



EL CONEVAL PRESENTA UN ANÁLISIS CUALITATIVO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD

- **El estudio tiene un diseño metodológico cualitativo que permite conocer la perspectiva de las personas usuarias respecto a la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud.**
- **Con este estudio es posible identificar los principales obstáculos que encara la población sin seguridad social para hacer efectivo su derecho a la salud, y se proporciona evidencia sobre los puntos focales para el desarrollo de políticas públicas en salud para las entidades federativas; no obstante, es necesario señalar, que, el diseño metodológico no permite la generalización de los hallazgos.**
- **Las reconfiguraciones al sistema de salud representan un reto en los esfuerzos de coordinación entre el gobierno federal y las entidades federativas, al modificar la estructura organizacional en periodos relativamente cortos y no dar certeza a las personas sobre las vías para recibir atención médica.**

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) presenta el ***Estudio del Derecho a la Salud 2023: un análisis cualitativo*** con el objetivo de identificar posibles brechas en el acceso efectivo a este derecho a partir de la implementación de las reformas en el sector y enfocado en la población sin seguridad social.

El estudio parte de una metodología cualitativa que busca conocer a profundidad la perspectiva de personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Este análisis se enmarca dentro de las dimensiones del derecho a la salud sobre accesibilidad, disponibilidad y calidad.

Es importante señalar que la recolección de información se realizó antes de la publicación del decreto por el que desaparece el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y la integración de sus funciones al Organismo Público Descentralizado (OPD) IMSS-Bienestar, en mayo de 2023, **por lo que, dado estos cambios recientes, será necesario continuar con el análisis del Sistema de Salud en México y el impacto que estas modificaciones tendrán en el mediano plazo.**

Metodología

El trabajo de campo se llevó a cabo en siete semanas, entre septiembre y noviembre de 2022, periodo en el que se realizaron 124 entrevistas en Chiapas, Nayarit, Michoacán, Querétaro, Tlaxcala y Baja California Sur.

Se seleccionaron estos estados dentro de una muestra intencional en donde se consideró la tasa de afiliación a servicios de salud por tipo de institución por entidad federativa, población derechohabiente y usuaria de los servicios de salud (Institución de Seguridad Social, INSABI, IMSS-Bienestar o servicios privados); Índice de Rezago Social, presencia de IMSS-Bienestar y federalización de los Sistemas Estatales de Salud (SESA).

El análisis consideró 81 entrevistas a personas usuarias de servicios de salud, 36 de ellas (44.4 %) que acuden a instituciones públicas de salud y las restantes 45 (55.6 %) fueron atendidas en establecimientos del ámbito privado. Por otro lado, se realizaron 43 entrevistas a personas funcionarias.

El estudio analiza las dimensiones del derecho a la salud, con el objetivo de generar hipótesis sobre aquellos factores que limitan o habilitan el ejercicio efectivo del derecho. Con este estudio es posible problematizar sobre los principales obstáculos de la población sin seguridad social para la atención médica, proporcionando evidencia sobre los puntos focales para el desarrollo de políticas públicas en salud para las entidades federativas; no obstante, es necesario enfatizar, que el diseño metodológico no permite la generalización de los hallazgos.

Principales hallazgos

En el estudio se identifican algunos factores que habilitan la garantía del derecho a la salud en las entidades federativas:

- ✓ Destaca la amplia infraestructura de atención médica de primer nivel, la cual permite que la población sin seguridad social atienda sus necesidades de consultas ambulatorias. Si bien existen áreas con oportunidad de mejora –asociadas a disminuir los tiempos de espera para recibir consulta, la implementación de tecnologías para la asignación de citas y los hallazgos identificados sobre el mantenimiento y limpieza de las unidades médicas–, se identifica una importante disponibilidad de infraestructura médica en la materia.
- ✓ Aunque los consultorios adyacentes a farmacias acercan los servicios de salud a la población, por su amplia presencia (principalmente en zonas urbanas) y disponibilidad de infraestructura para la atención de primer nivel, implican un gasto para las personas y no hay certeza de su calidad, además, podrían ser un indicador de la falta de acceso a servicios y medicinas del sistema público. No obstante, dada su prevalencia, es necesario crear un régimen que supervise y controle la expansión de este subsistema privado, particularmente por su rápido crecimiento en el sector, y su amplia accesibilidad geográfica y burocrática –pues tampoco requieren de afiliación médica–. Este régimen fortalecería los esfuerzos por garantizar los requerimientos mínimos de calidad en la provisión de salud y **eliminar** los incentivos negativos para sobremedicar a los pacientes.
- ✓ El conjunto de códigos o protocolos que se han implementado en las entidades para mejorar la calidad de los servicios de salud, particularmente en aquellos casos en el que existe un riesgo para la vida de las personas (como en el caso de atención a mujeres embarazadas con complicaciones obstétricas o personas con riesgos de infarto) incide en reducir la desigualdad en la atención identificada por regiones. En este sentido, resulta relevante fortalecer los mecanismos de capacitación que existen en los estados para que el personal médico de primer nivel de atención cuente con los protocolos, mecanismos y herramientas para atender y canalizar a personas en riesgo a otros niveles de atención.

Por otro lado, algunos factores que limitan el ejercicio del derecho a la salud:



Las reconfiguraciones al sistema de salud, con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), las reformas a la Ley General de Salud en 2019 (y su desaparición en 2023), el surgimiento del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), el Organismo Público Descentralizado (OPD) IMSS-Bienestar y, recientemente, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) en 2022, podrían deteriorar los esfuerzos de coordinación entre el Gobierno federal y las entidades federativas, al modificar la estructura organizacional para la atención médica en periodos relativamente cortos.



El modelo MAS-Bienestar plantea un rediseño de la estructura organizacional del Sistema de Salud para fortalecer normativamente la rectoría y liderazgo estratégico de la Secretaría federal, en coordinación estratégica con las entidades federativas. Sin embargo, esta modificación ha causado incertidumbre en algunos estados al interpretarse como un nuevo esquema de centralización de los servicios de salud, con posibles implicaciones en términos de la efectividad de respuesta a las necesidades locales y la heterogeneidad de las condiciones demográficas que demandan de una atención diferenciada. Esta situación podría afectar los esfuerzos por garantizar el ejercicio del derecho a la salud para la población sin seguridad social, particularmente en contextos de emergencia sanitaria que demandan velocidad en las respuestas.



La centralización se complementa con la pérdida de eficiencia en la distribución y entrega de medicamentos ocurrida con la consolidación de las compras. Si bien algunas entidades federativas refirieron haber mejorado algunos porcentajes de disponibilidad de medicamentos y el número de claves, también se aprecia una disminución en medicamentos especializados y oncológicos, cuya adquisición puede representar un costo importante para los hogares. Por ello, en cuanto al tema de los medicamentos, también existe el reto de garantizar la distribución oportuna para que las entidades federativas dispongan de los insumos médicos necesarios para brindar una atención adecuada.



Uno de los factores que limita el ejercicio efectivo del derecho está asociado al acceso a la atención médica especializada. Al respecto, si bien los servicios de salud deben ser proporcionados de manera gratuita por los sistemas estatales de salud, existen al menos tres factores que limitan el acceso:

- 1) Las personas deben asumir los costos de traslado a los hospitales especializados, así como aquellos gastos de alimentación y hospedaje para las personas que acompañan al paciente por el tiempo que dure el tratamiento;
- 2) Existen entidades federativas que no cuentan con hospitales de tercer nivel de atención, lo cual agrega obstáculos para las personas sin seguridad social;
- 3) En muchas entidades federativas no hay suficiente personal especializado, lo cual se agrava al analizar las zonas rurales.

Esta situación implica que las personas sin seguridad social podrían tener que desembolsar parte de su ingreso para procurar los servicios de segundo y tercer nivel, incrementando la probabilidad de incurrir en gastos de bolsillo o catastróficos.



Otro factor que limita el ejercicio del derecho a la salud para las personas sin seguridad social está vinculado con los problemas de coordinación interinstitucional entre el Gobierno federal y los sistemas estatales de salud. Existe 1) falta de claridad en las bases normativas que delimitan el margen de acción y colaboración entre las entidades federativas y el Gobierno federal, y 2) diagnósticos y diseño de planes de acción articulados desde la Federación, que soslayan las necesidades locales identificadas por los sistemas estatales de salud para operar la atención médica, las cuales responden a las particularidades de cada contexto sociodemográfico y epidemiológico y que, al no ser tomadas en cuenta generan ineficiencias en la distribución de recursos.



El proceso de transición que experimenta el sistema de salud debe establecer directrices claras para las entidades federativas que han decidido no participar en la federalización de los servicios de salud, con el fin de que no existan diferencias en la atención que se brinda a la población en las diversas regiones del país. Aun cuando el MAS-Bienestar establece que todas las entidades federativas deben adherirse al modelo de atención a la salud, aún está pendiente establecer cómo funcionarán los mecanismos de financiamiento y coordinación entre las que se mantienen fuera de la federalización de los SESA. Mientras no se satisfaga el punto anterior, existe el riesgo de que se fragmente aún más la atención médica, al generar un nuevo subsistema de atención presente en aquellas entidades que no se adhieren al OPD IMSS-Bienestar.

Consulta el documento completo en: <https://cutt.ly/lwpWAEXK>

—o00o—

SOBRE EL CONEVAL

El CONEVAL es un organismo con autonomía técnica y de gestión que norma y coordina la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y de las políticas, los programas y las acciones que ejecuten las dependencias públicas. Asimismo, tiene la responsabilidad de definir, identificar y medir la pobreza a nivel estatal y municipal garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dichas actividades. La información que se genera en materia de evaluación de políticas y de programas de desarrollo social, así como de medición de pobreza está disponible en la página de Internet (www.coneval.org.mx) para consulta de cualquier persona interesada.

Contactos:

Nielsen Daniel Hernández Mayorga
Director de Información y Comunicación Social
ndhernandez@coneval.org.mx
54817200 ext. 70120 | Móvil 77111177420

Paola Anai Landero Espinosa
Subdirectora de Estrategias de Información y Difusión
palandero@coneval.org.mx
54817200 ext. 70158 | Móvil 5569178997



Coneval



@Coneval



conevalvideo



@coneval_mx



blogconeval.gob.mx



PódcastCONEVAL