

EVALUACIÓN

ESTRATÉGICA DE SALUD

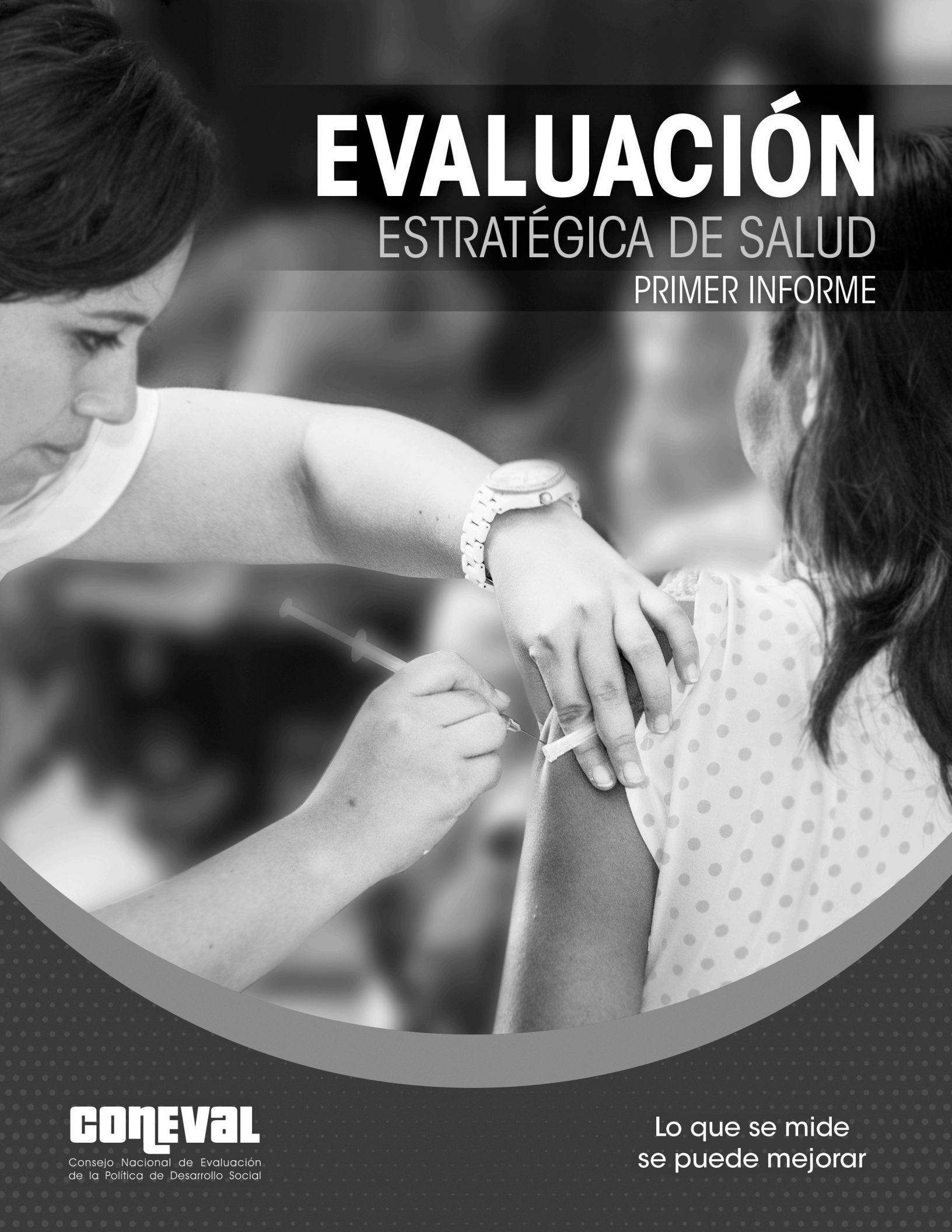
PRIMER INFORME



coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide
se puede mejorar



EVALUACIÓN

ESTRATÉGICA DE SALUD

PRIMER INFORME

coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide
se puede mejorar



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Evaluación Estratégica de salud. Primer informe

Primera edición, septiembre de 2022

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle, CP. 03100
Alcaldía de Benito Juárez, Ciudad de México

Hecho en México

Consulte el catálogo de publicaciones en www.coneval.org.mx

Publicación a cargo de la Coordinación General de Evaluación del CONEVAL. El contenido de esta obra es propiedad del CONEVAL. Se autoriza su reproducción por cualquier sistema mecánico o electrónico para fines no comerciales.

Citación sugerida: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *Evaluación Estratégica de Salud. Primer Informe*: CONEVAL, 2022.



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

CONSEJO ACADÉMICO

Armando Bartra Vergés

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

María del Rosario Cárdenas Elizalde

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Guillermo Cejudo Ramírez

Centro de Investigaciones y Docencia Económicas

Claudia Vanessa Maldonado Trujillo

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Salomón Nahmad Sittón

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores
en Antropología Social-Pacífico Sur

John Roberto Scott Andretta

Centro de Investigación y Docencia Económicas

SECRETARÍA EJECUTIVA

José Nabor Cruz Marcelo

Secretario Ejecutivo

Karina Barrios Sánchez

Coordinadora General de Evaluación

José Manuel Del Muro Guerrero

Coordinador General de Monitoreo, Entidades Federativas
y Fortalecimiento Institucional

Alida Marcela Gutiérrez Landeros

Coordinadora General de Análisis de la Pobreza

Daniel Gutiérrez Cruz

Coordinador General de Administración

EQUIPO TÉCNICO

Karina Barrios Sánchez

Janet Zamudio Chávez

Osmar Marco Medina Urzúa

David Guillén Rojas

Mariana Suelem Luna Pareja

César Gómez Rivera

Itzel Soto Palma

José Miguel Yáñez Reyes

Bertha Verónica Villar Ortega

Jesús David Aban Tamayo

Miguel Ángel López Parra

Nadeshda Pastrana Carrillo

Alethea Gabriela Candia Calderón

El equipo técnico agradece a los participantes del Seminario de análisis *Diagnóstico de los retos del Sistema de Salud en México 2021*, realizado los días 10 y 11 de marzo y 15 de abril de 2021: Dra. Laura Flamand Gómez, profesora e investigadora de El Colegio de México; Dr. Gustavo A. Olaiz Fernández, Coordinador General del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, UNAM; Dr. Ricardo Pérez Cuevas, Especialista Senior de la División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo; Dr. Abel Armando Arredondo López, profesor e investigador del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública; Dr. Joaquín Felipe Molina Leza, Coordinador de Análisis Estratégico y Evaluación, Instituto de Salud para el Bienestar; Dr. Manuel Urbina Fuentes, Investigador Asociado, Investigación en Salud y Demografía S.C.; Dra. Karla Berdichevsky Feldman, Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, y al Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, Director General de Difusión e Investigación y encargado del despacho de la Dirección General de Calidad e Informática, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, por sus valiosas aportaciones para el desarrollo de este documento.

Asimismo, el equipo técnico agradece al Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud (CIPPS) de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, por haber realizado en 2021 el Análisis de diseño y Coherencia de las intervenciones en materia de desarrollo social, en el marco de los cambios a la Ley General de Salud, el cual sirvió de base para la tercera sección de este documento.

Contenido



Introducción	8
Capítulo 1. ¿Dónde estamos en materia de salud en México?	12
El gasto en salud	19
El acceso y disponibilidad de los servicios de salud	23
La calidad y aceptabilidad de los servicios de salud	32
Capítulo 2. El virus SARS-CoV-2 en México, su desarrollo y principales efectos	34
El impacto de la pandemia en la salud de las mujeres	44
El reto de la vacunación contra la COVID-19	50
Capítulo 3. Cambios a la Ley General de Salud: hacia una política de acceso universal a la salud	52
Antecedentes	53
La coordinación del INSABI con los Servicios Estatales de Salud	56
Diseño y coherencia de las intervenciones en materia de salud en el marco de los cambios a la Ley General de Salud	63
La estructura programática en salud 2021-2022	63
Elementos metodológicos para el análisis de coherencia individual e integral	65
Resultados	69
Consideraciones finales sobre el análisis de la coherencia	84
Conclusiones	88
Referencias bibliográficas	93
Anexo 1	97

Índice de cuadros, gráficas, figuras y mapas

Cuadros

Cuadro 1. Indicadores de mortalidades infantil y materna en los países con mayor gasto en salud como porcentaje del PIB en 2019.....	20
Cuadro 2. Distribución de casos confirmados y fallecidos por COVID-19, por entidad y población, en México, 2020- 2022	36
Cuadro 3. Porcentaje promedio de ocupación por institución y tipo de cama, México, enero 2022.....	42
Cuadro 4. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad para la población de 30 a 69 años (número de muertes por cada 100,000), por causas específicas, según sexo, México, 2019-2021	44
Cuadro 5. Avance en la vacunación, México, 2020	51
Cuadro 6. Principales cambios a la Ley General de Salud con la reforma de 2019	55
Cuadro 7. Servicios de salud transferidos por las entidades federativas al INSABI definidos en los Acuerdos de Coordinación 2020-2021.....	57
Cuadro 8. Porcentaje de recursos asignados a cada subcuenta del Fonsabi en 2020.....	61
Cuadro 9. Modificaciones normativas en relación con las atribuciones del INSABI	61
Cuadro 10. Programas presupuestarios considerados para el análisis de coherencia entre los instrumentos de política pública.....	65
Cuadro 11. Grado de coherencia conjunta de los programas de acuerdo con la métrica.....	72
Cuadro 12. Cumplimiento efectivo de metas de los Programas Federales de Desarrollo Social, México, 2020	79
Cuadro 13. Análisis de similitudes de los programas presupuestarios orientados a la población sin seguridad social.....	82
Cuadro 14. Intervenciones que cubre el INSABI en el Tercer Nivel de Atención	97

Figuras

Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud en México 2021	14
Figura 2. Programas presupuestarios según su enfoque programático presupuestal	64
Figura 3. Rúbrica para el análisis del diseño y coherencia de las intervenciones derivadas de los cambios a la Ley General de Salud	67

Mapas

Mapa 1. Evolución de los casos confirmados en México por municipio como proporción de su población, por semestre de 2020-2021.....	38
Mapa 2. Entidades federativas según modalidad de acuerdos con el INSABI definidos en los Acuerdos de Coordinación 2020-2021	58

Gráficas

Gráfica 1. Porcentaje de carencia por acceso a los servicios de salud a nivel estatal, 2018-2020.....	15
Gráfica 2. Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y que fueron atendidas en México, por institución de afiliación, 2016-2020	16
Gráfica 3. Porcentaje de la población que reportó tener problemas de salud y que fue atendida en instituciones privadas en México, por tipo de afiliación, 2016-2020	17
Gráfica 4. Porcentaje de la población que fue atendida en servicios de salud (públicos y/o privados) y reportó realizar pagos en salud, por institución de afiliación, México 2016-2020	18
Gráfica 5. Gasto público en salud, México, 2002-2021, millones de pesos a precios de la primera quincena de 2021 y población afiliada al Seguro Popular.....	22
Gráfica 6. Incidencia de gasto catastrófico por persona, según afiliación a los servicios de salud en México, 2010-2020.....	25
Gráfica 7. Porcentaje del ingreso disponible de los hogares, utilizado para gastos en salud, según su condición de vulnerabilidad por ingreso, México 2016-2020	26
Gráfica 8. Porcentaje de hogares que realizaron un gasto catastrófico en salud, según su condición de vulnerabilidad por ingresos, México 2016-2020	26
Gráfica 9. Distribución de casos confirmados y fallecimientos por institución de salud en México al 31 de enero de 2022.....	40
Gráfica 10. Distribución de unidades médicas habilitadas por tipo de cama e institución en México, enero 2022	41
Gráfica 11. Porcentaje de ocupación promedio y porcentaje que representan las defunciones de los casos confirmados, por entidad federativa, México, enero 2022	43
Gráfica 12. Llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de violencia contra la mujer durante 2016-2021, México.....	49
Gráfica 13. Resumen de los puntajes de coherencia de los programas presupuestales analizados	70
Gráfica 14. Evolución del presupuesto aprobado para los programas presupuestarios analizados de 2018 a 2022	75

Introducción



Entre 2020 y 2022, el mundo se enfrentó al mayor reto del que se tenga registro en la época moderna en materia de salud, la pandemia del Coronavirus (COVID-19), siendo una de las más devastadoras de este siglo. Detectado por primera vez en China en diciembre de 2019 y causada por el virus SARS-CoV-2, en menos de un mes ya había sido catalogada como “Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional”. Particularmente en México, el primer caso se detectó en febrero del 2020, de acuerdo con datos de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud (SSa), y para el 31 de enero de 2022¹, ya se habían confirmado 4,985,685 casos de infección con el virus SARS-CoV-2.

Es por lo que uno de los grandes desafíos durante la contingencia sanitaria fue incrementar la capacidad hospitalaria para atender la creciente demanda por casos graves de COVID-19. La estrategia más importante y eficiente para hacer frente a la saturación por casos críticos fue la reconversión de hospitales (SSa, 2020d). Esta medida implicó también el acondicionamiento de otros espacios (escuelas, centros culturales, centros deportivos, etc.) para la atención de pacientes con síntomas severos de COVID-19, lo que implicó afectaciones en la provisión oportuna de servicios de atención primaria.

Lo anterior con un Sistema Nacional de Salud que se ha caracterizado por una configuración fragmentada y desarticulada, como un sistema de instituciones pobremente vinculadas entre sí —con fuentes de financiamiento diversas, poblaciones y objetivos en continuo intercambio (como el caso de los trabajadores que frecuentemente entran y salen del mercado laboral formal); paquetes de cobertura diferenciados y desiguales por sistema de aseguramiento (contributivo y no contributivo), y la falta de un sistema único de información en salud que concentre la información proveniente de todas las instituciones, tanto del sector público como privado— dificultando así las acciones de coordinación entre instituciones y subsistemas, tanto como la obtención de información epidemiológica indispensable para la planeación estratégica en materia de salud.

De manera adicional, el Gobierno federal modificó la Ley General de Salud (LGS), con el objetivo de realizar todas las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 se contará con atención médica y hospitalaria gratuitas, incluidos el suministro de medicamentos, materiales de curación y exámenes clínicos. Esto implicó que el Sistema de Salud se encontrara en un proceso de cambio al momento de los primeros registros de contagio del SARS-CoV-2.

¹ Para los cálculos se utilizó la base de datos de Dirección General de Epidemiología (DGE) publicada el 1 de febrero de 2022 y se eliminaron los casos cuya fecha de síntomas reportada fue posterior al 31 de enero de 2022.

Entre los derechos de desarrollo social, el derecho a la salud es reconocido por los instrumentos internacionales que México ha suscrito y ratificado², en el marco de la Carta Internacional de Derechos Humanos,³ particularmente se retoma lo señalado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), donde se reconoce el derecho a la salud como el disfrute de toda persona al del más alto nivel posible de salud física y mental (ACNUDH, s/f).

En el caso del acceso a los servicios de salud, la medición de la pobreza realizada por el CONEVAL considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a servicios de salud, cuando no cuenta con afiliación, adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta. Esta carencia se redujo en el periodo 2010-2018 al pasar del 29.23% (33.48 millones de personas) al 16.18% (20.24 millones de personas) y aumentó en 2020 cuando 28.2% (35.7 millones de personas) de la población declaró no tener adscripción a algún servicio de salud (CONEVAL, 2021a).

Si bien se reconoce la importancia de la afiliación como puerta de entrada al reconocimiento del derecho a la salud, resulta fundamental conocer la brecha entre esta afiliación y el ejercicio efectivo del mismo. Diversos estudios y evaluaciones han documentado cómo las brechas de acceso a servicios de salud y la preexistencia de comorbilidades como la diabetes y enfermedades cardiovasculares, en combinación con las desigualdades entre grupos de población contribuyen a profundizar los efectos económicos y sociales derivados de la pandemia por el virus SARS-CoV-2.

Para dar respuesta a la demanda de servicios de atención en salud, servicios preventivos y promoción de la cobertura universal en salud, el sistema debe contar con los recursos económicos, humanos y materiales. En virtud de lo anterior, el financiamiento de la salud condiciona la capacidad de respuesta de las instituciones para brindar atención equitativa, oportuna, continua y de calidad a la población. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el gasto en salud comprende la provisión de servicios de salud preventivos y curativos, asuntos y servicios de salud pública, investigación aplicada en salud, así como sistemas de abastecimiento y distribución de medicamentos. De este se deriva el gasto público en salud,⁴ el cual permite observar la forma en la que el Estado redistribuye los recursos públicos hacia el cumplimiento de la implementación del derecho a la salud (OPS, 2011).

En términos del gasto público en salud, en 2019, México destinó alrededor del 2.7% del PIB con este fin, cifra por debajo del umbral del 6% establecido por la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como referencia para avanzar en el objetivo de garantizar el acceso y cobertura universal a

² México ratificó y suscribió cuatro de los cinco documentos que conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Una lista más extensa de los documentos internacionales relacionados con el derecho a la salud que México ha ratificado se encuentra en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, págs.33-35 (CONEVAL, 2018c).

³ La Carta Internacional de Derechos Humanos está conformada por un conjunto de cinco instrumentos internacionales relacionados con derechos humanos aprobados desde la Organización de las Naciones Unidas y los países participantes.

⁴ El gasto público en salud comprende los egresos de todas las unidades institucionales de la administración central, estatal y municipal, así como las administraciones de seguridad social en todos los niveles de la administración. Incluye las instituciones sin fines de lucro controladas y financiadas, principalmente, por unidades de las administraciones públicas. Por lo cual se incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), IMSS-Prospera (Ramo 19), FASSA (Ramo 33), Gasto Estatal, Sedena (Ramo 07) y Semar (Ramo 13); y el Gasto del IMSS, ISSSTE, Pemex, y a partir del 2013 se integra la información del ISSEMYM, ISSTECH, ISSSTELEON, ISSSTESON, ISSSTECALI e ISSFAM (SSa, 2020d).

la salud, para 2020 se registró un incremento de este gasto al pasar al 3.3%;⁵ asimismo, esta cifra se encuentra por debajo del gasto corriente promedio reportado en América Latina y el Caribe durante 2017 de 6.6% del PIB (OCDE, 2020). En este marco, analizar los cambios en el sistema normativo de salud y sus implicaciones, así como las afectaciones de la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 cobra especial relevancia. Por ello, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) retoma en el Programa Anual de Evaluación 2020 (PAE) aquellas necesidades prioritarias del contexto, con el fin de contribuir a la toma de decisiones basada en evidencia, considerando en su numeral 68 realizar la Evaluación Estratégica sobre el Derecho a la Salud y las reformas al Sistema Nacional de Salud hacia una Política de Acceso Universal.

Con la Evaluación Estratégica de Salud se busca analizar la capacidad del Sistema de Salud en México para garantizar el ejercicio efectivo de este derecho a la luz de los cambios recientes en la Ley General de Salud (LGS)⁶, siendo de especial interés el enfoque en la población sin seguridad social para la universalización de los servicios de salud. La evaluación se compone de dos informes. En este primer informe se reflejan los resultados del diagnóstico de los retos que actualmente enfrenta el Sistema de Salud en México, las afectaciones por la pandemia de la COVID-19 y el análisis del diseño y coherencia de la oferta gubernamental de la Secretaría de Salud en el marco de las reformas a la LGS de 2019, en particular aquellos programas que se dirigen a la atención de población sin seguridad social. En un segundo informe se presentará el análisis del ejercicio del derecho a la salud, considerando diversos contextos asociados a la rectoría de los servicios estatales de salud, con el fin de identificar posibles brechas en el acceso efectivo al derecho.

Por tanto, el primer apartado de este documento presenta una revisión de los retos que actualmente enfrenta el Sistema de Salud en México para garantizar el ejercicio del derecho a la salud; en el segundo apartado, se muestran algunos hallazgos en torno a la evolución de la pandemia por la COVID-19 y los efectos de corto plazo que esta ha tenido en México y, finalmente, el tercer apartado ofrece un análisis del diseño y coherencia de programas en materia de salud, a partir de las reformas a la LGS, la cancelación del Seguro Popular y la creación del INSABI.

Dentro del apartado de conclusiones derivadas de la evidencia recopilada, se sintetizan los esfuerzos del Gobierno federal por implementar una política universal en salud, los retos que esto supone y los desafíos pendientes para el ejercicio del derecho a la salud de toda la población.

⁵ Recuperado de OCDE (2021), Health Spending, disponible en: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

⁶ El análisis considera las modificaciones a diversas disposiciones de la Ley General de Salud realizadas hasta el 29 de noviembre de 2019.

Capítulo 1

¿Dónde estamos en materia de salud en México?



El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Con la reforma a este artículo en mayo de 2020, se reconoce, además, la obligación del Estado mexicano para definir "... un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social" (DOF, 2020).

En consonancia, la LGS en su artículo 1 establece el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, determina las bases, las modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación, además de las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, en los artículos 5 y 7 se dispone que el Sistema Nacional de Salud se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto a nivel federal como local; por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud y por los mecanismos de coordinación de acciones. De igual forma, en el artículo 27 fracción III, la Ley determina que, en el caso de las personas sin seguridad social, deberá garantizarse la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

El Estado mexicano cuenta con el Sistema Nacional de Salud (SNS) para cumplir con la obligación de garantizar el derecho a la salud, conformado por instituciones públicas⁷ con instrumentos contributivos como los seguros sociales y las instituciones públicas con instrumentos no contributivos⁸, como el conjunto de programas sociales que brindan servicios a la población que no cuenta con seguridad social por su condición laboral, así como la participación de instituciones privadas en la prestación de servicios de salud⁹ (ver figura 1).

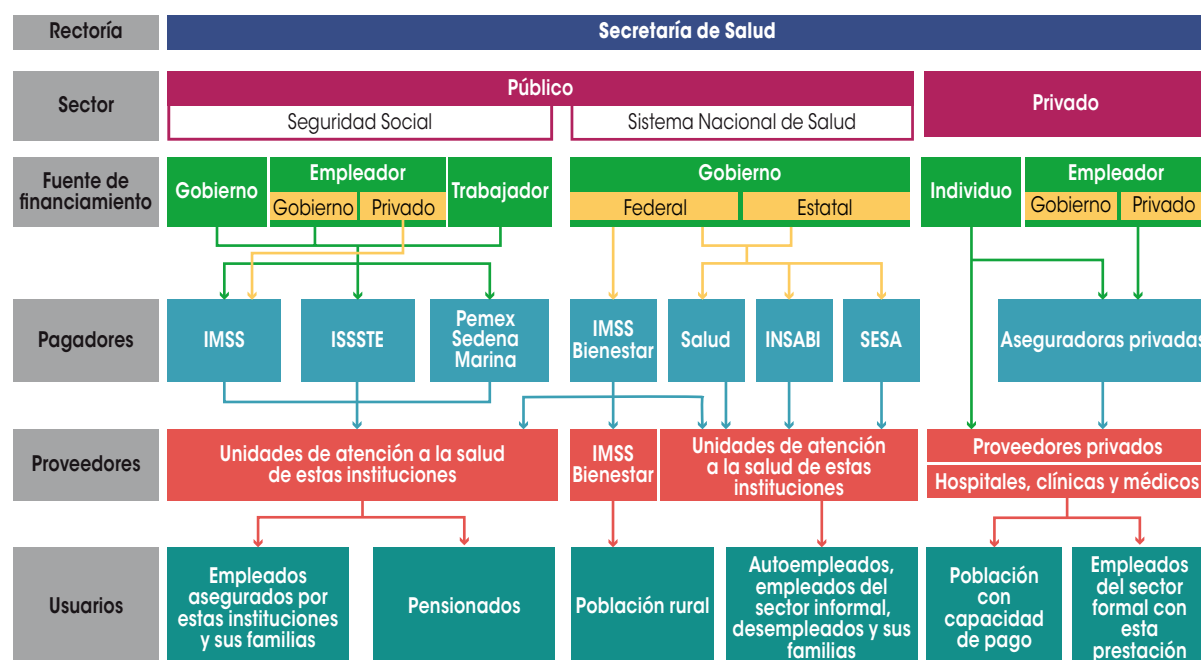
Si bien la LGS busca regular todos los aspectos del sector salud con base en el derecho universal de protección a esta, la cual no presenta un paquete específico de los servicios de cobertura, mientras que las leyes de seguridad social que rigen al IMSS y al ISSSTE sí lo hacen. Esta configuración tiene como consecuencia la diferenciación en los paquetes de cobertura y atención por parte de las instituciones, la cual representa una desventaja importante de acceso y uso efectivo de los servicios de salud para quienes no cuentan con seguridad social, la que tiene una entrada y salida frecuente del mercado laboral formal. Adicionalmente, si existe un menor financiamiento para los servicios de esta población y deficiencias en la operación de estos, se incrementan las brechas en el acceso.

⁷ La seguridad social en el sector público comprende (IMSS, ISSSTE, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas [ISSFAM] y Petróleos Mexicanos [Pemex]), los que prestan servicios y prestaciones que se otorgan a los trabajadores con una relación de subordinación y a estudiantes, y las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social a través de las instituciones de la Secretaría de Salud (SSa), de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y del Programa IMSS-Bienestar, primordialmente.

⁸ Los instrumentos contributivos son los financiados por sus propios beneficiarios, mientras que los no contributivos son los financiados con impuestos generales y otros ingresos públicos no tributarios y tienen propósitos redistributivos.

⁹ El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago y a empleados del sector privado que gocen de esta prestación. Comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud en México 2021



Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en Gómez Dantes et al (2011).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN)¹⁰ para el segundo trimestre de 2021, de las 55.2 millones de personas ocupadas en México, únicamente el 38.3% reportó tener acceso a las instituciones de salud por la actividad económica que realizan, lo cual implica que solo 21.1 millones de personas trabajadoras tiene acceso a los beneficios completos del régimen de seguridad social que ofrece el Estado a través de sus instituciones. Esta cifra llama la atención comparada con los 24.2 millones de personas con una ocupación formal; es decir, muestra una diferencia de 3 millones sin acceso a instituciones de salud, a pesar de encontrarse en este sector (INEGI, 2021), lo cual indica precariedad laboral más que informalidad, aunque ambos están relacionados con el acceso a la salud.

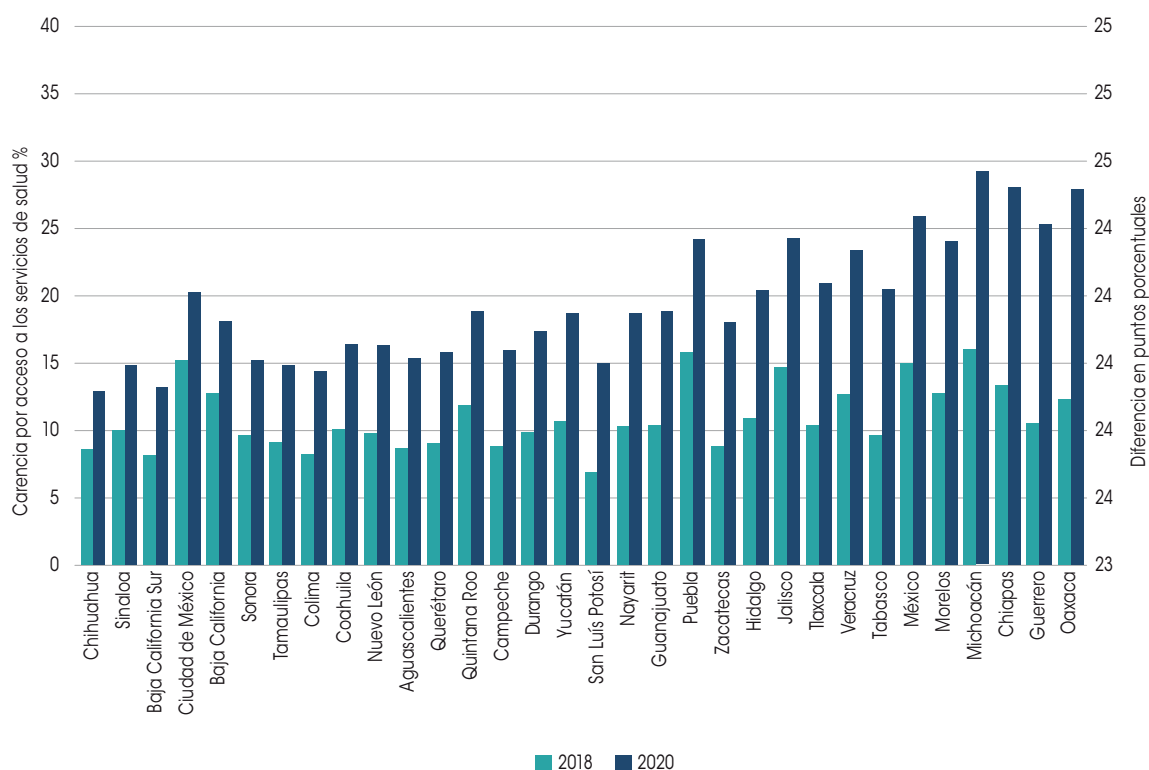
De acuerdo con la metodología para la medición multidimensional de la pobreza aplicada en la medición de 2020, se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o afiliación a las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina), a servicios médicos privados, al Seguro Popular, o bien, no reportó tener derecho a recibir los servicios que presta el Instituto

¹⁰ La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN), mantiene el mismo diseño conceptual, estadístico y metodológico que la ENOE tradicional, pero su muestra se conformó de un 79% entrevistas cara a cara y un 21% de entrevistas telefónicas efectivas.

de Salud para el Bienestar (INSABI).¹¹ En este sentido, con base en datos censales¹², esta carencia se redujo 42 puntos porcentuales del 2000 al 2015 (58.6% a 16.7%, respectivamente); no obstante, esta disminución continua que mostró este rubro en el país se interrumpió en el 2020,

De tal manera que, de acuerdo con la medición multidimensional de la pobreza del CONEVAL, la carencia por acceso a los servicios de salud a nivel nacional pasó del 16.2% en 2018 al 28.2% en 2020 (CONEVAL, 2021a); destaca que los estados con mayor incremento fueron Oaxaca, Guerrero y Chiapas con un aumento de 20.6, 19.7 y 19.5 puntos porcentuales, respectivamente.

Gráfica 1. Porcentaje de carencia por acceso a los servicios de salud a nivel estatal, 2018-2020



Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH 2018- 2020.

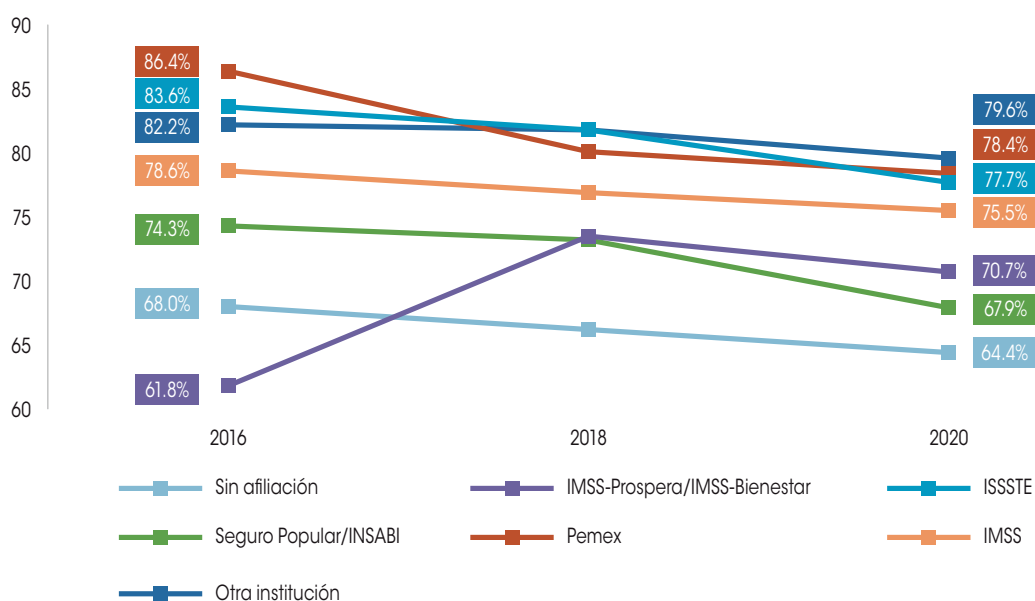
¹¹ De acuerdo con la Nota técnica sobre la Medición Multidimensional de la Pobreza, 2018-2020 publicada el primero de agosto de 2021, debido a la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) a partir de las modificaciones a la LGS en 2019, dentro del cuestionario de la ENIGH 2020, en la pregunta de afiliación o inscripción al Seguro Popular se incluyó en el cuestionario el derecho a los servicios del Insabi, específicamente, en los cuestionarios "Personas de 12 o más años" y "Personas de menores de 12 años". Esta adecuación en el fraseo involucró un cambio de la variable de identificación, la cual pasó de ser segpop a pop_insabi, entre 2018 y 2020. De esta manera se captó en la ENIGH 2020 la información de la población que recibió servicios de salud por parte de esta institución. De la misma manera, en la pregunta acerca de en qué institución está inscrito o tiene atención médica la persona, se modificó el fraseo de la opción "IMSS-Prospera" a la cual se le añadió "IMSS-Bienestar". Asimismo, se consideran las estimaciones de población con base en el Marco de Muestreo de Viviendas y los resultados del Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, de acuerdo con la actualización de los Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza realizada el 30 de octubre de 2018. En este sentido, las estimaciones de pobreza para 2018 y 2020 podrían no ser comparables con años anteriores.

¹² Estimaciones realizadas con base en los Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000, la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010, la Encuesta Intercensal 2015 y la muestra del Censo de Población y Vivienda 2020, disponible en <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Carencias-sociales-datos-censales.aspx#:~:text=%E2%80%8B-Datos%20censales%201990%202020,de%20la%20pobreza%20en%20M%C3%A9xico>

Adicionalmente, la mayor incidencia de esta variación se dio en el primer y segundo decil de ingreso con un aumento de 22.6 y 22.9 puntos porcentuales. Por tanto, según el porcentaje de población en situación de pobreza, la mayor afectación se registró en la población en situación de pobreza extrema, con un aumento de 31.7 puntos porcentuales, pues pasó del 25.6% en 2018 al 57.3% en 2020, mientras que para las personas que se encontraban en pobreza moderada aumentó de 19.3% a 37.8%, es decir, se incrementó en 18.5 puntos porcentuales (CONEVAL, 2021a).

Por otro lado, al analizar la utilización de los servicios de salud de quienes reportaron tener algún problema en este rubro y que recibieron atención médica, de acuerdo con el tipo de afiliación, fue posible observar la disminución y segmentación de la capacidad de atención y diversidad en el acceso a servicios de salud entre las instituciones (CONEVAL, 2020). Al respecto, los datos de 2016 a 2020, muestran que el porcentaje de personas atendidas al presentar un problema de salud disminuyó de manera generalizada.¹³ Para el caso de las personas afiliadas a Pemex el detrimento fue de ocho puntos porcentuales, de 6.4 para las afiliadas al Seguro Popular, y que posteriormente adquirieron derecho a los servicios del INSABI, (SP/INSABI, de aquí en adelante), 5.9 al ISSSTE y 3.1 al IMSS. Si bien, para las personas afiliadas al IMSS-Bienestar el porcentaje aumentó en 11.7 puntos porcentuales de 2016 a 2018, de 2018 a 2020 disminuyó en 2.8 puntos porcentuales (gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y que fueron atendidas en México, por institución de afiliación, 2016-2020



Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH 2016, 2018 y 2020.

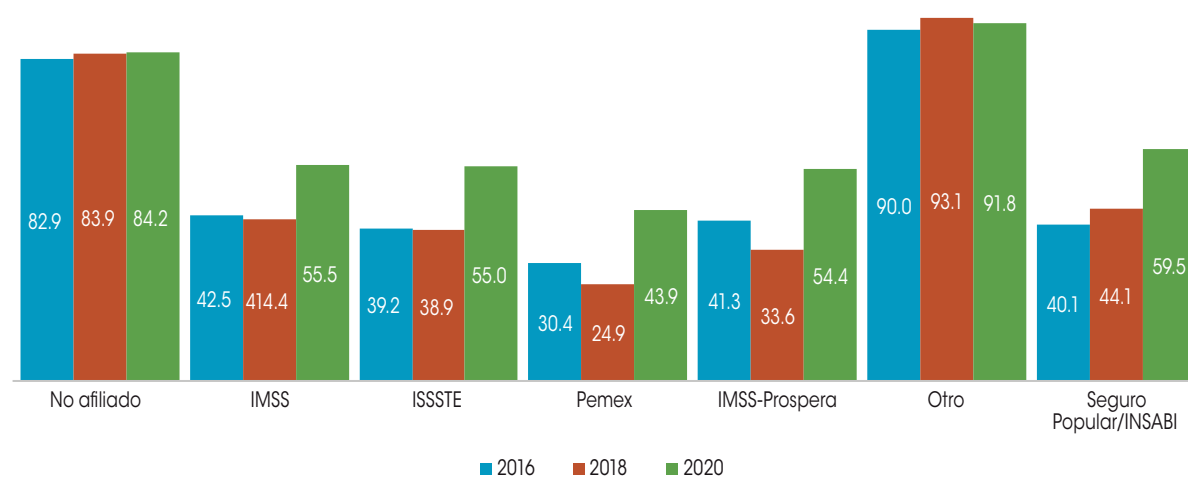
¹³ Al analizar el total de la población que presentó un problema de salud, buscó atención médica y no fue atendida, para 2016 fue de 13,359,655 de derechohabientes; y para 2020 esta cifra se incrementó a 14,280,960 de afiliados. Mientras que para el caso de las personas sin afiliación, se observó que este indicador pasó de 3,491,337, en 2016, a 7,828,638 para 2020, es decir una tasa de crecimiento de 124%. Este dato muestra el aumento en la demanda de los servicios de salud.

Destaca que, si bien desde 2016 se observó una tendencia decreciente en el indicador mencionado de atención directa por institución de salud, durante el periodo 2018-2020 fue más agudo para casi todas las instituciones de salud, en comparación con el periodo 2016-2018. Lo anterior podría atribuirse a la contingencia sanitaria, toda vez que algunos hospitales fueron adaptados exclusivamente para la atención de pacientes con COVID-19 y algunas instituciones de salud supeditaron las citas médicas a la atención de emergencias, pero posiblemente también cambios en la normatividad, ajustes en el financiamiento y cambios operativos en el sistema de salud que provocaron, por ejemplo, el desabasto de medicamentos.

Además, en 2020, alrededor de 68 de cada 100 personas que reportaron tener afiliación o acceso al SP/INSABI y 71 de cada 100 personas que reportaron ser afiliadas al IMSS-Bienestar fueron atendidas al presentar problemas de salud; ambos porcentajes son menores en comparación con las personas afiliadas al resto de instituciones de salud (alrededor de 76 de cada 100 personas afiliadas al IMSS, 78 de cada 100 afiliadas al ISSSTE y 78 de cada 100 afiliadas a Pemex fueron atendidas al presentar problemas de salud) (INEGI, 2020a). Destaca que, en contraste con la disminución en el número de personas que se atendieron en estos Centros de Salud, se observó un incremento de 4.2 millones de personas que acudieron a consultorios y hospitales privados y de 1.5 millones en consultorios adyacentes a las farmacias (CONEVAL, 2021d).

En general se experimentó un aumento en el uso de servicios privados de la población derechohabiente, no importando el tipo de afiliación (véase gráfica 3); para el caso de los afiliados al seguro popular o INSABI incrementó en 19.4 puntos porcentuales entre 2016 y 2020, seguido de los afiliados al ISSSTE, con un incremento del 15.8, mientras que, los derechohabientes del IMSS, Pemex e IMSS-Bienestar su uso de servicios privados aumentó en más de 13 puntos porcentuales.

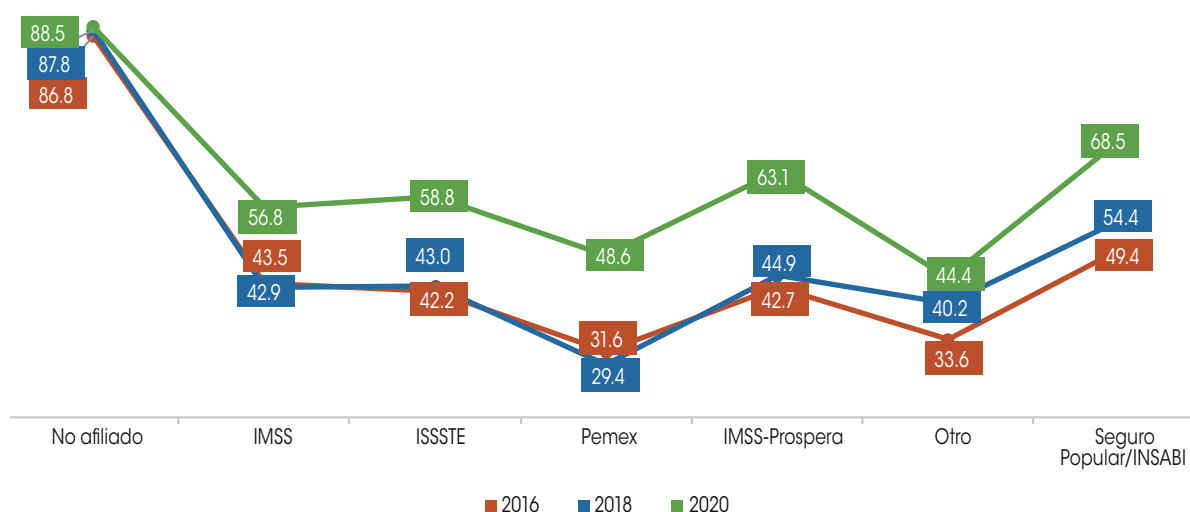
Gráfica 3. Porcentaje de la población que reportó tener problemas de salud y que fue atendida en instituciones privadas en México, por tipo de afiliación, 2016-2020



Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH 2016, 2018 y 2020.

Otro elemento que revela diferencias en la atención que recibió la población es el porcentaje de personas que realizó algún pago¹⁴ durante su atención médica. De acuerdo con datos de la ENIGH, entre 2016 y 2020 el porcentaje de población que realizó un pago por atención médica pasó del 52% al 69%. Entre los rubros que implicaron mayor gasto para la población destacan el pago en consultas médicas y de medicamentos, mismos que, para el 2016 ascendieron al 45% y 48%, respectivamente y para el 2020 este porcentaje pasó al 63% y 65%, respectivamente.

Gráfica 4. Porcentaje de la población que fue atendida en servicios de salud (públicos y/o privados) y reportó realizar pagos en salud, por institución de afiliación, México 2016-2020



Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH 2016, 2018 y 2020.

En el caso de la disponibilidad de medicamentos, de acuerdo con el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, en su medición para el rubro "1.2 Porcentaje de surtimiento de recetas", del año 2018 al 2020 disminuyó 4.2 puntos porcentuales la población que hizo uso de los servicios públicos de salud y consiguió todos los medicamentos en el centro de atención, al pasar de 69.97% en el primer año a 65.77% para 2020 (Ssa, 2022).

Como se observa, la fragmentación del sistema de salud deriva en diferencias en el acceso a los servicios que dependen del subsistema al cual se encuentren afiliados y que se han profundizado por factores como la pandemia por la COVID-19 y los constantes cambios en la configuración del Sistema de Salud.

Los cambios en la configuración del sistema también han generado una mayor complejidad en la medición a través de las principales fuentes de información. Tal es el caso del reporte de afiliación en la ENIGH 2020 que incluye al Seguro Popular y al INSABI, aunque el primero ya había dejado de

¹⁴ Los rubros que considera la ENIGH son pago en: consulta medicamentos, estudios de laboratorio, hospitalización, instrumental médico, otros y no realizo ningún pago.

operar para esa fecha. La inclusión simultánea de ambas instituciones como una misma categoría de respuesta en la pregunta correspondiente por parte del INEGI pudo haber generado sesgos en el reporte que la población hace de su acceso a los servicios de salud..

El gasto en salud

Con el objetivo de dar respuesta a la demanda de servicios de atención en salud, servicios preventivos y promoción de la cobertura universal en salud, el sistema debe contar con los recursos económicos, físicos y materiales suficientes. Por lo cual, la capacidad de respuesta de las instituciones para brindar atención equitativa, oportuna, continua y de calidad a la población está condicionada por el financiamiento a la salud.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el gasto en salud comprende la provisión de servicios de salud (preventivos y curativos), asuntos y servicios de salud pública, investigación aplicada en salud, así como sistemas de abastecimiento y distribución de medicamentos. De este rubro se deriva el gasto público en salud,¹⁵ el cual permite observar la manera en la que el Estado redistribuye los recursos públicos hacia el cumplimiento de la implementación del derecho a la salud, por lo cual, en su cálculo, se incluyen todos los gastos de un país en bienes y servicios para la atención de la salud (OPS, 2011).

En términos del gasto público en salud, en 2019, México destinó alrededor de 2.7% del PIB a este fin, cifra por debajo del umbral de 6% establecido por la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como referencia para avanzar con el objetivo de garantizar el acceso y cobertura universal a la salud. Asimismo, para ese mismo año, en México, el porcentaje del gasto en salud que provenía de instituciones públicas, fue el más bajo (49.3%) de los países de la OCDE; siendo Colombia el país con mayor porcentaje de América Latina (77.5%), seguido de Costa Rica y Chile, con 73.9% y 60.6%, respectivamente (OCDE, 2020).

Si bien es cierto que países en la cobertura universal tienen un gasto público de 6% o más del PIB, lo anterior, no se traduce que a un mayor gasto público el acceso sea efectivo el derecho a la salud de la población, por lo que es una condición necesaria, pero no suficiente para lograr el acceso y la cobertura universal (OPS, 2018); por ejemplo, entre los países de la OCDE, Estados Unidos tuvo el mayor gasto público en salud como porcentaje del PIB en 2019, pero unas tasas de mortalidades infantil y materna más altas comparadas con el resto de los diez países con mayor gasto en salud en ese año (ver cuadro 1). Además de la cantidad, también se requiere una mejor calidad del gasto que apunte a reducir las ineficiencias del sistema de salud y, por último, este gasto debe ser sostenible y fiscalmente responsable (OPS, 2018).

¹⁵ El gasto público en salud comprende los egresos de todas las unidades institucionales de la administración central, estatal y municipal, así como las administraciones de seguridad social en todos los niveles de la administración. Incluye las instituciones sin fines de lucro, controladas y financiadas principalmente por unidades de las administraciones públicas. Por lo cual se incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), IMSS-Prospera (Ramo 19), FASSA (Ramo 33), Gasto Estatal, Sedena (Ramo 07) y Semar (Ramo 13); y el Gasto del IMSS, ISSSTE, Pemex, y a partir del 2013 se integra la información del ISSEMYM, ISSTECH, ISSSTELEON, ISSSTESON, ISSSTECALI e ISSFAM (SSA, 2020d).

Cuadro 1. Indicadores de mortalidades infantil y materna en los países con mayor gasto en salud como porcentaje del PIB en 2019

País	Gasto total en salud como porcentaje del PIB	Gasto público en salud como porcentaje del PIB	Mortalidad infantil*	Razón de mortalidad materna**
Estados Unidos	16.7	13.8	5.7 ^a	17.4 ^a
Francia	11.1	9.3	3.8	ND
Canadá	10.8	7.6	4.4	7.5
España	9.1	6.5	2.6	1.7
Brasil	9.6	3.9	13.3	ND
Argentina	9.5	5.9	8.1	ND
Perú	5.2	3.2	10.3	ND
Chile	9.3	5.7	6.5	10.9
Colombia	7.7	6	17	50.7
Costa Rica	7.3	5.4	8.2	20.2
México	5.4	2.7	13.1	34.2

Notas:

(*) Último dato disponible de 2018.

(**) Razón de mortalidad materna (RMM: muertes por complicaciones del embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos.

Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en OCDE (2020).

Al respecto, la OPS expresa que es necesario transformar los sistemas de salud, con base en la atención primaria, poniendo énfasis en la participación social inclusiva de los grupos en condiciones de vulnerabilidad. Es por lo que, en 2019, surgió el Pacto 30•30•30, el cual hace un llamado a expandir y fortalecer el primer nivel de atención de la salud y recomienda que, además del aumento del gasto público (al menos 6% del PIB), que el 30% de estos recursos sean asignados al primer nivel de atención con el fin de mejorar la capacidad resolutive y articular las redes de servicios. En el caso de México, el Programa Sectorial de Salud plantea alcanzar el 30% del gasto en salud en el primer nivel de atención para 2024; cifra que contrasta con las ligeras variaciones porcentuales que ha experimentado el país desde 2017, al pasar de 24.89% a 25.82% a finales de 2021 (Ssa, 2022). De igual forma este pacto hace un llamado a los países de la región a reducir progresivamente en al menos 30% las barreras de acceso a la salud para el 2030 (OPS, 2019).

En el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, elaborado por el CONEVAL, se identificaron áreas en las que se requiere mejorar las acciones de política pública en favor del ejercicio pleno del derecho a la salud; entre las más importantes destacan avanzar en la integración del sistema de salud para reducir su fragmentación y aumentar la infraestructura en el primer nivel de atención priorizando a las comunidades rurales, así como la formación y distribución de recursos humanos en esas zonas, promover la prevención y promoción de la salud con atención especial a los grupos históricamente discriminados y reducir la incidencia de obesidad y sobrepeso con énfasis en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas, entre otras (CONEVAL, 2018c).

Otro estudio del CONEVAL sobre el gasto social analiza la información de la Cuenta Pública para doce ejercicios fiscales (2008-2019) con una metodología que clasifica a los programas presupuestales de acuerdo con la contribución de cada uno a los cinco objetivos de la Política Nacional de Desarrollo Social (PNDS) y, por ende, a los derechos sociales establecidos en el artículo 6 de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS). En particular, respecto al derecho a la salud, se identificó que para 2019 el gasto aumentó en un monto de 569,766.5 millones de pesos (MDP), lo que representó el 21.3% del gasto social y un 14.4% del gasto programable del Gobierno federal.¹⁶ Los ramos donde principalmente se concentró este tipo de gasto fueron tres: el Ramo 50, IMSS con 211, 604.1 MDP, que representó 47.5% del monto total, seguido del Ramo 12, Salud, con 90,086.2 MDP, equivalente a 20.2% y el Ramo 33, Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios con 75,221.9 MDP, que abarcó el 16.9%. Estos tres ramos ocuparon 84.5% del monto que asignó la SHCP a Salud (CONEVAL, 2021).

Además de los bajos recursos otorgados al sistema de salud mexicano, estos se destinan de una manera desigual entre los diferentes subsistemas. En 2019, el gasto per cápita total de las personas que no contaban con seguridad social fue de \$4,421 pesos, en comparación con \$6,408 pesos de las personas que sí tenían seguridad social¹⁷. Los servicios de salud de la seguridad social disponen, por tanto, de más recursos humanos, equipo e insumos. Si bien algunas de estas desigualdades pueden reflejar necesidades diferentes entre las instituciones, tales como la edad de la población que atienden o los padecimientos diferenciados por grupo etario y poblacional, las diferencias existentes en los presupuestos, por consiguiente en los gastos efectuados por cada institución reflejan, principalmente, diferencias en su financiamiento e impactan en la capacidad de los subsistemas para proporcionar una atención más efectiva o en la calidad desigual de la atención y su disponibilidad para la población, especialmente la más pobre y vulnerable en sus necesidades de salud.

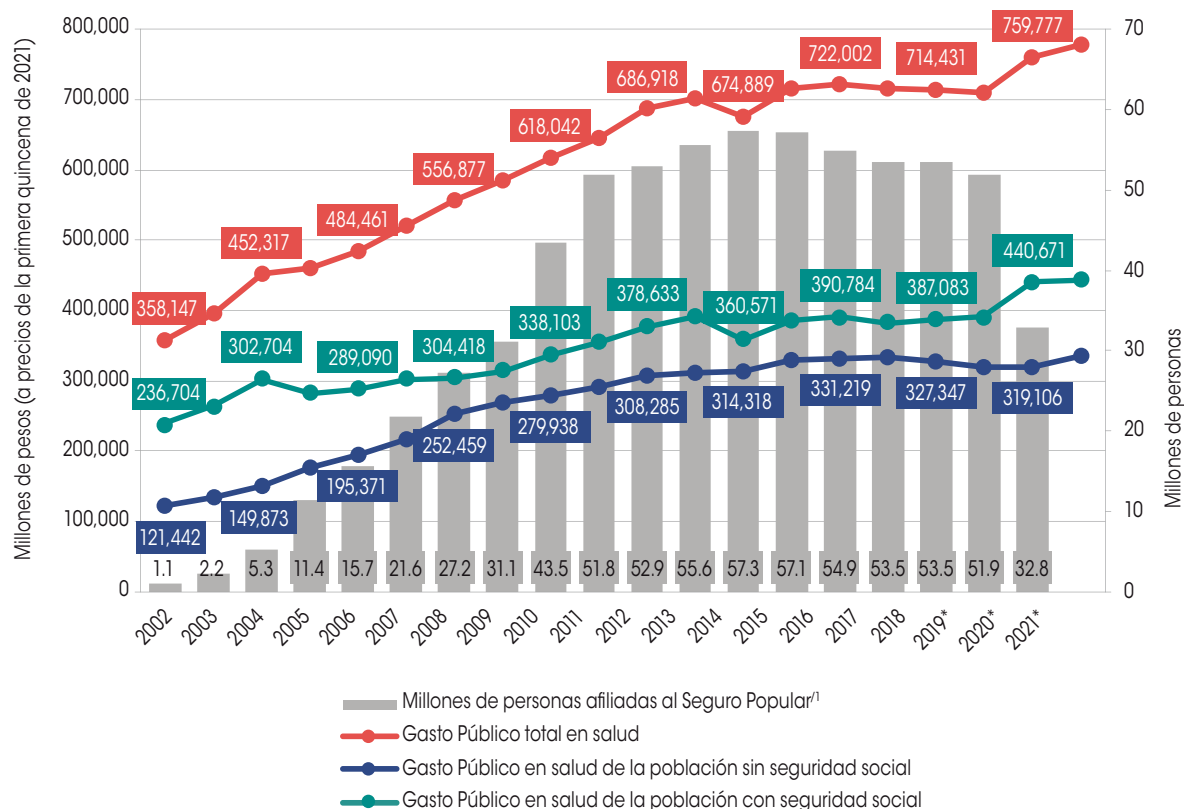
Los retos institucionales de coordinación profundizan este problema, ya que cada esquema cuenta con su propia estructura de gobierno y rendición de cuentas, los servicios que se ofrecen son de exclusividad para sus afiliados a través de redes independientes de prestadores de servicios, que son financiados con esquemas distintos. Como resultado, existe una coordinación limitada para que las instituciones puedan contar con ingresos adicionales y garantizar que los recursos se asignen de manera equitativa entre todos los actores del sistema (OCDE, 2016).

De acuerdo con lo reportado por la Secretaría de Salud sobre los recursos financieros del sector, el gasto público en salud siguió una tendencia creciente, sin embargo, en términos reales, este no cambió sustancialmente durante los últimos 20 años e incluso disminuyó. En la gráfica 5 se identifica que, durante el periodo analizado, el gasto público en salud para la población sin seguridad social es menor que el de la población que sí cuenta con seguridad social.

¹⁶ A través de la Cuenta Pública, el Ejecutivo utiliza los clasificadores de gasto para definirlo, ya que estos permiten identificar y asociar el gasto público a los objetivos, responsables y tipo de uso de los recursos para los fines establecidos. De acuerdo con esta clasificación, la categoría más cercana al derecho a la salud es la referida a la función "Salud"; en esta categoría, la SHCP asigna un monto de 445,993.7 MDP, lo que representa 11.3% del gasto programable.

¹⁷ Dirección General de Información en Salud (2021). Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Gráfica 5. Gasto público en salud, México, 2002-2021, millones de pesos a precios de la primera quincena de 2021 y población afiliada al Seguro Popular



Notas:

(*) Para los años 2019 al 2021 la información proviene del Cierre Estadístico del Subistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal 2019. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_cuentas_gobmx.html

^{1/} Para 2020, este dato proviene de los Tabulados del Cuestionario Básico del Censo de Población y Vivienda 2020. A partir de enero de 2020 entró en funciones el Instituto de Salud para el Bienestar; sin embargo, se incluye también la población que declaró estar afiliada al Seguro Popular.

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (SSa, 2020c)

El gasto público ha reflejado una baja inversión total en el sistema de salud que limita la disponibilidad de recursos físicos, humanos y materiales y, por lo tanto, restringe la oferta de servicios. La demanda creciente de servicios de atención médica representa una carga financiera importante para las instituciones de salud, lo que impacta en la calidad de la atención y en la capacidad del sistema para fomentar la medicina preventiva.

Las dificultades financieras, que derivan de lo anterior, podrían propiciar que, frente a las limitaciones en la atención en los subsistemas, y especialmente en aquellos de mayores beneficiarios, la población usuaria busque recibir atención a sus necesidades de salud a través del sector privado, por medio del gasto de bolsillo —siendo la forma más inequitativa e ineficiente de gasto en salud—, teniendo como consecuencia que México sea el país de la OCDE con el mayor gasto de bolsillo de los hogares (OCDE, 2020).

Por lo anterior resulta necesario fortalecer los criterios de calidad en el ejercicio del gasto y en la asignación de recursos para que estos se empleen de manera óptima, previniendo el gasto de bolsillo de la población. En este sentido, es indispensable que exista información actualizada y pública de cómo y en qué se gasta, para que se pueda llevar a cabo una asignación más equitativa de recursos en las instituciones y se priorice su asignación a las áreas de mayor necesidad. La atención a los retos en el gasto en salud favorecerá la mejora en la accesibilidad física y económica de las personas, al contar con centros de atención geográficamente cercanos y sin la necesidad de pagar cuotas no previstas por los servicios de salud recibidos.

La atención al financiamiento desigual entre subsistemas ayudará a mejorar el acceso efectivo al derecho, logrando que estos servicios médicos estén disponibles cuando se solicitan, enfatizando la calidad de la atención, la correcta provisión de tratamientos y su continuidad por parte del personal adecuado y capacitado, que responda a las necesidades actuales y emergentes de la población.

El acceso y la disponibilidad de los bienes y servicios de salud

Para alcanzar un acceso efectivo al derecho a la salud, es necesario que no existan barreras u obstáculos para el acceso a los servicios, sean de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender. Asimismo, se debe garantizar la disponibilidad de recursos físicos y humanos suficientes y procurar que estos tengan las mejores herramientas posibles, en términos de actualización y capacitación para que el paciente reciba la atención de calidad tan pronto como la necesite, que sea continua y que, además, sea culturalmente apropiada y sensible a requisitos de género y curso de vida (CONEVAL, 2018c).

En términos económicos, un elemento asociado con el acceso a los servicios de salud tiene que ver con el gasto en salud de los hogares. Del total del gasto en salud en México en 2019, el 8.6% correspondió al aseguramiento privado y el 42.1% a erogaciones directas de las familias mediante gasto de bolsillo, lo cual representó el 2.3% del PIB de ese año (OCDE, 2020). Este gasto de bolsillo por atención de la salud muestra, en cierta medida, que la capacidad de respuesta del sistema de salud para proporcionar cobertura efectiva y servicios de alta calidad no es suficiente. Además de propiciar la desigualdad en el acceso a la atención de la salud, ya que se excluye a la población que no cuenta con capacidad de pago, el gasto de bolsillo rompe con el principio de justicia financiera, según el cual los individuos deben contribuir al financiamiento de su salud de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud (Flamand y Moreno Jaimes, 2014).

Si bien en México no se cuenta con una definición oficial de gasto catastrófico, se dice que una persona incurre en este tipo de gasto cuando sus gastos de bolsillo en salud representan más de 30% de su capacidad de pago o ingreso disponible, es decir, del ingreso neto del gasto de subsistencia (OMS, 2005). De acuerdo con esta definición, 2.0% de hogares (671,250) en 2016 incurrieron en gastos catastróficos, mientras que en 2018 fueron 2.1% de hogares (731,947), y en 2020, 3.9% de hogares (1,377,055).

Según datos de la ENIGH, para 2018, el gasto de bolsillo se concentró en la atención primaria o ambulatoria, con un 60.9%, no obstante, para 2020, disminuyó al 48.6%, siendo similar al gasto que los hogares realizaron en medicamentos sin receta, que pasó del 35.2% en 2018 a 48.2% en 2020.

Particularmente en el contexto de la pandemia, el gasto de bolsillo en salud es más grave si se considera el efecto económico que tuvo el confinamiento social en el ingreso de los hogares, al tener repercusiones en las actividades laborales. De acuerdo con la ENSANUT 2020 sobre COVID-19, el 56% de la población se atiende en servicios privados: el 38.6% en consultorios, clínicas u hospitales privados y un 19% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF) (INSP, 2020). Los CAF tuvieron un posicionamiento importante para brindar servicios de primer contacto en la población mexicana, incluso para aquellas personas con acceso a los servicios públicos, pues para 2020 dieron servicio a 13% de los derechohabientes del IMSS, 10% del ISSSTE y 7% de los otros servicios de salud (INSP, 2021).

En un estudio sobre las estrategias individuales de acceso a la salud de las personas que trabajan en espacios públicos en Ciudad de México, se identificó que estas prefieren atenderse en CAF, aun cuando tienen acceso al INSABI a la seguridad social (Flamand, 2021). Las personas que trabajan en los espacios públicos de la ciudad, y que perciben un ingreso diario, recurren a los CAF y a otros servicios de bajo costo cuando lo necesitan, pues señalan que “los servicios públicos a los cuales tienen acceso requieren de meses para obtener cita, así como largas horas de espera una vez que se concreta la consulta” (Flamand, 2021). Así prefieren incurrir en gastos de bolsillo y pagar las cuotas de los CAF, con el fin de minimizar los tiempos de ausencia en sus labores cotidianas y los ingresos perdidos que esto representa.¹⁸

El impacto en la economía del hogar se incrementa si se considera que los CAF operan bajo una lógica de mercado, lo cual implica la existencia de incentivos para recetar medicamentos, aun cuando las personas que son atendidas podrían no requerirlo; partiendo del hecho de que la persona que prescribe y vende los medicamentos pertenece al mismo grupo de negocio o proveedor (Banerjee y Duflo, 2011; Osorio, 2020). La situación prolifera ante la ausencia de una regulación y supervisión por parte de las autoridades e instituciones en el sector (Osorio, 2020; Morán, 2021). A este escenario, habría que sumar la desventaja que se genera al atenderse en un CAF, al no ser siempre tratamientos efectivos, pues tienen una infraestructura deficiente y, en muchas ocasiones, el personal que atiende tiene credenciales médicas limitadas (Osorio, 2020). En este sentido, existe una importante necesidad por crear un régimen que supervise y controle la expansión de este sistema privado, particularmente por su rápido crecimiento en el sector y considerando su accesibilidad geográfica y burocrática —pues no requieren tampoco de afiliación médica—, con el fin de garantizar los requerimientos mínimos de calidad en la provisión de salud y minimizar los incentivos negativos para sobremedicar a los pacientes.

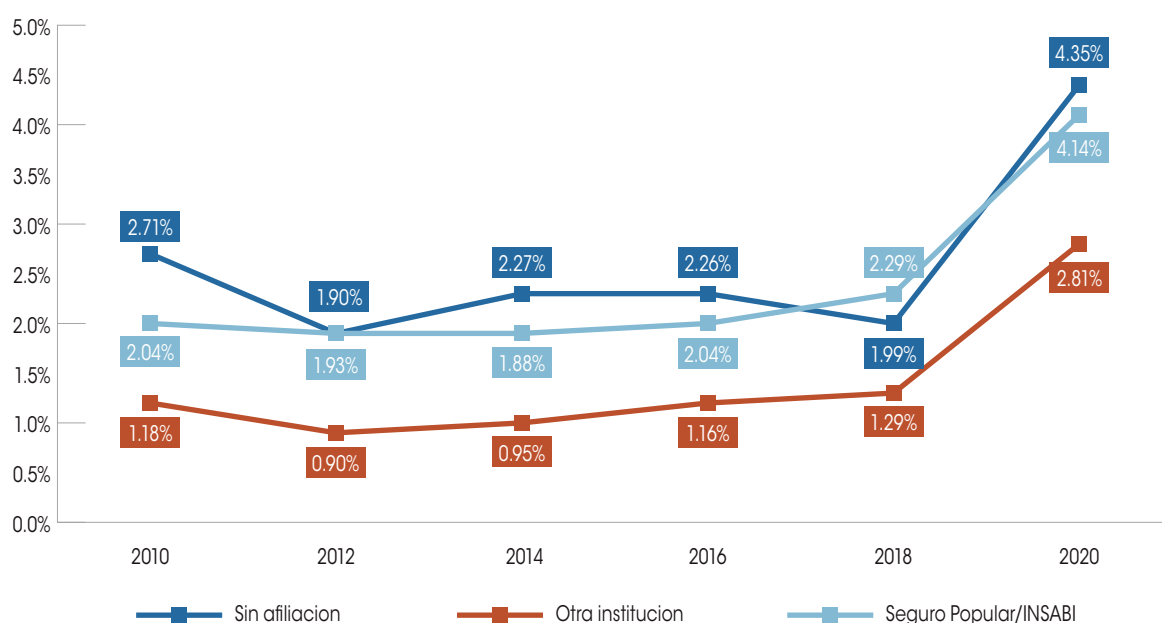
Por otra parte, los gastos en servicios de salud no previstos y no atendidos por el sector público tienden a aumentar el riesgo de inestabilidad económica de las familias. Esto tiene un impacto relativamente

¹⁸ De acuerdo con la autora, habría que considerar que las personas entrevistadas y que laboran en espacios públicos de Ciudad de México, se consideran sanas cuando nada les impide ir a trabajar para ganar el ingreso de su subsistencia diaria; y solo lo grave o urgente requiere de atención médica. Dada la reducción de ingresos por la caída de sus ventas y pérdida de empleo, las personas reaccionan buscando lo más económico o “aguantarse” (no hacer nada), pues manifiestan que no pueden darse el “lujo” de enfermarse de algo grave. Cfr. Laura Flamand, “La responsabilidad social en la protección de la salud”, *Letras Libres*, No. 275, noviembre 2021.

mayor en las personas con menores recursos, para quienes un pago mínimo puede representar una fracción importante de su presupuesto (OPS, 2017). Dicha situación deriva en brechas de acceso a los servicios de salud y choques económicos para la población más vulnerable, especialmente para quienes habitan en zonas de alta marginación pues, en la mayoría de los casos, el pago de servicios por parte de los hogares representa un gasto catastrófico.

Hay diferencias importantes entre individuos según el subsistema al que se encuentren afiliados. En la gráfica 6 se muestra que la incidencia de gasto catastrófico es mayor para quienes reportaron estar afiliados al SP/INSABI o no estar afiliados a ningún servicio de salud, al menos hasta 2020.

Gráfica 6. Incidencia de gasto catastrófico por persona, según afiliación a los servicios de salud en México, 2010-2020

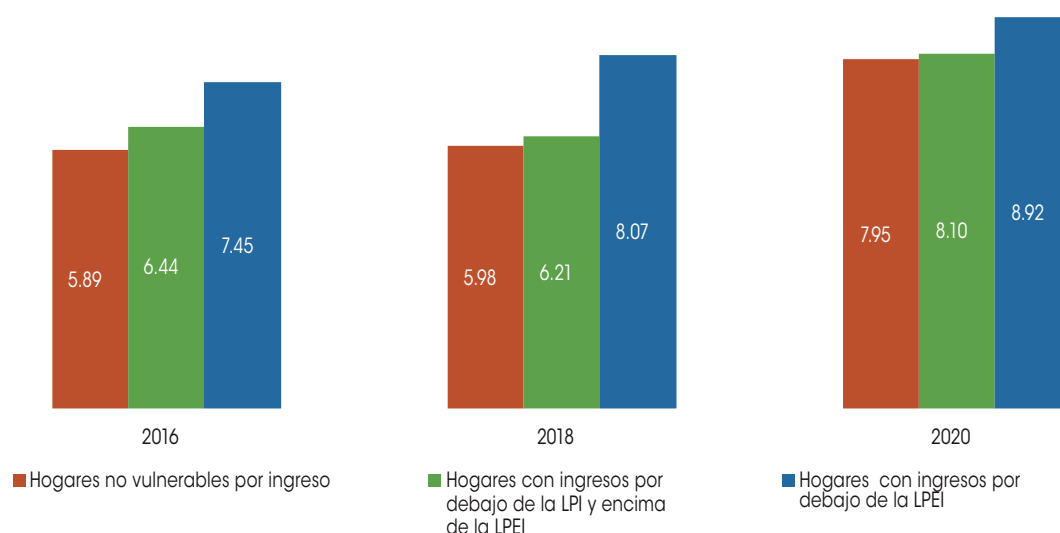


Nota: otra institución incluye IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, IMSS-Prospera y otra institución

Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH 2010, 2012, 2014, 2016, 2018 y 2020.

Desde esta perspectiva, el gasto catastrófico podría impactar de manera diferenciada en la población según su nivel de ingreso. De acuerdo con datos de la ENIGH, la proporción del ingreso disponible destinado a gasto en salud aumenta si las condiciones de pobreza por ingresos son más agudas, es decir, las personas de mayor vulnerabilidad destinan una proporción mayor de sus ingresos (ver gráfica 7); para el caso de los hogares no vulnerables por ingresos se estima que su gasto en salud para 2016 ascendía al 5.9% de su ingreso disponible, mientras que, para los hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza extrema este porcentaje fue del 7.5%. Este indicador para 2020 se incrementó al 7.9% en los hogares no vulnerables y al 8.9% para aquellos con ingresos por debajo de la línea de pobreza extrema. Esto muestra las desigualdades dentro del sistema de salud, que no logra evitar el gasto de bolsillo y la probabilidad de incurrir en un gasto catastrófico.

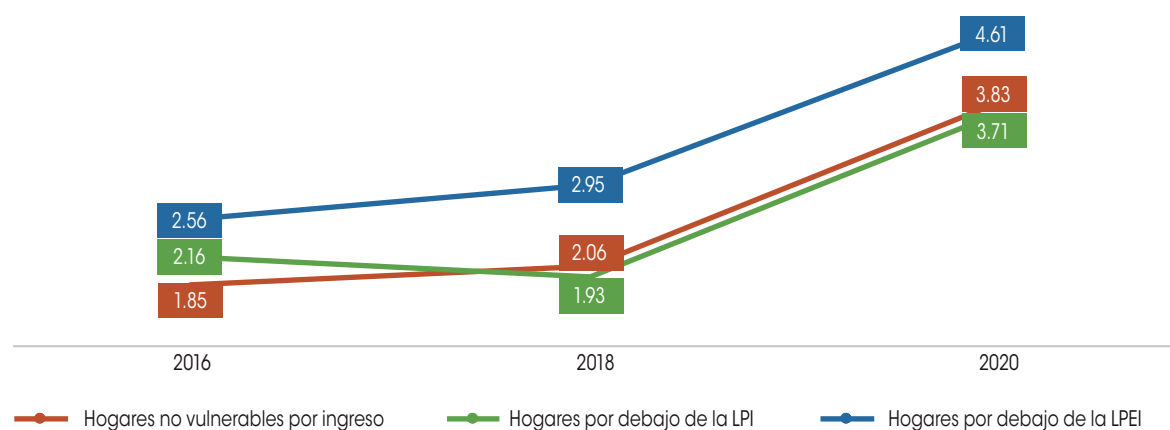
Gráfica 7. Porcentaje del ingreso disponible de los hogares utilizado para gastos en salud, según su condición de vulnerabilidad por ingreso, México 2016-2020



Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH 2016, 2018 y 2020

De acuerdo con datos de la ENIGH, los hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza extrema incurrieron en un mayor porcentaje (2.6% para 2016), mientras que para el caso de los hogares no vulnerables por ingreso, este porcentaje descendió al 1.9%, para el mismo año. Además, en 2020 el porcentaje de gasto catastrófico ascendió al 4.6% en los hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza extrema y al 3.7% en aquellos no vulnerables por ingresos.

Gráfica 8. Porcentaje de hogares que realizaron un gasto catastrófico en salud, según su condición de vulnerabilidad por ingresos, México 2016-2020



Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH 2016, 2018 y 2020.

Lo anterior es consistente con el gasto empobrecedor, es decir, cuando el pago por atención a la salud hace transitar a una persona por debajo de la línea de pobreza o empobrece aún más a una persona que ya se encontraba por debajo de esa línea (Wagstaff, 2008). Según datos del Banco Mundial, México tuvo una disminución del porcentaje de personas en riesgo de caer en un gasto empobrecedor por pago de intervenciones quirúrgicas y cuidado anestésico, al pasar de un 10% en 2004 a su punto más bajo en 2018 con un 5%, con un ligero incremento en 2020, de 5.2% (World Bank, 2021).¹⁹

Por su parte, el acceso físico a los servicios de salud depende, por un lado, de la ubicación geográfica del usuario y de su capacidad para desplazarse al centro de atención a la salud, y por otro, de la infraestructura física, los recursos humanos, los servicios médicos y determinantes de la salud.

Respecto a la ubicación geográfica, uno de los retos para el acceso físico son las barreras geográficas, relacionadas con condiciones espaciales como la distancia entre sitios o el terreno a recorrer para llegar a ellos, características de la infraestructura vial y de los mecanismos de transporte, entre otros (CONEVAL, 2018c). Al analizar los datos recabados por la ENIGH 2020, del tiempo que le toma a las personas para llegar a un hospital en caso de emergencia, se identificó que el tiempo promedio para aquellos afiliados al IMSS-Bienestar fue de 56 minutos y para el caso de los que declararon tener acceso al SP/INSABI fue de 51, ambos tiempos fueron los más extensos que los reportados por las personas afiliadas al resto de instituciones de salud. En promedio, las personas afiliadas al IMSS tardaron 33 minutos, aquellas afiliadas al ISSSTE 30 y las personas afiliadas a Pemex 33.

En 2020, el 40.1% del total de las localidades del país presentaban un grado de accesibilidad a carretera pavimentada bajo o muy bajo, lo que da cuenta del porcentaje de localidades que podrían encontrarse aisladas, ya sea por el acceso a una red carretera o por una limitante para tener acceso a los servicios (CONEVAL, 2021).

De acuerdo con la Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza,²⁰ se estima que en 2020 a 117,416 habitantes residentes en 6,193 localidades del país les tomó más de una hora de traslado para llegar a una de las unidades de salud de primer nivel de atención. En el mismo sentido, 3.4 millones de habitantes residentes en 40,413 localidades tardaron más de una hora en llegar a los servicios de salud de segundo nivel y, finalmente, a 46.9 millones de personas, quienes residen en 144,985 localidades, el traslado hacia infraestructura pública de tercer nivel les toma más de una hora.

Un mecanismo que se ha puesto en práctica para acercar los servicios de salud a las personas que viven en comunidades distantes o de difícil acceso geográfico ha sido el servicio de telemedicina.²¹ Dicho servicio ha ido en aumento; en 2012 se contaba con sistema de telemedicina en 228 unidades de atención a la salud, el 75% de ellas pertenecientes a la SSa, mientras que para 2020, las unidades

¹⁹ Datos disponibles en <https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.IRSK.ZS?locations=MX>

²⁰ Disponible en <https://patp-coneval.hub.arcgis.com/>

²¹ La telemedicina consiste en aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación y educación continua de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cenetec-salud-conceptos-de-tesalud>

con dicho servicio aumentaron poco más del doble. De estas, 508 unidades, un 54.53% pertenece a la SSa y el 34.65% al ISSSTE (SSa, s.f.); sin embargo, los avances en su implementación aún se ven limitados por la falta de conectividad que persiste en muchas comunidades rurales e indígenas. En conjunto con estas, se implementan estrategias como las unidades médicas móviles, las brigadas médicas móviles y los Equipos de Salud Itinerantes (ESI), no obstante, han ido disminuyendo al pasar de 2,156 a 1,653 durante el mismo periodo (2012-2020), lo que significó una disminución del 23.3% entre estos años.

Con respecto a la disponibilidad de la infraestructura, los recursos materiales y los recursos humanos, existen varios retos asociados a las capacidades instaladas y disponibles, fundamentales para el correcto funcionamiento y capacidad resolutoria del SNS, ya que estos determinan el volumen de servicios que el sistema puede proveer a la población. Un indicador relevante al respecto es el de unidades médicas de consulta externa,²² puesto que, en general, son el primer punto de contacto entre la población y el sistema de atención médica, por lo que su distribución y suficiencia es fundamental para otorgar estos servicios a la población (CONEVAL, 2018c).

Bajo la lógica del acceso universal a la población sin acceso a la seguridad social y el incremento en la demanda de los servicios de salud, se requiere contar con estrategias claramente definidas para aumentar y mejorar la disponibilidad de los servicios de salud, sin que esto lleve a un escenario de sobreexplotación de los recursos humanos. Por ello, resulta fundamental aumentar la disponibilidad de personal médico y de enfermería que son el primer contacto en los servicios de atención a la salud, así como expandir la infraestructura ambulatoria y, en su caso, especializada.

Como referencia, en los últimos años se registró un aumento particularmente importante en el número de personas afiliadas al SP/INSABI, al pasar de 30.56 millones de personas en 2010 a 52.82 millones en 2018; sin embargo, se ha identificado que, ya sea que se analicen los recursos físicos o humanos, de 2008 a 2018, los indicadores evidencian una disminución en la disponibilidad de servicios de salud para afiliados en ese periodo (CONEVAL, 2020). Esto implica que, aun cuando se observó una tendencia creciente en la capacidad instalada, este incremento no se dio en una proporción equiparable al aumento en el número de beneficiarios.

En particular, destaca la reducción del personal médico y de enfermería respecto al número de afiliados que se experimentó entre 2008 y 2020, puesto que el número de personal médico por cada mil personas que reportaron estar afiliadas al SP hasta 2019 y al SP/INSABI en 2020, se redujo al disminuir de 3.41 a 3.31, mientras que el personal de enfermería se incrementó de 4.49 a 4.94. Del mismo modo, las unidades de consulta externa disminuyeron de 0.59 a 0.40 por cada mil afiliados²³ y las camas censables disponibles de 1.61 a 1.23, por cada mil afiliados (CONEVAL, 2020; INEGI, 2020a).

²² Las unidades para consulta externa incluyen consultorios rurales, consultorios urbanos, centros avanzados de atención primaria a la salud, centros de salud con servicio ampliado, consultorio delegacional, unidad de ministerio público, casa de salud, brigada móvil, unidad móvil, clínica de especialidades, centro de salud con hospitalización (unidad híbrida) y unidad de especialidades médicas.

²³ De acuerdo con la Nota técnica sobre la Medición Multidimensional de la Pobreza, 2018-2020 publicada el primero de agosto de 2021, debido a la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) a partir de las modificaciones a la LGS en 2019, dentro del cuestionario de la ENIGH 2020, en la pregunta de afiliación o inscripción al Seguro Popular se incluyó en el cuestionario el derecho a los servicios del INSABI, específicamente, en los cuestionarios "Personas de 12 o más años" y "Personas de menores de 12 años". Esta adecuación en el fraseo involucró un cambio de la variable de identificación, la cual pasó de ser segpop a pop_insabi, entre 2018 y 2020. En este sentido, en 2020 se sigue considerando como afiliados a quienes reportan tener derecho a los servicios de salud provistos por el INSABI, aunque se reconoce que esta instancia no afilia ni exige afiliación.

Además de que los recursos humanos para la atención a la salud deben tener un comportamiento creciente con respecto a la demanda de servicios, también es necesario prestar especial atención a que este incremento no se presente de manera centralizada y que aquellas poblaciones vulnerables, que generalmente se encuentran en situación de desventaja por ubicación geográfica, también puedan hacer efectivo el ejercicio del derecho. Lo anterior se refleja en la disponibilidad de personal médico en localidades menos densamente pobladas. Esta brecha identificada en la disponibilidad de recursos humanos basados en la interculturalidad para atender a la población en los idiomas originarios se profundiza aún más en la dispersión de las unidades médicas de segundo nivel de atención.

En general, respecto a la disponibilidad de personal médico en las unidades públicas por cada 10,000 habitantes, esta ha tenido un crecimiento al mantenerse en 14 desde 2016 hasta la fecha; sin embargo, llama la atención que Estado de México, que es la segunda entidad federativa más densamente poblada, cuente con la tasa más baja del país con 10.3 médicos en contacto con el paciente por cada 10,000 habitantes (CONEVAL, 2019).

La tasa de consultorios de medicina general promedio en unidades médicas públicas, ha tenido una ligera disminución desde 2017 que alcanzó su punto más alto con una tasa de 3 consultorios por cada 10,000 habitantes, lo cual no responde a la dinámica demográfica e incremento poblacional que se ha tenido desde ese entonces; al disminuir en 8,362 consultorios de medicina general en unidades médicas públicas para 2019 y alcanzar una tasa de 2.3 unidades por cada 10,000 habitantes.

Finalmente, además de la necesidad de contar con recursos físicos y humanos, existen aún retos asociados a la cobertura de los servicios de salud específicos. Hasta 2019, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) establecía en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) las intervenciones médicas y el listado de medicamentos a los que tenía derecho el beneficiario del SP. El CAUSES 2019 contemplaba un total de 294 intervenciones médicas agrupadas en 5 conglomerados: prevención y promoción en salud (27 intervenciones), medicina general y de especialidad (120 intervenciones), urgencias (69 intervenciones), cirugía general (54 intervenciones), obstetricia (24 intervenciones). De manera adicional, contenía un listado de 633 claves de medicamentos y 37 insumos, así como 66 intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) (CNPSS, 2019).

En contraste, con la creación del INSABI²⁴ se eliminó el CAUSES 2019 bajo el argumento de que “el financiamiento exclusivo para ciertas intervenciones médicas determinadas por el Seguro Popular (SP) derivó en que los establecimientos de la Secretaría de Salud con el tiempo fueron perdiendo capacidades resolutorias de numerosos padecimientos y enfermedades, ocasionando que la población sin seguridad social tuviera que pagar con dinero propio al momento de usar los servicios públicos o atenderse en el sector privado para recibir las prestaciones y los medicamentos no cubiertos por el SP” (DOF, 2020c). En este sentido, el INSABI plantea un modelo de salud que, en esencia, no debería excluir la atención de enfermedades y medicamentos para la población sin seguridad social, a través

²⁴ De acuerdo con el Programa Institucional del INSABI 2020-2024 las Redes Integradas de Servicios de Salud funcionan como una red de establecimientos que genera acuerdos interinstitucionales para prestar servicios de salud de manera coordinada con el objetivo de garantizar la atención médica en el nivel que se requiera la atención de cualquier patología hasta su resolución, sin exclusiones de ningún tipo (DOF, 2020c).

de la implementación progresiva de Redes Integradas de Servicios de Salud. Asimismo, el Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi) retoma, a través de la Subcuenta para la Atención de Enfermedades que provocan Gastos Catastróficos (SAEPGC), el listado de 66 intervenciones que generan gastos catastróficos y que previamente administraba el Fondo de Protección para Gastos Catastróficos con el CAUSES 2019 (ver cuadro 1 del Anexo 1), planteando que desaparecería progresivamente el cobro de cuotas para la atención de todos los padecimientos en el tercer nivel de atención (INSABI, 2020d).

Sin embargo, a pesar de contar con un catálogo de servicios disponibles, un importante reto asociado a esta cobertura es la falta de garantía de una atención con calidad homologada, especialmente en lo que respecta a aquellos servicios enfocados en población sin acceso a seguridad social. Evidencia de lo anterior son las brechas persistentes en indicadores asociados a enfermedades infecciosas, mortalidades neonatal, infantil y materna, donde algunas regiones y subgrupos poblacionales mantienen niveles particularmente dispares a los de la media nacional (CONEVAL, 2018b).

Pese a la importancia de la protección de la salud como derecho fundamental, aún logran apreciarse problemas de inequidad en las condiciones de salud de las personas; particularmente en las asociadas al género. La persistencia de mortalidades diferenciadas en el país revela inequidades estructurales en el ejercicio del acceso a los servicios de salud y el rezago en el derecho de las mujeres por recibir una atención oportuna y de calidad (Freyermuth, 2010). Si bien la razón de mortalidad materna en México va a la baja de forma constante en las últimas décadas, no se logró alcanzar la meta planeada de 22.2 muertes maternas para 2015 establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). De acuerdo con el Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna, para la semana 52 de 2021, la razón de mortalidad materna calculada fue de 53.1 defunciones por cada 100,000 nacimientos estimados, lo cual representa un incremento del 7.1% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior (SSa, 2021b).

Sobre la tasa de mortalidad infantil, esta ha disminuido hasta alcanzar la cifra de 11.8 defunciones de niñas y niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos (SSa, 2022); lo cual va en línea con las 11.4 defunciones planteadas por el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

El acceso a medicina preventiva, es uno de los retos que prevalecen. Actualmente, las enfermedades crónicas concentran el 71% de las causas de muerte alrededor del mundo (OMS, 2021a) y para México, los cambios demográficos, epidemiológicos, ambientales y de estilos de vida han resultado en un progresivo incremento en las últimas tres décadas (CONEVAL, 2018b). En la ENSANUT, en su edición para 2018, se identificó que el 11.4% de las mujeres y el 9.1% de los hombres de 20 años o más cuentan con un diagnóstico previo de diabetes, 2.2 millones más que en el año 2012; mientras que el 20.9% de las mujeres y el 15.3% de los hombres fueron diagnosticados con hipertensión, lo cual representa una diferencia de 5.9 millones de personas más con respecto a 2012 (INSP, 2020).

Como parte sustancial del derecho a la salud, deben considerarse también aquellas atenciones catalogadas como no urgentes de atención, como la salud mental en las que existen tareas pendientes, tanto en acceso como en cobertura de la prevención y el tratamiento de trastornos o patologías mentales, lo cual además se vincula con el cambio en el perfil epidemiológico y de necesidades médicas; por ejemplo, en casos de pacientes con diabetes mellitus tipo II, existe una asociación entre esta enfermedad y los trastornos mentales como la depresión (Serrano Becerril *et al.*, 2012).

La existencia de estrategias y programas adecuados para la prevención y el tratamiento de padecimientos mentales resulta fundamental para garantizar su acceso y disponibilidad. La insuficiencia de recursos humanos, materiales básicos y en ocasiones la inadecuada infraestructura, limitan la atención de este tipo de padecimientos (Saavedra Solano, Berenzon Gorn, y Galván Reyes, 2016). Actualmente, el déficit en recursos humanos se hace visible en el personal de psicología y psiquiatría disponible, ya que en 2018 apenas existía 1.3 profesionales de la salud mental por cada diez mil beneficiarios del SP. Además de ser insuficientes, los profesionales de la salud mental están distribuidos de manera desigual en las entidades federativas, ya que en 2020, en Ciudad de México se contaba con 9 profesionales de la salud mental por cada diez mil afiliados al SP/INSABI, mientras que Puebla contaba con menos de un profesional por cada diez mil personas afiliadas.

La atención a la salud mental en todos los niveles del sistema de salud es una herramienta prioritaria para frenar los incrementos recientes en las tasas de mortalidad por causas comúnmente asociadas a padecimientos mentales, como lo son el consumo de drogas (Wagner *et al.*, 2012) y el suicidio. En el grupo de países que forman parte de la OCDE y de acuerdo con sus datos oficiales, la mortalidad por suicidio en México no es de las más altas —tercer lugar más bajo en 2019— (OCDE, s/f), tan solo entre 2010 y 2019, las defunciones por suicidio en México han aumentado 44.1% (INEGI, s/f).

Contar con una estrategia bien definida mejoraría y aumentaría la disponibilidad de servicios de salud, tanto en infraestructura como de recursos humanos, así como el desarrollo de estrategias en favor de la sensibilización y que ayuden a reducir el estigma de la atención médica psicológica y/o psiquiátrica que favorezcan una atención preventiva o temprana.

Este tema cobra aún más relevancia si se considera que el deterioro de la salud mental ha sido una consecuencia de la pandemia por SARS-CoV-2. Por ejemplo, de acuerdo con la ENSANUT, el porcentaje de adolescentes que han tenido algún pensamiento suicida a lo largo de su vida aumentó en 2020 en comparación con 2018, al pasar del 5.1 % al 6.9%. Además, se observa un mayor porcentaje de mujeres adolescentes que han tenido algún pensamiento suicida (8.8%) en comparación con hombres adolescentes (5.1 %) (INSP, 2021).

La calidad y aceptabilidad de los servicios de salud

La calidad de la atención a la salud se puede definir como “el grado mediante el cual los servicios de salud, para los individuos y poblaciones, incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual” (CONEVAL, 2018c). Al respecto, un primer vínculo se da entre la calidad de la atención en salud y la oferta de servicios; los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser eficaces, seguros y centrados en la persona, además de aceptables, desde el punto de vista cultural y apropiados desde la perspectiva científica y médica. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas; así como implementar mecanismos para fortalecer el crecimiento profesional del personal de salud y la remuneración económica que reciben.²⁵

Por lo anterior, implementar medidas destinadas a aumentar los recursos económicos, físicos y materiales disponibles en las instituciones de salud impacta sustancialmente en la mejora de la calidad. Además, la disponibilidad adecuada de servicios y atención médica, como consultas y medicamentos, son importantes en la calidad percibida por las personas que utilizan los servicios (LAC RSS, 1997).

Si bien en años recientes se hicieron esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y de los servicios médicos ofrecidos, el desempeño de México aún es deficiente. El Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS) del CONEVAL²⁶ presenta indicadores de acceso efectivo a la salud y, en materia de calidad, se identifican los referentes al tiempo de espera para recibir atención, la oferta de servicios preventivos²⁷ y la ausencia de pago por medicamentos en las instituciones públicas de salud.

En primer lugar, en cuanto al porcentaje de población que esperó 30 minutos o menos para ser atendida la última vez que buscó atención por problemas de salud, este pasó del 63.4% en 2014 al 72.2% en 2020. Adicionalmente, el porcentaje de población derechohabiente que recibió servicios preventivos en instituciones públicas disminuyó al pasar del 51.6% al 38.7% entre 2010 y 2020. Finalmente, el porcentaje de población que no tuvo que pagar por medicamentos cuando buscó atención en instituciones públicas, disminuyó del 91.4% en 2014 al 88.4% en 2020.

De acuerdo con la ENIGH, la falta de personal médico es la principal razón por la que las personas afiliadas o con derecho a recibir servicios salud no recibieron atención médica, a pesar de solicitarlas en instituciones públicas, destaca que el porcentaje presentó una disminución de 6.4 puntos porcentuales de 2018 a 2020 (24.1% y 17.7%, respectivamente). La segunda razón que reportan los afiliados es que el personal médico no quiso brindar la atención, 12.9% para 2018 y 12.4% para 2020. Para 2020, la tercera razón por la que no se brindó atención fue que las citas se las asignaron mucho tiempo después, lo cual va de la mano con la saturación del sistema de salud a causa de la pandemia (12.9%).²⁸

²⁵ Adaptado de las subdimensiones del derecho a la salud en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* y a la Observación General No.14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Disponible en: https://tbinetnet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en

²⁶ El SIDS considera el grado de disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios que presta el Estado para que la población ejerza plenamente sus derechos.

²⁷ Se consideran los menores de 12 años que fueron medidos y pesados, mientras que los de 12 años o más también se les tomó la presión arterial y realizaron pruebas para la detección de diabetes.

²⁸ Las estimaciones fueron realizadas considerando lo reportado por personas afiliadas a instituciones del sector público (IMSS, ISSSTE, Pemex-Defensa, SP/INSABI INSABI e IMSS Bienestar).

Estos elementos propician que las personas no soliciten servicios médicos en el sector público o no acudan a los centros de atención en donde se encuentran afiliados, sino que busquen la atención médica en el sector privado, incluyendo consultorios de farmacias. Lo previamente expuesto concuerda con la percepción de la calidad del lugar de atención reportada en la ENSANUT 2018 por las personas hospitalizadas, por ejemplo, el 84.5% de los afiliados al SP calificaron como buena y muy buena la atención recibida en 2006, no obstante, el porcentaje de personas que lo consideraban así se redujo en 2018 en 4.9 puntos porcentuales (79.6%), mientras que la percepción en los servicios privados fue del 96.8% en 2006 y del 92.3% en 2018 (CONEVAL, 2020). De tal manera que las personas que reportaron con mayor frecuencia que regresarían al lugar en donde fueron hospitalizadas son las que cuentan con seguros de salud privados (CONEVAL, 2020).

Es primordial que los servicios de salud públicos partan del principio de calidad y cubran las necesidades de la población de forma justa, efectiva, continua y sustentable, a través de acciones centradas en la persona,²⁹ y dando prioridad a la mejora de los resultados de la salud de la población a través del desarrollo de aquellos servicios que estén fuertemente orientados a la atención preventiva y primaria. Del mismo modo, disminuir la dependencia del sector hospitalario y la concentración en la provisión de servicios a través de acciones de atención resolutive mediante estrategias de prevención y promoción de la salud que permitan reducir la saturación de los servicios de atención secundaria y terciaria y de esta manera, mejorar la calidad de atención reflejada tanto en los tiempos de espera como en la pronta disponibilidad de consultas y tratamientos (CONEVAL, 2018c).

En virtud de lo antes señalado, resulta indispensable el monitoreo y el fortalecimiento de procesos que mejoren la calidad de las instituciones, considerando en un lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias; así como en fortalecer la infraestructura de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención y las capacidades operativas del personal de salud. Estas acciones deben tomar en consideración las diferencias culturales y regionales que incrementan la desigualdad en los servicios de salud; por ejemplo, en atender las disparidades en las acciones dirigidas a disminuir la razón de mortalidad materna en las distintas entidades federativas, donde aún existe una marcada desigualdad en la atención.

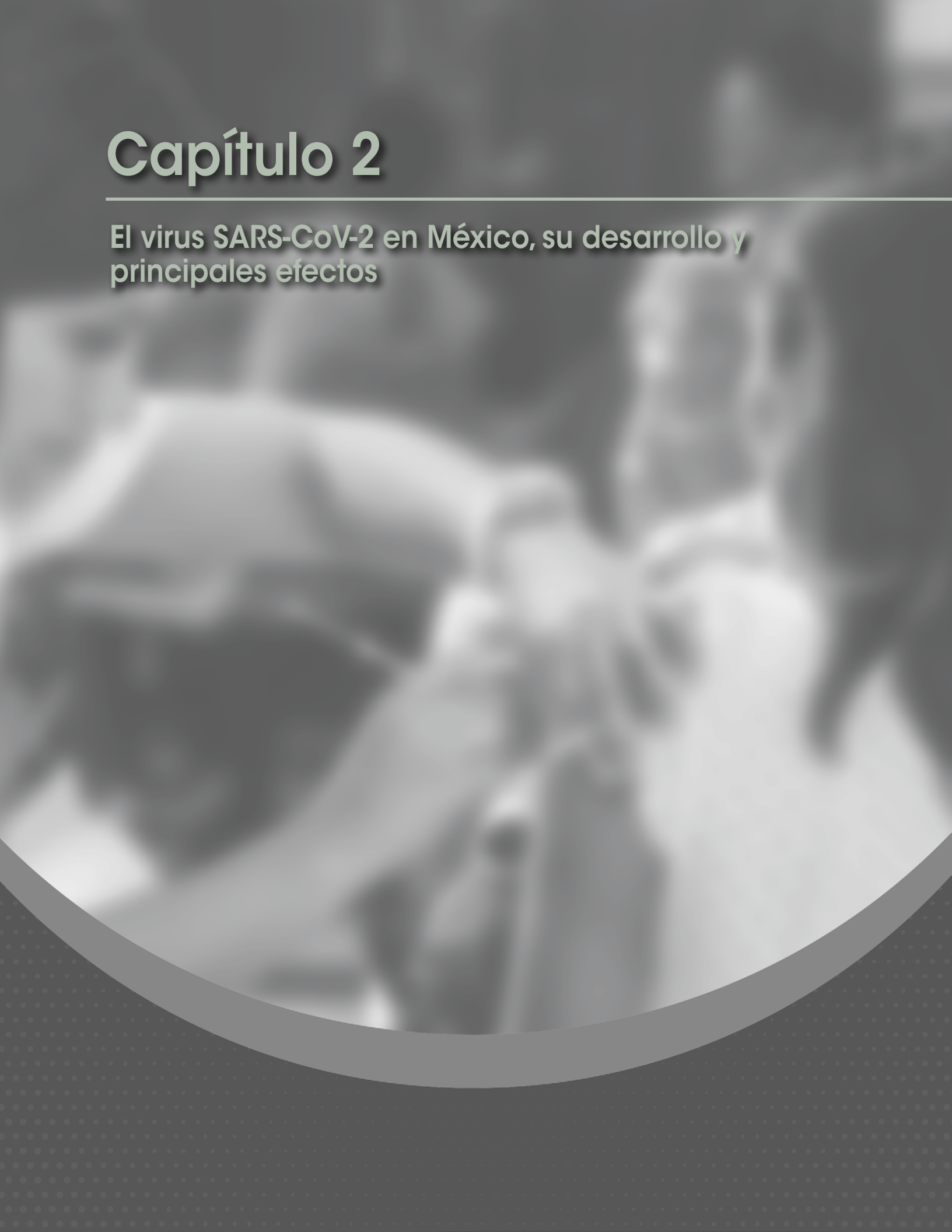
La continuidad de tareas pendientes en lo que respecta a la atención primaria a la salud,³⁰ así como la vigencia de recomendaciones, que subrayan la necesidad de contar con estrategias de prevención y un expediente clínico electrónico con criterios estandarizados, coexisten con retos a nivel institucional determinantes del ejercicio del derecho. Este es el caso del financiamiento del sistema de salud que, en el contexto señalado de un sistema de alta complejidad y fragmentación (CONEVAL, 2018a), deriva en ineficiencias y elevados gastos administrativos (CONEVAL, 2018c), todo ello, acompañado de los retos asociados a los mecanismos de rendición de cuentas, particularmente respecto al uso final de los recursos otorgados, tanto en el orden federal como en el estatal.

²⁹ De acuerdo con las dimensiones del derecho a la salud, la atención centrada en la persona se refiere al grado en el que un sistema realmente proporciona la prestación de atención médica a la persona, con prontitud, incluyendo el acceso oportuno a la atención y su continuidad a lo largo del tiempo.

³⁰ De acuerdo con el artículo VI de la Declaración Internacional sobre Atención Primaria de Salud convocada por la Organización Mundial de la Salud en septiembre de 1987, por atención primaria se considera: "... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria." Declaración de Alma-Ata (SSa, 1978).

Capítulo 2

El virus SARS-CoV-2 en México, su desarrollo y principales efectos



Las reformas a la Ley General de Salud (LGS) en 2019 que modificaron la organización del Sistema de Salud han coincidido con la emergencia sanitaria ocasionada por el virus SARS-CoV-2, cuyos efectos sanitarios, sociales y económicos han aumentado las brechas sociales y podrían intensificar en gran medida las condiciones de vulnerabilidad y pobreza en el país. Lo anterior implica la presencia de obstáculos adicionales para el goce del más alto nivel posible de salud física y mental y la profundización de los retos, previamente identificados, de este sistema.

Por ello, resulta pertinente conocer las características del desarrollo de la pandemia por la COVID-19 y los efectos diferenciados en salud de las personas, con base en la información disponible, así como el reto de la vacunación y contención de la pandemia a los que se enfrenta el sistema de salud en este contexto.

De acuerdo con datos de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la SSa, al 31 de enero de 2022,³¹ se registraron 4,985,685 casos confirmados con el virus SARS-CoV-2, de los cuales el 51.5% corresponden a mujeres y 48.5% a hombres. Respecto al método de confirmación, 94.2% se ratificaron mediante una muestra de laboratorio ya sea PCR o prueba de antígenos que resultó positiva, el 5.5% corresponden a casos positivos mediante una asociación³² y que se encuentran registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SISVER) y el 0.3% fueron confirmados mediante el Comité de Dictaminación.

A partir de la información disponible, en el cuadro 2 se muestra la distribución de contagios por entidad federativa, de lo cual se identifica que Ciudad de México es la entidad con más casos confirmados (24.73% del total), seguida de Estado de México (9.45%) y Nuevo León (5.29%). En cambio, la distribución de muertes por COVID-19 indica que Estado de México fue la entidad en donde se presentó el mayor número de decesos (14.79%).

En el contexto de la estrategia que la SSa implementó para el seguimiento de los casos y el número de pruebas aplicadas, los datos utilizados en este apartado reflejan solo los casos reportados a la SSa y no necesariamente el total de personas contagiadas por el virus. Por ello, se reconoce que los resultados del análisis pueden presentar un sesgo derivado de los casos asintomáticos o aquellos que, aun presentando síntomas, no acudieron a las instituciones de salud y por ello, no pudieron ser registrados por la Secretaría de Salud.

³¹ Para los cálculos se utilizó la base de datos de Dirección General de Epidemiología (DGE) publicada el 1 de febrero de 2022 y se eliminaron los casos cuya fecha de síntomas reportada fue posterior al 31 de enero de 2022.

³² Con base en el Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral publicado por la SSa en enero de 2021, se consideran casos confirmados por asociación epidemiológica aquellas personas que cumplan con la definición operacional de caso sospechoso y que hayan estado en contacto estrecho con un caso confirmado por laboratorio a PCR-RT o prueba antigénica rápida para SARS-CoV-2, desde dos hasta 14 días antes del inicio de síntomas y que el caso confirmado al cual se encuentra asociado, se encuentre registrado en la plataforma del SISVER o en el Sistema de Notificación en Línea para la Vigilancia Epidemiológica (SINOLAVE).

Cuadro 2. Distribución de casos confirmados y fallecidos por COVID-19, por entidad y población, México, 2020-2022

Entidad	Casos confirmados	Casos confirmados (%)	Población estatal con confirmación (%)	Muertes confirmadas	Muertes confirmadas (%)	Tasa de mortalidad por COVID-19 (por cada 100,000 habitantes en la entidad)	Porcentaje de población de la entidad respecto a la nacional
Aguascalientes	50,192	1.01 %	3.50 %	3,217	1.05 %	224	1.12 %
Baja California	121,190	2.43 %	3.33 %	11,545	3.76 %	318	2.84 %
Baja California Sur	91,697	1.84 %	11.40 %	2,525	0.82 %	314	0.63 %
Campeche	30,108	0.60 %	3.01 %	2,124	0.69 %	212	0.78 %
Coahuila	135,941	2.73 %	4.22 %	8,282	2.70 %	257	2.52 %
Colima	46,035	0.92 %	5.86 %	2,078	0.68 %	265	0.61 %
Chiapas	27,701	0.56 %	0.48 %	2,315	0.75 %	40	4.48 %
Chihuahua	107,898	2.16 %	2.84 %	9,286	3.03 %	244	2.97 %
Ciudad de México	1,233,164	24.73 %	13.67 %	41,086	13.39 %	456	7.06 %
Durango	64,429	1.29 %	3.45 %	3,299	1.07 %	177	1.46 %
Guanajuato	248,872	4.99 %	4.00 %	13,921	4.54 %	224	4.87 %
Guerrero	90,139	1.81 %	2.46 %	6,423	2.09 %	176	2.86 %
Hidalgo	77,621	1.56 %	2.51 %	8,022	2.61 %	260	2.42 %
Jalisco	20,4587	4.10 %	2.43 %	18,243	5.94 %	217	6.581 %
México	470,961	9.45 %	2.70 %	45,408	14.79 %	261	13.64 %
Michoacán	86,200	1.73 %	1.79 %	8,384	2.73 %	174	3.78 %
Morelos	58,724	1.18 %	2.87 %	5,008	1.63 %	245	1.60 %
Nayarit	50,944	1.02 %	3.95 %	2,981	0.97 %	231	1.01 %
Nuevo León	263,613	5.29 %	4.70 %	14,191	4.62 %	253	4.39 %
Oaxaca	102,123	2.05 %	2.46 %	5,764	1.88 %	139	3.24 %
Puebla	148,502	2.98 %	2.25 %	15,882	5.17 %	240	5.17 %
Querétaro	126,794	2.54 %	5.56 %	5,780	1.88 %	254	1.78 %
Quintana Roo	85,879	1.72 %	4.98 %	4,226	1.38 %	245	1.35 %
San Luis Potosí	155,938	3.13 %	5.44 %	7,104	2.31 %	248	2.24 %
Sinaloa	103,681	2.08 %	3.28 %	9,219	3.00 %	292	2.47 %
Sonora	147,655	2.96 %	4.80 %	9,536	3.11 %	310	2.41 %
Tabasco	180,013	3.61 %	7.00 %	5,845	1.90 %	227	2.01 %
Tamaulipas	131,249	2.63 %	3.60 %	7,420	2.42 %	203	2.86 %
Tlaxcala	36,760	0.74 %	2.66 %	3,011	0.98 %	218	1.08 %
Veracruz	146,551	2.94 %	1.72 %	15,303	4.99 %	179	6.68 %
Yucatán	98,247	1.97 %	4.35 %	5,849	1.91 %	259	1.77 %
Zacatecas	62,277	1.25 %	3.74 %	3,643	1.19 %	219	1.30 %
Total	4,985,685	100 %	3.90 %	306,920	100 %	240	100 %

Fuente: elaborado por el CONEVAL con datos del Tablero General de Conacyt publicado en la página <https://coronavirus.gob.mx/#> y los datos de las Proyecciones de la Población de los Municipios de México para mitad de 2021, 2015-2030 publicadas en la página <https://www.gob.mx/conapo/documentos/proyecciones-de-la-poblacion-de-los-municipios-de-mexico-2015-2030>

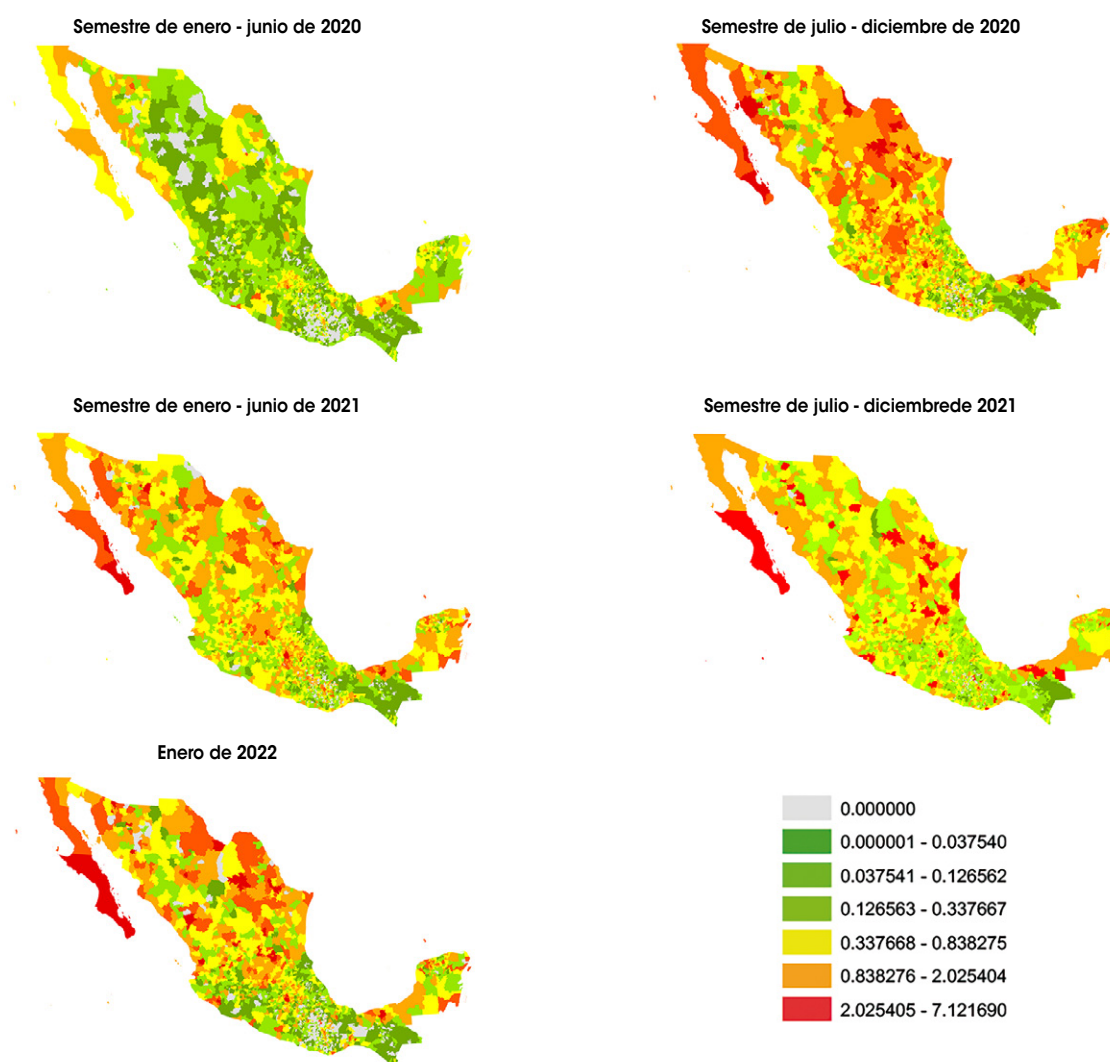
Al 31 de enero de 2022, en términos relativos a la población que habita en cada entidad, Ciudad de México presenta una mayor proporción de casos confirmados trece por cada cien habitantes, seguida de Baja California Sur con once, Tabasco con siete, y de Colima, Querétaro San Luis Potosí y Quintana Roo, con cinco casos confirmados por cada cien habitantes.

La velocidad de contagio que se presentó en el territorio nacional fue perceptible gracias a los datos sobre la expansión de la pandemia, en febrero de 2020 solo se registraron 16 casos confirmados en 15 municipios, mientras que, para marzo de ese año, 384 municipios ya reportaban pruebas positivas, uno de los cuales concentraba 209 casos (Iztapalapa). Posteriormente, en agosto, 1,843 municipios registraron casos confirmados y uno solo de esos municipios alcanzó a registrar 4,174 casos en ese mes (San Luis Potosí). Finalmente, en diciembre se reportaron 1,851 municipios, cifra que equivale al 75.38% del total de municipios en el país, con un máximo de 19, 581 casos (Iztapalapa). Si bien, la expansión de la pandemia parecía concentrarse principalmente en el centro de la república, donde se registró un mayor número de contagios y fallecimientos, para la segunda mitad del 2020, la mayoría de las regiones del país registraron casos confirmados. Para enero de 2022, 98.7% de los municipios³³ presentaban al menos un caso positivo (2,425 municipios).

Al realizar un análisis por región, como se muestra en el mapa 1, es posible identificar la evolución de los casos confirmados en el territorio nacional. Destaca que, durante 2020, de la parte sur de la república, Tabasco fue la entidad que presenta un mayor número de casos confirmados; mientras que, en el norte del país, Baja California, Baja California Sur y Sinaloa tuvieron las cifras más altas de casos. Para 2021, Tabasco fue una de las entidades con mayor número de casos confirmados en la región sur, mientras que en la región norte, se presentó un incremento considerable en Nuevo León y Sonora y en la región centro, Guanajuato, Jalisco y Puebla se consideraron las entidades con más contagios confirmados. No obstante, la región con mayor número fue la zona metropolitana de Ciudad de México.

³³ Debido a que se emplean las "Proyecciones de la Población de los Municipios de México, 2015-2030" de Conapo para el cálculo de tasas a nivel municipal, el marco geoes-tadístico utilizado en el documento corresponde al mismo utilizado en las proyecciones. En consecuencia, el número de municipios que se considera es de 2457, el cual comprende los municipios que integran al marco geoestadístico de la Encuesta Intercensal 2015. Por lo anterior, no se considera la información registrada para 8 municipios de reciente creación (Capitán Luis Ángel Vidal, Rincón Chamula San Pedro, El Parral, Emiliano Zapata y Mezcalapa de Chiapas, Coatetelco y Xoxocotla de Morelos y Puerto Morelos de Quintana Roo) para el análisis a nivel municipal.

Mapa 1. Evolución de los casos confirmados en México por municipio como proporción de su población, por semestre de 2020- 2021



Fuente: elaborado por el CONEVAL con datos del Tablero General de Conacyt publicado en la página <https://coronavirus.gob.mx/#> y los datos de las Proyecciones de la Población de los Municipios de México, 2015-2030 publicadas en la página <https://www.gob.mx/conapo/documentos/proyecciones-de-la-poblacion-de-los-municipios-de-mexico-2015-2030>

La movilidad constante de personas debido a las actividades económicas, el turismo y la densidad de población, entre otros factores, afectaron la contención de la pandemia y derivaron en un contagio que, en un principio fue localizado en ciertas regiones, pero que eventualmente se extendió a todo el país. Un aspecto importante es que se observó una mayor tasa de contagio en el segundo semestre (julio-diciembre de 2020), lo cual refleja los efectos acumulados de una gran parte de la primera y segunda ola. De igual forma, para el tercer semestre (enero-junio de 2021), se observó la contención epidemiológica en algunas entidades del país, disminuyendo la proporción de contagios, aunque se

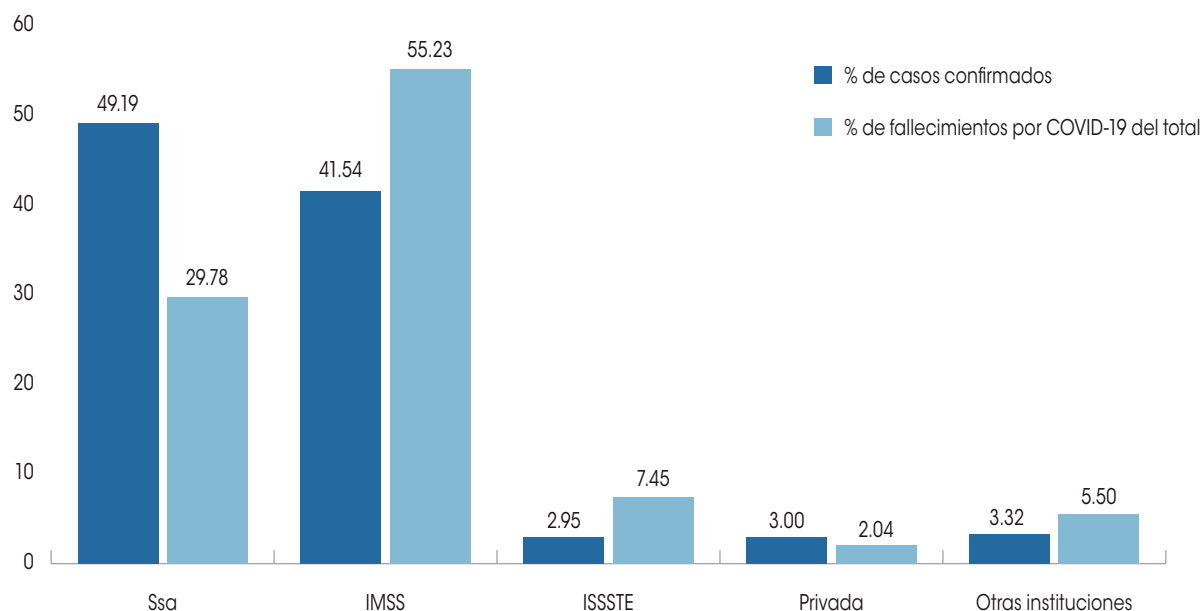
mantuvieron altas tasas en regiones de mayor actividad económica como las zonas metropolitanas, o de actividad turística como Baja California Sur y Quintana Roo. Para el segundo semestre de 2021, se observó un repunte en las tasas de contagio en zonas de alta actividad económica, mientras que la información para enero de 2022 muestra un incremento en el número de casos derivado de la nueva variante Ómicron.

Respecto a los municipios, al 31 de enero de 2022, Iztapalapa, Álvaro Obregón, Gustavo A. Madero y Tlalpan (Ciudad de México), y Puebla (Puebla) fueron las demarcaciones territoriales y municipios con más casos confirmados. Asimismo, Iztapalapa, Gustavo A. Madero (Ciudad de México), Puebla (Puebla), Ecatepec de Morelos (Estado de México) y Guadalajara (Jalisco) fueron las demarcaciones territoriales y municipios con mayor número de fallecidos en el periodo.

De acuerdo con el Visor Geoespacial de la Pobreza y la COVID-19 del CONEVAL en los municipios de México, para el 31 de enero de 2022 se identificaron casos de COVID-19 en un 96.8% de los 623 municipios indígenas. De estos, en Valladolid (Yucatán) se presentó el mayor número de casos confirmados y en Papantla (Veracruz) el mayor número de defunciones. Asimismo, en 154 de los 424 municipios indígenas con el 80% o más de población en situación de pobreza, se presentaron hasta 79 casos activos de COVID-19, siendo Terrazas (San Luis Potosí) y Calakmul (Campeche) los que más casos activos presentaron, con 79 y 63 casos, respectivamente; en el 51% de los municipios indígenas no se registraron casos. En este caso, resulta importante destacar que los pueblos indígenas enfrentaron mayores riesgos por la contingencia sanitaria al no contar con las condiciones materiales necesarias para prevenir los contagios, como los problemas para acceder al agua potable en su vivienda, lo que dificulta el lavado frecuente de manos; al menos en México, el 22.7% de las personas indígenas que habitan en zonas rurales y el 12.3% que habitan en zonas urbanas cuentan con privaciones en el acceso al agua potable por área de residencia (CEPAL, 2020). Adicionalmente, habría que considerar las dificultades para cumplir con el confinamiento social para prevenir los contagios, pues un sector importante de las personas indígenas trabaja en la economía informal, donde enfrentan salarios bajos y ausencia de protección social, más del 86% de las personas indígenas de todo el mundo trabajan en este sector, de acuerdo con la OIT (2020) (CEPAL, 2020).

Por otro lado, según la institución de salud donde la población acudió a atenderse, se observa que los hospitales de la Secretaría de Salud son en los que más casos de COVID-19 se han tratado, seguido del IMSS; no obstante, esta última institución es la que concentra el mayor porcentaje de fallecidos del total de casos de COVID-19 (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución de casos confirmados y fallecimientos por institución de salud en México al 31 de enero de 2022



Fuente: elaborado por el CONEVAL con datos del Tablero General de Conacyt publicado en la página <https://coronavirus.gob.mx/#>

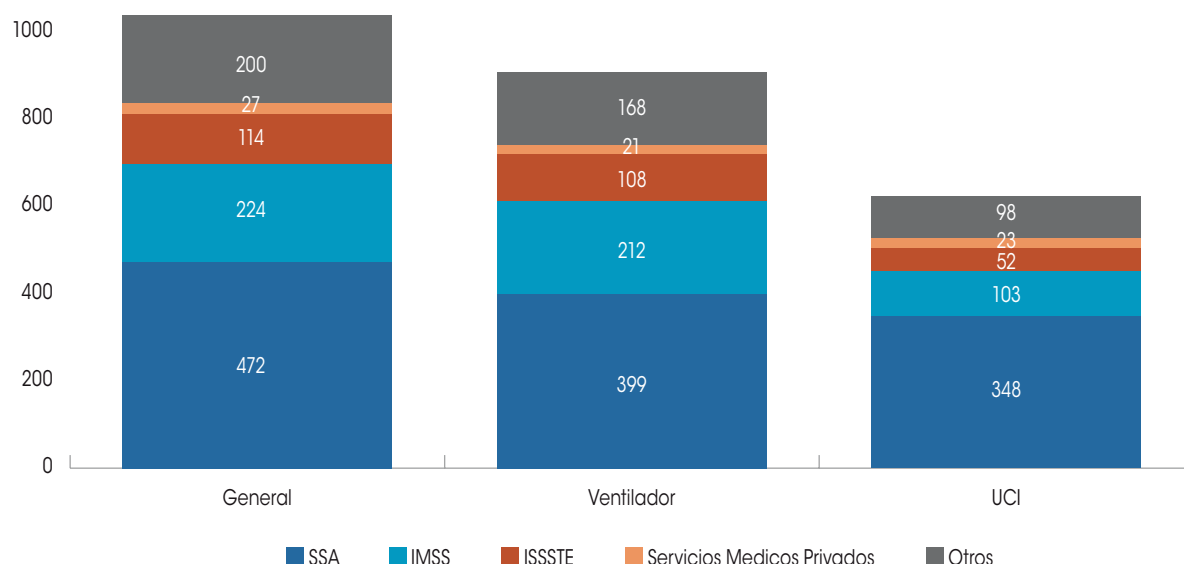
Cuando se desagrega por grupo étnico, se observa que el 67.5% de los casos confirmados en población que habla lengua indígena fueron atendidos por hospitales de la SSa, lo cual obedece a diferentes condicionantes; por ejemplo, la escasa cobertura de los servicios de salud en los territorios tradicionalmente indígenas (o próximos a ellos) y la baja derechohabiencia de personas indígenas a la seguridad social, aun cuando los Lineamientos de Reconversión Hospitalaria de la SSa señalan que, para enfrentar la pandemia, el IMSS y el ISSSTE no deberían hacer dicha distinción en la atención por derechohabiencia (SSa, 2020d).

Según datos de la SSa, desde 1 de abril de 2020 hasta el 31 de enero de 2022, se destinaron en total 2,569 unidades médicas, de las cuales 1,037 (40.4%) eran unidades médicas con camas en hospitalización en general,³⁴ 624 (24.3%) con camas con ventilador en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y 908 (35.3%) con camas con ventilador, con una ocupación promedio del 45.2%, 59.3% y 42.3%, respectivamente. Enero de 2021 fue el mes en el que mayor ocupación de camas en las unidades médicas se presentó, con un 61.3% para las generales, 73.6% con ventilador en UCI y 60.7% con ventilador.

Con respecto a la disponibilidad de unidades médicas con camas por institución, la SSa y el IMSS fueron las instituciones que destinaron más unidades para la atención de la pandemia con 47.5% y 20.9% del total, de las cuales el 45.5% y 21.6% fueron unidades con camas en hospitalización en general, 55.8% y 16.5% unidades con camas con ventilador en UCI y 43.9% y 23.3% unidades con camas con ventilador, respectivamente (ver gráfica 10).

³⁴ Es importante mencionar que una unidad médica puede contar con los tres tipos de cama, por lo tanto, el total no corresponde con el número de CLUES destinadas a atender la emergencia.

Gráfica 10. Distribución de unidades médicas habilitadas por tipo de cama e institución en México, enero, 2022



Nota: se presenta el acumulado de unidades médicas habilitadas hasta enero de 2022

Fuente: elaborado por el CONEVAL con datos del Sistema de Información de la Red IRAG publicado en la página <https://www.gits.igg.unam.mx/red-irag-dashboard/reviewHome>.

En consecuencia, del total de unidades que destinó la SSA, un 38.7 % fueron en hospitalización en general, 28.6% con ventilador en UCI y 32.7% con ventilador, mientras que para el IMSS estas cifras fueron 41.6%, 19.1 % y 39.3%, respectivamente.

La ocupación por institución se comportó de manera distinta; en el cuadro 3 se muestra que en total se presentó un porcentaje de ocupación³⁵ promedio hasta enero de 2022 de 46.5%. Las unidades médicas del ISSSTE, en promedio, mantuvieron el 58.4% de ocupación a lo largo del periodo, seguido de las de servicios médicos privados con 55.8%, el IMSS con 49.5%, y de la SSa con 41.1 %.

Del cuadro 3 destaca que las camas con ventilador en UCI en servicios privados fueron las que mayor porcentaje de ocupación en promedio presentaron (66.9%), seguidos del ISSSTE (66.7%) e IMSS (66.2%). En cuanto a la SSa es la que mayor número de unidades destinó y la que menos porcentaje de ocupación presentó, no obstante, esto podría depender de la ubicación geográfica de los casos que se atendieron.

³⁵ El porcentaje de ocupación se define como el porcentaje de camas ocupadas de los hospitales dados de alta en la Red IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave). Lo anterior con base en los Lineamientos del Semáforo de riesgo epidemiológico COVID: 19 indicadores y metodología publicado por la SSA en junio de 2020 y disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/Lineamiento_Semaforo_COVID_05Jun2020_1600.pdf

Cuadro 3. Porcentaje promedio de ocupación por institución y tipo de cama, México, enero 2022

Institución	General	UCI	Ventilador	Total
SSa	39.46	55.57	36.85	41.10
IMSS	50.93	66.17	41.87	49.47
ISSSTE	58.71	66.68	55.09	58.39
Servicios médicos privados	47.43	66.86	56.77	55.83
Otros centros médicos	43.08	52.45	47.57	46.16
Total	45.24	59.32	42.32	46.49

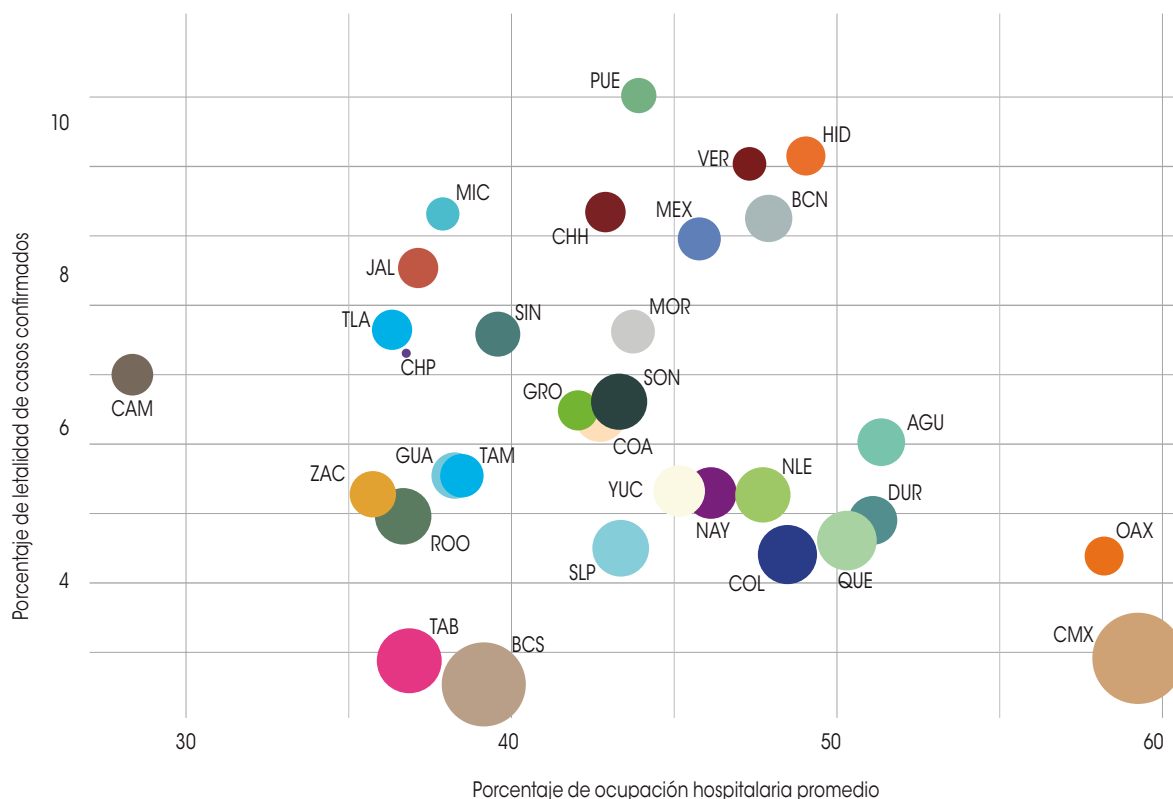
Fuente: elaborado por el CONEVAL con datos del Sistema de Información de la Red IRAG publicado en la página <https://www.gits.igg.unam.mx/red-irag-dashboard/reviewHome>.

Con base en la información disponible, pudo darse el caso de tener datos del porcentaje de ocupación en las instituciones y el número de defunciones respecto al número de confirmados por cada una de estas. La gráfica 11 presenta el porcentaje de ocupación y el porcentaje de defunciones del total de confirmados para unidades médicas de la SSa y del IMSS por entidad federativa.³⁶

Las entidades con elevadas tasas de contagio como en Ciudad de México y Nuevo León, presentaron porcentajes promedio de ocupación superiores al 50%, tuvieron porcentajes de defunciones de los casos confirmados inferiores al 8%; caso contrario sucede con Campeche, que presenta un mayor porcentaje de defunciones de los casos confirmados con un porcentaje inferior de ocupación hospitalaria. Entre los elementos que podrían explicar este comportamiento es la heterogeneidad en la atención médica entre las entidades y la severidad de los casos que demandaban atención.

³⁶ En este apartado solo se presentan los datos de las unidades médicas de la SSa y del IMSS por ser las dos instituciones con más casos confirmados y muertes por SARS-CoV-2, y que más unidades dispusieron para ello.

Gráfica 11. Porcentaje de ocupación promedio y porcentaje que representan las defunciones de los casos confirmados, por entidad federativa, México, enero 2022



Nota: el tamaño de la burbuja representa la tasa de confirmados respecto al total de la población en la entidad, observada hasta el 31 de enero de 2022. Se presentan los datos reportados por las unidades médicas de la SSA e IMSS.

Fuente: elaborado por el CONEVAL con datos del Sistema de Información de la Red Fuente, con datos del Tablero General de Conacyt publicado en la página <https://www.gifs.igg.unam.mx/red-irag-dashboard/reviewHome>, datos de IRAG publicado en la página <https://www.gifs.igg.unam.mx/red-irag-dashboard/reviewHome> y los datos de las Proyecciones de la Población de los Municipios de México, 2015-2030 publicadas en la página <https://www.gob.mx/conapo/documentos/proyecciones-de-la-poblacion-de-los-municipios-de-mexico-2015-2030>.

Ahora bien, respecto a las tasas de mortalidad, el examen de la mortalidad considerada prematura en el marco de los ODS, es decir la que ocurre entre los 30 y 69 años, las debidas a COVID-19 fueron, en 2020 y 2021 las más altas a nivel nacional; resalta que, para los hombres, en promedio, se identificó una tasa de más de 300 muertes por cada 100,000 habitantes mientras que para las mujeres, fue poco menos de 180 (ver cuadro 4). Asimismo, la adecuación y reorientación de espacios hospitalarios para la atención potencial de complicaciones asociadas a la COVID-19 contrajo la disponibilidad de unidades de consulta para tratar otras enfermedades (Cárdenas, 2022). Si bien lo anterior podría considerarse asociado al incremento en 2020 y 2021 de las tasas de mortalidad por diabetes mellitus, influenza y neumonía y enfermedades respiratorias crónicas, en comparación con 2019, también puede ser un subproducto de un agravamiento de estas condiciones por cambios en el ingreso o pospuesta en la demanda de atención dado el aislamiento social.

Cuadro 4. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad para la población de 30 a 69 años (número de muertes por cada 100,000), por causas específicas, según sexo, México, 2019-2021

Causa de muerte	Hombres			Mujeres	
	2019	2020	2021	2019	2021
COVID-19 (U07.1, U07.2 y U10.9)		316.5	315		170.4
Influenza (gripe) y neumonía (J09-J18)	24.8	73.6	69.7	14.2	36.3
Diabetes mellitus (E10-E14)	111.4	167.6	145.4	85	107.1
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	150.4	202.8	198.8	76.4	100.1
Tumores malignos (C00-C97)	76.8	75.2	72.9	92.3	88.6
Enfermedades respiratorias crónicas (J30-J98)	19	23	21.8	12.1	12.6
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	25.9	26.5	26.9	16.7	16.7
Enfermedades del hígado (K70-K77)	85.9	84	83.9	21.5	21.5
Agresiones (X85-Y09)	70	66.2	63.6	6.6	6.7

Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en la estadística de defunciones registradas por el INEGI para 2019 (INEGI, 2020)

El impacto de la pandemia en la salud de las mujeres

Las emergencias epidemiológicas y las crisis humanitarias tienen efectos diferenciados en poblaciones que han sido históricamente vulneradas; particularmente en las mujeres, adolescentes y niñas. Existe evidencia empírica que demuestra que, en contextos de desastres, las desigualdades de género preexistentes se incrementan e impactan en como las mujeres diseñan y seleccionan estrategias para salir de las crisis que enfrentan (Enarson y Fordham, 2001; UNFPA, 2020; Mittal, Shalini, Singh, 2020). La pandemia por la COVID-19 tiene un importante impacto de género, pues sus efectos están relacionados con factores estructurales y socioculturales, por ejemplo, aquellos derivados del confinamiento social y la violencia doméstica.

Desde la declaración de la pandemia y el anuncio de medidas más restrictivas como el confinamiento prolongado, las familias tuvieron que compartir espacios, tareas y jornadas laborales dentro de los hogares. Si bien el confinamiento social demostró ser una medida efectiva para disminuir la propagación del virus, también implicó un incremento de los riesgos que enfrentan las mujeres, niñas y adolescentes de ser víctimas de violencia de género. Adicionalmente, el distanciamiento social redujo la probabilidad de recurrir a las redes de apoyo para mujeres víctimas de violencia, y detonó problemas adicionales de depresión y ansiedad. En este sentido, el impacto de la pandemia en las niñas, adolescentes y mujeres se profundiza por las desigualdades estructurales y socioculturales existentes, las cuales obstaculizan las capacidades para enfrentar la crisis.

Diversos análisis se han realizado en el ámbito nacional e internacional³⁷ sobre los efectos diferenciados que ha tenido la pandemia y la manera en que la crisis económica ha empobrecido a este sector, los cuales son de especial relevancia, pues invisibilizar los efectos solo aumenta la probabilidad de que las violaciones a los derechos humanos continúen. Sin embargo, en materia de salud, la

³⁷ Para más información sobre el impacto diferenciado de la pandemia por COVID-19, consultar: *De la emergencia a la recuperación de la pandemia por la COVID-19*, en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Politica_social_atencion_a_desastres.pdf

pandemia deja retos que es necesario reconocer en este documento en tanto que, a partir de esta experiencia, se ponga en práctica el conocimiento adquirido para que en adelante las instituciones proporcionen una respuesta más oportuna y asertiva bajo este enfoque.

Impacto de la COVID-19 en la salud sexual y reproductiva de las mujeres

Uno de los grandes retos durante la pandemia fue incrementar la capacidad hospitalaria para atender el exceso de demanda por casos graves de COVID-19; la estrategia más importante para hacer frente a la saturación de hospitales por casos críticos fue la reconversión hospitalaria (SSa, 2020d). Esta medida implicó el acondicionamiento de áreas y hospitales enteros para la atención de pacientes con síntomas severos de COVID-19, llevando a afectaciones en la provisión oportuna de servicios de atención primaria. No obstante, las afectaciones más graves por estas medidas se dieron en grupos vulnerables como las mujeres de bajo nivel socioeconómico y mujeres jóvenes, cuya afectación principal sucedió en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva e incrementó la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil (Chattu y Yaya, 2020).

A pesar de que en México los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva fueron considerados como esenciales por la Secretaría Salud y coordinados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGR), la experiencia empírica en epidemias demuestra que las personas dejan de asistir a los servicios de salud por miedo a ser contagiadas (UNFPA, 2020). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), para 2020, el 13% de las mujeres que reportaron que no buscaron atención médica, a pesar de tener una necesidad de salud, fue por miedo a contraer COVID-19, frente al 8% en el caso de los hombres. Asimismo, un 29% de las mujeres que no fueron atendidas, a pesar de sí haber buscado atención, fue porque en la Unidad Médica solo trataban a pacientes con COVID-19, frente al 8% en el caso de los hombres (INSP, 2021).

Esta situación tiene tres afectaciones en la salud sexual y reproductiva de las mujeres: 1) en la tasa de mortalidad materna; 2) la postergación de la detección oportuna de otras enfermedades, como cáncer cervical o cáncer de mama, y 3) la privación del derecho a la planificación familiar de las mujeres y una discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos. Si bien la reconversión hospitalaria y la reorganización de la atención médica resultan ser una estrategia fundamental para disminuir los efectos de mortalidad durante la pandemia, también es importante visualizar otros problemas de salud que tienen impactos diferenciados en las mujeres para atenderlos de manera paralela.

En el caso de la razón de mortalidad materna, aún logran apreciarse problemas de inequidad de género en las condiciones de salud. Para la última semana de 2020 se estimaron 46.6 defunciones por cada 100 mil nacimientos, lo cual representó un incremento del 37.8% respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior (SSa, 2020e). La principal causa de muerte materna fue por la COVID-19 con un 21.6%, desplazando a la enfermedad hipertensiva con el 15.1% y las hemorragias obstétricas con el 13.8%. Sin embargo, esta cifra alcanza uno de sus puntos más altos para la semana 36 de 2021, la cual fue de 56.4 defunciones por cada 100,000 nacimientos estimados (SSa, 2021a). En este caso predominan las muertes maternas por la COVID-19 con 43% de los casos reportados.

La tendencia al alza en la razón de mortalidad materna es preocupante porque en 2019 se alcanzó la cifra más baja en el país con 34.2 defunciones por cada 100,000 nacimientos (SSa, 2021a). Este incremento en la mortalidad materna podría no solo estar asociada a muertes por COVID-19, sino también a la detección oportuna de problemas asociados al embarazo que no tuvieron seguimiento a causa del temor de asistir a los establecimientos de salud por un posible contagio del virus; por ejemplo, para finales de 2020 existió una disminución del 19.5% en los casos detectados por edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio y del 15.8% de diabetes mellitus en el embarazo, frente a los casos reportados en 2019 (DGE, 2020).

Por otro lado, la pandemia también tiene un impacto diferenciado en la detección oportuna de enfermedades no transmisibles que afectan principalmente a las mujeres. Un estudio realizado por Cárdenas (2022) identifica que, para el caso de tumores malignos de seno y tumores malignos del cuello uterino, la incidencia de casos muestra una disminución en 2020, respecto a 2018 y 2019, consistente con la expansión de la pandemia por la COVID-19, mientras que para 2021, el patrón muestra un aumento en el número de casos diagnosticados. Lo anterior apunta, como lo indica la autora, a un resarcimiento en el diagnóstico afectado por la pandemia en 2020. Tanto la displasia leve o moderada, como la displasia cervical severa y cáncer cervicouterino in situ muestran comportamientos similares en 2020, mientras en 2021, la intensidad de identificación de este tipo de patologías es semejante a la observada en 2018 y 2019 e inclusive, para algunas semanas, un poco mayor.

Si bien estos datos son insuficientes por sí mismos para adscribir a la pandemia de SARS-CoV-2 el retraso en la utilización de servicios o la ausencia de atención médica para las patologías examinadas, la coincidencia de las trayectorias de registro de los casos con el arraigo y expansión de la pandemia en el país sugieren la asociación entre ambos fenómenos. Frente a este panorama, los hallazgos observados son especialmente preocupantes pues reflejan un impacto adicional no previsto de la pandemia de COVID-19 cuyo efecto, en caso de no implementar acciones correctivas eficientes, se verá reflejado en el mediano plazo (Cárdenas, 2022).

La pandemia también afectó el derecho a la planificación familiar de las mujeres por lo siguiente: a) la escasez de anticonceptivos en los servicios públicos; b) el efecto de la discontinuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y el aumento en los tiempos de espera derivado del contagio del personal médico, y c) la reticencia de las personas usuarias a asistir a consultas por el miedo al contagio (UNFPA, 2020; INSP, 2020; CEPAL y UNFPA, 2020).

De acuerdo con la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la pandemia podría tener un efecto en el incremento potencial del número de mujeres, entre 15 y 49 años, con necesidad insatisfecha de anticoncepción en 1.6 millones. Con base en las tasas de fecundidad de este grupo poblacional, se estima alrededor de 181,000 nacimientos no planeados a causa del confinamiento, llegando a un total de 1,157,722 entre 2020 y 2021 (UNFPA, 2020).

En este mismo sentido, los espacios que brindan asesoramiento sobre los derechos sexuales y reproductivos tienen que reducir su margen de acción, al ser lugares de convivencia en donde las personas pueden contagiarse de COVID-19. Un ejemplo de lo anterior lo encontramos en la suspensión de las actividades educativas grupales y presenciales de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), durante los semáforos rojo y naranja de la Secretaría de Salud para el confinamiento. Los CARA son espacios físicos donde se sensibiliza a los y las adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos, la importancia de usar métodos anticonceptivos a fin de prevenir un embarazo no deseado y el uso consistente del condón para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). En 2019, el IMSS-Bienestar reportó que con esta estrategia se redujo en 12.9% (5,622) el número de embarazos adolescentes no deseados, sin embargo, para 2020 el resultado fue de solo 1.5% (563) de embarazos adolescentes no deseados (IMSS, 2020).

El embarazo infantil y de adolescentes también es un reto para el Sistema de Salud, y su importancia radica en el incremento del riesgo de fallecer, los obstáculos a concluir la escolaridad obligatoria y las labores que conlleva la crianza de un hijo, muchas de las cuales recaen de manera exclusiva en las madres. Entre las mujeres que cursan el nivel medio superior, la principal razón para abandonar la escuela es la falta de dinero; en segundo lugar, los embarazos no deseados y, en tercer lugar, entrar en unión conyugal (UNFPA, s/f). El CONAPO estima que durante el confinamiento se incrementaron los embarazos adolescentes en 32,486 casos, es decir, un total de 202,859 adolescentes embarazadas. Por otro lado, en 2020, se estima que ocurrieron 8,714 nacimientos de madres menores de 14 años (SSa, 2020g), que puede no referir a adolescentes en relaciones sexuales consensuadas, sino de niñas siendo obligadas o manipuladas por personas adultas en un marco de normalización cultural de la violencia contra las mujeres y de muy poca efectividad en materia de procuración de justicia (IPAS, 2018).

Impacto de la COVID-19 en la salud mental de las mujeres

La reconfiguración de las tareas domésticas y laborales por el confinamiento social tuvo una grave consecuencia en la salud mental de las mujeres. La sobrecarga física y emocional que enfrentan al tener que procurar su salud; hacerse cargo del cuidado de las personas que integran el hogar; enfrentar el estrés económico y laboral; así como el aumento en el riesgo de violencia y el desgaste por el confinamiento prolongado, han provocado situaciones de depresión y ansiedad severa con características diferenciadas (Wagner *et al.*, 2012; Castro, 2020). De acuerdo con la Encuesta de Seguimiento de los Efectos de la COVID-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos (ENCOVID-19), para marzo de 2021 el 32.4% de las personas de 18 años o más presentaron síntomas severos de ansiedad. Dichas afectaciones son más altas en el caso de las mujeres, pues el 37% manifestó haber presentado síntomas severos de ansiedad, frente al 27% de los hombres (EQUIDE, 2020).

Un primer elemento que impacta en la salud mental de las mujeres, adolescentes y niñas deriva de la sobrecarga de actividades en los hogares. Los periodos largos de confinamiento incrementaron las actividades que realizan en el trabajo doméstico y no remunerado, dada la distribución inequitativa de las tareas en el hogar (Castro, 2020; Bergallo *et al.*, 2021). Al invertir más tiempo en tareas no remuneradas o de cuidados en el hogar, disminuyeron las posibilidades de desarrollo personal y profesional, orillándolas a aceptar trabajos mal pagados y sin seguridad social.

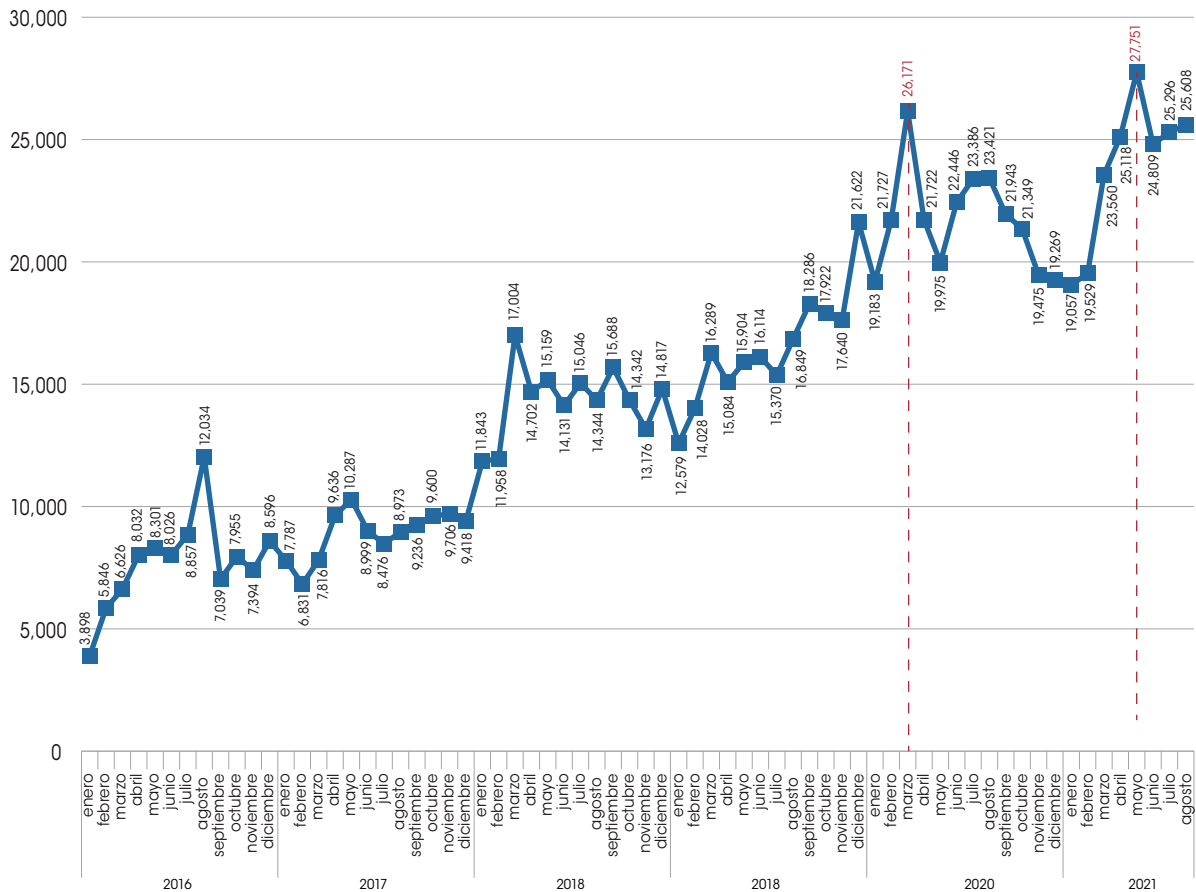
Para 2019, la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) reportó que en promedio las mujeres destinan más del doble de tiempo que los hombres al cuidado total de niños y niñas menores de 15 años (24.1 horas semanales frente a 11.5 que destinan los hombres). Adicionalmente, el tiempo invertido en trabajo no remunerado fue de 39.7 horas semanales, frente a 15.2 horas en el caso de los hombres (Inmujeres e INEGI, 2019). Previo al inicio de la pandemia, las actividades de trabajo doméstico y de cuidados recaían principalmente en las mujeres y, con el confinamiento social y la presencia de más personas en el hogar, la probabilidad de que se incremente esta desigualdad es muy alta.

En definitiva, las afectaciones en el empleo por la división sexual del trabajo y la precarización laboral repercuten en el incremento de la ansiedad, estrés y depresión presentes durante el confinamiento. Una proporción importante del empleo realizado por mujeres fue impactada por la crisis de COVID-19, dentro de los cuales destaca la educación, el comercio minorista, la gastronomía, la actividad hotelera, el turismo y los trabajos domésticos remunerados (Bergallo *et al.*, 2021). De acuerdo con la ENOE y la ENOEN, entre el primer trimestre de 2020 y el primero del 2021, disminuyó la ocupación laboral total en 1.6% para el caso de los hombres, mientras que para las mujeres fue de 6.8% (CONEVAL, 2021b). Adicionalmente, la pérdida de empleos formales por parte de las mujeres y las condiciones que impone el confinamiento social, incrementa la probabilidad de que tomen empleos informales, pues la flexibilidad en los horarios les posibilita compaginar sus actividades laborales con las domésticas, excluyéndose así de los beneficios de la seguridad social.

El impacto en el ingreso en los hogares es incluso más grave para la salud mental cuando el mantenimiento de los hogares recae solamente en las mujeres. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el 78.4% de los hogares monoparentales en América Latina están encabezados por mujeres que asumen las responsabilidades económicas, de cuidados y trabajos domésticos no remunerados (Mora *et al.*, 2020). Estos hogares enfrentan situaciones que tienen efectos negativos en la salud mental de las mujeres, ya que ellas tendrían que dar atención a su empleo —si es que aún lo conservan—; hacerse cargo del cuidado infantil y de otras personas dependientes; realizar el trabajo doméstico y procurar la enseñanza educativa de sus hijos e hijas, considerando las circunstancias que impone el confinamiento social.

Finalmente, un elemento adicional que afecta el estrés, ansiedad y depresión está relacionado con la violencia doméstica, particularmente en los casos en que las mujeres, niñas o adolescentes tienen que convivir con la persona agresora durante el confinamiento. De acuerdo con el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP), para el primer trimestre de 2020 las llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de violencia contra la mujer (SESNSP, 2021). En el mes de enero de 2020 se registraron 19,183 llamadas con un incremento del 13% para febrero y del 20% para marzo, alcanzando un registro de 26,171 casos de violencia contra la mujer; es decir, 161% de incremento en las llamadas de emergencia más que las registradas para el mes de marzo de 2019 (SESNSP, 2021) (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de violencia contra la mujer durante 2016-2021, México



Nota: se refiere al incidente "Violencia contra la mujer" incluido en el Catálogo Nacional de Incidentes de Emergencia y definido como "Todo acto violento que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada."

Fuente: elaborado por el CONEVAL con datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, "Información sobre violencia contra las mujeres", publicados en: <https://www.gob.mx/sesnspp/acciones-y-programas/incidencia-delictiva-87005?idiom=es>, información con corte al 30 de septiembre de 2021.

Como se observa en la gráfica 12, el registro de llamadas por violencia contra la mujer ha se ha acrecentado desde 2016 y alcanzó su nivel más alto en mayo de 2021 con 27,751 llamadas. Asimismo, para marzo de 2020 las llamadas aumentaron un 20.4% en comparación con febrero de 2020 y un 60.6% en relación con marzo de 2019, es decir, un cambio mensual con respecto del año anterior, lo que coincide con el inicio de las medidas de confinamiento por la pandemia. Si bien, después de marzo de 2020 no se observa un aumento significativo en el número de llamadas, esto no significa que no haya incrementado la violencia contra las mujeres, pues durante el confinamiento y el distanciamiento social las víctimas de violencia se encontraban conviviendo con personas agresoras dentro de sus hogares, lo cual limitó las oportunidades para salir de los círculos de violencia, buscar ayuda o acceder a las redes de apoyo que ya tenían (Cruz *et. al.* 2020; COLMEX y ONU Mujeres, 2020).

De acuerdo con un estudio cualitativo realizado por ONU Mujeres y El Colegio de México, dos características propias del confinamiento afectaron la presentación de denuncias por casos de violencia contra las mujeres: la presencia continua del agresor en el hogar y la falta de recursos económicos —algunas mujeres entrevistadas señalaron que no quisieron denunciar, previendo que no podrían darle prioridad a su situación de violencia por la falta de ingresos para alimentar a sus hijos o hijas— (COLMEX y ONU Mujeres, 2021). Por lo tanto, la pandemia también repercutió en la capacidad de las mujeres para tomar acciones en contra de sus agresores, agravando los problemas de salud mental derivados de la pandemia.

El reto de la vacunación contra la COVID-19

Ante la emergencia sanitaria, el Gobierno federal impulsó una estrategia de difusión basada en el contacto con la población a través de conferencias de prensa diarias para informar los avances relacionados con la Jornada Nacional de Sana Distancia, con datos sobre contagios, defunciones, así como el avance de la campaña nacional de vacunación.³⁸

Sin duda, un elemento fundamental como respuesta ante la emergencia por el virus SARS-CoV-2 ha sido el desarrollo a nivel mundial de diferentes protocolos de investigación que han tenido como resultado la creación de vacunas potencialmente efectivas. Ante dicho contexto, la Secretaría de Salud puso en marcha la política nacional de vacunación con base en recomendaciones adoptadas por el Grupo Técnico Asesor de Vacuna COVID-19 de México (GTAV), basadas en el análisis de información disponible sobre el beneficio de la vacunación en la población de mayor riesgo de muerte y enfermedad grave por el virus, lo que permitió contar con elementos para priorizar la aplicación de las vacunas disponibles y generar una estrategia para disminuir el riesgo (CONEVAL, 2021b).³⁹

Dicha política de vacunación atendió las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sugiere alcanzar altas tasas de cobertura con esquemas completos y refuerzo contra COVID-19 entre los sectores de población con mayor riesgo de contagio, hospitalización y muerte (Ssa, 2021c).⁴⁰ La estrategia,⁴¹ basada en las recomendaciones del SAGE de la OMS, debería alcanzar altas tasas de cobertura y esquemas completos de vacunación entre los sectores de población más vulnerables al contagio, con el objetivo de evitar un incremento en las hospitalizaciones y defunciones. A partir de ello, se definieron cuatro ejes de priorización: edad de las personas, comorbilidades personales, grupos de atención prioritaria (discapacidad, niñez, entre otros) y comportamiento de la epidemia (densidad poblacional principalmente). Esta información fue presentada en el documento *la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2* como documento rector de la estrategia nacional el 8 de diciembre de 2020, su última actualización fue presentada el 15 de junio de 2022.

³⁸ Actualmente se pone a disposición del público el Informe Técnico Diario COVID-19 México, en el cual se presenta la información actualizada de número de contagios y defunciones a nivel internacional y nacional por regiones, así como el número de vacunas aplicadas por rangos de edad. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/category/conferencias-de-prensa/>

³⁹ Para un análisis detallado sobre la estrategia de vacunación contra el virus SARS-CoV-2, se sugiere revisar el documento *De la emergencia a la recuperación de la pandemia por la COVID-19: La política social frente a desastres*, publicado por CONEVAL en 2021. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Politica_social_atencion_a_desastres.pdf

⁴⁰ Las recomendaciones de la OMS a los países miembros, incluido México, establecen que la manera más adecuada de organizar los programas de vacunación en función de los grupos de prioridad máxima: personas adultas mayores, personal de salud y con alguna inmunosupresión por distintas causas; prioridad alta: de 50 a 59 años y del sector educativo; prioridad media: de 18 a 49 años, y prioridad baja: niñas, niños y adolescentes sanos.

⁴¹ Documento rector de la estrategia *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México, versión 9.0* está disponible en http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/wp-content/uploads/2021/12/2022.01.25-PNVx_COVID.pdf

En dicho documento se definieron cinco etapas de vacunación: 1) personal de salud, 2) personas de 60 o más años y personal de salud restante, 3) personas de 50 a 59 años y embarazadas de 18 años y más, a partir del tercer mes de embarazo, 4) personas de 40 a 49 años y 5) resto de la población. En la segunda etapa se implementó la estrategia “Operativo Correcaminos” coordinada por la oficina de la Presidencia de la república y apoyada por los titulares de la oficina de la Presidencia de la república y apoyada por los titulares del Sistema Nacional DIF, Secretaría de Salud y con distintas dependencias del Gobierno federal.

La estrategia tuvo como objetivo inicial alcanzar el 70% de población total vacunada en 18 meses para lograr la inmunidad de rebaño. Respecto a los avances en México, en conferencia de prensa,⁴² el subsecretario de Salud informó que siguiendo las recomendaciones del documento *Hoja de Ruta*,⁴³ la estrategia se centró primero en la atención a la población adulta mayor, alcanzando altas tasas en la población primaria, así como el refuerzo en dichos grupos de mayor prioridad y, para el 28 de enero de 2022, en México se reportaron 83,510,659 personas vacunadas.

Cuadro 5. Avance en la vacunación, México, 2020

Tipo de esquema	Personas vacunadas	Porcentaje respecto al total de la población vacunada
Esquema completo	76,941,127	92.1%
Nuevos esquemas*	6,569,532	7.9%
Total	83,510,659	100%

* nuevos esquemas miden a las personas que recién empezaron con su proceso de vacunación por primera vez acorde a la actualización en la estrategia. En este caso, correspondía a la población menor de 18 años y mayor de 15.

Fuente: elaboración propia con base en la conferencia de avance de vacunación del 28 de enero de 2022

Es importante resaltar que, a pesar de los estrictos protocolos que se deben cumplir para la distribución de la vacuna, aún es limitada la información disponible sobre el tiempo de inmunidad, los efectos a largo plazo, su efectividad ante las posibles mutaciones derivadas de las características específicas de las distintas poblaciones a nivel mundial y su efectividad en poblaciones vulnerables como menores de 16 años, mujeres embarazadas y personas con algún otro padecimiento o enfermedad.

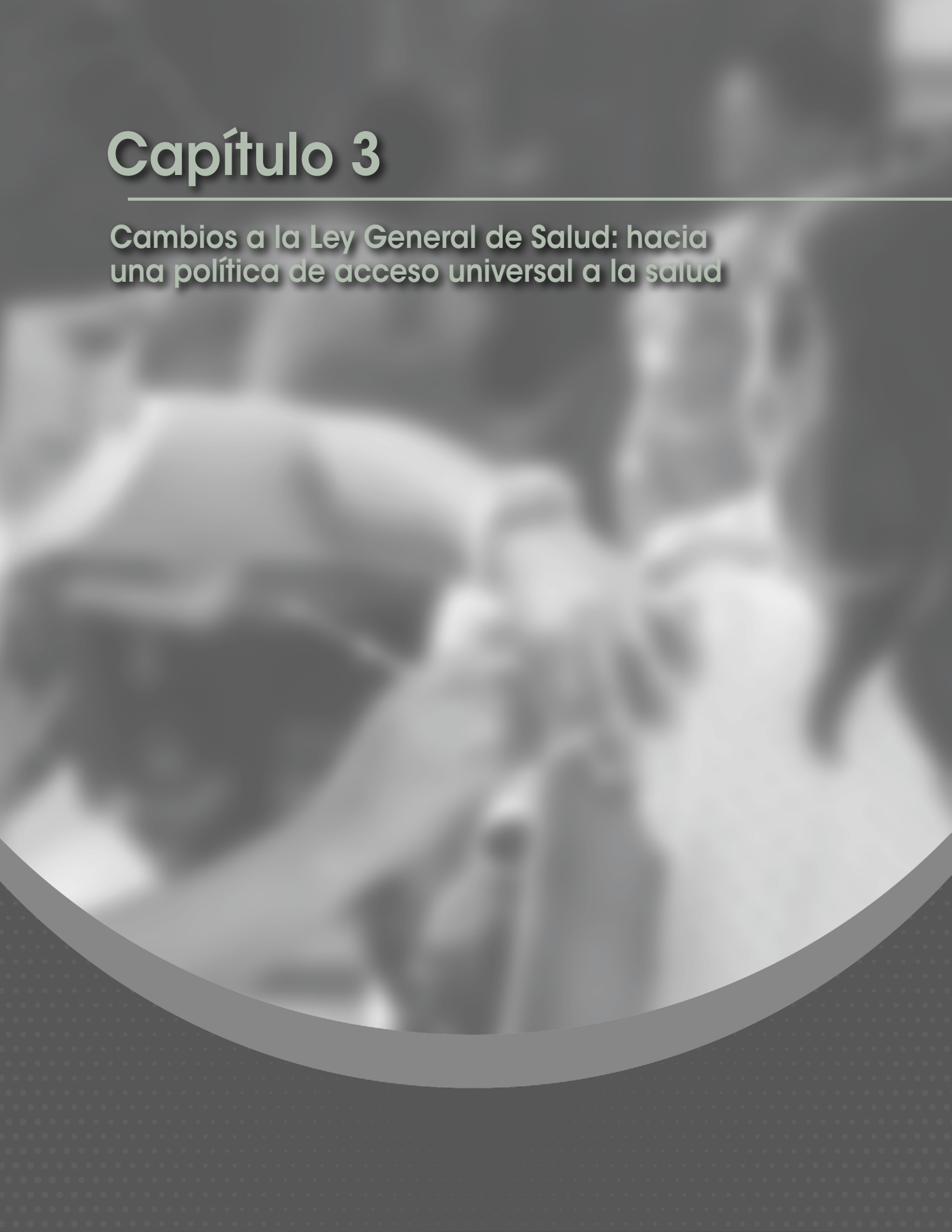
Si bien se reconoce la estrategia de vacunación como una medida de respuesta ante la emergencia sanitaria, es necesario considerar que esta deberá adaptarse y modificarse a la par de los hallazgos y las investigaciones respecto a las vacunas y la enfermedad misma. Asimismo, es importante considerar que la vacunación no debe ser tomada como la única estrategia de mitigación y prevención de la enfermedad, por lo que es necesario mantener y reforzar todas las medidas de contención de la epidemia, ya que cuentan con eficacia, son accesibles y factibles para cada grupo específico y especialmente, pueden ayudar a dirigir mejor la asignación de recursos.

⁴² Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=gEZm42-HD7Y>.

⁴³ Versión en español del documento disponible en <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2022-02/CIHR-UN-COVID19ResearchRoadmap-20220131-ES.pdf>

Capítulo 3

Cambios a la Ley General de Salud: hacia una política de acceso universal a la salud



Antecedentes

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que “el Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación. Los fines del proyecto nacional contenidos en esta Constitución determinarán los objetivos de la planeación. La planeación será democrática y deliberativa. Mediante los mecanismos de participación que establezca la ley, recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlas al plan y los programas de desarrollo. Habrá un plan nacional de desarrollo al que se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal” (CPEUM, artículo 26, inciso a).

A este artículo se vincula la Ley de Planeación, en la cual se sientan las bases para que el Ejecutivo federal concierte acciones encaminadas a la consecución de objetivos, metas, estrategias y prioridades comunes en concordancia con los recursos, responsabilidades y tiempos de ejecución de los distintos actores y niveles de gobierno, con la finalidad de alinear las labores orientadas al desarrollo nacional y, con ello, crear sinergias que potencien sus resultados en un actuar integrado, minimizando los vacíos de atención y las duplicidades.

De esta manera, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024, aprobado por Decreto publicado el 12 de julio de 2019 en el *Diario Oficial de la Federación*, es el principal instrumento de planeación de esta administración al definir las prioridades nacionales que busca alcanzar el gobierno. El PND y sus programas derivados son un primer referente para evaluar la política pública del país en todos los sectores.

En materia de salud, se establece que “la presente administración que inició el 1 de diciembre de 2018 encontró un sistema de salud pública insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción” (PND, 2019).⁴⁴ El diagnóstico sobre la insuficiencia coincide con la falta de acceso a servicios de salud de calidad para un sector de la población, teniendo como consecuencia que el derecho a la salud establecido en el artículo 4 constitucional⁴⁵ sea denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana.

Ante esta situación, el Gobierno federal propone realizar “todas las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas las personas habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos” (PND, 2019). Este objetivo se planteó mediante la creación del INSABI, que busca dar servicio en todo el territorio nacional a quienes no cuentan con seguridad social. La atención se brindará conforme a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio digno y humano.

⁴⁴ Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. DOF:12/07/2019. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019.

⁴⁵ Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

También el Plan Nacional de Desarrollo dispone, en materia de salud:

- El combate a la corrupción será permanente en todo el sector salud.
- Se dignificarán los hospitales públicos.
- Se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización y la inserción de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva en los programas escolares.
- Se emprenderá una campaña informativa nacional sobre las adicciones.
- Se impulsarán las prácticas deportivas en todas sus modalidades.

Para llevar a cabo lo establecido en el PND respecto a la creación del INSABI y el objetivo de brindar servicios médicos a toda la población no derechohabiente, se modificaron varios ordenamientos legales, entre ellos la Ley General de Salud, así como el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 y el Programa Institucional 2020-2024 del INSABI.

El Programa Sectorial de Salud 2020-2024, deriva del PND, el cual establece los objetivos, estrategias y acciones a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud (DOF, 2020b). Surge de la necesidad de disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad, en consonancia con lo señalado en el PND 2019-2024.

Este Programa Sectorial cuenta con cinco objetivos prioritarios, 26 estrategias y 201 acciones puntuales para el cumplimiento de sus fines; busca hacer efectivo el artículo 4º constitucional y brindar acceso universal a los servicios de salud y medicamentos gratuitos a toda la población (DOF, 2020a). Es necesario mencionar que la totalidad de las acciones que se consideran en este programa, así como las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación, operación, seguimiento y reporte, se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto participantes en el programa, mientras este tenga vigencia (DOF, 2020b).

Respecto a la elaboración del Programa Institucional 2020-2024 del INSABI, se realiza con fundamento en lo dispuesto en la fracción II del artículo 17 de la Ley de Planeación y su estructura y contenidos atienden a la *Guía para la elaboración de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*.

Este Programa Institucional tiene cinco objetivos estratégicos, los cuales se encuentran enlazados individualmente con los objetivos establecidos en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Los objetivos y estrategias prioritarias y las acciones puntuales a desarrollar por el INSABI, en el marco de su Programa Institucional, forman parte importante de la estrategia de la Secretaría de Salud para la transformación del sistema de salud dirigido a la población sin seguridad social.

En consonancia, la LGS (2019) en su artículo 1 establece el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, y determina las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. En el cuadro 6 se presentan los principales cambios derivados de la Reforma a la LGS.

Cuadro 6. Principales cambios a la Ley General de Salud con la reforma de 2019

Temática	Modificación a la ley
Coordinación entre las entidades y la Federación	Artículo 13. A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud: [...] III. Organizar y operar, por sí o en coordinación con las entidades de su sector coordinado, los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando estas se soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto; [...] Artículo 37. Tratándose de las instituciones de seguridad social de la Administración Pública Federal, estas deberán, por cuanto hace a la prestación de servicios de salud, mantener una coordinación permanente con la Secretaría de Salud, a efecto de implementar de manera efectiva la política nacional a que hace referencia la fracción I del artículo 7 de esta Ley.
Se sustituye el criterio de priorización de "grupos vulnerables" a "población en el país que no cuenta con seguridad social"	Artículo 25. Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de la población que se encuentra en el país que no cuenta con seguridad social.
Universalización de los servicios de salud	Artículo 26. Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de regionalización y de escalonamiento de los servicios para lograr progresivamente la universalización del acceso a servicios de salud integrales.
Sustitución del Cuadro Básico de Insumos por el Compendio Nacional de Insumos para la Salud	Artículo 29. Del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.
Eliminación del criterio de condiciones socioeconómicas de los usuarios	Artículo 35. - Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a las personas que se encuentren en el país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad, igualdad e inclusión y de gratuidad al momento de requerir los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.
Coordinación con el INSABI	Artículo 77 bis 6. El Instituto de Salud para el Bienestar y las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución, por parte de estas, de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social. Para estos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, tomando en consideración la opinión de las entidades federativas.
Redes Integradas de Atención	Artículo 77 bis 9. La Secretaría de Salud y las entidades federativas, promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como de los gobiernos de las entidades federativas provean de forma integral, obligatoria y con calidad, los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo con el nivel de atención, mismos que deberán operar como sistema de redes integradas de atención de acuerdo con las necesidades en salud de las personas beneficiarias.
Eliminación de las cuotas familiares	Se derogan los artículos del Capítulo V. De las cuotas familiares, el cual especificaba que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarían en su financiamiento con cuotas familiares que serían anticipadas, anuales y progresivas, determinadas con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia.
Creación del INSABI	Artículo 77 bis 35. El Instituto de Salud para el Bienestar es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud.

Fuente: elaboración por CONEVAL (DOF, 2019).

En los artículos 5 y 7 se dispone que el Sistema Nacional de Salud se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto federal como local, así como por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud y por los mecanismos de coordinación de acciones. De igual forma, en el artículo 27 fracción III, la Ley determina que, en el caso

de las personas sin seguridad social, deberá garantizarse la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

Es necesario mencionar que a raíz de la reforma se modificó el Título Tercero bis de la Ley General de Salud "De la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social". De esta manera, del artículo 77 bis 1 al 77 bis 6, se regula todo lo relacionado con este tema, el cual se encuentra alineado con lo establecido en la Constitución y en el Plan Nacional de Desarrollo (LGS, 2019). A su vez, tanto el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, como el Programa Institucional 2020-2024 del INSABI lo retoman a través de sus objetivos y estrategias prioritarias.

Finalmente, en materia de financiamiento, la Ley General de Salud (2019) en su Título Tercero bis establece todo lo relacionado al financiamiento en sus artículos 77 bis 11, 12 y 13, donde se determina que la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados será financiada de manera solidaria por la federación y por las entidades federativas, sobre la base de lo que se establezca en los acuerdos de coordinación. En el capítulo VI del Fondo de Salud para el Bienestar artículo 77 bis 29, se establece la creación del Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi) constituido en términos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.⁴⁶

La coordinación del INSABI con los Servicios Estatales de Salud

En el marco de la reforma a la Ley General de Salud en 2019, el INSABI está encargado de organizar, proveer y garantizar las acciones para la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social, reemplazando al esquema previo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Asimismo, la reforma al artículo 13 de la LGS (2019) establece que la Federación debe organizar y operar, en coordinación con las entidades, los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas cuando estas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren. Además, en el artículo 37 se agrega que las instituciones de seguridad social de la Administración Pública Federal deben mantener una coordinación permanente con la Ssa para implementar de manera efectiva la política nacional en salud.

La LGS (2019) enuncia que tanto el Gobierno federal como las entidades federativas deben garantizar el derecho a la salud de manera gratuita para todas las personas sin seguridad social. El artículo 77 bis 12 establece que el Gobierno federal deberá destinar cada año una parte de su presupuesto para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos. Estos recursos se transferirán a las entidades federativas siempre y cuando dichas entidades aporten también recursos para sustentar la prestación gratuita de servicios y medicamentos para personas sin seguridad social.

⁴⁶ En la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), publicada en el DOF en marzo de 2006, se establecen las bases en materia de programación, presupuestación, aprobación, ejercicio, control y evaluación de los ingresos y egresos públicos federales.

El monto de la transferencia federal a las entidades, así como la aportación estatal se publica en los Acuerdos de Coordinación entre la Federación, a través del INSABI y las entidades federativas.⁴⁷

En estos casos, el INSABI ejercerá de manera directa los recursos recibidos del Ramo 12 que sean asignados para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social; y la parte proporcional del Ramo 33 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, de acuerdo con lo establecido en los Acuerdos de Coordinación (DOF, 2020c).

Asimismo, en el artículo 77 bis 16 A de la LGS (2019) se especifica que las entidades federativas pueden acordar con la Ssa y el INSABI que este centralice las funciones en materia de salud y se haga cargo de organizar, operar y supervisar la prestación de los servicios en las entidades federativas. Es decir, las entidades federativas que así lo acuerden, transferirán su infraestructura, equipo y personal a la Federación; pueden transferir al INSABI alguno, todos o ninguno de sus tres niveles de atención en salud. Los servicios “no transferidos” quedarán a cargo de cada entidad federativa, quienes serán responsables de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de estos servicios de salud. Los Acuerdos de Coordinación (Acuerdos) entre la Federación y las entidades tienen por objeto definir las cláusulas para el suministro de recursos presupuestarios federales, en carácter de subsidios, así como insumos federales a las entidades para coordinar su participación con la Secretaría de Salud en la ejecución de diversos programas.⁴⁸

Respecto a la transferencia de los servicios de salud a la Federación, el cuadro 7 muestra el tipo de transferencia que realizó cada entidad en 2020, con base en los Acuerdos de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero bis de la Ley General de Salud, así como los Anexos firmados en 2021 con las entidades federativas.

Cuadro 7. Servicios de salud transferidos por las entidades federativas al INSABI definidos en los Acuerdos de Coordinación 2020-2021

Tipo de transferencia de servicios de salud a la Federación	Entidades
Transferien a la federación solo el primer nivel de atención en salud	Chiapas, Morelos, Sonora y Tlaxcala
Transferien a la federación solo el primer y segundo nivel de atención en salud	Baja California, Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas
Transferien a la federación solo el primer y el tercer nivel de atención en salud	Quintana Roo
Transferien a la federación la totalidad de los servicios de salud	Oaxaca y San Luis Potosí
No transferien los servicios de salud a la Federación	Aguascalientes, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y Tamaulipas

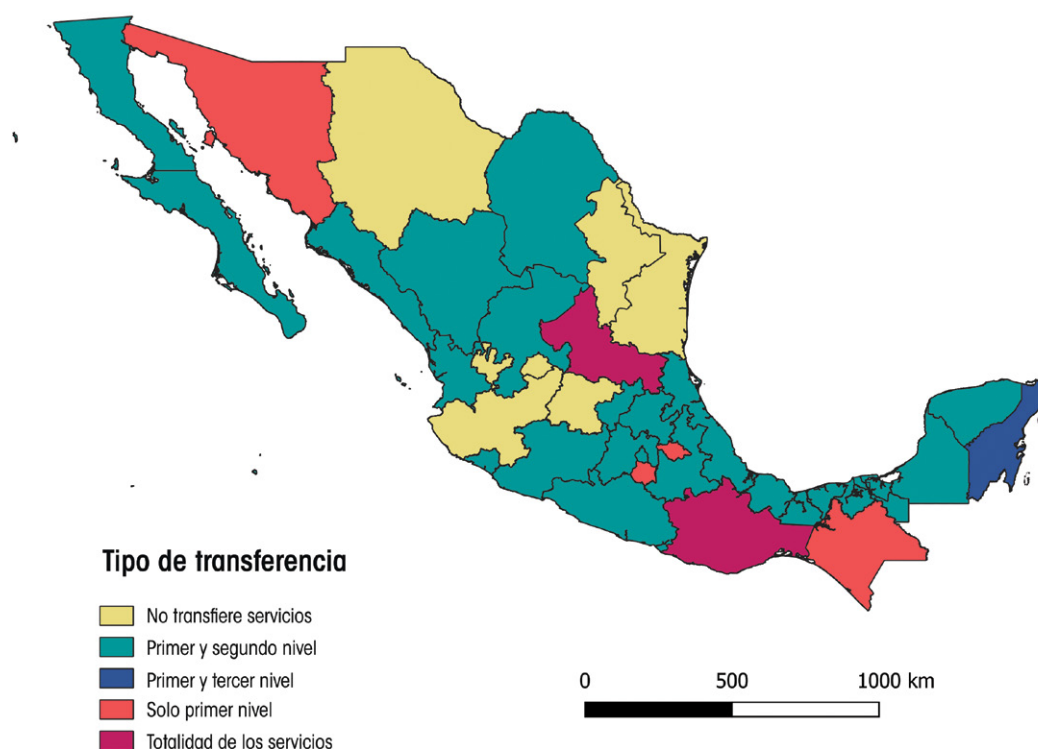
Fuente: elaborado por el CONEVAL a partir de los Acuerdos de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero bis de la Ley General de Salud 2020 y Anexos 2021.

⁴⁷ Para 2020, el monto transferido se definió con base en el número de afiliados al Seguro Popular al cierre de 2019. En adelante el monto transferido no podrá ser menor al presupuestado en el año anterior.

⁴⁸ La alineación de los recursos presupuestarios del Ramo 33, Aportación Estatal, y Otra, así como los del Instituto de Salud para el Bienestar y el Fondo de Salud para el Bienestar, no forman parte de los recursos federales ministrados por “La Secretaría” a “La Entidad” con motivo de los convenios.

En el mapa 2 se muestra la distribución de los tipos de acuerdos con las entidades en 2020 y los Anexos 2021. De esta destaca la heterogeneidad en los acuerdos logrados con las entidades, que no coincide necesariamente en las regiones del país; por ejemplo, San Luis Potosí, que transfiere todos sus servicios de salud, colinda con entidades que no transfieren servicios al INSABI; asimismo, en el caso de entidades colindantes como Oaxaca y Chiapas, el primero transfirió todos sus servicios, mientras que Chiapas únicamente transfirió el primer nivel de atención. Esta heterogeneidad podría representar un desafío adicional en la organización y coordinación de los sistemas de salud y derivar en una atención diferenciada a la población, consistente con lo que se ha documentado sobre los efectos heterogéneos ante la COVID-19 en México, debido a características sociodemográficas y contextos territoriales que configuran vulnerabilidades distintas (CONEVAL, 2021b).

Mapa 2. Entidades federativas según modalidad de acuerdos con el INSABI definidos en los Acuerdos de Coordinación 2020-2021



Fuente: elaborado por el CONEVAL a partir de los Acuerdos de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero bis de la Ley General de Salud 2020 y Anexos 2021.

Cuando los estados transfieren alguno de sus servicios de salud, el INSABI puede ejercer de manera directa los recursos destinados para los servicios de salud transferidos. Sin embargo, debe enviar a las entidades federativas los recursos de los servicios no transferidos para que los estados los puedan operar.

Por otro lado, si bien los servicios no transferidos quedan a cargo de las entidades federativas, estas deben prestarlos bajo el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), basado en la Atención Primaria de Salud; para ello el INSABI dará asesoría técnica a los estados, mientras estos se comprometen a otorgar los servicios no transferidos de manera gratuita, sin el cobro de cuotas de recuperación a las personas, de no ser así se les podrían imponer sanciones.

El modelo de atención SABI considera las decisiones centrales adoptadas para el cuidado individual y colectivo de la salud de la población, así como las directrices del trabajo intersectorial y la participación comunitaria para actuar sobre los procesos de la salud, bajo “criterios de universalidad e igualdad, donde todas las personas, de todas las edades y en toda la geografía del país, sin excepciones de ninguna clase y sin catálogos limitantes, reciban servicios de salud gratuitos, con manejo eficiente de los recursos, de manera digna, oportuna, con calidad y eficacia” (Ssa, *et. al.*, 2020).

Respecto a las aportaciones estatales establecidas en los Acuerdos con las entidades, estas se denominan aportaciones solidarias de las entidades federativas y pueden suministrarse en dos modalidades, de manera líquida o en especie. Conforme a los Acuerdos 2020 (INSABI, 2020c), para la mayoría de los estados, la aportación líquida debe ser cuando menos del 70% del total de aportaciones de las entidades, el restante 30% podrá aportarse en especie.⁴⁹

Asimismo, la aportación en especie puede ser gasto efectuado por los estados (en el ejercicio fiscal vigente) para fortalecer la prestación de los servicios de salud, en específico puede ser la construcción de obra pública que esté contemplada en el Plan Maestro Nacional de Infraestructura, la adquisición de equipo como unidades médicas móviles, el pago de nómina de personal médico, paramédico y afín, así como el gasto en medicamentos, material de curación, equipamiento médico y demás insumos para los hospitales públicos.

Un aspecto importante es que dicho gasto debe provenir de ingresos propios de los estados y no puede tener el carácter de transferencias federales etiquetadas, las cuales son recursos que reciben de la Federación las Entidades Federativas y los Municipios, que están destinados a un fin específico, entre los cuales se encuentran las aportaciones federales (Ramo 33, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud); la cuota social y la aportación solidaria federal establecida en la Ley General de Salud; los subsidios, convenios de reasignación y demás recursos con destino específico que se otorguen en términos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y el Presupuesto de Egresos de la Federación (LDFEFM, artículo 2, fracción XL; INSABI, 2020b). Asimismo, estos gastos deberán incrementarse en la misma proporción en que lo hagan los recursos transferidos por la Federación. Si los estados no cumplen con las aportaciones solidarias, el INSABI puede suspender la transferencia de recursos a aquellos estados que no cumplan con sus aportaciones.⁵⁰

⁴⁹ En el estado de Oaxaca la aportación estatal en especie puede ser hasta del 40 %, pero a partir del ejercicio fiscal 2022 será de máximo 30 %. Jalisco y Tabasco son casos similares, ya que el 40 % de su aportación solidaria puede ser en especie, pero en 2021 tendrá que ser de máximo 30 %.

⁵⁰ En los Acuerdos se establece que, en caso de incumplimiento respecto de la entrega de la parte proporcional de la aportación solidaria que le corresponde a la entidad esta última faculta al Insabi se compense para cubrir la misma, con las participaciones que le correspondan del Fondo General de Participaciones del Ramo 28.

Un elemento de la coordinación entre el INSABI y las entidades se refiere a la transferencia de recursos del Fonsabi, anteriormente denominado el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). El Fonsabi es un fideicomiso público sin estructura orgánica en el que el Instituto de Salud para el Bienestar es el fideicomitente (LGS, 2019); del presupuesto asignado al Ramo 12, en 2020, se tienen 40,000 millones de pesos de dicho fideicomiso (SHCP, 2019), para 2021 se asignan 33,000 millones de pesos con cargo al mismo (SHCP, 2020).

Los recursos del Fonsabi se destinarán a la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos, a la atención de necesidades de infraestructura (preferentemente a las entidades con mayor marginación social) y para complementar los recursos designados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como al acceso a análisis clínicos, para personas sin seguridad social (LGS, 2019). Para determinar las necesidades de infraestructura médica se considerará el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud de la Federación.⁵¹

Más allá del cambio en la denominación del fideicomiso, cabe resaltar que el Fonsabi deja de estar financiado por un esquema tripartito. Lo anterior, dado que la cuota familiar que aportaban los beneficiarios se eliminó también con la reforma a la Ley General de Salud, de tal modo que son el Gobierno federal y las entidades federativas quienes aportarán los recursos al fideicomiso.

Es así como, en el caso del Gobierno federal, el monto de las aportaciones se determina mediante una asignación presupuestal (ya no a través del número de personas o familias afiliadas) establecida en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), considerando la disponibilidad presupuestaria, y en el caso de las entidades federativas, por medio de los acuerdos de coordinación suscritos con el Gobierno federal.

Para efectos de lo anterior, la Ley General de Salud establece que anualmente se deberá transferir al Fonsabi el equivalente al 11 % de la suma de los recursos señalados en los artículos 77 bis 12⁵² y 77 bis 13 de la LGS. Asimismo, se señala que el INSABI deberá generar una subcuenta para cada uno de los tres fines señalados anteriormente, y que los recursos que se asignarán a cada una de ellas corresponderán a un porcentaje determinado, como se señala en el cuadro 8.

⁵¹ Es el instrumento rector para la planeación, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura y el equipamiento médico de la Secretaría de Salud y de los servicios estatales de salud, con el fin de racionalizar y priorizar los recursos para la inversión pública y garantizar la operación sustentable, consultado en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/plan-maestro-de-infraestructura-fisica-en-salud#:~:text=Es%20el%20instrumento%20rector%20para,y%20garantizar%20la%20operaci%C3%B3n%20sustentable>.

⁵² Artículo 77 bis 12. El Gobierno federal, conforme a lo que se establezca en el Presupuesto de Egresos de la Federación, destinará anualmente recursos para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, cuyo monto no deberá ser inferior al del ejercicio fiscal inmediato anterior, en términos de lo que se establezca en las disposiciones reglamentarias y sujeto a la disponibilidad presupuestaria. Artículo 77 bis 13. Para sustentar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, los gobiernos de las entidades federativas aportarán recursos sobre la base de lo que se establezca en los acuerdos de coordinación a que se refiere el presente Título, de conformidad con las disposiciones reglamentarias, los cuales deberán prever las sanciones que aplicarán en caso de incumplimiento a lo previsto en este artículo.

Cuadro 8. Porcentaje de recursos asignados a cada subcuenta del Fonsabi en 2020

Nombre de la Subcuenta del Fonsabi	Porcentaje
Subcuenta para la Atención de Enfermedades que Provocan Gastos Catastróficos (SAEPGC) Atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos	8 %
Subcuenta para la Atención de Necesidades de Infraestructura (SANI) Atención de necesidades de infraestructura preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social	2 %
Subcuenta para el Abasto y Distribución de Medicamentos y Demás Insumos (SADMI) Complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como del acceso a exámenes clínicos, asociados a personas sin seguridad social	1 %

Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en las ROP 2020 del Fonsabi (INSABI, 2020a).

Del cuadro anterior se puede observar que la Ley General de Salud establece otorgar al Fonsabi el mismo porcentaje presupuestal que se asignaba (11 %) a su antecesor, el FSPSS, del Seguro Popular. Asimismo, mantiene el porcentaje proporcional destinado a la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos (8 %) y para las necesidades de infraestructura en las entidades federativas (2 %, contemplado anteriormente en el Fondo de Previsión Presupuestal). Al respecto, los recursos para financiar las necesidades de infraestructura médica antes apoyaban solamente la infraestructura de alta especialidad; después de la reforma, se incluyó también el financiamiento de otras necesidades de infraestructura médica. Finalmente, el 1 %, en lugar de estar etiquetado para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios, ahora se destinará a complementar los recursos para el abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como del acceso a exámenes clínicos, asociados a personas sin seguridad social.

La coordinación del INSABI con las entidades federativas es un elemento que ha causado incertidumbre y expectativas por las implicaciones que tiene para la organización y funcionamiento de los servicios de salud y la prestación del servicio; más aun considerando las recientes modificaciones a las competencias del Instituto. El cuadro 9 muestra los cambios más relevantes desde la creación del INSABI.

Cuadro 9. Modificaciones normativas en relación con las atribuciones del INSABI

Fecha de modificación	Modificaciones a las leyes federales vigentes
29 de noviembre de 2019	Creación del INSABI
1 de enero de 2020	El INSABI inicia operaciones para ofrecer atención médica gratuita
28 de octubre de 2020	Estatuto Orgánico del INSABI
21 de diciembre de 2020	Publicación del Programa Institucional 2020-2024 del INSABI
26 de abril de 2021	Reglas de operación del Fonsabi
30 de marzo de 2021	Se concluye la firma de los Acuerdos de Coordinación con las entidades federativas
4 de febrero de 2022	Firma del Acuerdo para la implementación de acciones coordinadas para la ampliación del programa IMSS-Bienestar en los estados de Nayarit y Tlaxcala
25 de febrero de 2022	Firma del Convenio marco para la transformación de los servicios de salud en Colima

Fecha de modificación	Modificaciones a las leyes federales vigentes
17 de marzo de 2022	Los procedimientos de compra de medicamentos y materiales de curación, la adquisición de equipo médico, contratación de servicios integrales de salud y contratación de bienes y servicios
20 de mayo de 2022	Firma del Convenio de federalización de los servicios de salud a fin de garantizar el acceso a la población sin seguridad social con el estado de Sonora
6 de julio de 2022	Firma del acta de integración de la Mesa de Transición para la Implementación y Operación del programa IMSS-Bienestar en Baja California Sur

Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en DOF.

En particular, destaca el cambio del 17 de marzo de 2022 mediante el Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan en la Coordinación de Optimización y Procesos del Abasto del Instituto de Salud para el Bienestar, en el cual se delega a la persona titular de la Coordinación de Optimización y Procesos del Abasto del INSABI los procedimientos de compra de medicamentos y materiales de curación, la adquisición de equipo médico, contratación de servicios integrales de salud y contratación de bienes y servicios (DOF, 2022). Esta medida surge paralelamente al inicio del proceso de federalización de los servicios de salud para atender y promover la salud de las personas sin seguridad social dentro del régimen del IMSS-Bienestar, iniciando con los estados de Nayarit y Tlaxcala.

La manera como se implemente el nuevo esquema y los Acuerdos que se logren, así como las repercusiones en la prestación del servicio de salud, son cuestiones que deberán ser analizadas a profundidad con mayores elementos de información, dado que en este momento no se cuenta con datos suficientes para identificar las diferencias sustanciales en la operación de los servicios de salud en la práctica, dependiendo de cada caso y acuerdo.

Un aspecto fundamental de los cambios es el seguimiento a los recursos y criterios de destino y aplicación que se han establecido para su ejercicio, sin embargo, dada la heterogeneidad en la manera como se implementa el nuevo esquema en las entidades, en particular, la transferencia de los servicios a la federación, se vuelve necesario identificar los mecanismos de rendición de cuentas en cada caso y la efectividad que estos pueden tener para asegurar un uso eficiente de los recursos. Aun cuando se tiene prevista la estandarización del servicio de salud a través del modelo SABI y la acreditación obligatoria de la calidad de los servicios, la manera como se organice la implementación podría derivar en una atención diferenciada entre la población, afectando con ello el acceso a los servicios de salud.

Las entidades federativas que han decidido no adherirse al INSABI están obligadas a prestar los servicios de salud, de conformidad con las condiciones establecidas en el Acuerdo de Coordinación, aunque esto no es una condicionante para la asignación de los recursos en materia de salud. Desde 2003 hasta 2019, los mecanismos para la asignación de recursos a las entidades federativas por parte del Sistema de Protección Social en Salud estaban vinculados al incremento de la afiliación al Seguro Popular. Bajo los alcances de la reforma a la Ley General de Salud, el financiamiento a la salud está vinculado a la oferta de servicios, claramente definidos en la ley y sus instrumentos legales como “servicios de salud, medicamentos y otros insumos”, sin embargo, este financiamiento es complementario

a los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). A la fecha, no se han hecho explícitos los criterios de cálculo y asignación de los recursos que se establecen en los convenios firmados con las entidades federativas para la asignación de financiamiento, de manera que se garantice la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en cada estado y que estos criterios son homogéneos a todas las entidades federativas sin importar los acuerdos políticos de adhesión a los que se hayan llegado.

Diseño y coherencia de las intervenciones en materia de salud en el marco de los cambios a la Ley General de Salud

Una vez que en el apartado anterior se analizaron los cambios a la Ley General de Salud (2019), es necesario identificar como esos cambios se reflejan en las intervenciones en salud, es decir, analizar la configuración y diseño de los programas a la luz de las reformas recientes para identificar la coherencia del conjunto de intervenciones, tanto con las propias reformas como con las dimensiones asociadas al ejercicio del derecho a la salud, de manera que sea posible contar con un primer acercamiento a la reconfiguración de la oferta gubernamental que se deriva de la nueva estrategia gubernamental en salud, identificando alcances y retos en su puesta en marcha, desde el ámbito normativo y de diseño de los programas.

El análisis está delimitado a programas presupuestarios de desarrollo social en el ámbito federal, cuyo objetivo está orientado o considera la garantía del acceso al derecho a la salud de la población sin seguridad social.

La estructura programática en salud 2021-2022

La Secretaría de Salud tiene entre sus funciones de coordinación del Sistema Nacional de Salud el establecimiento y conducción de la política nacional de salud, así como la coordinación de los programas de servicios de salud y funciones y programas afines.⁵³ Para el desarrollo de estas funciones, la asignación del presupuesto en salud se estructura en Programas presupuestarios (Pp), específicamente en el Ramo 12 de Salud.⁵⁴

Es importante resaltar que la concepción y aprobación de un nuevo programa presupuestario responde a la necesidad de abordar un problema social determinado, por lo que resulta fundamental que exista una correlación entre la asignación de recursos para su operación y el cumplimiento de metas, ya que son los medios demostrables para medir la eficacia de las intervenciones y la eficiencia en la utilización de los recursos.

⁵³ La estructura programática se define, de acuerdo con el artículo 2 fracción XXII, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, como el conjunto de categorías y elementos programáticos que permiten establecer las acciones de los ejecutores de gasto para alcanzar sus objetivos y metas, así como delimitar la aplicación del gasto y conocer el rendimiento esperado del uso de los recursos públicos.” (p.5). Ver: CONEVAL (2021). Evolución programática de los Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2008-2021. CONEVAL. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Evolucion_programatica_programas_2008-2021.pdf#search=estructura%20program%C3%A1tica

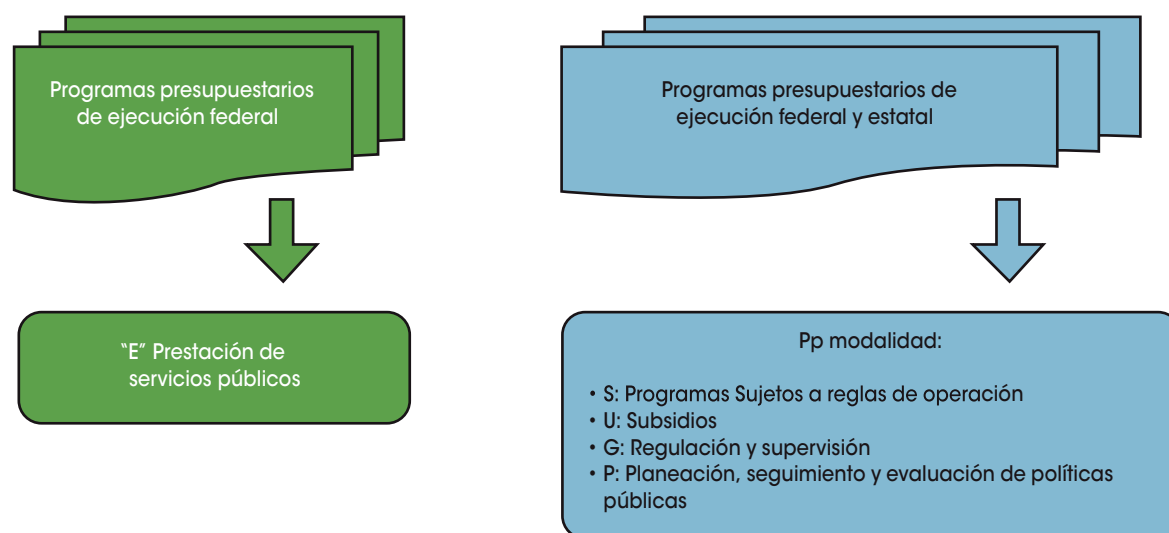
⁵⁴ Es importante referir que el análisis solo considera programas presupuestarios de desarrollo social, aunque por la importancia para la atención de la población sin seguridad social también se incluye el IMSS-Bienestar, cuyos recursos corresponden al Ramo 19.

En este sentido, un análisis estratégico de la coherencia en el diseño de programas presupuestarios debe considerar, en primera instancia, su aporte en la garantía del derecho al acceso a servicios de salud y el abastecimiento de medicamentos e insumos gratuitos para la población sin seguridad social y, en segunda instancia, su contribución con el acceso efectivo al derecho a la protección de la salud en su conjunto. Por ejemplo, se identificaron los programas presupuestarios en la Estructura Programática para la integración del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2022 orientados a procurar el derecho de acceso efectivo para las personas sin seguridad social. La descripción general de los Programas presupuestarios objeto de este análisis tienen dos vertientes:

1. Clasificación en la estructura programática vigente.
2. Características de diseño e indicadores de desempeño.

Es importante analizar los Programas presupuestarios desde su enfoque programático presupuestal, como lo muestra la figura 2, para comprender las líneas de ejecución en los distintos órdenes de gobierno (federal y estatal) y con ello, poder identificar con claridad a los actores responsables del diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de cada intervención.

Figura 2. Programas presupuestarios según su enfoque programático presupuestal



Fuente: elaborado por el CONEVAL.

En este contexto, el marco de análisis para la coherencia se enfocó en 19 programas presupuestarios del ejercicio 2021 y 2022 (cuadro 10) —considerando incluso los dos programas eliminados desde el primer año: Seguro Médico Siglo XXI y el Programa de Salud y Bienestar Comunitario—. Incluir estos dos programas responde a la relevancia de analizar los elementos a considerar para garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud para las personas sin seguridad social, con los vacíos que generan.

Cuadro 10. Programas presupuestarios considerados para el análisis de coherencia entre los instrumentos de política pública

Área de atención del derecho social	Clave	Nombre del programa	Institución	Presupuesto 2022 (pesos)
Servicios de salud (6 programas)	S038	Programa IMSS-Bienestar	INSABI-IMSS	\$23,689,935,120
	S201	Seguro Médico Siglo XXI	Salud	NA
	S251	Programa de Salud y Bienestar Comunitario	SNDIF	NA
	U013	Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral	INSABI	\$77,572,687,121
	E023	Atención a la Salud	Salud	\$51,671,570,446
	P020	Salud Materna, Sexual y Reproductiva	Salud	\$2,121,800,210
Atención y prevención de enfermedades (9 programas)	S200	Fortalecimiento a la atención médica	Salud	\$862,384,732
	S039	Programa de Atención a Personas con Discapacidad	SALUD-SNDIF	\$26,735,043
	U008	Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	Salud	\$582,306,187
	U009	Vigilancia Epidemiológica	Salud	\$570,196,453
	E025	Prevención y Atención contra las Adicciones	Salud	\$1,466,984,173
	E036	Programa de Vacunación	Salud	\$30,314,344,022
	P016	Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS	Salud	\$482,813,189
	P018	Prevención y Control de Enfermedades	Salud	\$667,695,534
Calidad en la atención (3 programas)	G004	Protección contra Riesgos Sanitarios	Salud	\$603,515,431
	S202	Calidad a la Atención Médica	Salud	NA
	U012	Fortalecimiento a los Servicios Estatales de Salud	Salud	\$1,711,042,889
	G005	Regulación y Vigilancia de Establecimientos de Atención Médica	Salud	\$16,509,770
Investigación y desarrollo	E022	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	Salud	\$2,519,668,249

Fuente: elaborado por el CONEVAL con información de la Estructura Programática a emplear en los proyectos de Presupuesto de Egresos 2020, 2021 y 2022; así como el Listado CONEVAL de Programas y Acciones de Desarrollo Social 2021.

Elementos metodológicos para el análisis de coherencia individual e integral

La coherencia puede ser entendida como la conexión lógica entre la definición del problema público, los instrumentos implementados, y la solución esperada en una intervención por parte del Estado (Cejudo y Michel, 2016). El análisis de coherencia de los programas se integra de dos partes, un análisis individual y un análisis integral. La primera tiene el objetivo de explorar la coherencia de las intervenciones de manera individual con relación a la reforma a la LGS para el acceso efectivo al derecho a la salud. De esta manera, el análisis de la coherencia de los Pp se centra en analizar la alineación de estos con los mecanismos planteados normativamente derivados de los cambios a la LGS y otros documentos relevantes (Programa Sectorial de Salud, Presupuesto de Egresos de la Federación, Matriz de Indicadores por Resultados, entre otros) para el logro del ejercicio efectivo al derecho a la salud, así como la congruencia entre estos mecanismos y las poblaciones, los objetivos, las coberturas, los presupuestos y los indicadores de dichos Pp.

Para tal efecto, se analiza la coherencia de las intervenciones con base en información de gabinete e información recabada en campo, a través de cuestionarios y entrevistas a personas clave en la gestión y operación de los programas seleccionados. El análisis se enfoca en la identificación de los elementos relevantes de los Pp relacionados con las acciones adicionales en salud y los mecanismos planteados en los cambios a la LGS, para el logro del ejercicio efectivo al derecho. Para ello, a través del análisis de los cambios a la LGS, se identificaron los principales atributos que derivan de la misma como aspectos de diseño o mecanismos para la garantía del derecho a la protección de la salud que se espera se expresen en la documentación de los Pp. Asimismo, este conjunto inicial de atributos se complementó con elementos adicionales identificados en el Programa Sectorial de Salud 2018-2024.

La información fue procesada utilizando un marco analítico definido e instrumentado a partir de una rúbrica (Oakden, 2013) para medir la coherencia en el diseño de los principales mecanismos de operación de los programas presupuestarios, tomando como referencia los atributos y premisas principales de los cambios a la ley. A partir de estos atributos, la rúbrica permite identificar niveles de coherencia considerando el grado en el cual cada atributo está contemplado en el diseño de los Pp, y en sus aspectos normativos de implementación. El objetivo de la rúbrica fue analizar, desde la perspectiva de las modificaciones normativas establecidas en la LGS, reformada en diciembre de 2019, la coherencia del diseño y de los principales mecanismos de financiamiento, implementación y coordinación de los Pp con el logro del acceso efectivo al derecho. Con la rúbrica se analizó cada Pp considerado para el estudio, señalando para cada elemento su coherencia y el sustento de esta en los documentos disponibles del programa.

La rúbrica está conformada por 27 atributos, los cuales se organizan en cuatro temáticas: Diseño (doce atributos), Financiamiento (cuatro atributos), Implementación (siete atributos), y Coordinación (cuatro atributos). De estos 27 atributos, 19 se desprenden de las modificaciones a la LGS, cinco son de diseño o relacionados con las dimensiones analizadas por el CONEVAL en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, y tres son relacionados con los recursos financieros de los Pp.

Los 19 atributos para calcular el grado de coherencia de cada uno de los programas con relación a la LGS están enfocados en resaltar cuáles son los programas que consideran, en el diseño de la normatividad aplicable, la operación del INSABI y las premisas esenciales del acceso a la salud para personas sin seguridad social, por lo que una asignación “baja” debe ser interpretada en el sentido de que existen áreas de mejora que deben ser implementadas para que el sistema pueda actuar de manera integral para resolver el programa público. Por lo tanto, las cuatro dimensiones de análisis para medir la coherencia interna están orientadas a identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en el diseño conjunto de intervenciones enfocadas a las personas sin seguridad social; y buscan esbozar sus implicaciones frente a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, referidos en los capítulos anteriores.

Desde la perspectiva de este análisis, los atributos son necesarios para la alineación (y en ese sentido, coherencia) de los Pp hacia la lógica del acceso efectivo a la salud; por ello, se considera que todos los Pp analizados deben incluirlos, ya sea de forma explícita o implícita. Los atributos considerados se

muestran en la figura 3. Entre paréntesis se indica cuáles derivan de las reformas a la LGS y cuáles a las dimensiones del derecho.

Figura 3. Rúbrica para el análisis del diseño y coherencia de las intervenciones derivadas de los cambios a la Ley General de Salud

Diseño

1. Propósito/objetivo con alineación es clara y explícita con alguna de las dimensiones del derecho a la protección de la salud (D)
2. Población objetivo incluye a las personas sin seguridad social (LGS)
3. Criterio de residencia en el país para recibir atención (LGS)
4. Criterio de universalidad en el diseño del programa (LGS)
5. Criterio de igualdad en el diseño del programa (LGS)
6. Criterio de inclusión en el diseño del programa (LGS)
7. Criterio de gratuidad en el diseño del programa (LGS)
8. Mecanismos para la extensión progresiva de servicios en el diseño (LGS)
9. Abordaje de atención preventiva integral (LGS)
10. Identificación de complementariedades con otros programas (D)
11. Criterio de regionalización y escalonamiento (LGS)
12. Indicadores claros, relevantes, monitoreables y adecuados para su seguimiento y evaluación (D)

Coordinación

24. Explicita la coordinación entre Federación y estados (LGS)
25. Explicita la coordinación con otras instituciones del sector y fuera de este (LGS)
26. Mecanismos de interacción con el INSABI (LGS)
27. Centralización de responsabilidades en la ejecución del programa a través del INSABI (LGS)

Financiamiento

13. Mecanismos de financiamiento solidario entre Federación y estados (LGS)
14. Recursos asignados en el ejercicio 2021 (P)
15. Recursos programados para el ejercicio 2022 (P)
16. Explicita más de una fuente de financiamiento para garantizar su operación (P)

Implementación

17. Explicita mecanismos para asegurar la disponibilidad de los servicios o bienes del Pp (D)
18. Contiene los mecanismos para la operación en Redes Integradas de Servicios de Salud (LGS)
19. Se identifica la relación con el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) (LGS)
20. Contiene los mecanismos para impulsar la calidad a los servicios (LGS)
21. Contiene los mecanismos para el acceso gratuito a servicios (LGS)
22. Mecanismos para el acceso sin discriminación a servicios (LGS)
23. El logro de la meta de algún indicador del programa contribuye al cumplimiento de alguna(s) de la(s) dimensión(es) del derecho a la protección de la salud. (D)

Atributos: LGS: modificaciones a la Ley General de Salud; D: elementos de diseño o dimensiones para el análisis del acceso efectivo al derecho, y P: financiamiento.

Fuente: elaborado por el CONEVAL con información del Análisis del diseño y coherencia de las intervenciones derivadas de los cambios a la Ley General de Salud proporcionado por el CIPPS.

El análisis de los atributos planteados a partir de las dimensiones del derecho a la protección de la salud se llevó a cabo a partir de la conceptualización en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* (CONEVAL, 2018). En cuanto a la accesibilidad, se identifican tres elementos centrales: las condiciones físicas, aspectos económicos y la información que permita a la población el ejercicio del derecho a la salud; por lo que se refiere a la disponibilidad, se identifican dos condiciones esenciales: aquellas relacionadas con los recursos mínimos indispensables para el otorgamiento de los bienes y

servicios que el Sistema de Salud tiene por obligación proveer a la población y las relacionadas con los servicios básicos que impactan el entorno en el cual se desenvuelven las personas, y que pueden contribuir a la preservación de la salud o a su deterioro; y finalmente, para la dimensión de calidad, se plantean como subdimensiones la seguridad, la efectividad, y la atención centrada en la persona.

En términos generales, la dimensión del diseño de esta rúbrica tiene el objetivo de investigar si el programa en su marco normativo contempla las condiciones para garantizar el acceso a las personas sin seguridad social que se encuentren en el país, regidos por los criterios de universalidad, igualdad, inclusión y gratuidad al momento de requerir los servicios de salud, medicamento y demás insumos asociados (artículo 35, LGS). Asimismo, esta dimensión busca identificar si el propósito de la intervención es claro y explícito con alguna de las dimensiones del derecho a la salud y si, por lo tanto, en su definición hace referencia a personas sin seguridad social.

La dimensión de financiamiento tiene el propósito de realizar una revisión descriptiva sobre los mecanismos de asignación de recursos en los ejercicios fiscales 2021 y 2022, evaluando si los programas hacen explícita más de una fuente de financiamiento para garantizar su operación, y si existen mecanismos solidarios entre Federación y estados. Es preciso mencionar que esta dimensión tiene el principal objetivo de exponer la variación presupuestal en el último año de operación de los programas.

Para la dimensión de implementación, el análisis está enfocado en identificar si existen los mecanismos necesarios para asegurar la disponibilidad de los bienes o servicios del programa presupuestario, que garanticen la calidad de los servicios y permitan el acceso gratuito y sin discriminación. De igual forma, busca exponer la relación que existe en la normatividad aplicable con el SABI y las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Por último, la dimensión de coordinación tiene el objetivo de ubicar en la normatividad aplicable si es explícita la coordinación entre Federación y estados; así como con otras instituciones del sector y fuera de este. Esta dimensión también considera si las políticas públicas analizadas tienen mecanismos de interacción con el INSABI y si es explícita la centralización de responsabilidades en la ejecución del programa por parte de esta institución.

Para sustentar la respuesta para cada atributo, se revisaron los documentos normativos para cada uno de los Pp⁵⁵, que se complementan con información de las entrevistas y cuestionarios. En cada caso, en la respuesta se señala la referencia específica al documento que contiene el atributo respectivo. Con base en la documentación disponible para cada programa, cada uno de los 27 atributos se analizan considerando tres posibilidades:

- i. existe una mención explícita de los atributos en los documentos disponibles sobre el programa;
- ii. no hay una mención explícita, pero está considerado implícitamente en la implementación;
- iii. no se considera el atributo en el Programa presupuestario.

⁵⁵ Para el análisis de la coherencia se consideraron los documentos de diagnóstico para los programas, las evaluaciones disponibles, la Matriz de Indicadores para Resultados, las Fichas de Monitoreo y Evaluación, las Reglas de Operación, Lineamientos u otros documentos relevantes.

A partir de lo anterior, se asigna un grado de coherencia, de acuerdo con los siguientes criterios:

- Coherencia alta, si al menos el 66% de los atributos eran mencionados de manera explícita o implícita en los documentos normativos disponibles sobre el programa;
- Coherencia media, si del 34% al 65% de los atributos eran mencionados de manera explícita o implícita en los documentos normativos disponibles sobre el programa;
- Coherencia baja, si menos del 33% de los atributos eran mencionados de manera explícita o implícita en los documentos normativos disponibles sobre el programa.

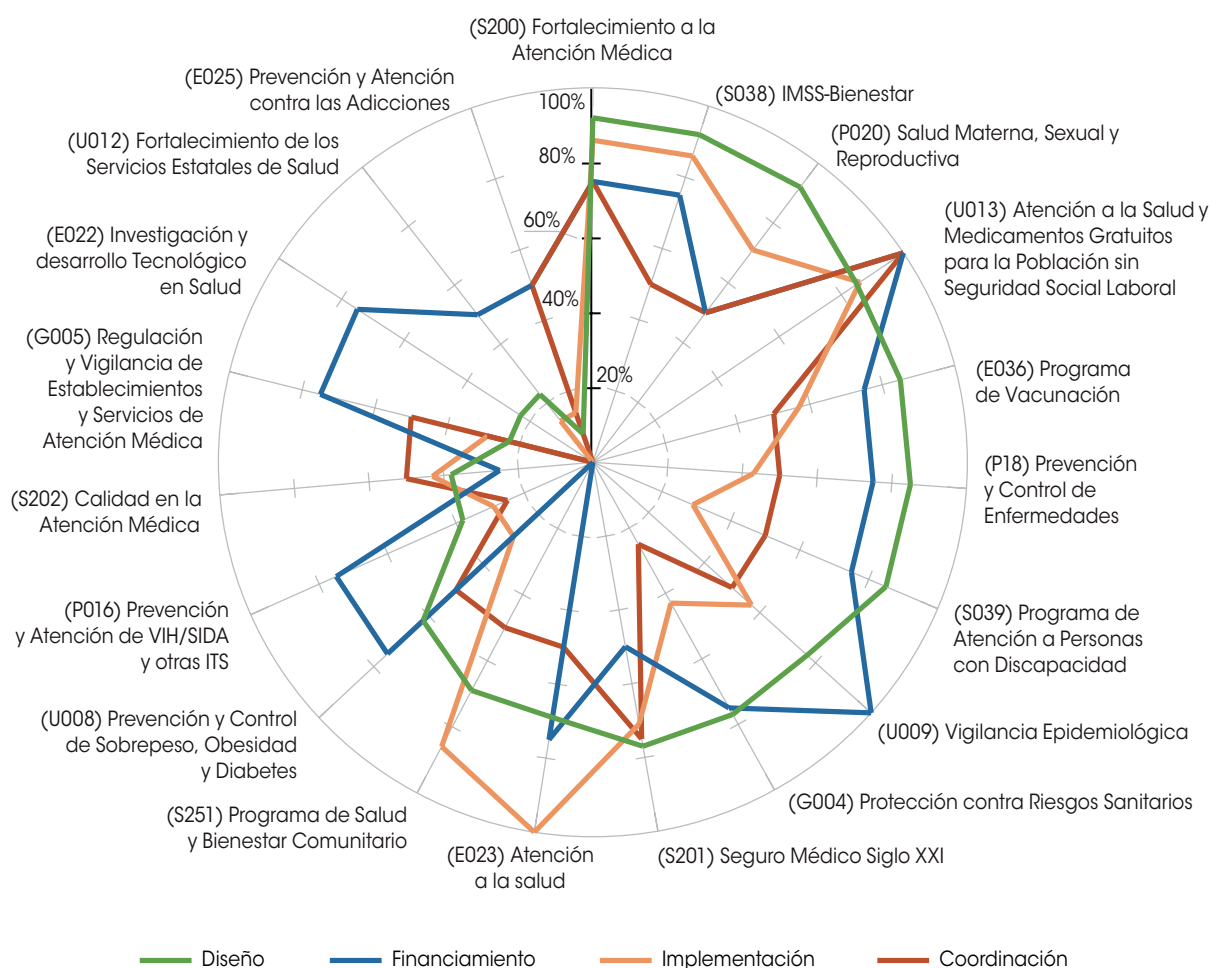
La segunda parte consiste en el análisis de la coherencia en conjunto del diseño de los Pp para contribuir a garantizar el ejercicio efectivo al derecho a la salud, con base en los resultados obtenidos de las rúbricas por programa. A partir de los hallazgos para el conjunto de los Pp, se generó un análisis integral que permite identificar su contribución conjunta a la garantía del acceso efectivo a la salud, así como los retos, debilidades o áreas de oportunidad de la política pública en este ámbito —entendiendo que la operacionalización de esta ocurre a través de los Pp— para avanzar hacia las metas establecidas en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

La coherencia integral o conjunta se realiza considerando que cada uno de los Pp está circunscrito dentro de un área de política para la atención a la salud: servicios de salud a la población sin seguridad social, atención y prevención de enfermedades, calidad en la atención médica e investigación y desarrollo. De esta manera, se analiza la coherencia conjunta de los programas en dichas áreas de atención y se provee una valoración cualitativa sobre qué categorías tienen oportunidades de mejora en su normatividad para garantizar el acceso efectivo al derecho a partir de las reformas de la ley.

Resultados

Del análisis realizado, en primer lugar, se identifica la coherencia individual o interna de las intervenciones, que mide en qué grado las políticas de salud seleccionadas, si consideran, desde su diseño normativo, los atributos correspondientes al acceso efectivo al derecho. La gráfica 13 muestra los resultados de este análisis para las intervenciones consideradas; se presentan los porcentajes agregados por temática de atributos considerados ya sea explícita o implícitamente, ordenados de acuerdo con el puntaje total obtenido en dirección opuesta a las manecillas del reloj.

Gráfica 13. Resumen de los puntajes de coherencia de los programas presupuestales analizados



Fuente: elaborado por el CONEVAL con información del Análisis del diseño y coherencia de las intervenciones derivadas de los cambios a la Ley General de Salud.

Como se observa, del conjunto de programas, 7 son los que resultan coherentes en el ámbito de diseño, si bien en lo general con porcentajes menores para el ámbito de implementación. Sin un patrón definido, los programas con mayor coherencia en el diseño son tanto de atención como de prevención, y de diferentes modalidades.

Asimismo, se identifica que el Programa Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (U013), una de las intervenciones con mayor presupuesto y de más reciente creación, tiene una alta coherencia en cuanto a financiamiento y coordinación se refiere, pero en menor grado para el caso de diseño e implementación. De acuerdo con los resultados, únicamente cuatro programas resultan, en promedio, con alta coherencia en los atributos derivados de los cambios en la LGS y las dimensiones del derecho a la protección de la salud, el Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (U013), el Programa IMSS Bienestar (S038), Atención a la Salud (E023) y el de Fortalecimiento a la Atención Médica (S200). El U013 y el S038 refieren explícitamente la atención a la población sin seguridad social

y en el caso del S200 está dirigido a la atención en las zonas más marginadas del país, donde solo es viable la atención a través de unidades médicas móviles, mientras que el E023 financia atención médica especializada en los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencia y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

El Programa de Salud Materna, Sexual y Reproductiva (P020) es menos coherente, pero se alinea explícita o implícitamente con el 75% de los atributos analizados; este programa financia acciones preventivas, de promoción y de atención oportuna más específicas, relacionadas con la salud materna, sexual y reproductiva también dirigidas a la misma población sin seguridad social, pero a determinados grupos etarios.

Por lo que se refiere al financiamiento, se observan retos para la mayoría de los programas, los cuales en lo general están asociados con la ausencia de recursos, y en segunda instancia por la ausencia de mecanismos de financiamiento solidario entre Federación y estados. En el ámbito de implementación, cinco programas resultan coherentes en más del 80% de los atributos y de estos, tres tienen porcentajes altos en el Diseño, Fortalecimiento de Atención Médica, Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral e IMSS-Bienestar. Los programas con mayor coherencia en implementación son programas con actualizaciones normativas recientes. En el ámbito de coordinación se observa el mayor reto, ya que únicamente un programa resultó coherente en más del 80% de los atributos (Atención a la salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral) (véase grafica 13).

Adicionalmente, para facilitar la interpretación de los resultados, se identifica un área de atención a la cual se encuentran asociados los Pp, de manera que es posible analizar la coherencia conjunta en las siguientes categorías: servicios de salud a la población sin seguridad social, atención y prevención de enfermedades, calidad en la atención médica e investigación y desarrollo. En este sentido, es posible visualizar qué categorías tienen áreas de mejora a partir de la reforma a la ley. El cuadro 11 muestra los resultados generales de esta medición.

Cuadro 11. Grado de coherencia conjunta de los programas de acuerdo con la métrica

Área de atención del derecho social	Nombre del programa	Grado de coherencia			
		Diseño	Financiamiento	Implementación	Coordinación
Servicios de salud	IMSS-Bienestar (S038)	Alto	Alto	Alto	Medio
	Salud Materna, Sexual y Reproductiva (E020)	Alto	Medio	Alto	Medio
	Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (U013)	Alto	Alto	Alto	Alto
	Seguro Médico Siglo XXI (S201)	Alto	Medio	Alto	Alto
	Atención a la Salud (E023)	Alto	Alto	Alto	Medio
	Programa de Salud y Bienestar Comunitario (S251)	Alto	Bajo	Alto	Medio
Atención y prevención de enfermedades	Fortalecimiento a la Atención Médica (S200)	Alto	Alto	Alto	Alto
	Programa de Vacunación (E036)	Alto	Alto	Medio	Medio
	Prevención y Control de Enfermedades (P018)	Alto	Alto	Medio	Medio
	Programa de Atención a Personas con Discapacidad (S039)	Alto	Alto	Bajo	Medio
	Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008)	Medio	Alto	Bajo	Medio
	Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS (P016)	Medio	Alto	Bajo	Bajo
	Prevención y Atención Contra las Adicciones (E025)	Bajo	Medio	Bajo	Medio
	Vigilancia Epidemiológica (U009)	Alto	Alto	Medio	Medio
Calidad en la atención	Protección Contra Riesgos Sanitarios (G004)	Alto	Alto	Medio	Bajo
	Calidad en la Atención Médica (S202)	Medio	Bajo	Medio	Medio
	Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica (G005)	Bajo	Alto	Bajo	Medio
Investigación y desarrollo	Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud (U012)	Bajo	Medio	Bajo	Bajo
	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud (E022)	Bajo	Alto	Bajo	Bajo

Fuente: elaborado por el CONEVAL con información del Análisis del diseño y coherencia de las intervenciones derivadas de los cambios a la Ley General de Salud y del Inventario CONEVAL Programas y Acciones de Desarrollo Social.

De lo anterior se identifica que aquellos programas orientados a brindar servicios de salud, por sus características y diseño normativo, están más alineados con las reformas a la LGS; como es el caso del IMSS-Bienestar, el Programa de Salud Materna, Sexual y Reproductiva, Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social, Atención a la Salud y el Programa de Salud y Bienestar Comunitario. Esta coherencia relativa deriva de que sus objetivos buscan brindar atención a las personas sin seguridad social, enfocando sus mecanismos al acceso efectivo al derecho.

El Programa Atención a la Salud (E023) y el Programa de Vacunación (E036) son programas cuyas acciones están dirigidas a prestar servicios de salud, aunque estos dos están dirigidos a la población en general, incluyendo a la no protegida por la seguridad social. Su grado de coherencia es menor de 100% debido a que el E023 limita su cobertura a la atención especializada en la red de servicios coordinada por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, mientras que el E036 ofrece servicios de vacunación. Para alinearse mejor con los cambios a

la LGS deberían establecer mecanismos explícitos de coordinación con el INSABI para articular mejor sus acciones. Estas acciones preventivas de la vacunación y las acciones curativas de la atención especializada junto con la atención primaria de la salud a cargo del INSABI permitiría crear sinergias y con ello contribuir a garantizar el ejercicio efectivo de la protección a la salud.

El Programa de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud (E022) y el Programa de Prevención y Atención contra las Adicciones (E025), los dos programas con el menor puntaje de coherencia, a pesar de ser programas de prestación de servicios, tienen poblaciones y fines más acotados que los propuestos por los cambios a la LGS y no tan directamente vinculados con el ejercicio efectivo al derecho a la salud. El primero brinda apoyos a la investigación para generar evidencia científica en los Institutos Nacionales de Salud y otros establecimientos de salud donde se realiza investigación, mientras que el segundo realiza acciones de prevención y atención dirigidas a la población adolescente de 12 a 17 años con el propósito de disminuir el consumo de sustancias adictivas.

Coherencia en el diseño de los programas

En cuanto al diseño, los programas-IMSS Bienestar (S038), Programa de Salud Materna, Sexual y Reproductiva (P020), Fortalecimiento de la Atención Médica (S200), Atención a Personas con Discapacidad (S039), Programa de Prevención y Control de Enfermedades (P018), Programa de Vacunación (E036) y Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población Sin Seguridad Social (U013) resultaron coherentes con los cambios a la LGS porque están orientados a los servicios de salud que se brindan a las personas, incluyendo los que también financian acciones de salud pública. El U013, administrado por el INSABI, resultó el de menor coherencia de estos siete programas, porque a pesar de estar dirigido a lograr el acceso efectivo de la población sin seguridad social, su población objetivo está definida como los establecimientos de salud, preferentemente del primer nivel de atención.

En general, los programas que resultan menos coherentes con las reformas a la LGS, en el ámbito de su diseño normativo, son aquellos orientados a asegurar la calidad en la atención médica y en fomentar la investigación y desarrollo tecnológico en salud, particularmente porque ha quedado pendiente la armonización de sus lineamientos operativos con las premisas principales de la reforma. Hay otros casos, como el programa de Prevención y Atención contra las Adicciones, que presenta una coherencia relativamente baja, pues en la delimitación de la población objetivo, personas de 12 a 17 años, excluye de sus directrices normativas a un porcentaje importante de la población que también está dentro de las causas que originan el problema público que atienden.

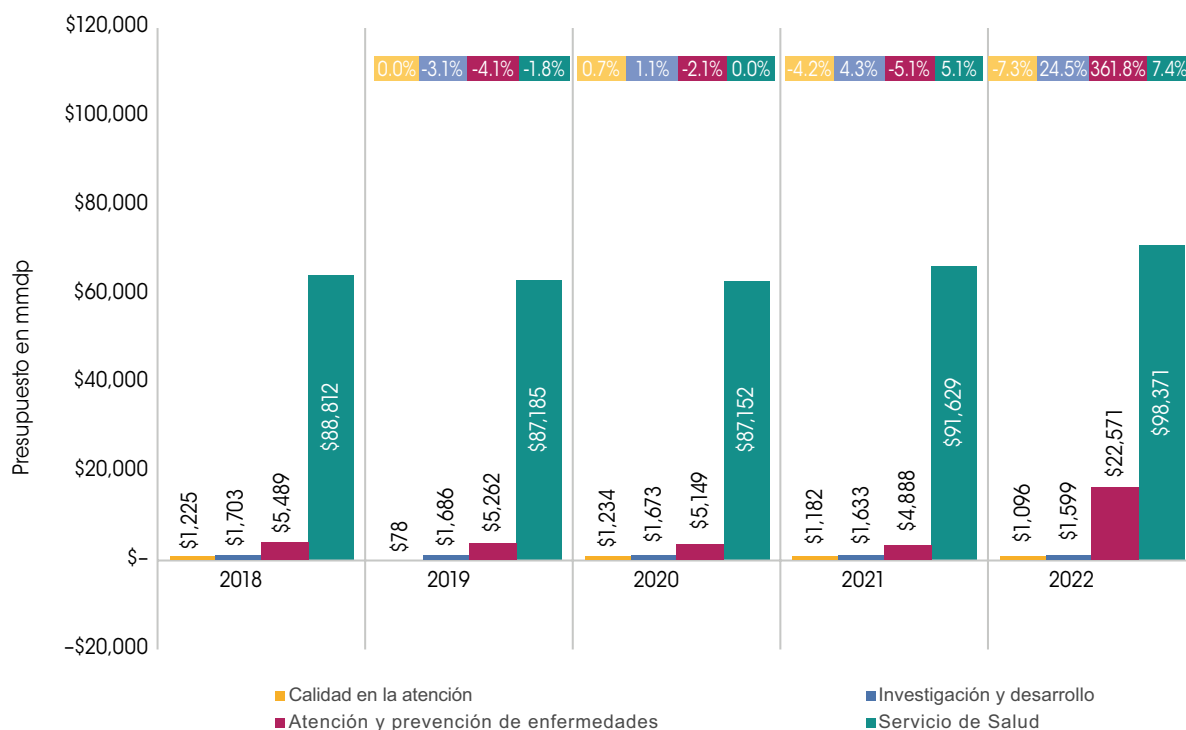
A partir de las entrevistas con funcionarios estatales sobre los Pp a cargo de los Servicios Estatales de Salud se encontró que hay una línea directa de comunicación con los enlaces de Pp a nivel federal; que los funcionarios estatales responsables de la operación de los Pp desconocen el marco normativo de estos, sobre todo, de los que no están sujetos a reglas de operación (marco normativo, problema que persiguen resolver, árboles de problemas y objetivos, matrices de indicadores), además, no reciben retroalimentación de parte de sus enlaces federales sobre los resultados de las evaluaciones y los aspectos susceptibles de mejora.

Coherencia en el financiamiento de los programas

Por el lado del financiamiento, el presupuesto asignado a los programas presupuestarios ha tenido un incremento constante desde 2018 (gráfica 14). No obstante, es posible identificar algunas debilidades en este rubro al momento de desagregar la información en las diferentes áreas de atención, en particular en la Calidad en la Atención. Este conjunto de programas ha tenido constantes disminuciones desde 2019. Por ejemplo, el programa U012 Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud, cuya finalidad es transferir recursos para cubrir el pago de las provisiones que permitan mantener la homologación salarial del personal que fue regularizado y formalizado, fue suspendido en 2019. Un año después fue reincorporado al Presupuesto de Egresos de la Federación, con un presupuesto de \$1,600 millones, sin embargo, de acuerdo con la Cuenta Pública 2020, los montos no fueron ejercidos. Asimismo, el programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos de Atención Médica (G005) tuvo una disminución del 29% de su presupuesto en 2020 y, desde entonces, el incremento presupuestal ha sido mínimo.

Los aumentos más importantes en el presupuesto aprobado para los instrumentos seleccionados se dieron en 2022 para los Programas de Vacunación y el Programa IMSS-Bienestar. Para el primero, el incremento tiene relación con los retos derivados de la pandemia y la necesidad de inmunizar a la mayor cantidad de personas en el menor tiempo posible. Por otro lado, el IMSS-Bienestar tuvo un incremento presupuestal en 2022 del 63% respecto del presupuesto que tuvo en 2021, que responde al objetivo de fortalecer de la institución para atender a las personas sin seguridad social, asociado al anuncio reciente de la estrategia para la federalización de los servicios de salud a través del IMSS-Bienestar (Vega, 2022).

Gráfica 14. Evolución del presupuesto aprobado para los programas presupuestarios analizados de 2018 a 2022 a precios constantes de 2013



Nota: solo se considera el presupuesto destinado a salud del programa PROSPERA para 2018 y 2019

Fuente: elaborado por el CONEVAL con información del Presupuesto de Egresos de la Federación de 2018 a 2022, inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social de 2018 a 2019 y Listado CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2021 y 2022.

El aumento presupuestal para el programa IMSS-Bienestar podría fortalecer las capacidades operativas del personal médico al momento de brindar el servicio a la población sin seguridad social, particularmente, en zonas prioritarias. Por ejemplo, una persona entrevistada del IMSS-Bienestar reportó que en algunas localidades el presupuesto que les es asignado limita el desempeño para proveer el servicio de manera eficiente:

otra de las cosas que nos falta es el presupuesto para poder ampliar nuestros hospitales y tener mayores especialidades. Esto favorecería a la población en diferentes regiones de nuestro estado, porque al tener una especialidad más, por ejemplo, traumatología, nuestros pacientes no tendrían que trasladarse a hospitales más lejanos, sino que podríamos resolver los problemas cerca de sus hogares, sin dañarles el bolsillo.

El problema de financiamiento es que sus efectos, al final, se trasladan a las personas usuarias, que tienen que buscar alternativas para la atención que generan los gastos empobrecedores o de bolsillo para tener acceso al servicio de salud.

Por otro lado, el tema presupuestal impacta en la renovación de infraestructura para proveer servicios de calidad a las personas sin seguridad social. En otra de las entrevistas, un funcionario del IMSS-Bienestar hizo referencia a esta condicionante:

yo creo que nuestras unidades médicas y nuestros hospitales se crearon hace 40 años, y estamos hace 40 años con los mismos recursos, con la misma maquinaria [...] no ha habido mucha renovación, hay cosas muy viejas en nuestros hospitales, hay máquinas de rayos X que están viejísimas, autoclaves que están viejísimas [...] y el presupuesto sigue estando a la baja desde que yo me acuerdo, siempre hemos estado a la baja, en medicamentos hemos estado a la baja.

Esta restricción presupuestal ha llevado a que algunos servidores públicos recurran a diferentes estrategias burocráticas para brindar la atención médica y hacer eficiente el gasto.

Asimismo, de las entrevistas con funcionarios estatales encargados de los programas, se identifican algunos hallazgos sobre el financiamiento, entre los que destacan: fallas en la comunicación entre los responsables operativos de los programas en el ámbito estatal y los funcionarios responsables de la planeación y administración para la integración de los proyectos de presupuesto de dichos Pp; no existe evidencia documental de los mecanismos para la programación del presupuesto del U013, siendo la principal fuente de financiamiento de las 32 entidades federativas para garantizar la prestación de servicios de primer y segundo nivel de forma gratuita; aunque siempre ha habido retraso en la asignación de los recursos federales, a raíz de los cambios a la LGS, se observaron mayores retrasos en las ministraciones de recursos estatales; se consideran bajos los precios de referencia establecidos por el INSABI y señalan la falta de medicamentos, y finalmente, se refiere una disminución de recursos presupuestales para la operación de los servicios de salud a partir de la desaparición del programa Prospera, lo cual impactó en una reducción del personal de salud, en una menor capacitación y equipamiento, así como en el descenso de la cobertura efectiva de medidas preventivas.

Coherencia en la implementación de los programas

La dimensión de implementación tiene un comportamiento parecido a la dimensión del diseño normativo. En este caso, los programas asociados con el área de Servicios de Salud tienen una mayor coherencia, mientras aquellos asociados a las áreas atención y prevención de enfermedades y calidad en la atención mantienen un grado menor de coherencia. Lo anterior deriva, en parte, de que en el marco normativo de los primeros es explícito el mecanismo para asegurar la disponibilidad de los servicios o bienes de los programas presupuestarios, los medios para la operación de Redes Integradas de Servicios de Salud, y hay una clara identificación con el Modelo de Salud para el Bienestar. No obstante, la parte del diseño contrasta con algunos hallazgos obtenidos en las entrevistas realizadas en el trabajo de campo, y que representan riesgos para garantizar el acceso a los servicios de salud.

Por un lado, de las entrevistas con funcionarios estatales, se identifican Pp que tienen debilidades en la documentación de su marco normativo y de operación, lo que significa que no existe homogeneidad en la ejecución de sus procesos de operación en las entidades federativas, aunque se trate del mismo Pp, con los mismos alcances y las mismas acciones a realizar. Asimismo, al momento de la entrevista, todavía se desconocía el contenido del nuevo SABI, y se señaló como cambio importante la disminución en las acciones de desarrollo infantil y estimulación impulsadas tanto por Prospera como por el Seguro Popular, aunque perciben con el INSABI un abordaje más integral de su cobertura, el cual implica, en teoría, una mayor accesibilidad a los servicios de salud por ya no requerirse la afiliación.

En el caso del área de Atención y prevención de enfermedades, aún existen áreas de mejora para alcanzar un grado mediano o alto de coherencia dentro de las reformas a la ley. El medio para fortalecer su alineación está en función de modificar el diseño normativo de los programas para incluir las premisas principales del Modelo SABI y las reformas a la LGS. No obstante, también habría que considerar que existen algunos retos importantes y obstáculos para fomentar la implementación de una cultura preventiva en el país, al menos desde el ámbito de aquellos programas orientados a las personas sin seguridad social. Un aspecto relevante es la desaparición de Prospera y las implicaciones para las personas que acudían a las pláticas preventivas que condicionaban el apoyo económico. De acuerdo con una persona entrevistada del IMSS-Bienestar:

una de las principales funciones era acudir a la Unidad Médica para su valoración cada 6 meses, derivado de que no se continuó con este proceso, ya mucha gente ha dejado de acudir a las Unidades Médicas; sin embargo, nosotros vemos de qué manera hacer para solventar [...] principalmente dando pláticas en las localidades del estado de forma intensiva, forma parte del universo de trabajo donde está ubicada la Unidad Médica Rural [...] que puede estar a 5 minutos, 10 minutos, 15 minutos, una hora, 2 horas, se puede semanalmente para dar pláticas a esa población, principalmente de cuidados de la salud, que es lo que estamos trabajando, que sí fue un duro golpe [...] sin embargo nosotros seguimos trabajando en el apoyo preventivo

Estos escenarios llevan a que el personal de salud tenga que brindar los servicios públicos enfrentando vacíos institucionales heredados de la desaparición de los programas, buscando hacer las mismas actividades con menos recursos (Hupe y Buffat, 2014). En este sentido, el personal médico que continuó en su trabajo ante el recorte presupuestario con la terminación de Prospera, enfrentó la existencia de incertidumbre, ante la ausencia de lineamientos claros o capacidades de implementación, y pocas facilidades en el acceso a las personas, teniendo como consecuencia la disminución de las personas interesadas en las pláticas preventivas, la pérdida de eficiencia en el trabajo de primera línea y mayor presión en el desempeño de sus funciones (Campos y Peeters, 2022). Consecuentemente, esta serie de incertidumbres revelan la necesidad de fortalecer los lineamientos de cada programa, para brindar directrices claras sobre cómo desempeñar las funciones asociadas a las premisas de la LGS.

En términos del Cumplimiento Efectivo de Metas (CEM) de los programas presupuestarios⁵⁶ para 2020, solamente los programas Atención a la Salud y Calidad en la Atención Médica presentaron un rango destacado para este rubro, con un cumplimiento efectivo de metas del 99% y 91%, respectivamente. Por otro lado, los programas presupuestarios que presentan un grado de cumplimiento efectivo bajo son el programa de Prevención y Atención Contra las Adicciones y el de Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, con un 53% y 68%, respectivamente (CONEVAL, 2021e). Para el primer caso, el resultado está por debajo de lo programado debido al cierre de instituciones educativas durante el confinamiento social causado por la pandemia, en donde si bien los Centros de Atención Primaria en Adicciones continuaron prestando servicios a la población, se disminuyeron las acciones presenciales y se continuó el trabajo vía remota (SHCP, 2021).

Para el caso del Programa Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes la meta no fue alcanzada debido a que los servicios de salud en el primer nivel de atención tuvieron una disminución significativa de la afluencia de pacientes por el confinamiento, tanto para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias), como para la detección de las mismas; por lo que el programa empleó estrategias de seguimiento para el control de los pacientes con enfermedades crónicas, las cuales no fueron suficientes para alcanzar las cifras de control; aunado al confinamiento que produjo deficiencias en el automanejo de la enfermedad en personas con diagnósticos (SHCP, 2021).

Los programas presupuestarios con rangos de CEM deficiente fueron el Programa de Vacunación, Programa de Atención a Personas con Discapacidad y Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (cuadro 12). El CEM deficiente para el Programa de Vacunación deriva de las medidas de prevención y contención de la propagación de la COVID-19, ocasionando una baja demanda de los biológicos en las Unidades de Salud y a la reasignación del personal de vacunación de los Centros de Salud a los módulos de aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2, así como la falta de disponibilidad de biológicos por parte de los laboratorios productores (SHCP, 2021); mientras que para el Programa de Atención a Personas con Discapacidad, llama la atención que cumple con el 99% en el logro de su indicador de gestión, pero cuenta con un 25% en su indicador de resultados debido a que no se cuenta con información completa sobre el avance en su indicador de resultados (SHCP, 2021).

Para el caso del Programa Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social, aparece con 0% de cumplimiento debido a que la MIR estuvo en proceso continuo de modificación para alinearla con los objetivos del INSABI, el resultado deriva de la falta de información (CONEVAL, 2021e; SHCP, 2021).

⁵⁶ El cumplimiento efectivo de metas es una metodología que se fundamenta en tres grandes elementos: i) el cumplimiento de metas considerando la planeación de estas; ii) la calidad de los indicadores; y iii) la congruencia en el ajuste de las metas ante modificaciones presupuestales. Cfr. CONEVAL (2021d). *Informe del Cumplimiento Efectivo de Metas de los Programas y Acciones Sociales 2020*, disponible en https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/informes/Informe_Cumplimiento_efectivo_de_metas_2020.pdf

Cuadro 12. Cumplimiento efectivo de metas de los Programas Federales de Desarrollo Social , México, 2020

Programa	Número de indicadores Resultados	Número de indicadores Gestión	Nivel de logro Resultados	Nivel de logro Gestión	CEM	Rango
Atención a la Salud	1	10	100%	96%	99%	Destacado
Calidad en la Atención Médica	2	2	88%	100%	91%	Destacado
Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	2	7	80%	71%	77%	Adecuado
Fortalecimiento a la Atención Médica	3	5	86%	57%	77%	Adecuado
Programa de Salud y Bienestar Comunitario	1	2	72%	100%	80%	Adecuado
Vigilancia Epidemiológica	1	3	71%	100%	80%	Adecuado
Prevención y Atención Contra las Adicciones	1	7	44%	74%	53%	Bajo
Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	3	3	71%	63%	68%	Bajo
Programa de Vacunación	1	5	0%	66%	20%	Deficiente
Programa de Atención a Personas con Discapacidad	1	1	25%	99%	47%	Deficiente
Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral	2	3	0%	0%	0%	Deficiente

Fuente: elaboración propia con información de CONEVAL (2021d). *Informe del Cumplimiento Efectivo de Metas de los Programas y Acciones Sociales 2020*, disponible en https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/informes/Informe_Cumplimiento_efectivo_de_metas_2020.pdf.

Coherencia en la coordinación de los programas

En el caso de la coordinación, de forma conjunta, los Pp cumplen en promedio, total o parcialmente, con poco más de la mitad de los atributos considerados en este apartado; es relevante señalar que la principal carencia de los Pp en términos de coordinación es la ausencia de mecanismos de interacción con el INSABI, manifiesta en la falta de una referencia a esta instancia que normativamente tiene la responsabilidad de la atención de las personas sin seguridad social en el país.

Por ello, es necesario hacer explícitos los medios a partir de los cuales el INSABI opera y coordina las acciones en materia de servicios de salud, prevención, calidad e investigación y desarrollo. Más aún cuando existen mecanismos claros para la interacción entre Federación y estados en los diferentes Pp que operan la política de salud en el país y, en menor medida, con otros sectores relacionados con la salud, desde una perspectiva de determinantes sociales, pero en la documentación de la mayoría de los Pp no se ha incorporado la vinculación con el INSABI. A pesar de que esta falta de coordinación puede relacionarse con el desfase temporal en la formulación de los documentos y la puesta en marcha del INSABI, es indispensable una revisión integral que articule la operación de los Pp con el INSABI, para asegurar la atención coordinada a la población sin seguridad social.

En ese sentido, los funcionarios estatales refirieron que con el INSABI tienen una coordinación menos estrecha que con su antecesor, aunque algunos lo atribuyeron a su reciente creación, la mayoría manifestó percibir tanto una menor coordinación con las autoridades federales como una falta de dirección por parte del INSABI.

De manera general, es necesario armonizar los Pp como mecanismo operativo de la política pública, actualizando los aspectos normativos relevantes para asegurar que se expliciten los mecanismos que contribuyen al logro de la protección a la salud, o en su caso, la vinculación de los Pp (las complementariedades entre los mismos), de forma que articuladamente se logren los atributos propuestos.

En los resultados señalados para los Pp es claro que aquellos que han sido reformulados a partir de la propuesta de política pública vigente resultan con una mayor coherencia, pero incluso en estos casos, no necesariamente se reflejan de forma explícita los mecanismos para contribuir al acceso a la protección de la salud.

Por lo tanto, un proceso de revisión integral de la lógica expresada en los Pp puede permitir esta armonización en conjunto que exprese articuladamente cómo el conjunto de los programas, como expresión operativa de la política en salud, facilitan la protección de la salud de la población en México.

Es relevante considerar que si bien el enfoque de los Pp analizados es, en lo general, en la población sin seguridad social, la armonización señalada implica también una revisión en conjunto con los programas equivalentes en las instituciones de seguridad social, considerando que uno de los ejes centrales de la política expresada en las modificaciones a la LGS es la universalidad de la protección a la salud, entendida como el acceso que tienen todas las personas en el país a servicios de salud integrales, y en esta lógica, servicios equivalentes.

Finalmente, en cuanto a la coherencia de los programas respecto de las dimensiones del derecho a la protección de la salud, es decir, acceso, disponibilidad y calidad, de forma conjunta, los Pp revisados muestran intervenciones que se complementan parcialmente para aportar a estas dimensiones, en particular en lo que se refiere al acceso y la disponibilidad de los servicios, en tanto que un conjunto de los Pp se enfoca en evitar barreras de acceso, mediante la provisión de servicios sin costo para el usuario (gratuidad), y otros con la estructura para esta provisión (disponibilidad).

No obstante, en lo que se refiere a la disponibilidad, los mecanismos planteados están más relacionados con la provisión a través de la estructura disponible y menos con fortalecer esta estructura para asegurar que existan espacios suficientes para toda la población en los servicios disponibles. La dimensión que muestra mayores retos es la relacionada con la calidad de los servicios, al no identificarse mecanismos que, de forma general, se enfoquen en fortalecer lo que se ha reconocido como un reto relevante para la atención a la salud en México.

Similitudes, complementariedades y sinergias entre las intervenciones de salud

En su diseño programático, un elemento importante para la identificación de áreas de oportunidad en la configuración de programas presupuestarios es analizar de qué manera el conjunto de dichos programas y acciones de desarrollo social interactúan. Este tipo de interacciones pueden ser de varios tipos, considerando los objetivos que persiguen, la población objetivo que atienden y los componentes que ofrecen: programas con similitudes, programas que se complementan, así como la identificación de las sinergias entre ellos.

Un programa se considera similar cuando presenta un grado de semejanza en sus características, ya sea porque cubre el mismo espacio de atención dentro del área de política, está enfocado a la misma población objetivo u otorga el mismo tipo de apoyo a las personas (CONEVAL, 2021c). Como se mencionó en la primera parte de este estudio, el Sistema Nacional de Salud en México está conformado por distintas instituciones que atienden a diferentes segmentos de la población de acuerdo con su condición laboral, cumplen por cuenta propia con las funciones de financiamiento, asignación de recursos y proveen de servicios públicos con poco o nulo intercambio entre ellas (Lloréns, González y Giedion, 2018).

La presencia de estos subsistemas de salud fomenta la existencia de programas presupuestarios con objetivos y apoyos similares dentro de cada institución, cuyas diferencias varían dependiendo del subconjunto de la población a la que atienden. Las intervenciones en esta situación ameritan la atención de las instancias responsables de su operación y de aquellas involucradas en el proceso presupuestario para analizar alternativas que podrían contribuir a potenciar su efectividad, eficacia y economía (CONEVAL, 2021c).

Por otro lado, la complementariedad mide el grado en el que los programas presupuestarios, en su interacción e interrelación, contribuyen a alcanzar el objetivo general del espacio de política en el que coexisten (Cejudo y Michel, 2016); es decir, la medida en que cada intervención está dirigida a cubrir un área de atención diferente del problema público dada su complejidad y multidimensionalidad. En este caso, para garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud, los responsables de las instituciones deben diseñar e implementar un conjunto de instrumentos enfocados en dar solución a cada una de las dimensiones del problema social: servicios de salud, atención y prevención de enfermedades, calidad en la atención, investigación y desarrollo y no discriminación; pero también, valorarse a partir de su focalización, para identificar si, aunque estén utilizando un mismo instrumento para un mismo objetivo, la suma de las personas atendidas incluye a toda la población objetivo del espacio de política.

En este contexto, cuando la coherencia entre las políticas públicas falla, y el sistema es extensivo en similitudes e insuficiente en complementariedades, la política en su conjunto pierde eficacia, y las acciones que desde cada instrumento se llevan a cabo terminan por tener un éxito parcial, en el mejor de los casos (Cejudo y Michel, 2016). Por lo tanto, del análisis de la coherencia entre los instrumentos seleccionados se deriva la identificación de similitudes y complementariedades con el objetivo de determinar posibles brechas de implementación o duplicidades que impliquen la existencia de personas que no tienen un acceso efectivo al derecho a la salud.

En el caso de las similitudes con otras intervenciones, el programa Atención a la Salud (E023), a cargo de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, tiene semejanzas con otros instrumentos pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La similitud se encuentra en que los objetivos y apoyos otorgados están enfocados en mejorar las condiciones de salud de la población objetivo, proporcionando atención hospitalaria y ambulatoria de alta especialidad. La principal diferencia es la población objetivo hacia la cual va dirigida; mientras que el primer programa está diseñado para la población sin seguridad social, los segundos están dirigidos a las personas que cuentan con un trabajo formal y están afiliados. Sucede en el mismo sentido con el Programa de Vacunación y los Programas de Prevención y Control de Enfermedades que tienen el IMSS e ISSSTE (cuadro 13).

Cuadro 13. Análisis de similitudes de los programas presupuestarios orientados a la población sin seguridad social

Programa presupuestario	Similitudes con otros programas	Instituciones	Categorización del objetivo del programa	Diferencias
Atención a la Salud (E023)	Atención a la Salud (E011) Atención a la Salud (E044)	IMSS ISSSTE	Mejorar las condiciones de salud de la población proporcionando atención hospitalaria y ambulatoria de alta especialidad	La población objetivo es distinta y está basada en características relacionadas con el estatus laboral y el régimen de seguridad social asociado
Programa de Vacunación (E036)	Prevención y Control de Enfermedades (E001) Prevención y Control de Enfermedades (E043)	IMSS ISSSTE	Prevención y atención de la salud	La población objetivo es distinta y está basada en características relacionadas con el estatus laboral y el régimen de seguridad social asociado
Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud (E022)	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud (E004) Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud (E015)	IMSS ISSSTE	Apoyos económicos para el desarrollo de investigaciones y producción científica de calidad sobre temas de salud prioritarios	El programa E004 está enfocado en problemas prioritarios de salud para el beneficio de los derechohabientes del IMSS y de la población mexicana en general; mientras que el E015 en los derechohabientes del ISSSTE

Fuente: elaborado por el CONEVAL con información del *Análisis del diseño y coherencia de las intervenciones derivadas de los cambios a la Ley General de Salud* proporcionado por el CIPPS y el documento *Consideraciones para el proceso presupuestario 2022*, CONEVAL (2021).

Este esquema de similitudes deriva de la existencia de subsistemas que atienden las mismas problemáticas de manera diferenciada e implica retos que afectan el ejercicio efectivo del derecho a la salud y que se han agravado debido a la pandemia por COVID-19. Estos retos fueron desarrollados en la primera sección de este documento, sin embargo, resulta necesario enfatizar la importancia de atender las brechas de financiamiento entre los subsistemas para asegurar el acceso universal a un sistema de salud de calidad y resolutivo, así como de atender los retos prevalentes en el acceso y disponibilidad de servicios en los tres niveles de atención (CONEVAL, 2021c).

En lo que respecta a la Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud para las instituciones analizadas, también hay similitudes. Los tres programas otorgan apoyos a profesionales en el área de la salud

adscritos al IMSS, ISSSTE, unidades hospitalarias que integran la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, por medio de financiamiento al desarrollo de investigaciones y producción científica de calidad, así como con el costo de publicación en revistas científicas. Este financiamiento es otorgado a investigaciones sobre temas de salud prioritarios para las poblaciones objetivo que atiende cada institución; sin embargo, se considera incluso una similitud en el perfil de sus poblaciones objetivo (investigadoras e investigadores en ciencias de la salud). Es pertinente una revisión de los mecanismos establecidos en sus convocatorias respectivas con el objetivo de potenciar la colaboración interinstitucional y establecer sinergias que promuevan una mayor efectividad de la investigación aplicada en la ciencia médica (CONEVAL, 2021c).

En el caso de las complementariedades, para alcanzar el objetivo del acceso efectivo al derecho a la salud, además de la coherencia que los programas presupuestarios deben tener en su diseño, es deseable que concurren entre ellos para lograr este objetivo.

Independientemente de que los programas presupuestarios de la Secretaría de Salud tienen subfunciones diferentes, como la rectoría del Sistema de Salud, la prestación de servicios de salud a la persona, la prestación de servicios a la comunidad, la protección social en salud y la generación de recursos para la salud, es relevante analizar su acción coordinada y conjunta a partir de los objetivos de cada programa presupuestario, así como la población objetivo a la que está dirigido y los componentes que ofrece. Para ello, se utiliza la definición de complementariedad de los programas: “Dos o más programas son complementarios cuando atienden a la misma población, pero los apoyos son diferentes; o bien cuando sus componentes son similares o iguales, pero atienden a diferente población”.⁵⁷

De esta manera, a partir de los análisis individuales de los programas presupuestarios y los resultados del cuadro 13 sobre similitudes entre programas presupuestarios, se derivan algunos elementos de interés:

- Los programas torales para operativizar los preceptos de la reforma a la LGS del 2019 son el Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social (U013) y el IMSS-Bienestar (S038). Estos programas tienen similares características (desde el enfoque de financiamiento y prestación de servicios de atención médica) y la misma población (población sin seguridad social), que es atendida a través de dos instituciones (INSABI e IMSS Bienestar), situación que obliga a definir de manera puntual los mecanismos de coordinación para evitar duplicidades o huecos en la gestión de los procesos de financiamiento, gestión y prestación de servicios a dicha población.⁵⁸
- Los programas de prevención y promoción de la salud, entre ellos y con respecto al programa Protección contra Riesgos Sanitarios (G004), en estricto sentido, no son complementarios, ya que se han diseñado para atender problemas concretos que son definidos de forma

⁵⁷ Glosario de evaluación de la política social: <https://www.CONEVAL.org.mx/Evaluacion/Paginas/Glosario-EVALUACION.aspx>.

⁵⁸ Con el anuncio de la federalización de los servicios de salud a cargo del IMSS-Bienestar, la oficina de comunicación del INSABI confirmó que las funciones de la institución se limitarían al abasto de medicamento, equipo de infraestructura, capacitación y contratación de personal, mientras que el IMSS-Bienestar trabajaría en brindar los servicios de atención a la población sin seguridad social. Este último punto será retomado en un análisis posterior para complementar la *Evaluación Estratégica del Sistema de Salud*, sobre la implementación de las reformas a la LGS.

aislada entre unos y otros, lo que significa que no están articulados con los problemas a resolver de otros programas y con esto se dificulta la medición del impacto en su conjunto para lograr un mayor bienestar en la población objetivo.

- Un elemento a considerar es que se tienen otras fuentes de financiamiento complementarias a los Pp analizados en este apartado como son: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y los recursos fiscales estatales que se destinan para la operación de servicios de salud de primero y segundo nivel de atención en los ámbitos estatal y local, y los recursos del Fonsabi para complementar la operación de los prestadores de servicios de salud de alta especialidad. Por ello, no solo a través de estos programas presupuestarios se abordan la totalidad de los problemas a abatir para garantizar el ejercicio efectivo al derecho a la protección de la salud de la población sin seguridad social; de ahí la importancia de un análisis integral posterior que considere el funcionamiento del sistema de salud en el ámbito local.

Consideraciones finales sobre el análisis de la coherencia

A partir de la revisión documental, complementada con entrevistas a personas clave en la administración de los programas presupuestarios, el análisis sobre la coherencia en el diseño de los programas identificó aspectos de mejora para fortalecer la política de salud en el país, a fin de lograr el objetivo de brindar acceso efectivo a las personas sin seguridad social. Un primer paso para alinear los programas presupuestarios es armonizar el marco normativo de cada uno de los instrumentos que atienden a las personas sin seguridad social con las premisas principales de la reforma a la LGS.

El espíritu de la reforma —de acuerdo con los principios propuestos por el Poder Ejecutivo para el sistema de salud— plantea de forma conceptual el objetivo de un sistema de salud universal. Sin embargo, la misma reforma genera contradicciones con la lógica de universalidad al crear un subsistema adicional que atiende solo a la población sin seguridad social, manteniendo la fragmentación de origen del sistema de salud mexicano, ya que a la presencia de las dos instancias prestadoras de servicios a este sector (IMSS-Bienestar y los Servicios Estatales de Salud), se ha sumado el INSABI.

En términos conceptuales, los cambios a la LGS de noviembre de 2019 consideran algunos elementos importantes y necesarios para que el acceso a los servicios de salud se provea de forma universal e integral, incluyendo las acciones de prevención y educación en salud, así como de detección temprana, control, atención médica y acceso a tratamientos para todos los padecimientos de forma gratuita y con calidad, acotando el alcance a la población sin seguridad social residente en el país.

El reto para lograr el acceso efectivo persiste en México y requiere la construcción de un sistema de salud que considere, tanto en el diseño como en la implementación, financiamiento y coordinación, la universalidad en la atención a la salud a la persona y a la comunidad, en concordancia con los principios de inclusión, equidad, calidad y perspectiva de género, como ejes principales. Por lo que se

refiere a la implementación de la política de salud actual, los programas Atención a la Salud (E023) y IMSS-Bienestar (S038) son centrales para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud a la población sin seguridad social, por las características previamente mencionadas. Por lo tanto, resulta necesaria una mayor coordinación entre las instancias ejecutoras de los dos programas para la planeación estratégica de metas globales que permita garantizar la atención integral de la población desde el enfoque preventivo y de atención primaria y de alta especialidad como procesos continuos y no desarticulados.

El análisis muestra que aquellos programas circunscritos dentro del área de Servicios de Salud son coherentes respecto las reformas a la LGS, debido a que estas, en su mayoría, están asociadas con los objetivos que tienen los programas en su operación. Sin embargo, existen aún puntos pendientes en las áreas de atención y prevención, calidad en la atención e investigación y desarrollo vinculados con las cuatro dimensiones referidas en la rúbrica de análisis. Por ello, se requiere fortalecer el diseño normativo de los programas para evitar incertidumbres en el acceso, ambigüedades en la operación o aspectos que refuercen la desigualdad en la atención, como los derivados de las cargas administrativas y los efectos de la desaparición de Prospera, áreas que fueron desatendidas con su terminación.

El grado de coherencia fue mayor en los cuatro programas presupuestarios que tienen como fin la ejecución de acciones concretas de prestación de servicios de salud dirigidos principalmente a las personas sin seguridad social. El primero es el programa creado a partir de la reforma a la LGS y operado por el INSABI, el de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social (U013); seguido por el programa que comparte la responsabilidad de financiar y operar los servicios de salud para la población sin seguridad social, el IMSS-Bienestar (S038); el tercero es el de Fortalecimiento a la Atención Médica (S200), cuyo objetivo es acercar servicios de salud de primer contacto a través de unidades médicas móviles a personas que habitan en áreas dispersas y marginadas; el cuarto es el de Atención a la Salud (E023), que se constituye como un programa complementario para financiar la atención de alta especialidad en los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencia y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad en coordinación con el Fonsabi. Adicionalmente, un quinto programa, el desaparecido Seguro Médico Siglo XXI (S201), también muestra alta coherencia dado que financiaba atención de alta especialidad para padecimientos pediátricos, lo que deja un vacío en la atención a este grupo etario.

En términos de la accesibilidad, disponibilidad y calidad, la mayoría de los programas analizados son coherentes en su diseño con alguna de las tres dimensiones. Sin embargo, al analizar los indicadores propuestos para alcanzar las metas trazadas, varios no son relevantes porque la mayoría están orientados a reducir las barreras u obstáculos financieros para mejorar la accesibilidad económica de los servicios de salud y, en menor medida, la accesibilidad a la información relevante sobre acciones de prevención, promoción y condición de salud. Es preciso mencionar que solamente el INSABI propone indicadores para medir la reducción en el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico.

En términos del cumplimiento efectivo de metas (CEM) de los programas presupuestarios para 2020, solamente los programas Atención a la Salud y Calidad en la Atención Médica presentaron un rango destacado para este rubro, con un cumplimiento efectivo de metas del 99% y 91%, respectivamente. Un caso que destaca con rangos de CEM deficiente fue el Programa de Vacunación que deriva de las medidas de prevención y contención de la propagación de la COVID-19, ocasionando una baja demanda de los biológicos en las Unidades de Salud y a la reasignación del personal de vacunación de los Centros de Salud a los módulos de aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2, pero también por la falta de los biológicos en los laboratorios productores (SHCP, 2021).

Con relación a la accesibilidad a la información, ninguno de los programas que financian acciones de atención y prevención de enfermedades propone medir ni el grado de conocimiento o comprensión de los mensajes promotores de salud de las campañas de difusión de información, ni el grado de conocimiento o comprensión de la información proporcionada por el prestador de servicios de salud.

Por lo que respecta a la accesibilidad física, algunos programas como el IMSS-Bienestar o Fortalecimiento a la Atención Médica hacen referencia a brindar servicios a las zonas geográficas menos accesibles, pero no proponen indicadores específicos como el grado de accesibilidad física medido por tipo de localidad, vías de acceso y distancia al establecimiento de salud o el tiempo de traslado al lugar donde se atendió por tipo de establecimiento de salud.

En este sentido, una primera recomendación estaría en función de realizar una revisión conjunta de las Reglas de Operación, Matrices de Indicadores para Resultados y los documentos de diagnóstico de los programas presupuestarios para incluir los preceptos más importantes de la reforma a la LGS, orientados a lograr el acceso efectivo de manera armónica. En términos del diseño, resulta oportuno hacer explícitos los criterios de gratuidad calidad e inclusión, y la armonización con otros programas complementarios de las instituciones de seguridad social para considerar el criterio de universalidad. Este proceso pasaría primeramente por la revisión y actualización de los diagnósticos presupuestarios, con el fin de adaptar el problema público que abordan y definir armónicamente la cadena de resultados para el logro de objetivos de los programas. Asimismo, se debe considerar la integralidad de los procesos de atención específicos y definir cómo medir el impacto de sus acciones en la salud y el bienestar integral de su población objetivo.

En términos de las dimensiones del derecho a la protección de la salud, los programas deben hacer explícitos los mecanismos para promover la accesibilidad de las intervenciones (reducción de barreras), asegurar la disponibilidad (recursos y coordinación con otras instancias estatales y municipales), y considerar la estandarización de procedimientos y el uso de intervenciones de efectividad comprobada para garantizar la calidad de los instrumentos, de modo que sean parte de los indicadores que se consideran para evaluar el desempeño de cada uno de los programas presupuestarios.

Es necesario que el redimensionamiento de los programas en materia de salud se realice, no solo para fortalecer sus características en coherencia con los atributos de la reforma y las dimensiones

al ejercicio efectivo al derecho a la protección de la salud, sino que exista entre ellos una lógica de contribución a procesos de atención que permitan medir y evidenciar el impacto de sus acciones en la salud y el bienestar integral de un individuo y sociedad en su conjunto. Lo anterior implica que la gestión gubernamental conciba a la salud bajo un enfoque de procesos y no bajo una lógica de sistemas locales de salud, como opera actualmente.

En términos de la atención, se requiere estimar mejor la demanda en atención médica de alta especialidad con metas de cobertura de mediano y largo plazo, para poder gestionar los recursos necesarios, brindar la atención necesaria y no limitarse a la demanda histórica que implica concentrarse en los padecimientos de alta complejidad que es factible atender con los recursos disponibles. Asimismo, es recomendable que se gestione el diseño y operación de un sistema de registro nominal de personas atendidas, que incluya variables mínimas que permitan conocer la demanda total de apoyos y las características socioeconómicas de los solicitantes de atención médica especializada. Este sistema de información debería estar articulado con el que vaya a operar el INSABI o el IMSS-Bienestar, para garantizar que la operación en redes de servicios se logre hasta este nivel de atención especializado coordinado por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (INSHAE).

Por último, es necesario considerar los efectos diferenciados que la pandemia ha generado en la salud de las mujeres, es indispensable incorporar, además de los aspectos señalados a lo largo del documento, la perspectiva de género de forma transversal en el diseño de los programas presupuestarios. La revisión del diseño debe incluir indicadores del impacto de las acciones orientadas a minimizar las brechas de género existentes y promueva la igualdad en el servicio.

Conclusiones



Para el CONEVAL es una prioridad generar información sobre el desempeño y resultados de las políticas públicas de desarrollo social con el fin de contribuir a la toma de decisiones con base en evidencia. Por ello, en un contexto de emergencia sanitaria que ha traído profundas transformaciones en el país y en el mundo, concurrente con un proyecto en transición de reforma del sistema de salud, la Evaluación Estratégica de Salud busca analizar la capacidad del Sistema de Salud en México para garantizar el ejercicio efectivo de este derecho. De esta manera, se presenta este Primer Informe de la Evaluación con el fin de hacer un recuento de los retos actuales del Sistema de Salud en México, la evolución y los efectos de la pandemia por la COVID-19 y el análisis de diseño y coherencia de los programas en materia de salud, en particular de aquellos que se dirigen a la atención de población sin seguridad social. Asimismo, como parte de esta evaluación se continuará con el análisis del ejercicio al derecho a la salud en el marco de las recientes modificaciones en la estrategia de atención en salud en el orden federal y los diversos contextos asociados a la rectoría de los servicios de salud estatales, derivados de los cambios a la Ley General de Salud en 2019 y principalmente para la población sin seguridad social.

La fragmentación del sistema de salud en México que conlleva una atención diferenciada para la población atendida por los distintos subsistemas, así como los retos asociados a la calidad de los servicios y a una baja inversión pública en esta materia, siguen prevaleciendo y se hacen presentes con mayor profundidad en situaciones de emergencia como la que recientemente vivimos. Por ello, es necesario la creación de mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones de salud y que los beneficios también se extiendan al esquema para la atención de población sin seguridad social. Estos mecanismos, además de unificar los criterios de atención y prestaciones, permitiría la creación de un registro de usuarios y derechohabientes. Del mismo modo, se vuelve necesario contar con expedientes clínicos electrónicos con criterios estandarizados para facilitar el rastreo de antecedentes médicos y de tratamiento entre los distintos subsistemas de salud.

En el corto plazo, se deberían atender las brechas de financiamiento entre subsistemas para asegurar el acceso universal efectivo a un sistema de salud de calidad y así resolver los retos prevalentes en el acceso y disponibilidad de servicios en los tres niveles de atención. Particularmente, es fundamental diseñar e implementar estrategias enfocadas a reducir el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud de los hogares, especialmente para la población vulnerable. En este sentido, es indispensable que exista información actualizada y pública de cómo y en qué se gasta para que se pueda llevar a cabo una asignación más equitativa de recursos en las instituciones y se priorice la asignación de recursos a las áreas de mayor necesidad. La atención a los retos en el gasto en salud favorecerá la

mejora en la accesibilidad física y económica de las personas, al contar con centros de atención geográficamente cercanos y sin la necesidad de pagar cuotas no previstas por los servicios de salud recibidos.

Además, sigue siendo vigente el reto de incentivar la atención primaria y preventiva, así como la importancia de implementar estrategias orientadas a mejorar la atención a la salud mental, considerando los factores de comorbilidad con enfermedades transmisibles y no transmisibles y los efectos que en este aspecto ha dejado la pandemia. Es indispensable el monitoreo y el fortalecimiento de procesos que mejoren la calidad de las instituciones, las unidades médicas y el personal de salud, considerando la efectividad de las acciones en salud, los resultados y las experiencias previas de atención a ciertos usuarios, además de las diferencias culturales y regionales, favoreciendo la continuidad de la atención entre instituciones y entre niveles de atención a lo largo del tiempo.

Por otro lado, los elementos asociados a la calidad y aceptabilidad de los servicios de salud, tales como la falta de personal médico y medicamentos, así como largos tiempos de espera, propician que las personas no soliciten servicios médicos en el sector público o no acudan a los centros donde se encuentran afiliados, sino que busquen la atención médica en el sector privado, por ejemplo, en los consultorios adyacentes a farmacias. En ese sentido es que se requieren estrategias de prevención y promoción de la salud que permitan reducir la saturación de los servicios de atención secundaria y terciaria y de esta manera mejorar la calidad de atención, reflejada tanto en los tiempos de espera como en la pronta disponibilidad de consultas y el otorgamiento oportuno de tratamientos.

En relación con los efectos de la COVID-19, del análisis de casos por entidad federativa, la tasa de letalidad de casos confirmados y la ocupación hospitalaria, se identifica la heterogeneidad en la severidad con la que ha afectado la pandemia a las entidades que podría estar asociada a las condiciones, a su vez heterogéneas, de los sistemas de salud estatales y la manera como se ha enfrentado la contingencia, además de la desigualdad territorial de los determinantes de la salud y el acceso a los servicios médicos. La pandemia por la COVID-19 ha generado múltiples desafíos para el sector salud, entre estos, la atención de las secuelas de la enfermedad en la población, el incremento de los problemas de salud mental y los rezagos en salud sexual y reproductiva, pero también en vacunación, mismos que será necesario atender en el corto, mediano y largo plazo.

Por otra parte, el análisis de diseño y coherencia de las intervenciones en salud en el marco de los cambios a la Ley General de Salud (LGS) permitió abordar el alcance de las reformas, en particular con relación al logro del acceso efectivo al derecho a la protección de la salud para todas las personas en México. En ese sentido, un primer aspecto general a resaltar es el alcance acotado de la reforma a la LGS de noviembre de 2019, considerando que, si bien la reforma se planteó con la intencionalidad de contribuir a la garantía del acceso efectivo a la protección a la salud, las modificaciones realizadas son limitadas con respecto a la promoción y prevención en salud y prácticamente inexistentes con relación a la protección contra riesgos sanitarios. Asimismo, en tanto que la política en salud —y en lo general la política de bienestar de la actual administración— hacen énfasis en la relevancia de la equidad, las modificaciones a la LGS no establecen mecanismos concretos de política para

la reducción de brechas de acceso entre poblaciones con diversas características de derechohabien-
cia y la integración de los distintos subsistemas en un sistema universal que garantice efectividad y
equidad.

El espíritu de la reforma —de acuerdo con los principios propuestos por el Poder Ejecutivo para el siste-
ma de salud— plantea de forma conceptual una lógica para la construcción de un sistema de salud
universal. Sin embargo, la misma reforma se centra en la población sin seguridad social.

Es importante resaltar que la implementación de estas reformas ha estado permeada por la emergen-
cia sanitaria por la pandemia de COVID-19, lo que también amplió los retos para la implementación
del modelo SABI y la coordinación entre el INSABI y las entidades federativas, lo cual se suma al desco-
nocimiento, tanto de la población como de los propios funcionarios, de cómo iba a operar este nuevo
esquema en el que la afiliación ya no es un requisito; de manera inversa, también la propia transición
pudo haber afectado la respuesta a la pandemia y la capacidad de mantener atención adecuada
para el resto de las condiciones existentes en materia de salud.

Por lo que se refiere a la implementación de la política de salud actual, los programas Atención a la
Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población Sin Seguridad Social (U013), Atención a la Salud
(E023) y IMSS-Bienestar (S038) resultan centrales para garantizar el acceso efectivo a servicios de sa-
lud a la población sin seguridad social, por lo que resulta necesaria una mayor coordinación entre
las instancias ejecutoras, para la planeación estratégica de metas globales que permita garantizar la
atención integral de la población desde el enfoque preventivo, de educación en salud, de atención
primaria a la salud y de atención de especialidad, como procesos continuos y no desarticulados.

Para lograr el acceso efectivo en salud en México se requiere la construcción de un sistema de salud
que considere, tanto en el diseño como en la operación, la universalidad en la atención a la salud a la
persona y a la comunidad; la eliminación de pagos por parte de los ciudadanos en el punto de aten-
ción y los criterios de inclusión, equidad, calidad y la perspectiva de género, como ejes principales.

La posibilidad y condiciones en las que esto suceda estarán sujetas a diversos retos que aún que-
dan por resolver, entre los que destacan: lograr una coordinación interinstitucional con la Secretaría
de Salud y las demás instituciones del SNS, así como con el sector farmacéutico; homogeneizar las
ROP ante las diferencias en los niveles de atención en los que se adhirieron los estados, de manera
que se prevenga la ambigüedad y confusión al interior de las entidades y que en todas, indepen-
dientemente de su tipo de acuerdo, se garantice la atención con base en la eficiencia, efectividad y
equidad; desarrollar la capacidad institucional para responder a las responsabilidades que deriven
de los acuerdos con cada una de las entidades, así como definir mecanismos de operación y acción
para lograr la coordinación adecuada entre los actores de todos los niveles; asegurar la factibilidad
financiera, dado que estará definida por el tipo de servicios que requiera la población sin seguridad
social, las transiciones demográficas y epidemiológicas del país, los fondos transferidos a los estados y
las aportaciones solidarias; crear un sistema de monitoreo y garantía de la calidad bajo un esquema

transversal que considere los distintos tipos de financiamientos y servicios y que sea independiente de las instituciones de salud; crear una cultura organizacional interinstitucional homogénea en todos los niveles de gobierno que vaya de acuerdo con los objetivos de la estrategia federal para la atención a la salud y desarrollar un sistema de rendición de cuentas circular que se enfoque en los logros además de en los costos.

Finalmente, el nuevo modelo del INSABI y la federalización de los servicios a través del IMSS-Bienestar también podría abrir ventanas de oportunidad dentro del SNS, tales como la homologación de los contratos por las prestaciones de servicio de los empleados en las diferentes instituciones del Sistema; crear un modelo de atención para el otorgamiento de un servicio efectivo y de calidad con base en las necesidades de la población y transitar a enfoques compartidos con las otras instituciones para la atención a la salud y la convergencia de capacidades.

Considerando el papel que tendrá el IMSS-Bienestar en el nuevo modelo de salud, es necesario enfatizar la necesidad de que se prevenga la ambigüedad y confusión de su operación en las entidades federativas y que se garantice la atención a los usuarios con base en la eficiencia, efectividad y equidad.

Referencias bibliográficas

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). (s/f). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Banerjee, Abhijit V. y Duflo, Esther (2011). *Poor Economics. A radical re-thinking of the way to fight global poverty*. Public Affairs. Nueva York.
- Bergallo, Paola, Marcelo Mangini, Mariela Magnelli y Sabina Bercovich. (2021). *Los impactos del COVID-19 en la autonomía económica de las mujeres en América Latina y el Caribe*. Serie de Documentos de Política Pública, núm. 25. https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/womens_empowerment/los-impactos-del-covid-19-en-la-autonomia-economica-de-las-mujer.html
- Campos S. y R. Peeters (2022). Policy Improvisation: How frontline workers cope with public service gaps in developing countries-The case of Mexico's Prospera Program. *Public Administration and Development*, 42(1) 22-32.
- Cárdenas, Rosario (2022). COVID-19 y la utilización de servicios de salud reproductiva de las mujeres mexicanas: cánceres de seno y cervicouterino. *La salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe*. Serie Investigaciones Latinoamericanas sobre Población (ILAPO). Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). (En prensa).
- Castro, Arachu. (2020). Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y El Caribe. Unicef, núm. 19: 1-30. https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/crisis_prevention_and_recovery/desafios-de-la-pandemia-de-covid-19-en-la-salud-de-la-mujer-de-.html
- Cejudo, G. y C. Michel (2016). Coherencia y políticas públicas. Metas, instrumentos y poblaciones objetivo Gestión y Política Pública XXV(1).
- Chattu, Vijay Kumar, y Yaya, Sanni. (2020). Emerging infectious diseases and outbreaks: implications for women's reproductive health and rights in resource-poor settings. *Reproductive Health* 17(1) 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0899-y>
- CEPAL(2020). El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46543>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). Los Riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). (2019). Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2019. <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018a). *Informe de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018* [recomendaciones de salud]. <https://www.coneval.org.mx/evaluacion/iepsm/iepsm/documents/salud.pdf>
- . (2018b). *Evaluación Estratégica de Protección Social en México*. 2a ed. <https://www.coneval.org.mx/informespublicaciones/documentos/evaluacion-estrategica-proteccion-social-segunda-edicion.pdf>
- . (2018c). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*. https://www.coneval.org.mx/evaluacion/iepsm/documents/derechos_sociales/diag_derecho_salud_2018.pdf
- . (2019). Medición de la Pobreza, Sistema de Información de Derechos Sociales, Indicadores de Acceso Efectivo. <https://www.coneval.org.mx/medicion/paginas/sistema-de-informacion-de-derechos-sociales.aspx>
- . (2020). *El Sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre*. https://www.coneval.org.mx/evaluacion/iepsm/documents/analisis_spss_2020.pdf
- . (2021). *Informe del gasto social en México, 2008-2019*. <https://www.coneval.org.mx/evaluacion/iepsm/paginas/evaluacionpoliticas.aspx>
- . (2021a). *Medición de la Pobreza, Sistema de Información de Derechos Sociales, Indicadores de Acceso Efectivo*. <https://www.coneval.org.mx/medicion/paginas/pobrezainicio.aspx>
- . (2021b). *De la emergencia a la recuperación de la pandemia por la COVID-19: la política social frente a desastres*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Politica_social_atencion_a_desastres.pdf
- . (2021c). *Consideraciones para el proceso presupuestario 2021*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/CPP_2021/CPP2021.pdf
- . (2021d). Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf

- . (2021e). *Informe del Cumplimiento Efectivo de Metas de los Programas y Acciones Sociales 2020*. https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/informes/Informe_Cumplimiento_efectivo_de_metas_2020.pdf.
- Cruz, Lorena, María de la Paz López, Gabriela Cervantes, Anitzel Merino, y Juan Arroyo. (2020). La violencia contra las mujeres durante el confinamiento por la Covid-19. vol. 148. http://bibliodigitalibid.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5228/docto_vaw_encovid_vobo2_pxp.pdf?sequence=1&isallowed=y
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2020). Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020
- . (2019). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019
- . (2014a). Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan en la Coordinación de Optimización y Procesos del Abasto del Instituto de Salud para el Bienestar. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5645905&fecha=17/03/2022
- . (2014b). Decreto por el que se adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5348863&fecha=17/06/2014#gsc.tab=0
- Dirección General de Epidemiología (DGE). (2019). *Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-2019>
- . (2020). *Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-231750>
- El Colegio de México (Colmex), y ONU Mujeres. (2021). *Violencia contra las mujeres y las niñas en el contexto del confinamiento por la pandemia de COVID-19 en México. Estudio cualitativo Informe de Resultados*. <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/05/violencia-contra-las-mujeres-y-las-ninas-en-confinamiento-por-covid19-en-mx>
- Enarson, E., y M. Fordham. (2001). From women's needs to women's rights in disasters. En *Environmental Hazards* 3(3). 133-36. DOI:10.3763/ehaz.2001.0314
- Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad (EQUIDE). (2020). *Encuesta de seguimiento de los efectos del COVID-19 en el bienestar de los hogares mexicanos (ENCOVID-19)*. vol. 1. Disponible en: https://ibero.mx/sites/default/files/comunicado_encovid-19_completo.pdf%0ahttps://www.unicef.org/mexico/informes/encuesta-encovid19infancia
- Flamand, Laura, y Moreno Jaimes, Carlos (2014). *Seguro Popular y Federalismo en México: un análisis de política pública*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas.
- Flamand, Laura (2021). La responsabilidad social en la protección de la salud. *Letras Libres*, núm.275, noviembre. <https://letraslibres.com/revista/la-responsabilidad-social-en-la-proteccion-de-la-salud/>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). *Estimaciones del impacto de la pandemia de la COVID-19 en la salud sexual y reproductiva en México*. <https://lac.unfpa.org/es/resources/estimaciones-del-impacto-de-la-pandemia-de-la-covid-19-en-la-salud-sexual-y-reproductiva>
- . (s/f.). *Educación Integral de La Sexualidad*. <https://mexico.unfpa.org/es/topics/educación-integral-de-la-sexualidad-0>
- Freyermuth Enciso, Graciela. (2010). Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. CIESAS, CONEVAL, CNDH. pp1-57. https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Mortalidad_materna_inequidad_institucional.pdf
- Gómez Dantés, Octavio, Sergio Sesma, Víctor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola y Julio Frenk. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México* vol. 53. supl. 2. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342011000800017&lng=es&nrm=iso&tling=es
- Hupe, P. y A. Buffat (2014). A public service gap: capturing contexts in a comparative approach of street-level bureaucracy. *Public Management Review*, 16(4).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). Estudios de Precios para el Programa Eurostat-OCDE de Paridades de Poder de Compra. Documento Metodológico. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ppc/2017/documento_metodologico_ppc.pdf
- . (s/f). Defunciones por suicidio por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida según sexo, serie anual de 2010 a 2020. https://inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=mortalidad_mortalidad_07_8627c147-473c-4c63-9967-56664e612f40
- . (2020). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#Tabulados>
- . (2020a). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2020 (ENIGH). <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2020/>
- . (2021). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOEN), población de 15 años y más de edad. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>
- . (2021a). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#Tabulados>
- Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). (2020a). Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar. <https://www.gob.mx/insabi/documentos/reglas-de-operacion-del-fondo-de-salud-para-el-bienestar?idiom=es>

- . (2020b). *Criterios generales en materia de supervisión, aplicaciones a la programación y ejercicio de los recursos presupuestarios federales y estatales para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social a que se refiere el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud*. <http://www.ssn.gob.mx/Portal/INSABI/criterios-grales-2020-AF-AE.pdf>
- . (2020c). Acuerdos de Coordinación, Instituto de Salud para el Bienestar. <https://www.gob.mx/insabi/documentos/acuerdos-de-coordinacion-2020>
- . (2020d). 66 intervenciones. <https://www.gob.mx/insabi/documentos/66-intervenciones?idiom=es>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2020). Programa IMSS-Bienestar, Capítulo VIII." <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20182019/12-cap08.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). Encuesta Nacional Sobre el Uso del Tiempo (ENUT) 2019. Presentación de Resultados. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- . (2021). Encuesta nacional de salud y nutrición 2020 Sobre Covid-19. Resultados Nacionales. vol. 148. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>
- IPAS. (2018). *Violencia sexual infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos*. <https://ipas-mexico.org/pdf/ipas-mx2018-brochureviolenciasexualyembarzoinfantilenmexico.pdf>
- Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LAC RSS). (1997). Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/06-indicadores_medicion_desempeno_sistema_salud.pdf
- Ley General de Salud (LGS). (1984). Última reforma publicada el 15 de mayo de 2022 en el *Diario Oficial de la Federación*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Lloréns M., González Pier, E. y Giedion U. (2018). Retos para la priorización en salud. Giedion, U. et. al. (ed.) *La priorización en salud paso a paso. Cómo articulan sus procesos México, Brasil y Colombia*, Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-priorizaci%C3%B3n-en-salud-paso-a-paso-C%C3%B3mo-articulan-sus-procesos-M%C3%A9xico-Brasil-y-Colombia.pdf>
- Mittal, Shalini; Singh, Tushar. (2020). Gender-Based Violence During COVID-19 Pandemic: A Mini-Review. *Front. Glob. Womens Health*. 2020. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.00004>
- Mora, Alejandra, Martínez, Marta, Anderson, Hilary et al (2020). COVID-19 en la vida de las mujeres. Razones para reconocer los impactos diferenciados. *OAS Cataloging-in-Publication Data*. 1-24. <http://www.oas.org/es/cim/docs/argumentariocovid19-es.pdf>
- Morán Pérez, A. (2021). Los consultorios adyacentes a farmacias en tiempos de COVID-19: crisis y omisiones del sector salud. *Alteridades*, núm.61. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alt/2021v31n61/MoranP>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2020). *OECD. Gasto y financiamiento en salud*. <https://stats.oecd.org/>
- . (s/f). *Health status - Suicide rates-OECD Data*. <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm#indicator-chart>
- . (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-mexico-2016_9789264265523-es#page1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021a). *Enfermedades no transmisibles. Datos y Cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- . (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. *Discussion paper No. 2. Ginebra, Suiza*. https://www.who.int/health-financing/documents/dp_es_05_2-distribucion_del_gastro.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). Pacto 30•30•30 APS para la salud universal. <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-pacto-303030-aps-para-salud-universal>
- . (2017). *Financiamiento de la Salud en las Américas*. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=financiamiento-de-la-salud-universal&lang=es
- . (2018). *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34947>
- . (2011). *Análisis de Salud y Estadísticas. Atlas de Indicadores Básicos. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud*. http://paho-hq-chat1.paho.org/spanish/atlas/4_cobertura_y_recursos/gasto_en_salud/definicion.htm#:~:text=el%20gasto%20p%C3%BAblico%20en%20salud,los%20sistemas%20de%20seguridad%20social
- Osorio Carranza, Rosa María (2020). Consultation Rooms Annexed to Pharmacies: The Mexican Private, Low-Cost Healthcare System. *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America*, 195-221. <https://doi.org/10.2307/j.ctv13xprf.15>
- Saavedra Solano, Nayelhi, Shoshana Berenzon Gorn, y Jorge Galván Reyes. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria* 48(4). 258-64. DOI:10.1016/j.aprim.2015.05.005
- Serrano Becerril, Claudia Ivette, Zamora Hernández, Karla Eugenia Mariana Mirel, Navarro Rojas y Enrique Villarreal Ríos. (2012). Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. *Medicina Interna de México* 28(4) 325-28.

- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP). (2021). *Información sobre violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1*. <https://www.gob.mx/sesnsnp/acciones-y-programas/incidencia-delictiva-87005?idiom=es>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) (2019). Paquete Económico para el Ejercicio Fiscal 2020. Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2020. <https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2020>
- . (2020). Paquete Económico para el Ejercicio Fiscal 2021. Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2021. <https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2021/ramo12>
- . (2021). *Cuenta Pública 2020*. <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/2020>
- Secretaría de Salud (Ssa). (2022). Cuadro Nacional de Indicadores del Programa Sectorial de Salud 2020-2024. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/750283/Cuadro_Nacional_de_Indicadores_PSS2020-2024_2do.pdf
- . (2020a). Tasa de Mortalidad Infantil 1990-2018. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/dgis/>.
- . (2020b). *Personal de Salud en Instituciones Públicas 2020*. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/dgis/>
- . (2020c). Boletines de Información Estadística Volumen IV: Recursos financieros. Número 38, Año 2018. Dirección General de Información en Salud (DGIS). http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie_gobmx.html
- . (2020d). Lineamientos de Reconversión Hospitalaria. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/documentos-lineamientos-reconversion-hospitalaria.pdf>
- . (2020e). Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana 53. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2020>
- . (2020f). Convenio marco para la prestación subrogada de servicios médicos y hospitalarios. <https://coronavirus.gob.mx/todos-juntos/>
- . (2020g). *Nacimientos ocurridos*. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/nacimientos-ocurridos>
- . (2021a). Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana 36. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2021>
- . (2021b). Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana 32. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/662117/mm_2021_se32.pdf
- . (2021c) Documento rector de la estrategia *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México, versión 9.0*. http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/wp-content/uploads/2021/12/2022.01.25-PNVx_COVID.pdf
- . (2019). Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2019. <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>
- . (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <https://www.gob.mx/salud/documentos/declaracion-de-alma-ata>
- . (s/f.). Boletines de Información Estadística. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie_gobmx.html
- Vega, Andrea (2022). El INSABI se queda para compras y burocracia; IMSS absorbe atención con todo y las dudas. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/2022/03/insabi-se-queda-compras-burocracia-imss-absorbe-atencion/>
- Wagner, Fernando A., Catalina González-Forteza, Sergio Sánchez-García, Carmen García-Peña y Joseph J. Gallo. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental* 35(1). 3-11. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0185-33252012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Wagstaff, Adam. (2008). Measuring Financial Protection in Health. *Policy Research Working Paper Series* 4554. World Bank 1-13. <https://ideas.repec.org/p/wbk/wbrwps/4554.html>
- World Bank Group (WB). (2021). *Risk of impoverishing expenditure for surgical care (% of people at risk) Mexico*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.IRSK.ZS?locations=MX>

Anexo 1

Cuadro 14. Intervenciones que cubre el INSABI en el Tercer Nivel de Atención

No.	Grupo	Intervención
1	Recién nacidos	Prematuro
2		Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido
3		Sepsis bacteriana del recién nacido
4	Malformaciones congénitas y/o adquiridas en menores de 18 años	Atresia anal
5		Atresia esofágica
6		Atresia intestinal
7		Onfalocele
8		Gastrosquisis
9		Atresia-estenosis duodenal
10		Espina bífida
11		Estenosis uretral
12		Estenosis del meato uretral
13		Estenosis ureteral
14		Extrofia vesical
15		Hipoplasia/displasia renal
16		Hipospadias epispadias
17		Uréter retrocavo
18		Ureterocele
19		Uréter ectópico (Meatos ectópico)
20		Malformaciones congénitas cardíacas
21	Enfermedades metabólicas en menores de 10 años	Deficiencia hereditaria del factor VIII
		Deficiencia hereditaria del factor IX
		Enfermedad de von Willebrand
		Enfermedad de Fabry / Enfermedad de Gaucher
		Enfermedad de Pompe
22		Mucopolisacaridosis tipo I
		Mucopolisacaridosis tipo II
		Mucopolisacaridosis tipo IV
		Mucopolisacaridosis tipo VI

No.	Grupo	Intervención
23	Cáncer en menores de 18 años	Astrocitoma
24		Ependimoma
25		Meduloblastoma
26		Neuroblastoma
27		Otros tumores del Sistema Nervioso Central
28		Tumor de Wilms
29		Otros tumores renales
30		Leucemia linfoblástica aguda
31		Leucemia mieloblástica aguda
32		Leucemias crónicas
33		Síndromes mielodisplásicos
34		Hepatocarcinoma
35		Hepatoblastoma
36		Osteosarcoma
37		Sarcoma de Ewing
38		Linfoma no Hodgkin
39		Enfermedad o linfoma de Hodgkin
40		Retinoblastoma
41		Sarcoma de partes blandas
42		Tumores gonadales
43		Tumores extragonadales
44		Diversos carcinomas
45		Histiocitosis
46	Cáncer en mayores de 18 años	Tumor maligno de ovario epitelial
47		Tumor maligno de ovario germinal
48		Tumor maligno de próstata
49		Cáncer testicular seminoma y no seminoma
50		Cáncer cervicouterino
51		Cáncer de endometrio
52		Cáncer de mama
53		Tumor maligno de colon
53		Tumor maligno de recto
53		Tumor maligno de la unión recto-sigmoidea
54	Enfermedades cardiovasculares en menores de 65 años	Linfoma no Hodgkin folicular
54		Linfoma no Hodgkin difuso
55		Cáncer de esófago
56	Infectocontagiosas	Infarto agudo al miocardio
57		Hepatitis viral tipo C crónica
58		Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin otra especificación

No.	Grupo	Intervención
59	Trasplantes en paciente pediátrico y adulto	Trasplante de córnea
60		Trasplante de médula ósea en mayores de 18 años
61		Trasplante de corazón en mayores de 18 años
62		Trasplante hepático en mayores de 18 años
63		Trasplante pulmonar en mayores de 18 años
64		Trasplante de médula ósea en menores de 18 años
65		Trasplante renal en menores de 18 años
66	Genéticas	Síndrome de Turner

Fuente: Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI, 2020d).

El presente documento corresponde al primer informe de la *Evaluación Estratégica de Salud* que desarrolla el CONEVAL. En él se expone el diagnóstico de los retos que actualmente enfrenta el Sistema de Salud en México, algunas de las afectaciones por la pandemia de la COVID-19 en el país y el análisis del diseño y coherencia de la oferta gubernamental de la Secretaría de Salud en el marco de las reformas a la Ley General de Salud (LGS) aprobadas en 2019.

coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Insurgentes Sur 810,
colonia Del Valle,
alcaldía de Benito Juárez,
CP 03100, Ciudad de México.

www.coneval.org.mx



Coneval



@Coneval



conevalvideo



@coneval_mx



blogconeval.gob.mx