policy and Society*. 2010.
- [3] Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation / Ray Pawson and Nick Tilley. *American Journal of Evaluation*. 2001;22(3).
- [4] KABOUB F. Realistic Evaluation Ray Pawson and Nick Tilley, Sage, London, 1997, 256 pages. *Soc Sci J*. 2004;41(1).
- [5] Orenstein WA, Cairns L, Hinman A, Nkowane B, Olivé JM, Reingold AL. Measles and Rubella Global Strategic Plan 2012–2020 midterm review report: Background and summary. *Vaccine*. 2018;36.
- [6] Banerjee A V., Lustig N, Rogoff K. An Evaluation of World Bank Research, 1998 - 2005. *SSRN Electronic Journal*. 2017;
- [7] Alcaraz C, Chiquiar D, Orraca MJ, Salcedo A. The Effect of Publicly Provided Health Insurance on Academic Performance in Mexico. *The Effect of Publicly Provided Health Insurance on Academic Performance in Mexico*. 2012.
- [8] Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaul F. Evidence-based health policy: Three generations of reform in Mexico. *Lancet*. 2003;362(9396).
- [9] Delaney JS, Al-Kashmiri A, Drummond R, Correa JA. The effect of protective headgear on head injuries and concussions in adolescent football (soccer) players. *Br J Sports Med*. 2008;42(2).
- [10] Dobrow MJ, Goel V, Upshur REG. Evidence-based health policy: Context and utilisation. *Soc Sci Med*. 2004;58(1).
- [11] Murray C, Frenk J. World Health Report 2000: A step towards evidence-based health policy. *Lancet*. 2001;357(9269).
- [12] Oxman AD, Bjørndal A, Becerra-Posada F, Gibson M, Block MAG, Haines A, et al. A framework for mandatory impact evaluation to ensure well informed public policy decisions. Vol. 375, *The Lancet*. 2010.
- [13] Gutierrez JP, Castañeda A, Agudelo-Botero M, Martínez-Valle A, Knight M, Lozano R. Performance evaluation of Mexico's health system at the national and subnational level, 1990–2019: an analysis of the Health Access and Quality Index. *Public Health*. 2024 Nov 1;236:7–14.
- [14] Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Las evidencias benefician al sistema de salud: Reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Publica Mex*. 2007;49(SUPPL. 1).
- [15] Hawkins B, Parkhurst J. The "good governance" of evidence in health policy. *Evidence and Policy*. 2016;12(4).
- [16] Baron J. A Brief History of Evidence-Based Policy. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 2018;678(1).

- [17] Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Touchton M, McDonald T, Blofield M, Avila Burgos L, et al. Setbacks in the quest for universal health coverage in Mexico: polarised politics, policy upheaval, and pandemic disruption. Vol. 402, *The Lancet*. 2023.
- [18] Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4(1).
- [19] Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2007;4(10).
- [20] Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J. Ottawa, ON: Ottawa Hospital Research Institute. 2000. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses.
- [21] Sturm R. Evidence-based health policy versus evidence-based medicine. Vol. 53, *Psychiatric services (Washington, D.C.)*. 2002.
- [22] Thomson R, Murtagh M, Khaw FM. Tensions in public health policy: Patient engagement, evidence-based public health and health inequalities. Vol. 14, *Quality and Safety in Health Care*. 2005. p. 398–400.
- [23] Van Egmond S, Bekker M, Bal R, Van Der Grinten T. Connecting evidence and policy: Bringing researchers and policy makers together for effective evidence-based health policy in the Netherlands: A case study. *Evidence and Policy*. 2011;7(1).
- [24] Malterud K, Bjelland AK, Elvbakken KT. Evidence-based medicine - an appropriate tool for evidence-based health policy? A case study from Norway. *Health Res Policy Syst*. 2016;14(1).