

HACIA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEXICANO

FERNANDA COBO & PAMELA FLORES
(COORDINADORAS)

SOFÍA CHARVEL • LINA PALACIO
JUAN EUGENIO HERNÁNDEZ
DIANA MOLINA



FUNSALUD

editorial
fontamara

HACIA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEXICANO



HACIA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEXICANO



Fernanda Cobo & Pamela Flores
(Coordinadoras)

editorial
fontamara



Primera edición: agosto 2022

Reservados todos los derechos conforme a la ley

©María Fernanda Cobo Armijo, Yessica Pamela Flores Subias (Coordinadoras y autoras)
Ana Sofía Charvel Orozco, Lina Sofía Palacio Mejía, Juan Eugenio Hernández Ávila,
Diana Molina Vélez (Autores)

©Fundación Mexicana para la Salud, A. C.
Anillo Perif. 4809, Arenal Tepepan, Tlalpan, C.P. 14610, CDMX, México
contacto@funsalud.org.mx

©Editorial Fontamara, S.A. de C.V
Av. Hidalgo No. 47-b, Colonia Del Carmen
Alcaldía de Coyoacán, 04100, CDMX, México
Tels. 555659-7117 y 555659-7978
Email: contacto@fontamara.com.mx
coedicion@fontamara.com.mx
www.fontamara.com.mx

ISBN Fontamara 978-607-736-754-3

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Índice

	Introducción	9
	Objetivos y metodología	13
I	El sistema nacional de salud mexicano: evolución y actualidad	17
II	Componentes del sistema nacional de salud: modificaciones y retos	28
III	México y la pandemia por covid-19: un sistema en transición	129
IV	Recomendaciones y vías de acción para fortalecer el SNS	144
	Conclusiones. Reflexiones finales	207
	Bibliografía	209
	Siglas	229
	Índice de cuadros y figuras	232
A1	Metodología	235
A2	Últimas modificaciones y discusiones pendientes	239

INTRODUCCIÓN

Desde la década de los ochenta, el Gobierno de México ha llevado a cabo una serie de políticas y estrategias para lograr la Cobertura Universal.¹ El proceso de descentralización, iniciado en 1983, el reconocimiento del derecho a la salud en la Constitución y la creación del Sistema de Protección Financiera, conocido como Seguro Popular, fueron los primeros pasos para el fortalecimiento del sistema y el trato de la salud como un derecho humano. Aunque los gobiernos anteriores heredaron una sinergia de reformas en beneficio de la salud, el sexenio 2012-2018 representó un estancamiento de los programas y objetivos prioritarios.

Los compromisos adoptados en 2012, como el Pacto por México, crearon un ambiente alentador sobre el futuro del sistema de salud; sin embargo, la falta de voluntad política evitó que se alcanzaran los resultados esperados.² El 2 de diciembre de ese año se acordó la búsqueda de la Seguridad Social Universal a partir de dos principios de reorganización: "el de la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud a su elección; y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos".³ Este objetivo no fue impulsado ni concretado, principalmente por la oposición de grupos sindicales, pues implicaba la modificación de prestaciones laborales.

Este contexto de inactividad frente a la salud llevó a la actual administración (2018-2024) a crear nuevos compromisos en favor de la salud de la población. Entre ellos se retomó la cobertura universal, a partir de la aten-

¹ La cobertura universal significa que todas las personas pueden acceder a los servicios de salud que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin verse en dificultades económicas por ello. Véase capítulo 2.3.

² Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) (s.f.). "Pacto por México. Aspectos principales". *Gob.mx*. Disponible en: <https://consulmex.sre.gob.mx/calexico/index.php/component/content/article/4-articulos/58-pacto-por-mexico>.

³ García, C. *et al.* (2013). "Cómo se cocinó el Pacto por México". *El Universal*. Disponible en: <https://archivo.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2013/co-mo-se-cocino-el-pacto-por-mexico-940149.html>.

ción médica y medicamentos gratuitos a toda la población. En noviembre de 2019, las cámaras del Congreso de la Unión aprobaron modificaciones a la Ley General de Salud (LGS) a partir de las cuales, además de crear el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), cambiaron las bases del sistema de salud mexicano con el propósito de disminuir las deficiencias identificadas por la administración del presidente López Obrador. Estas deficiencias estaban relacionadas principalmente con la fragmentación del sistema, la baja calidad de la atención y la corrupción en diferentes áreas del sector. En consecuencia, se identificaba la desprotección de un grupo poblacional, de cerca de 14.5 millones de personas, que no estaba cubierto por el Seguro Popular, así como un número reducido de enfermedades cubiertas.⁴ En términos generales, las reformas tenían el objetivo de terminar con la corrupción y garantizar la cobertura universal, principalmente para la población sin seguridad social, y transitar de un modelo de atención con un enfoque sólo curativo, a uno que también fuera preventivo e integral, basado en la atención primaria.⁵

Por la importancia de las modificaciones aprobadas al diseño del sistema y elementos esenciales de éste, como el financiamiento, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) estructuró la elaboración de un proyecto sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Mexicano (SNS), mismo que se concreta con la publicación de este texto. Éste es un esfuerzo para entender el impacto de las modificaciones a la LGS y a los lineamientos básicos emitidos por la administración actual. Este estudio se llevó a cabo con la finalidad de generar una base de análisis para crear un diálogo entre el Gobierno, los usuarios y las instituciones del sistema, con el propósito de contribuir a la discusión y construcción de un SNS sostenible.

Entendiendo por un sistema de salud sostenible aquel “que asegura el acceso equitativo a [servicios,] medicamentos esenciales y tecnologías,

⁴ Auditoría Superior de la Federación (2018). “Informe simplificado del Sistema de Protección Social en Salud (Tercera Entrega de Informes Individuales)”.

⁵ OMS (1978). “Declaración Alma-Ata, Atención Primaria de Salud”. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=868658A4808DFA995EDA927651E172D3?sequence=1>.

OMS (2018). “Declaración de Aatáná”. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>.

mientras que recauda fondos adecuados para la salud con el fin de garantizar que las personas puedan utilizar los servicios necesarios, estén protegidas de catástrofes financieras o empobrecimiento asociado al costo".⁶

En el primer capítulo se presenta una descripción sucinta sobre la evolución del sistema de salud en México, así como su estructura. Es importante recordar que su principal característica es la fragmentación y está marcado por inequidades generadas por la distinción en el acceso a la salud, ligado a la condición laboral. La estructura actual del SNS es el resultado de nuevas políticas, modificaciones al aparato normativo que lo rige y de exigencias de la población que buscan una mejor garantía de su derecho.

El segundo capítulo presenta un análisis de las modificaciones efectuadas al SNS, en su componente público, en las siete principales áreas reformadas por la administración actual: mecanismo de financiamiento; orgánicas del SNS y a la Secretaría de Salud (SS); cobertura de servicios; catálogo de servicios y atención médica; mecanismo de compra, distribución y abasto de insumos; mecanismo de planeación e infraestructura en salud; y federalismo sanitario. En este apartado se busca ofrecer una descripción general de la situación actual de cada una de ellas y de los posibles efectos en la salud de la población y la distribución de competencias.

A la par de las reformas al SNS, el mundo se enfrentó a la pandemia provocada por el virus SARS-COV-2, sin que México fuera la excepción. Ésta significó un nuevo reto para el país y para la capacidad resolutoria del SNS. Con ambos desafíos se tuvieron que destinar recursos adicionales a los previstos para contener la epidemia de covid-19 y proteger la salud de las personas en territorio mexicano. El aumento de inversión se focalizó, principalmente, en el combate de la pandemia. El tercer capítulo explora brevemente las acciones adoptadas para contrarrestar el impacto de esta emergencia sanitaria.

⁶ Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA) (2019). "Sostenibilidad de la Salud en América Latina y el papel de la industria farmacéutica". Disponible en: <https://fifarma.org/wp-content/uploads/2019/10/FIFARMA-Healthcare-Sustainability-Working-Document-20190903-STC-Spanish.pdf>.

Finalmente, el cuarto capítulo otorga un análisis comparativo de experiencias internacionales y buenas prácticas que inspiren la consolidación y fortalecimiento del SNS. A partir del diagnóstico elaborado en los capítulos precedentes y el estudio comparativo, se ofrecen una serie de recomendaciones y posibles vías de trabajo que permitan fortalecer los esquemas actuales y avanzar hacia un sistema de salud sostenible que garantice el derecho a la protección de la salud de toda la población.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos generales

Este trabajo se orienta hacia la consecución de dos objetivos principales. El primero de ellos es lograr una descripción de los cambios que se han efectuado en el sistema de salud a partir del inicio de funciones de la Administración 2018-2024. La diversidad de reformas realizadas y el alcance de las mismas hacen que se dificulte que las y los ciudadanos realicen un seguimiento de ellas y conozcan cómo se garantiza su derecho a la protección de la salud a partir de las modificaciones. Así, entender el impacto y alcance de las reformas es uno de los objetivos prioritarios de este estudio. En consecuencia, se buscó estructurar un documento de consulta que permita identificar el estado actual del SNS.

El segundo objetivo consiste en la elaboración de una serie de recomendaciones que permitan fortalecer el SNS. A partir de breves descripciones de experiencias comparadas, se extrajeron “buenas prácticas” que pueden ser rescatadas en la normativa mexicana para continuar con el camino hacia la cobertura universal. Es importante que todas las rutas de cambio partan de la situación actual del SNS y no de una visión nostálgica, en la que se deba regresar a los mecanismos anteriores para ser eficientes. El nuevo esquema de protección para la población sin seguridad social se encuentra en un punto de inflexión; no obstante, estamos en el momento adecuado para tomar medidas tendientes a la mejora del sistema y acercarnos a la consolidación de la cobertura universal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que los sistemas de salud abarcan a todas las instituciones, organizaciones y recursos utili-

zados para producir acciones tendientes a mejorar la salud.⁷ Su funcionamiento puede medirse a partir de su capacidad para responder a las necesidades de la población por medio de acciones como: incrementar la igualdad en el acceso a la salud, disminuir los riesgos en salud y proteger a los individuos de las consecuencias financieras provocadas por enfermedades que generan altos costos de la atención médica.⁸ De esta manera, es imperante que los sistemas de salud tengan un diseño eficiente que permita garantizar la protección del derecho a la salud.

Metodología

Este libro se elaboró a partir de tres etapas generales (Anexo 1), las cuales se pueden resumir en:

1. *Análisis documental y de bibliografía disponible*: se efectuó un diagnóstico inicial para describir el estado del SNS posterior a las reformas aprobadas. El lapso incluido en el estudio fue de noviembre 2018 hasta noviembre 2021. Con la finalidad de lograr lo anterior, se elaboraron dos análisis; uno cuantitativo de los elementos del sistema, y uno cualitativo de los instrumentos normativos y de política pública emitidos, así como de comunicaciones oficiales con base en las siete áreas de reforma objeto de esta investigación.
2. *Entrevistas a actores clave*: como una de las principales herramientas para entender las modificaciones, se elaboraron entrevistas semiestructuradas con las que se conoció la postura, opinión y propuestas de los actores clave. La muestra de personas entrevista-

⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). "Declaración Alma-Ata, Atención Primaria de Salud". Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=868658A4808DFA995EDA927651E172D3?sequence=1>.

OMS (2018). "Declaración de Aataná". Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>.

⁸ Organización Panamericana de Salud (OPS) (2022). "Salud Universal". *Paho.org*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>.

tadas estuvo conformada por funcionarios de los distintos poderes de gobierno, actores de la sociedad civil y expertos en salud. Asimismo, con las entrevistas se buscó determinar si los actores clave consideran que las modificaciones han sido efectivas para alcanzar los objetivos planeados por la presente administración; las barreras, las oportunidades, los aciertos, y los problemas que perciben de éstas.

3. *Mesas de trabajo con personas expertas en el SNS:* estas mesas se efectuaron con el propósito de socializar las propuestas que se elaboraron a partir de las fases anteriores, obtener nuevas e identificar cuál es su factibilidad. Estuvieron conformadas por 2 a 5 integrantes, expertos en el área de estudio a discutir. Las mesas se construyeron a partir de tres preguntas detonadoras que buscaban conocer las perspectivas de los participantes. En total, se llevaron a cabo seis mesas de trabajo; una por cada área de reforma, con excepción de la segunda mesa que incluyó dos de los temas del estudio (modificaciones orgánicas y federalismo).

Investigadores

El equipo de trabajo para la confección de este estudio estuvo encabezado por Pamela Flores Subias, del Programa de Derecho y Salud Pública, del Instituto Tecnológico Autónomo de México, y la Dra. Fernanda Cobo Armijo, de la Universidad Iberoamericana. Con la participación de los siguientes investigadores: Dra. Sofía Charvel Orozco, del Instituto Tecnológico Autónomo de México; la Dra. Lina Sofía Palacio Mejía, el Dr. Juan Eugenio Hernández Ávila y la Mtra. Diana Molina Vélez, del Instituto Nacional de Salud Pública.

Entidades patrocinadoras y colaboradoras

Este estudio se elaboró gracias al financiamiento de Janssen de México, S. de R. L. de C.V., otorgado a la Fundación Mexicana para la Salud, A. C. Las y los investigadores de este estudio expresamos nuestro agradecimiento a estas organizaciones. Por este medio, asentamos nuestra independencia en el desarrollo, ejecución, planeación y planteamiento del contenido de este libro. Por lo tanto, las opiniones y puntos de vista contenidas en el texto son responsabilidad directa y exclusiva del equipo de trabajo.

CAPÍTULO PRIMERO

El Sistema Nacional de Salud Mexicano: evolución y actualidad

El derecho a la protección de la salud y las estructuras creadas para garantizarlo no son estáticas y se han modificado constantemente desde inicios del siglo xx.⁹ El SNS es el resultado de exigencias sociales y cambios en el entendimiento y solución de los problemas de salud de la población. La protección del derecho a la salud ha transitado de un esquema asistencial y de beneficencia a una obligación estatal sustentada en el texto constitucional.¹⁰ El presente capítulo se centra en la evolución del actual SNS, así como en una breve explicación de las instituciones y organismos que lo componen.

1.1. Breve historia del SNS

En 2008, Julio Frenk postuló un marco de referencia para entender la evolución del SNS en tres etapas generales de reforma.¹¹ Aunado a éstas, es posible afirmar que actualmente estamos en el desarrollo de una cuarta etapa de cambios estructurales en el SNS. Así, la evolución del SNS puede enmarcarse en cuatro etapas, desde el inicio de su concepción moderna hasta las últimas reformas estructurales efectuadas a partir 2018. La fundación del sistema de salud contemporáneo en México se sitúa en 1943, con

⁹ Lugo, M. (2015). "El derecho a la salud en México, problemas de su fundamentación". *Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, pp. 109-115. En físico.

¹⁰ Secretaría de Gobernación (1983). "Reforma constitucional al artículo 4to". Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_100_03feb83_ima.pdf.

¹¹ Frenk, J. y Gómez, O. (2008). *Para entender el sistema de salud de México*. Nostra Ediciones. En físico.

la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ahora ss. De acuerdo con Frenk, J. y Gómez, O. (2008), la creación de estas instituciones forma parte de una primera generación de reformas que tenían el objetivo de atender las demandas de la industrialización y de la población trabajadora.¹² Con el establecimiento de estas instituciones también surgió la fragmentación del sistema mexicano y la vinculación del acceso a la salud con la condición laboral. El IMSS se fundó con el objetivo de atender a las personas trabajadoras de la economía formal, mientras que, de manera residual, la ss atendía a la población no cubierta (desempleada y trabajadores autoempleados), sin tener un catálogo explícito de beneficios o fuentes de financiamiento continuas; sólo a los primeros se les llamó “derechohabientes”. En el mismo marco, se impulsó la reforma al artículo 123 de la Constitución para reconocer en ella los derechos sociales y laborales de quienes trabajan en funciones del Estado. El 1 de enero de 1960 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) inició funciones para proveer servicios a otro sector de la economía formal cuya relación de trabajo dependía directamente del Estado.¹³

La segunda etapa de reformas en el SNS está permeada por la extensión de la cobertura y la concreción de la protección de la salud como un derecho constitucional. Con la creación del IMSS y del ISSSTE se desprende que, en un principio, la salud estaba vinculada únicamente con la condición laboral y la seguridad social en términos del artículo 123 constitucional. No fue sino hasta las reformas sanitarias de 1983 que se reformó el artículo 4º constitucional y se constituyó el derecho a la protección de la salud como un derecho humano y un eje esencial de la política pública mexicana.¹⁴ En el mismo grupo de reformas se promulgó la LGS y se renombró la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la actual Secretaría de Salud. Esta nueva ley estableció las bases para regular el acceso a los servicios de salud y la distribución de facultades entre la Federación y las

¹² *Ibidem.*, pp. 25.

¹³ Centro de Estudio de las Finanzas Públicas (2009). “El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a dos años de la reforma”. Disponible en: <https://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/2009/cefp0482009.pdf>.

¹⁴ Secretaría de Gobernación (1983) *op. cit.*

entidades federativas. La concurrencia en salud comenzó con la descentralización de la prestación de servicios, toda vez que se atribuyó la atención de las personas sin seguridad social a las entidades federativas creando así los Servicios Estatales de Salud (SESA).¹⁵

Figura 1.1. Etapas de evolución del SNS



Adicional al robustecimiento de la protección constitucional a la salud, se instauraron programas específicos enfocados en enfrentar la falta de

¹⁵ Jaramillo, M. (jul/dic. 2007). "La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. En físico.

cobertura ocasionada por el diseño institucional. La tajante escisión entre derechohabientes y personas sin seguridad social ocasionó una distinción entre la calidad y el acceso a la atención entre la población, resultando en inequidades estructurales. Como estrategia para nivelar las oportunidades de acceso y ampliar la cobertura, bajo la rectoría del IMSS, se creó en 1979 el programa IMSS-Coplamar con el objetivo de proveer servicios y medicamentos a personas de comunidades rurales e indígenas sin seguridad social en el país.¹⁶ Este programa ha sido renombrado en múltiples ocasiones desde su creación, aunque su objetivo se ha mantenido sin cambios sustanciales: IMSS-Solidaridad (1989), IMSS-Oportunidades (2002), IMSS-Prospera (2014) e IMSS-Bienestar (2018). Hasta antes de la implementación del Programa de Salud para el Bienestar (2022), este programa tenía presencia en 28 entidades y en 2018 ofreció cobertura a 13.1 millones de personas, principalmente de áreas rurales y semiurbanas, que carecían de seguridad social.¹⁷

Así, para inicios de los años ochenta, las bases de la estructura del SNS ya se habían consolidado en tres principales subsectores.¹⁸ El primero estaba compuesto por las instituciones que, de manera residual, atendían a la población sin seguridad social como la SS, los servicios estatales de salud y el IMSS-Coplamar. El segundo sector contenía todo el bloque de instituciones enfocadas en la provisión de servicios a las personas con seguridad social vinculadas al empleo formal (IMSS, ISSSTE, PEMEX y las instituciones para miembros de las Fuerzas Armadas). Finalmente, el sector privado, integrado por hospitales, consultorios y clínicas, aumentó su presencia y atendía a personas no aseguradas de todos los niveles socioeconómicos, ya sea por medio de seguros privados o de pagos directos. Así, esta segunda etapa de reformas tuvo como propósito la consolidación del SNS y la ampliación de la cobertura.¹⁹

¹⁶ IMSS (2017). "Programa IMSS-Prospera. Capítulo VIII". Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20162017/12-Cap08.pdf>.

¹⁷ IMSS (2019). "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2018-2019: capítulo VIII IMSS-Bienestar".

¹⁸ Frenk, J. y Gómez, O. (2008). *Para entender el sistema de salud de México*, op. cit.

¹⁹ *Idem.*

La descentralización del sector salud en México se inició en la década de los ochenta con la creación de la LGS y los SESA; sin embargo, por la renuencia de grupos de interés, principalmente los sindicatos de las instituciones del sistema, únicamente se logró la descentralización en 14 de las 32 entidades federativas. No fue sino hasta la tercera ola de reformas, iniciadas en 1995, que se culminó la descentralización de la provisión de servicios a la población no asegurada y se formuló un paquete básico de 12 intervenciones enfocadas en la población rural por medio del Programa de Ampliación de Cobertura. Este cambio permitió que la SS se enfocara en tener una función más rectora del sistema, es decir, de coordinación. Además, esta tercera etapa incluyó tendencias internacionales sobre la mejora de la eficiencia de los sistemas de salud mediante el desarrollo de esquemas de evaluación de calidad, programas de mejoramiento continuo y análisis de costo-eficiencia.²⁰

A pesar de la evolución del sistema de salud desde su “fundación” en 1943 y la inclusión del derecho a la protección de la salud en el texto constitucional en 1983, en el año 2000 todavía no se tenían los elementos estructurales necesarios para considerar que se garantizaba el derecho consagrado en el artículo 4º. En esa fecha, existían esquemas para atender a la población derechohabiente y sin seguridad social en comunidades rurales; pero no había ningún instrumento para atender a alrededor de 50 millones de personas que, posteriormente, se afiliaron al Seguro Popular.²¹ En 2003, se reformó la LGS con el objetivo de crear un esquema de protección financiera con los elementos jurídicos, financieros y administrativos que permitieran extender la cobertura de manera progresiva a esa población que no estaba contemplada por los otros esquemas de aseguramiento.²² Con estas modificaciones se creó el Seguro Popular.

El Seguro Popular era un sistema de protección financiera creado con el propósito de generar y distribuir recursos para el ofrecimiento de servicios de salud a las personas que no estaban afiliadas a los servicios de se-

²⁰ *Idem.*

²¹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (s.f.). “Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI Antecedentes”. *Org.mx*. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf.

²² Frenk, J. y Gómez, O. (2008). *Para entender el sistema de salud en México, op. cit.*

guridad social. Es decir, era un esquema de aseguramiento público, no una institución proveedora de servicios. Su impacto fue tal que en 2016 el 50.4% de las personas afiliadas a algún instituto o esquema, pertenecían al Seguro Popular y únicamente 13.4% no tenía ningún tipo de protección en salud.²³ Sin duda, este sistema financiero incrementó el acceso y disminuyó algunas de las barreras al mismo, principalmente las ocasionadas por el diseño institucional. Aunque no todas las consecuencias fueron positivas. Una de las principales dolencias que se expusieron fue la lenta y, en ocasiones, poco clara progresividad en la inclusión de nuevas intervenciones y la corrupción en el manejo de los recursos a nivel estatal.²⁴

En noviembre de 2019, las cámaras del Congreso de la Unión aprobaron una reforma a la LGS, a partir de la cual, además de crear el INSABI y de eliminar el Seguro Popular, se modificó el esquema de protección del derecho a la salud para la población sin seguridad social, al establecer un modelo gratuito.²⁵ Como se mencionó en la introducción, se buscaba avanzar hacia la cobertura universal y transitar de un modelo de atención con un enfoque curativo, a uno preventivo e integral.²⁶

Esta cuarta ola de reformas buscó sentar las bases para la provisión universal y gratuita de los servicios de salud. En 2020, se modificó el artículo 4º constitucional para crear el sistema de salud para el bienestar y explicitar que se debe garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención de las personas que no cuentan con seguridad social.²⁷ Adicionalmente, se reorganizó la SS y se otorgaron facultades de coordinación al INSABI.

²³ Secretaría de Salud (2019). "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016". Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-de-medio-camino-2016>.

²⁴ Impunidad Cero (2018). "Comunicado: Irregularidades financieras del Seguro Popular, Impunidad Cero". Disponible en: <http://www.impunidadcero.org/articulo.php?id=83&t=comunicado-irregularidades-financieras-del-seguro-popular>.

²⁵ "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". *Diario Oficial de la Federación* (2019). Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref116_29nov19.pdf.

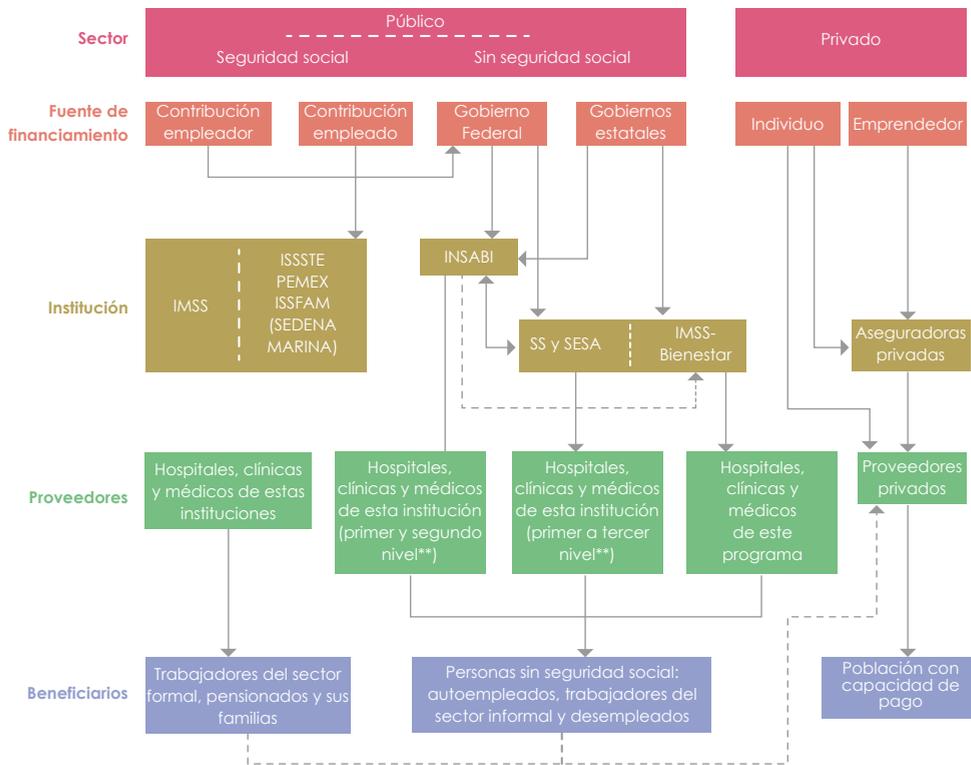
²⁶ Secretaría de Salud (2020). "Atención primaria de salud integral e integrada APS-I MX". Disponible en: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf.

²⁷ Congreso de la Unión (2020). "DECRETO por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos". *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0.

El INSABI se creó con la intención de aumentar el acceso y unificar la calidad y cobertura que ofrecían los SESA. En principio, tenía el objetivo de ser un órgano prestador de servicios que operara desde la federación, no solo un financiador. En la realidad, a 2022, por los retos que enfrentó el SNS derivado de la pandemia de la covid-19, este instituto no logró establecerse como una institución proveedora de servicios para las personas sin seguridad social.

1.2. Estructura del SNS

Figura 1.2. Estructura del SNS



**La relación entre los hospitales, clínicas y médicos de la SS, los SESA, el IMSS-Bienestar y el INSABI depende de los acuerdos de coordinación.

Fuente: Modificado de Frenk, J. y Gómez, O. (2008). *Para entender el sistema de salud de México, op. cit.*

El SNS está conformado por dependencias y entidades de la administración pública; así como, de las personas físicas y morales de los sectores social y privado.²⁸ Como se ha puntualizado, una de las principales características del SNS es su fragmentación. Además de los dos grandes sectores (público y privado), el sector público está dividido en subsectores o instituciones que dependen de la condición laboral de la población: IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM), INSABI, la Secretaría de Salud federal y estatales, el programa IMSS-Bienestar, los SESA, y los institutos a nivel local que cada entidad federativa decida crear. Adicionalmente, el sistema de salud cuenta con el Consejo de Salubridad General (CSG), órgano constitucionalmente establecido que depende directamente del presidente de la República y que tiene funciones normativas, consultivas y ejecutivas estipuladas en el artículo 17 de la LGS;²⁹ y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), cuyas funciones principales son la regulación, control y fomento sanitario.

Tabla 1.1. Principales órganos del SNS

Dependencia	Función
Secretaría de Salud	"La Secretaría de Salud es la dependencia del Poder Ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población". ³⁰ Su principal objetivo es diseñar las políticas necesarias para que la población ejerza su derecho a la protección a la salud. Además, tiene funciones como la coordinación de la participación de todas las instituciones, coordinar la prestación de servicios de atención médica, salud pública y regulación sanitaria.

²⁸ Ley General de Salud (2022). "Artículo 5".

²⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). "Artículo 74, fracción XVI".

³⁰ Secretaría de Salud (2019a). "Conoce los datos de la Secretaría de Salud". *Gob.mx*. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/es/articulos/conoce-los-datos-de-la-secretaria-de-salud?idiom=es>.

Dependencia	Función
<p>IMSS</p>	<p>Es el organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios encargado de la organización y administración del Seguro Social.³¹ Fue creado en 1943 con la promulgación de la Ley del Seguro Social.³² Esta institución de seguridad social tiene un financiamiento tripartito: 1) cuota del Gobierno Federal; 2) cuota patronal, y 3) cuota obrera. La seguridad social del IMSS comprende dos tipos de regímenes: régimen obligatorio y el régimen voluntario.</p>
<p>ISSSTE</p>	<p>Es una entidad paraestatal de control presupuestario directo con financiamiento tripartito creado en 1959 con la publicación de la Ley del ISSSTE.³³ Este Instituto tiene a su cargo la administración de los seguros, prestaciones y servicios que permitan garantizar a los trabajadores del Estado y familiares derechohabientes el derecho a la seguridad social. Su objetivo es ser una institución con una visión integral que comprenda seguros de salud, prestaciones económicas, servicios sociales y administración de cuentas individuales.³⁴</p>
<p>INSABI</p>	<p>Es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la SS. Fue creado con la reforma a la LGS en 2019 para ser el sistema encargado de proveer de servicios de salud a la población sin seguridad social.³⁵ El INSABI tiene por objetivo proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la SS en su calidad de órgano rector, acciones para lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del SNS.³⁶ Su financiamiento proviene exclusivamente de recursos públicos con la asignación directa de presupuesto en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y aportaciones de las entidades federativas.</p>

continúa

³¹ IMSS (2018). *Manual de documentación del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/0500-002-001_3.pdf.

³² Ley del Seguro Social (1943). "Artículo 5". Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4555563&fecha=19/01/1943&cod_diario=194788.

³³ Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (1959). "Artículo 4". Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=198457&pagina=42&seccion=0.

³⁴ "Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado" (s.f.) *Gob.mx*. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/que-hacemos>.

³⁵ DECRETO (2019), *op. cit.*

³⁶ "Instituto de Salud para el Bienestar" (s.f.). *Gob.mx*. Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/que-hacemos>

continuación Tabla 1.1

Dependencia	Función
ISSFAM	El ISSFAM es un organismo público descentralizado federal con personalidad jurídica y patrimonio propio. Fue creado en 1976 y su principal objetivo es otorgar prestaciones y administrar los servicios que la ley del instituto regula para las Fuerzas Armadas. ³⁷ Es importante recalcar que, desde finales de la década de los noventa, este instituto proporciona el servicio médico integral a partir de la firma de contratos de subrogación con la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR). ^{38, 39}
PEMEX	Desde la creación de PEMEX, este órgano otorga atención médica a trabajadores y sus familias, a través de la Gerencia de Servicios Médicos. En 1998, se creó la Subdirección de Servicios de Salud con el objetivo de proporcionar atención médica integral y de calidad. Esta estructura volvió a modificarse en 2018 cuando se autorizó un cambio en la situación organizacional de la Subdirección para integrarla por tres gerencias: de Servicios Médicos; de Prevención Médica, y de Normalización y Calidad de los Servicios de Salud. ⁴⁰
COFEPRIS	Es un órgano administrativo y desconcentrado de la ss, con autonomía administrativa, técnica y operativa; tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomentos sanitarios de establecimientos de salud. Fue creado por decreto en julio de 2001. ⁴¹ La COFEPRIS tiene como facultad el establecimiento e implementación de políticas, programas y proyectos para prevenir y atender riesgos sanitarios. Con las reformas de 2019, ahora depende de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS).

³⁷ "Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas" (1976). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4847121&fecha=29/06/1976&cod_%20diario=208484.

³⁸ ISSFAM (2019). "Convenio de Subrogación entre SEDENA-ISSFAM, 2019-2024". Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/447251/convSubrogacionSEDENA.pdf>.

³⁹ ISSFAM (2019). "Convenio de Subrogación entre SEMAR-ISSFAM, 2019-2024". Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/630478/CONVENIO_ISSFAM_SEMAR_2019_2024.pdf.

⁴⁰ PEMEX (2020). "Manual de organización de la Subdirección de Servicios de Salud". Disponible en: <https://www.pemex.com/servicios/salud/NormatecaServiciosdeSalud/Normateca/Manual%20de%20Organizacion%20de%20Subdireccion%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>.

⁴¹ "DECRETO por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (2001)". *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=762924&fecha=05/07/2001#gsc.tab=0.

Dependencia	Función
<p>CONSEJO NACIONAL DE SALUD PARA EL BIENESTAR (CONASA)</p>	<p>Es la instancia de coordinación entre la Federación, las entidades federativas y la Ciudad de México. Se creó en 1986 con el objetivo de consolidar el SNS y establecer mecanismos para el análisis de la programación y presupuestación de la salud pública.⁴² El Consejo es un órgano relevante para la planeación y evaluación del SNS, así como para la coordinación entre los distintos subsectores. En 2019, se publicó un acuerdo de modificación del objetivo y funciones del CONASA, como la posibilidad de opinar sobre los acuerdos de coordinación para la provisión de servicios a la población sin seguridad social.⁴³</p>
<p>ENTIDADES FEDERATIVAS</p>	<p>Para la provisión de servicios, la planeación y el funcionamiento del sistema, las entidades federativas son un pilar fundamental. La LGS distribuye competencias entre la autoridad federal y los estados. Además, las entidades federativas, que así lo solicitan, pueden celebrar con otras instituciones federales convenios para definir los alcances y modalidades de los servicios prestados de manera local. De esta forma, de acuerdo con el artículo 9 de la LGS, los gobiernos de las entidades deben organizar y desarrollar sistemas de salud estatales y coadyuvar en la consolidación del SNS.</p>

La estructura del SNS responde a la evolución de las exigencias ciudadanas y la necesidad de ampliar progresivamente los medios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. Algunas de las modificaciones más recientes, aunque fundamentadas en la búsqueda de una mejor cobertura, han obstaculizado el acceso de la población a los servicios de salud.

⁴² Secretaría de Salud (1986). "Acuerdo sobre la Integración del Consejo Nacional de Salud". *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4789198&fecha=25/03/1986&cod_dia-%20rio=206182.

⁴³ Presidencia de la República (2020). "ACUERDO por el que se modifica la denominación del Consejo Nacional de Salud y se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se establece su integración y objetivos, publicado el 27 de enero de 2009". *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5603436&fecha=23/10/2020#gsc.tab=0.

⁴⁴ Ley General de Salud (2022). "Artículo 9".

CAPÍTULO SEGUNDO

Componentes del Sistema Nacional de Salud: modificaciones y retos

Como se ha adelantado, desde 2019, se han efectuado modificaciones al SNS con el propósito de aumentar progresivamente la protección del derecho a la salud. Como una herramienta para mejorar la atención para la población sin seguridad social, se cambió la estructura orgánica del SNS, así como la extensión de la cobertura. Este capítulo explora las modificaciones realizadas al sistema en las siete dimensiones analizadas en el presente estudio: mecanismo de financiamiento; orgánicas del SNS y a la SS; cobertura de servicios; catálogo de servicios y atención médica; mecanismo de compra, distribución y abasto de insumos; mecanismo de planeación e infraestructura en salud; y federalismo sanitario.

2.1. Financiamiento del SNS

El financiamiento es la función del SNS enfocada en la movilización y utilización de los recursos requeridos para cubrir las necesidades en salud de una persona o grupo poblacional. En México, el SNS se nutre de distintas fuentes de financiamiento que pueden englobarse en dos grandes clasificaciones: recursos públicos y recursos privados.

El gasto público en salud se distribuye según la población a la que está dirigido. Así, por un lado, se financian las instituciones de seguridad social asociadas a la población en el sector formal (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), y por el otro, a las instituciones que atienden a la población sin segu-

ridad social (INSABI, SS, SESA e IMSS-Bienestar). En este apartado se describe la situación del gasto en salud del SNS y se exponen las principales modificaciones que se han realizado a los mecanismos de financiamiento.

Cuadro 2.1. ¿Cómo se financia la salud?

El financiamiento otorga los recursos e incentivos económicos necesarios para la operación de los sistemas de salud. Por lo regular, esta función del SNS implica la obtención, gestión, y compra o provisión de servicios. Lo anterior se traduce comúnmente en tres modelos de financiamiento:



Servicios nacionales de salud:

Cobertura universal, financiación pública y propiedad nacional de los servicios de salud (de la infraestructura e insumos).



Seguros sociales:

Cobertura en el marco de un sistema de seguridad social (de mandato público) financiado por las cotizaciones de los trabajadores y empresarios, con propiedad pública y privada de los insumos del sector.



Seguros privados:

Contratación de seguros de salud privados por parte del empleador o del individuo. La propiedad de la infraestructura y mecanismos es privada.

Es importante mencionar que ningún sistema funciona solamente bajo uno de estos esquemas. Por ejemplo, en México coexisten los tres modelos. Para un buen funcionamiento, los mecanismos que se utilicen deben garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud.



Fuente: Schieber, G. et al. (2006). "Financing Health Systems in the 21st Century". *Disease Control Priorities in Developing Countries*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250347/>.

Inversión en salud

México ha tenido un bajo crecimiento del presupuesto en salud, sin llegar a la meta de aumentar, en total, 1% del PIB el gasto en salud.⁴⁵ El gasto en salud mide el consumo final de bienes y servicios destinados a la atención de la salud.⁴⁶ La división del gasto combina los esquemas de financiamiento de subsidios gubernamentales y los de la seguridad social. De 2000 a 2018, el gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) ha tenido una tendencia descendente, aunque en 2019 tuvo un aumento a 5.53% del PIB (figura 2.1).⁴⁷ Pese al aumento registrado, entre los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México es uno de los países con menor gasto en salud, cuyo promedio de los países miembros de la organización fue de 8.8% en 2018.⁴⁸ Incluso, el gasto fue más bajo que el gasto promedio en Latinoamérica, el cual representó 6.6% del PIB (figura 2.2).⁴⁹ En 2020, se registró un aumento del gasto a 6.5% del PIB, mismo que se puede atribuir al combate de la pandemia.⁵⁰

El gasto per cápita en México, en 2018, fue de 1 150 USD.⁵¹ Esta inversión equivale a 28% del gasto promedio per cápita entre los demás países de la OCDE (4 000 USD) y solamente supera al promedio de Latinoamérica por 125 USD.⁵² Esto posiciona a México como uno de los países con menor gasto promedio en salud por persona entre los miembros de la OCDE. El gasto público en salud ha tenido una tendencia ascendente en los últimos años. En 2019 representó 2.48% del PIB, en 2020, 2.55%, y 2.66% en 2021. Sin embargo,

⁴⁵ En 2018, como parte de sus promesas de campaña, el entonces candidato, Andrés Manuel López Obrador, plasmó en el documento "Proyecto de Nación" los principales objetivos que pretendía alcanzar durante su gestión si era electo. Entre las metas primordiales se encontraba lograr el aumento del financiamiento en el sector público de la salud en 1% del PIB.

⁴⁶ OCDE (s.f.). "Gasto en Salud", *Oecd.org*. Disponible en: <https://bit.ly/3AaIEZG>.

⁴⁷ Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2020). "Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)". Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_sicuentas.html.

⁴⁸ OCDE (2020) Health at a Glance 2019. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.

⁴⁹ *Idem*.

⁵⁰ *Idem*.

⁵¹ *Idem*.

⁵² *Idem*.

el incremento es insuficiente para cubrir las necesidades de salud de la población. De acuerdo con un estudio del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), para atender 13 intervenciones⁵³ es necesario destinar 5% del PIB,⁵⁴ lo que implica un incremento de 2.34 puntos porcentuales del PIB respecto a lo que se destina actualmente. De esta forma, aunque es benéfico el incremento actual, todavía no se alcanza la inversión que se requiere para cubrir los principales padecimientos de la población.

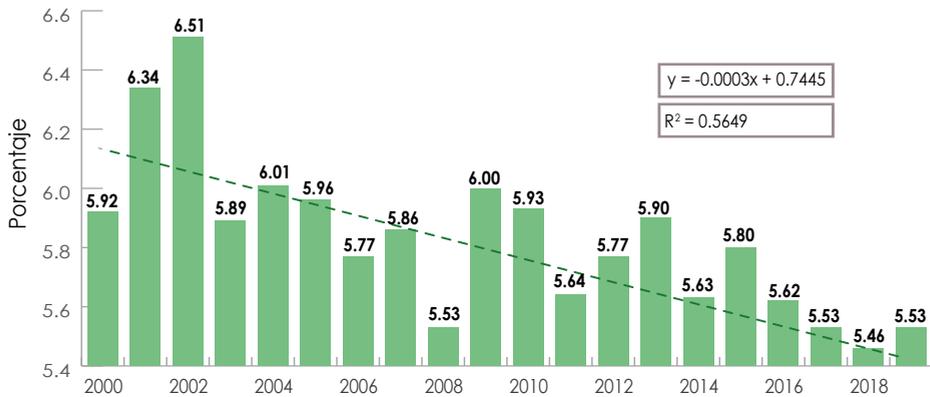
Por otro lado, al inicio del sexenio 2018-2024, se presentó una política de austeridad para el gasto público con el cambio de asignación de gastos no prioritarios a rubros prioritarios de salud, entre ellos recortes importantes en el presupuesto a las instituciones de salud y a los salarios de sus empleados. Como ejemplo, de 2018 a 2019, se disminuyeron 4.5% las erogaciones en servicios personales de la SS; se redujo su gasto de operación 57.7%, principalmente por los ahorros generados en materiales y suministros, y en otros rubros de gasto corriente se observó una disminución de 10.5%. Por el contrario, el gasto por subsidios corrientes, en el que se encuentra el programa de atención a la salud y medicamentos gratuitos, presentó un aumento de 516.9% en el mismo periodo.⁵⁵

⁵³ Estas intervenciones incluyen: 1. Saneamiento básico a nivel familiar, 2. Planificación familiar, 3. Atención prenatal, del parto y puerperio, y del recién nacido, 4. Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil, 5. Inmunizaciones, 6. Manejo de casos de diarrea en el hogar, 7. Tratamiento antiparasitario a las familias, 8. Manejo de infecciones respiratorias agudas, 9. Prevención y control de la tuberculosis pulmonar, 10. Prevención y control de la hipertensión arterial y la *diabetes mellitus*, 11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, 12. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud, 13. Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino.

⁵⁴ CIEP (2018). "Derecho Universal a la Salud en México: análisis de cobertura y costos". *Ciep.mx*. Disponible en: <https://ciep.mx/derecho-universal-a-la-salud-en-mexico-analisis-de-cobertura-y-costos/>.

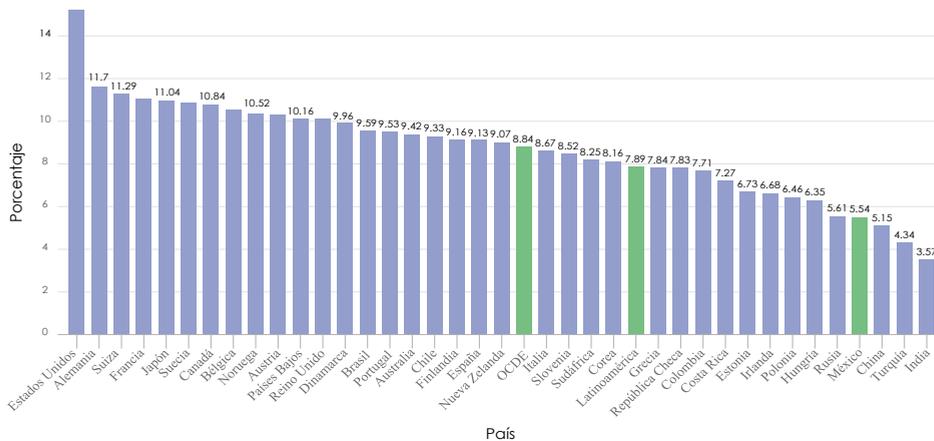
⁵⁵ Secretaría de Salud (2020). "Informe de Austeridad Republicana Ramo 12 Salud, Sector General". Disponible en: http://dgpyp.salud.gob.mx/descargas/100_Sector_Central_Ramo_12_Salud.PDF.

Figura 2.1. Gasto total en salud respecto al PIB México 2000-2019



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2020). "Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)". Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_sicuentas.html.

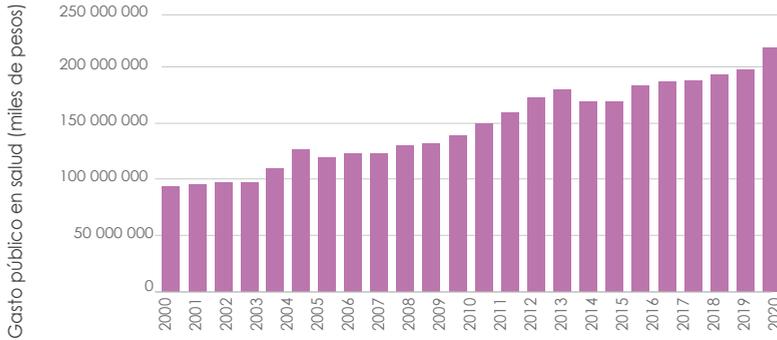
Figura 2.2. Gasto en salud con relación al PIB, 2019



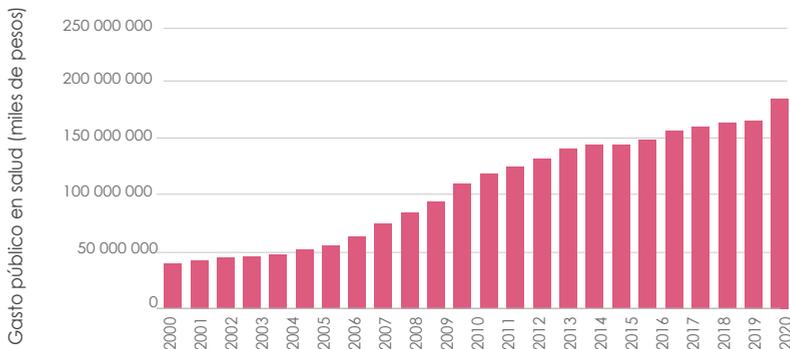
Fuente: Adaptado de Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2020). "Health at a Glance 2019". Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.

Figura 2.3. Evolución del gasto público en salud según población objetivo México 2000-2020

Gasto público en salud en población con seguridad social



Gasto público en salud en población sin seguridad social



Fuente: DGIS (2020). "Cuentas Nacionales de Salud". *Cuenta Pública del Gobierno Federal*. Disponible en: <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/2020>.

En 2020, el gasto federal en salud tuvo un incremento de 12.6% comparado con el registrado en 2019, y 9.2% más que el presupuesto autorizado para dicho año. El aumento se observó principalmente en los rubros de atención a la salud y prevención, y control de enfermedades.⁵⁶ En concreto, existió un aumento de 12.2% en el gasto para la población sin seguri-

⁵⁶ Méndez, J. S. M. (2019). "La contracción del gasto per cápita en salud: 2010-2020". *Ciep.mx*. Disponible en: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>.

dad social y 9.9% para la población con seguridad social (figura 2.3).⁵⁷ Si se analiza con mayor profundidad la evolución del presupuesto de egresos en salud de 2015 a 2021 (tabla 2.1a), se observa que el presupuesto tenía una tendencia a la baja desde 2016, hasta que en 2018 se destinaron más recursos al sistema respecto a 2017, al pasar de 486 375.30 millones de pesos a 491 419.30 millones de pesos; lo equivalente a 1.0% y un aumento nominal de casi 5 000 millones de pesos.⁵⁸

En 2021, el presupuesto en salud se mantuvo prácticamente igual a 2020, con una disminución de 1.3%; no obstante, se identificaron cambios importantes en su distribución. La subfunción que tuvo mayor aumento porcentual fue la generación de recursos para la salud con 45.9% (4 133.8 millones de pesos).⁵⁹ Este aumento probablemente se debió a las previsiones contempladas para la mitigación de la epidemia de covid-19 en el país. Es de destacar que la subfunción de protección social en 2021 tuvo una disminución de 43% (57 022.1 millones de pesos) respecto a 2020, esto viene acompañado por un aumento de 13.7% (4 831.1 millones de pesos) en la prestación de servicios de salud a la persona, lo que se estima que es una consecuencia de los cambios en la política pública en salud: la transición del Seguro Popular al INSABI. En 2022, se retomó la tendencia ascendente con un aumento de 13.40%, más del doble del registrado en 2015 y el mayor en los últimos 7 años. Los aumentos se enfocan en las subfunciones de protección social en salud, rectoría del sistema de salud y prestación de servicios de salud a la persona.

⁵⁷ GIS (2020). "Cuentas Nacionales de Salud". *Cuenta Pública del Gobierno Federal*. Disponible en: <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/2020>.

⁵⁸ "Presupuesto de Egresos de la Federación (2018)". Disponible en: https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Presupuesto/DecretosPEF/Decreto_PEF_2018.pdf.

⁵⁹ Esta subfunción incluye la producción de bienes e insumos para la salud, así como la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.

Tabla 2.1a. Evolución del Presupuesto de Egresos de la Federación 2015 a 2022 (millones de pesos)

Subfunción	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*
Prestación de servicios de salud a la comunidad	26 018.00	21 524.70	20 899.50	21 094.88	23 097.20	21 021.40	23 867.30	23 138.70
Prestación de servicios de salud a la persona	373 139.10	320 079.20	315 684.70	323 828.30	337 512.10	354 613.20	398 624.10	436 513.70
Generación de recursos para la salud	15 564.90	10 705.50	9 784.90	9 394.70	9 161.80	9 015.10	12 998.30	12 971.30
Rectoría del sistema de salud	11 688.60	9 942.00	8 566.00	8 585.50	8 460.80	8 219.70	8 566.00	9 480.20
Protección social en salud	85 023.60	143 972.50	131 440.20	127 662.80	128 727.40	131 874.50	73 994.80	105 568.40
TOTAL	511 434.20	506 213.30	486 375.30	491 419.30	506 959.30	524 743.90	518 050.50	587 672.30
	5.40%	-1.00%	-3.90%	1.00%	3%	3.50%	-1.30%	13.40%

Distribución (%) PEF 2022	Var. Nominal 2022 vs 2021
3.90%	-3.10%
74.30%	9.50%
2.20%	-0.20%
1.60%	11%
18.00%	42.70%
100.00%	13.40%

Fuente: PEF (2015-2019). Tomo I. Información Global y Específica: Información Consolidada de Gasto Programable: Análisis de las funciones y subfunciones del gasto programable por destino del gasto. *Dato del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2022. Los datos se presentan como pesos constantes de 2015 para facilitar las comparaciones en la serie de tiempo.

El aumento en la inversión de 2022 no puede ser atribuido a modificaciones estructurales que aseguren una mayor inversión en el sector a largo plazo. La transición del Seguro Popular al INSABI no tuvo un impacto significativo en el gasto federal, ya que los presupuestos no contemplaban incrementos para 2020 o 2021. De hecho, el incremento en el gasto en salud de 2022, de 27.6% respecto a 2021, se explica en gran medida por los recursos asignados al programa de vacunación. Un problema del incremento de recursos para el combate a la pandemia es la dificultad de la vigilancia de su uso. En su revisión de la Cuenta Pública 2020, la Auditoría Superior de la Federación identificó opacidad en el manejo de recursos destinados a la atención de la pandemia por un monto de 2 754 millones de pesos.⁶⁰

⁶⁰ Vega. A. (2022). "La ASF detecta posibles daños al erario por 2 754.8 mdp en la atención a la pandemia". *Animal Político*. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2022/02/asf-anomalias-2-mil-754-mdp-manejo-pandemia/>.

Los gastos procedentes de recursos privados son otra de las grandes fuentes de financiamiento del SNS. Estos gastos son financiados directamente por las familias (población), las organizaciones no gubernamentales y las empresas privadas. El gasto de bolsillo es un desembolso directo de las familias al utilizar los servicios de salud y afecta negativamente la estabilidad financiera de la población. Este tipo de gasto tiende a ser regresivo, pues afecta principalmente a la población de escasos recursos, lo que puede generar que incurran en gastos catastróficos. Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud es aquel que, en un momento dado, aplica más del 30% de su capacidad de pago a costear la salud de alguno de sus miembros.⁶¹



Recursos privados

Aquellos recursos cuyo origen no proviene del gasto público. Éstos pueden ser pagos directos o prepagos voluntarios que regularmente toman la forma de primas de seguro.

Fuente: Definición propia.



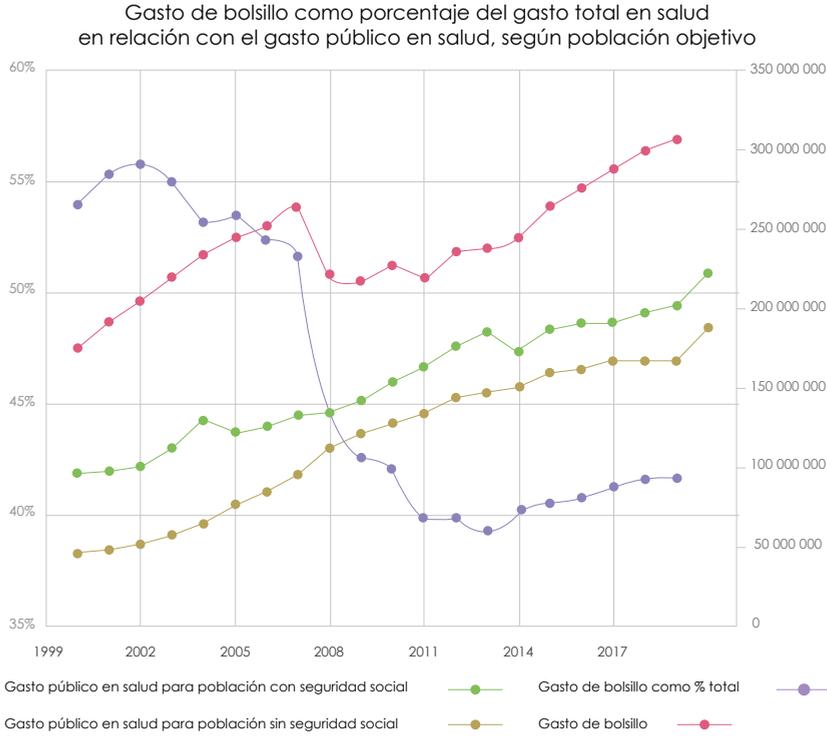
Gasto de bolsillo

La proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos a solventar los requerimientos de la atención a la salud.

Fuente: Pérez, M. (2010). "Acceso económico a la salud". *Razones Fundar*. Disponible en: <https://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf>.

⁶¹ Sesma-Vázquez, S. et al. (2005). "Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes". *Salud Pública de México*. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4687/5155>.

Figura 2.4. Evolución del porcentaje del gasto de bolsillo respecto al gasto total en salud, México 2000-2019



Fuente: DGIS (2000-2019). "Cuentas Nacionales de Salud". Disponibles en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/subsistema-de-cuentas-en-salud-sicuentas>.

Los gastos catastróficos en los que incurren las familias comúnmente se relacionan con una cobertura limitada de los servicios de salud que los lleva a gastar recursos propios para atender a la persona que padece alguna enfermedad. Hasta 2019, año en que terminó el Seguro Popular, más de 16 millones de personas en México carecían de algún tipo de protección financiera en salud. En 2002, se registró el valor máximo de gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud, con un valor de 55.8% (figura 2.4).⁶² Después de este año y hasta 2013, se presentó una

⁶² DGIS (2000-2019). "Cuentas Nacionales de Salud". Disponibles en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/subsistema-de-cuentas-en-salud-sicuentas>.

tendencia decreciente en este indicador. Es posible que esta disminución esté relacionada con el gasto de bolsillo de la población sin seguridad social que, en 2003 y hasta el 2019, accedió a la protección financiera del Seguro Popular. Asimismo, durante el periodo 2002 a 2013, la brecha entre el gasto en salud de la población con y sin seguridad social disminuyó. La figura 2.4 muestra la evolución del gasto en población con y sin seguridad social, donde se puede apreciar la reducción de la brecha en el gasto entre los dos segmentos de la población mexicana. El aumento en el gasto de bolsillo puede relacionarse con las faltas de cobertura y de atención a raíz de la desaparición del Seguro Popular.

En términos generales, entre 2000 y 2019, se redujo 10% el gasto de bolsillo. En 2018, a pesar de las reformas para la protección financiera, este indicador se estimó en México en 41% del gasto en salud y en 2019 en 42%.⁶³ En 2020, este gasto registró un aumento de 40% respecto a 2018, al pasar de 2 358 a 3 299 pesos,⁶⁴ debido, posiblemente al impacto de la pandemia por covid-19. Este aumento puede observarse de manera relevante e inversamente proporcional en todos los niveles socioeconómicos: bajo 57.5%, medio bajo 55.8%, medio alto 52.8% y alto 32.4%.⁶⁵ La población principalmente incurre en gasto de bolsillo para adquirir medicamentos y acceder a servicios de salud como consulta externa y hospitalización.

Gastos catastróficos



Se considera que un gasto en salud es catastrófico cuando las familias deben reducir su gasto básico por un periodo para cubrir los gastos en salud. Así, un hogar con gastos catastróficos es aquel que destina más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.

Fuente: Sesma-Vázquez, S. *et al.* (2005). "Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes". *Salud Pública de México*. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4687/5155>.

⁶³ OCDE (2020). "Bank TW. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe". Disponible en: <https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm>.

⁶⁴ Colchero, M. A. *et al.* (2020). "Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018", *Salud Pública de México*, 62(6), pp. 851–858. doi: 10.21149/11547.

⁶⁵ INEGI (2018/2020). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>.

Aunado a los cambios en la estructura del SNS, la continua ampliación de la oferta de los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) ha incrementado el gasto de bolsillo de las personas. De acuerdo con la SS, los CAF aumentaron de 239 en 2011 a 6 518 en 2018, y en el mismo periodo, se observó una reducción en la utilización de servicios públicos, incluso de la población con seguridad social.⁶⁶ El principal problema de estas tendencias es que los CAF no están regulados y no están obligados a seguir los lineamientos de atención que aseguran la calidad y efectividad de los servicios.

Hacia una protección financiera de la salud



Protección financiera en salud

Significa que todas las personas puedan obtener los servicios de atención médica sin experimentar dificultades financieras.

Fuente: Senes, M. (2020) OPS/OMS, Pan American Health Organization / World Health Organization. Disponible en: <https://bit.ly/3dkORcC>.

La protección financiera en salud históricamente ha sido una de las principales dolencias del SNS. Desde el siglo pasado han existido inequidades en la distribución y diseño de los mecanismos de financiamiento. En 2003, la creación del Seguro Popular respondía a desequilibrios financieros ocasionados por el diseño institucional y la búsqueda del aumento de cobertura.⁶⁷ Antes de su creación, el origen de los recursos para atender a la población sin seguridad social provenía predominantemente de fuentes privadas, cuando la mayoría de los países con sistemas de salud robustos utilizaban recursos primordialmente públicos. Además, en la

distribución de los recursos públicos destinados a las instituciones prestadoras de servicios de esta índole se favorecía a las instituciones de seguridad social y, dentro de éstas, los recursos se destinaban en mayor proporción

⁶⁶ Colchero, M. A. et al. (2020). "Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018". *Salud Pública de México*, 62(6), pp. 851-858. doi: 10.21149/11547.

⁶⁷ Frenk, J. y Gómez, O. (2008). *Para entender el sistema de salud de México*, op. cit.

al pago de nómina y otros gastos administrativos, y no a la atención de la población.

El Seguro Popular buscó disminuir el impacto de las carencias financieras del sistema, en especial las que afectaban a la población sin seguridad social. Se esperaba que este sistema financiero funcionara como medio para aumentar la inversión, modificar la composición de las fuentes de financiamiento, disminuir el gasto de bolsillo y, en consecuencia, generar mayor equidad financiera. Pese a los mecanismos de rendición de cuentas y vigilancia, en el Seguro Popular se detectaron actos de corrupción en la gestión de los recursos asociados al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) en las entidades federativas, como Michoacán, Chiapas y el Estado de México.⁶⁸

El Seguro Popular ha sido criticado por la opacidad que existía en la utilización de los recursos.⁶⁹ La multiplicidad de fuentes de financiamiento (aportaciones federales, aportaciones locales y cuotas de recuperación) generó que existiera poca trazabilidad en el destino de los recursos, es decir, en qué se utilizaban los recursos de cada fuente. Por lo que, se podía decir que el financiamiento estaba escindido de la atención médica. Asimismo, existían irregularidades en el uso de los recursos por parte de las entidades federativas, desde el desvío de recursos, hasta la compra de insumos a sobreprecio y los pagos sin documentación compro-



⁶⁸ Ortega, A. (2018). "Denuncian a 7 estados por irregularidades en recursos del Seguro Popular". *ADNPolítico*. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2018/10/16/denuncian-a-7-estados-por-irregularidades-en-recursos-del-seguro-popular>.

⁶⁹ Impunidad Cero (2018). "Comunicado: Irregularidades financieras del Seguro Popular". *Impunidad Cero*. Disponible en: <http://www.impunidadcero.org/articulo.php?id=83&t=comunicado-irregularidades-financieras-del-seguro-popular>.

batoria.⁷⁰ Una de las principales vulnerabilidades del Seguro Popular fue la falta de esquemas de control en la integración del padrón de beneficiarios. Las aportaciones provenientes del Gobierno Federal y de las entidades federativas estaban estrechamente vinculadas con el número de afiliados que existían en el padrón asociados con la entidad; no obstante, no existían medios eficientes para evitar la doble afiliación o la inscripción de personas que no acudían a los servicios estatales.

La corrupción en la gestión del Seguro Popular y la limitante que existía en su cobertura fueron las principales justificaciones de la administración, encabezada por Andrés Manuel López Obrador para dismantelar el Sistema de Protección Social iniciado en 2003 y crear un nuevo instituto, INSA- BI, para la atención de la población sin seguridad social.

El nuevo diseño de la estructura para financiar el sistema, principalmente la atención de la población sin seguridad social, se creó con dos objetivos primordiales. El primero es el combate a la corrupción y, el segundo, la consolidación de la gratuidad en el ofrecimiento de los servicios de salud. Por tal motivo, se eliminó la relación que existía entre las cuotas de recuperación y la atención otorgada.⁷¹

Las reformas que se efectuaron a la LGS modificaron sustancialmente las fuentes de financiamiento para la atención de la población sin seguridad social; pero el diseño financiero de las instituciones de seguridad social permaneció intacto. Con la creación del INSABI se eliminaron las fórmulas de cálculo utilizadas para financiar al Seguro Popular y se estableció que la prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos sería financiada de manera solidaria por la Federación y las entidades federativas, sin gasto directo de las familias.⁷² Los acuerdos de colaboración entre la Federación y las entidades federativas determinan el monto que deben aportar anualmente los estados. Estos convenios deben ser actualizados cada año y determinan los parámetros que regularán la transferencia de recursos del INSABI a cada

⁷⁰ *Idem.*

⁷¹ Méndez, J. S. M. y Guerrero, A. L. (2021). "De Seguro Popular a INSABI: Mayor población con menor atención". *Ciepmx*. Disponible en: <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>.

⁷² Ley General de Salud (2022). "Artículos 77 bis 11 y 77 bis 12".

entidad para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.⁷³ Cada convenio contiene diferentes montos y rubros, pero, en general, determinan el monto total de recursos, la distribución de los recursos, conceptos de gasto y el calendario de las transferencias.

Otro de los instrumentos utilizados para financiar los servicios de salud para la población sin seguridad social era el FPGC. Este fondo era parte del Sistema de Protección Social en Salud y buscaba otorgar servicios médicos de alta especialidad a los beneficiarios del Seguro Popular que padecían enfermedades de alto costo. El FPGC proporcionaba recursos monetarios a los prestadores de servicios para cubrir las 66 intervenciones designadas.⁷⁴ Con las reformas a la LGS, se derogó el FPGC y se creó el Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), cuyo objetivo y estructura son distintos. Actualmente los recursos del FONSABI se destinan a tres fines específicos:



01 La atención de enfermedades que generan gastos catastróficos, definidas por el CSG.⁷⁵

02 La atención de necesidades de infraestructura, principalmente en las entidades con mayor marginación social.

03 La complementación de los recursos enfocados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como el acceso a exámenes clínicos asociados a personas sin seguridad social.

⁷³ Véase INSABI (2021). "Acuerdos de Coordinación". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/prensa/acuerdos-de-coordinacion-275307?sta-%20te=published>.

⁷⁴ Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019). "Fondo de protección contra gastos catastróficos". Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/fondo-de-proteccion-contra-gastos-catastroficos>

⁷⁵ Las enfermedades que generan gastos catastróficos son aquellas que son priorizadas por su alto costo y los gastos que se derivan de sus tratamientos y medicamentos asociados, debido a su grado de complejidad o especialidad y la baja frecuencia con que ocurren. Este tipo de enfermedades también son referidas en la literatura como "enfermedades de tercer nivel".

Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos



Fondo parte del Sistema de Protección Social en Salud que busca otorgar financiamiento para los servicios médicos de alta especialidad que ponían en riesgo la vida y patrimonio familiar de la población beneficiaria.

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019). "¿Qué es el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos?". Gob.mx. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/que-es-el-fondo-de-poteccion-contra-gastos-catastroficos>.

Fondo de Salud para el Bienestar



Fondo creado por la reforma a la LGS en 2019 para financiar el tratamiento de enfermedades de alto costo, apoyo a infraestructura y el abastecimiento de cualquier medicamento o insumo.

Fuente: Elaborada a partir de la Ley General de Salud. "Título Tercero Bis, Capítulo VI".

Es necesario resaltar que los recursos del FPGC se transfirieron al patrimonio del FONSABI, y desde su entrada en vigor, se han reducido en más de 70 mil millones de pesos de los 113 millones que tenía a finales de 2019.^{76, 77} Esto responde a tres reformas en la normatividad del Fondo en las que se estableció un tope a los recursos que puede contener, y se determinó que el excedente se utilizará de manera general para el gasto público en salud. Es decir, se permite el redestino en otras actividades para la salud que no están definidas en instrumentos normativos y son diversas a los tres objetos del FONSABI. Lo anterior es problemático en tanto se ha reducido el gasto ejercido para financiar enfermedades de alto costo, de 7 715 millones en 2018 a 5 642 millones en 2020.⁷⁸ Es decir, una disminución de 27 por ciento.⁷⁹

⁷⁶ "DECRETO por el que se adiciona un párrafo segundo al artículo 77 bis 17 y se reforma el párrafo segundo del artículo 77 bis 29 de la Ley General de Salud (2020)". *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5606845&fecha=04/12/2020#gsc.tab=0.

⁷⁷ Jardón, T. (2021). "FONSABI debe fortalecerse y ampliar su cobertura con el uso adecuado de recursos". *Fundar, Centro de Análisis e Investigación*. Disponible en: <https://fundar.org.mx/fonsabi-debe-fortalecerse-y-ampliar-su-cobertura-con-el-uso-adecuado-de-recursos/>.

⁷⁸ *Idem*.

⁷⁹ *Idem*.

Este mismo razonamiento fue recogido por la Ley de Ingresos 2022, en la cual se facultó a la Tesorería de la Federación el uso de recursos del FON-SABI para solventar la compra de vacunas contra covid-19, los requerimientos derivados de la atención a la enfermedad derivada por el virus SARS-CoV-2, así como para el fortalecimiento de los programas y acciones en materia de salud.⁸⁰ Si bien estas medidas tenían la intención de hacer frente a una situación de emergencia; en el corto y mediano plazo, dejan desprotegida financieramente a la población sin seguridad social. Principalmente frente a los gastos ocasionados por las enfermedades de tercer nivel, mismas que son prácticamente imposibles de cubrir para la mayoría de las personas. Aunado a la desprotección, en su revisión a la Cuenta Pública 2020, la Auditoría Superior de la Federación identificó posible malversación en los recursos que se extrajeron del FONSABI para atender la pandemia. De este fondo, se analizaron las contrataciones de personal médico y paramédico, así como las compras de insumos. La revisión observó que 650 ventiladores, con un costo de 920.4 millones de pesos, no se entregaron. Tampoco se acreditó la entrega de 1 millón 50 mil mascarillas KN95, con un costo de 40.5 millones de pesos.⁸¹

En el último reporte disponible, el FONSABI tenía como monto disponible 93 031 millones de pesos.⁸² Es importante no olvidar que, de estos recursos disponibles, la Tesorería puede disponer de más de 60 000 millones de pesos para la atención de la pandemia y el fortalecimiento de programas en materia de salud.⁸³ Toda vez que, de acuerdo con las reformas, la única proporción de recursos que está “blindada” y no puede extraerse del fondo son 32 000 millones.

En este punto es necesario recordar que, a inicios de 2020, con la entrada en vigor del INSABI, se generó una “promesa” de gratuidad progresiva

⁸⁰ “Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2022 (2021)”. *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5635285&fecha=12/11/2021.

⁸¹ Vega, A. (2022). “La ASF detecta posibles daños al erario por 2 754.8 mdp en la atención a la pandemia”, *op. cit.*

⁸² Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2020). “Informes Trimestrales sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública”. Disponible en: https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/es/Finanzas_Publicas/Informes_al_Congreso_de_la_Union.

⁸³ “DECRETO por el que se adiciona un párrafo segundo al artículo 77 bis 17 y se reforma el párrafo segundo del artículo 77 bis 29 de la Ley General de Salud (2020)”. *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5606845&fecha=04/12/2020#gsc.tab=0.

en el tercer nivel de atención para finales de ese año (diciembre 2020).⁸⁴ A 2022, todavía no hay certeza de cómo opera la gratuidad, pues los nuevos acuerdos con el IMSS-Bienestar no incluyen el tercer nivel de atención.⁸⁵

Impacto y retos de las modificaciones

Los cambios que se han efectuado en los mecanismos de financiamiento del sistema de salud están encaminados a disminuir los gastos que realizaban las familias sin seguridad social de manera directa, al proporcionar atención y medicamentos gratuitos;⁸⁶ sin embargo, existen vacíos y ambigüedades en la normatividad que evitan alcanzar estos objetivos. La regulación actual presenta dos grandes deficiencias, de acuerdo con los actores entrevistados en el estudio: falta de información y vacíos en la planeación financiera.

Aunque los instrumentos normativos, como la LGS, definen claramente cuáles son las fuentes de financiamiento del INSABI, todavía hay cuestionamientos sobre cómo se distribuyen entre entidades los recursos, es decir, cuánto dinero necesita cada entidad. Si bien la reforma se efectuó con el propósito de federalizar el gasto y evitar la discrecionalidad que existía en la gestión de los recursos por parte de las entidades federativas, la falta de lineamientos institucionales claros puede derivar en mayor opacidad en los medios utilizados para asignar el presupuesto.

Una de las principales herramientas que tenía el Seguro Popular para hacer planeación financiera era el padrón de beneficiarios. A partir de éste se realizaban estimaciones epidemiológicas y actuariales para determinar cuáles eran los padecimientos prioritarios y cómo se debían distribuir los recursos. Al eliminarlo, se pierde la capacidad del instituto de proyec-

⁸⁴ INSABI (2020). "66 Intervenciones". *Gob.mx*. Disponible en: <http://www.gob.mx/insabi/documentos/66-intervenciones?idiome=es>.

⁸⁵ Un ejemplo del funcionamiento actual de las cuotas de recuperación se encuentra en el Catálogo de Cuotas de Recuperación del Instituto Nacional de Medicina Genómica, publicado en el *DOF*, febrero de 2021.

⁸⁶ López Obrador, A. M. (2020). "Conferencia Matutina 05/15/2020". Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2020/05/15/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-322/>.

tar cuánto dinero será necesario para solventar las necesidades de la población que, potencialmente, solicitará los servicios de salud. Por ejemplo, sin una relación de beneficiarios no se puede tener conocimiento sobre el posible porcentaje de la población afiliada que necesitará tratamiento por enfermedades crónicas como diabetes. Lo mismo sucede con la transformación del FPGC al FONSABI, el primero tenía la ventaja de incluir un análisis de suficiencia y viabilidad financiera para incluir en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) intervenciones que podían realmente cubrirse. Ahora no sólo existe un vacío sobre quién financia las enfermedades de tercer nivel, mismas que son impagables para la mayoría de las personas, sino que tampoco hay un documento que especifique cuáles son los servicios disponibles en el primer y segundo nivel de atención para la población sin seguridad social. Este tipo de paquetes de beneficios explícitos pueden permitir una mejor distribución de los recursos para financiar la atención de la salud de una manera más eficaz.⁸⁷



Padrón de beneficiarios

Es una base de datos oficial que contiene la relación de los beneficiarios de un programa específico. En este contexto, el padrón del Seguro Popular tenía la relación de las personas que podían acceder a sus servicios.



Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)

Hasta 2019, era el documento de referencia del Seguro Popular en el que se describían las intervenciones y se listaban los medicamentos a los que tenían derecho sus beneficiarios.

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019a). "CAUSES 2019". Disponible en: <https://bit.ly/3PfoOAT>.

Otro posible problema de las reformas, es la eliminación de las cuotas de recuperación. Éstas eran una forma de cofinanciamiento entre el Go-

⁸⁷ Aaracén, A. *et al.* (2016). "How OECD health systems define the range of good and services to be financed collectively". OECD. Disponible en: <https://bit.ly/3AdT62G>.

bierno y las familias que eran beneficiarias del Seguro Popular. Aunque estas cuotas representaban un porcentaje reducido del total de ingresos del Seguro Popular, se consideraban una cuota simbólica que incentivaba a las personas usuarias a acudir a los servicios de salud, así como tener una gestión de las familias afiliadas en el primer y segundo nivel.⁸⁸ Por el contrario, para los institutos nacionales, esta fuente de financiamiento sí representaba un recurso significativo en cada caso para la terminación de los tratamientos. Las cuotas se calculaban a partir de análisis socioeconómicos y tenían la característica de ser poco gravosas para la población.⁸⁹ Su eliminación, en conjunto con la falta de información entre pacientes y operadores del sistema, ha generado simulaciones de donativos por parte de las familias para los hospitales en los que son atendidos y mayor gasto de bolsillo en los primeros niveles de atención.⁹⁰ Además, si bien la creación del FON-SABI y del INSABI tienen el objetivo de disminuir las disparidades en salud, la eliminación de las cuotas de recuperación y el uso de recursos del FONSABI para enfermedades especializadas, únicamente aplican para la población sin seguridad social. Esto genera una diferencia en el cobro para acceder a los servicios de salud y medicamentos entre los que sí tienen seguridad social y los que no. Es decir, mientras los beneficiarios del INSABI no tienen que pagar cuotas para acceder a los servicios de primer y



Cuotas de recuperación

Eran cuotas familiares que cubrían los beneficiarios del Seguro Popular por la prestación de los servicios de salud. Eran progresivas y dependían del nivel de ingresos de la población.

Fuente: Ley General de Salud (2022). "Artículo 36".

⁸⁸ Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019). "Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud". Disponible en: http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf.

⁸⁹ Ley General de Salud (2018). "Artículo 36". párrafo segundo.

⁹⁰ Obtenido de las entrevistas elaboradas al personal de salud: "Entonces lo que se está haciendo, la manera de simularlo es que se les pide un donativo, entonces el paciente va y dona lo que se requiera, lo dona al hospital, entonces no lo compró en teoría o en principio para su paciente, no lo entregó al médico tratante, no lo entregó a la enfermera de piso, lo entregó al hospital como una donación".

segundo nivel, los beneficiarios del IMSS, ISSSTE y demás instituciones del SNS sí tienen que realizar contribuciones mediante cuotas obrero-patronales.

De esta manera, es claro que el “todo para todos” puede resultar riesgoso e insostenible desde una perspectiva financiera. Hasta el momento no hay medios concretos que permitan solventar todos los gastos asociados a padecimientos y necesidades de la población sin seguridad social; no obstante, legalmente, el INSABI está obligado a proveerlos a la población que acuda solicitándolos.

2.2. Modificaciones orgánicas al SNS y a la SS

Modificaciones orgánicas



Cambios elaborados a la organización formal del SNS en la que se establecen las funciones de las diferentes instituciones, áreas o unidades. Es decir, reformas a la estructura y diseño del sistema.

El SNS es un esfuerzo que implica la coordinación entre los servicios de salud que ofrece el Gobierno Federal y los que proporcionan las entidades federativas, así como los sectores social y privado. Desde el inicio de la administración de Andrés Manuel López Obrador (AMLO), se han realizado modificaciones en distintas aristas del sistema que afectan cómo se relacionan las instituciones, usuarios y organismos rectores; así, las reformas también han transformado la composición orgánica del SNS. En este capítulo se describen algunos elementos demográficos y estructurales, además de exponer los principales cambios introducidos por las reformas efectuadas desde noviembre de 2019.

Demografía y elementos del SNS

La distribución demográfica del país permite conocer las características de la población y diseñar un sistema de salud que responda a sus necesidades. Las estructuras para acceder a los servicios de salud pueden ser obsoletas si no se realizan considerando a las personas usuarias.

México tiene una población de 126 014 024 personas, de las cuales 48.8% son hombres y 51.2% son mu-



Transición demográfica

El cambio de las poblaciones de altas tasas de natalidad y mortalidad sin control, a bajas tasas controladas.

Fuente: Partida Bush (2005). "La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México". *Papeles de Población*, 11(45), pp. 9-27. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252005000300002&lng=es&nrm=i-so&tlng=es.



Envejecimiento demográfico

Se refiere a un cambio en la estructura por edades de una población, el cual está caracterizado por el incremento tanto relativo como absoluto de la población con 65 años o más.

Fuente: Montoya, J., y Montes de Oca, H. (2006b). "Envejecimiento poblacional en el Estado de México: situación actual y perspectivas futuras", *Papeles de Población*, 12(50), pp. 117-146. Disponible en: <https://bit.ly/3QvA7Ws>.

jes. En los últimos años, el país ha experimentado una transición demográfica, reflejada en la disminución de la fecundidad, el aumento en la población en edad laboral, la disminución en la tasa de crecimiento, el envejecimiento de la población, y un aumento en la esperanza de vida.⁹¹ Desde 1990, la población infantil y de jóvenes ha disminuido su participación porcentual, al pasar de 38.3% en 1990 a 25.8% en 2020 y de 29.4% a 25.5 %, respectivamente.⁹² El efecto con-

⁹¹ PAOT (2000). "La transición demográfica en México". *Org.mx*. Disponible en: https://paot.org.mx/centro/ine-se-marnat/informe02/estadisticas_2000/informe_2000/01_Poblacion/1.1_Dinamica/data_dinamica/recuadro.htm.

⁹² CANIFARMA (2020). "Presupuesto público para salud 2021". *Código F*. Disponible en: <https://codigof.mx/presupuesto-publico-para-salud-2021/>.

trario se ha observado en la población adulta, registrando un aumento en las poblaciones de 30 a 59 años y de 60 años o más.⁹³ Este fenómeno refleja un claro proceso de envejecimiento demográfico.

El envejecimiento demográfico se ha considerado un fenómeno global y responde a la disminución de las tasas de mortalidad. El cambio poblacional genera también la necesidad de transformar el enfoque de la salud pública. Al tener más personas de edad avanzada, se requieren más médicos con especialidades enfocadas en el tratamiento de padecimientos con mayor prevalencia en el sector. Además de la transición demográfica, existe una transición epidemiológica derivada de los cambios de patrones de salud y enfermedad.⁹⁴ La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles permea las necesidades de la población y el enfoque que debe priorizar el sistema.

La migración es otro componente de la dinámica demográfica. En 2020, de los 126 millones de personas que habitaban en el país, 17.2% residían en una entidad distinta a la de su nacimiento y 0.8% nacieron en el extranjero.⁹⁵ Es importante conocer la distribución de la población, especialmente migrante, porque, en principio, el INSABI sólo cubre de manera gratuita a los mexicanos, pues, por ejemplo, los requisitos que se solicitan para acceder a los servicios –como la CURP–, únicamente los mexicanos o extranjeros que residen en México los pueden cumplir. Si no se tiene una respuesta clara de la situación en el componente público del SNS de la población en condición de movilidad, se dejaría a este grupo sin protección a la salud y en una situación más vulnerable. Además, de 2013 a 2018, 716 mil personas salieron de México con la intención de trabajar, vivir o estudiar en el extranjero. La mayoría de los cuales se encuentran en edad productiva, es decir, tienen entre 18 y 59 años.⁹⁶

⁹³ INEGI (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. México: INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>.

⁹⁴ S.a (1998). "Cambios demográficos y epidemiológicos en América Latina". *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 3, núm. 1. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1998.v3n1/41-42/es>.

⁹⁵ INEGI (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020*. México: INEGI. Disponible en: <https://censo2020.mx/>.

⁹⁶ INEGI (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)*. México: INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>.

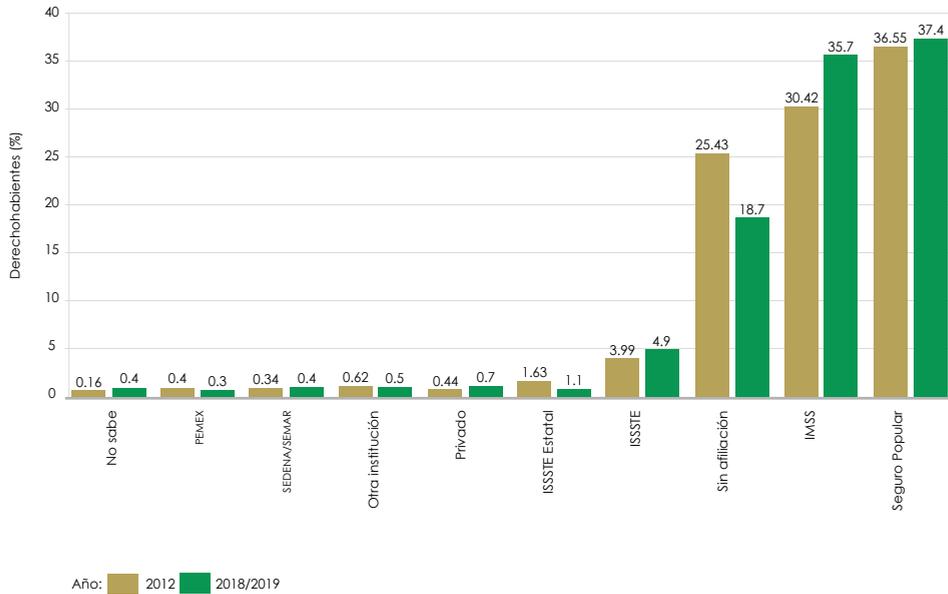
Con independencia de la distribución poblacional, el Estado tiene la obligación de generar la infraestructura y medios para que las personas que habitan o transitan en su territorio tengan acceso a los servicios de salud. En México, antes de la creación del Seguro Popular, contar con un seguro de salud, ya sea privado o de la seguridad social, era la única vía para tener acceso a los servicios sin incurrir en cargas financieras adicionales.

Aunque existen discrepancias en los diferentes registros sobre el porcentaje de beneficiarios de cada subsistema, en 2012, el Seguro Popular era el sistema que cubría al mayor porcentaje de la población (35.7%), seguido por el IMSS, con 37.4% y el ISSSTE con 4.9%.⁹⁷ Entre 2012 y 2018, se observa un aumento en la población asegurada por el IMSS de 4.5 puntos porcentuales, mientras que el resto de las instituciones de seguridad social (ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR) han mantenido un comportamiento similar. De igual modo, el Seguro Popular registró un incremento en su cobertura al pasar de 36.5% a 37.4%, en 2012 y 2018, respectivamente (figura 2.5a).⁹⁸ Basados en la distribución, es claro que cualquier modificación normativa que afecte al sistema de protección para las personas sin seguridad social tiene un impacto en el acceso a la salud para millones de mexicanos.

⁹⁷ T. Shamah-Levy, E. et al. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>.

⁹⁸ *Idem*.

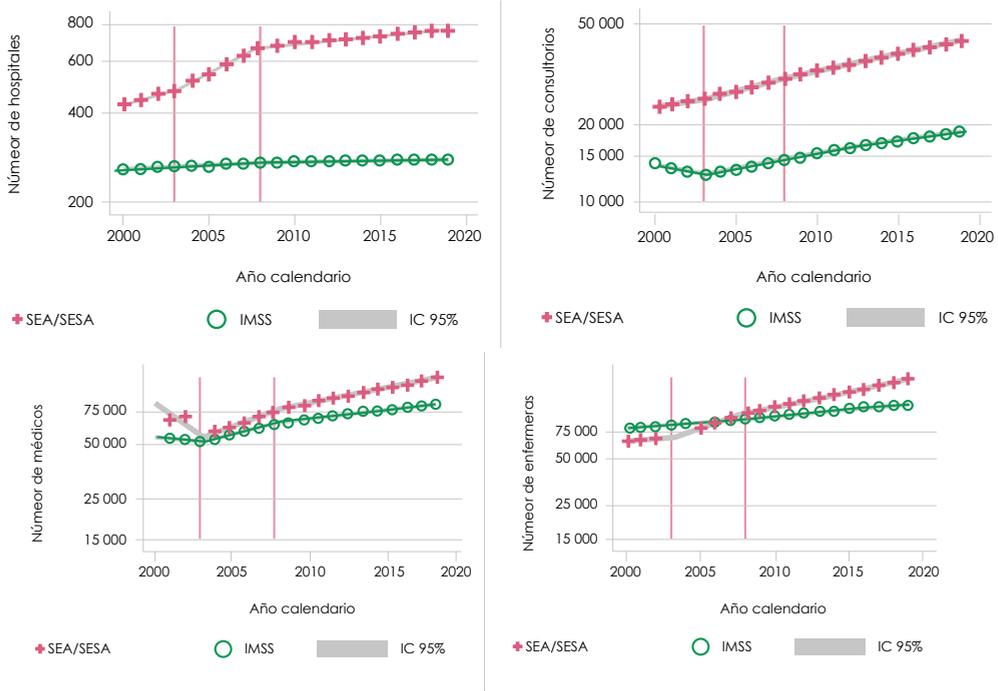
Figura 2.5a. Porcentaje de derechohabientes por institución



Fuente: Elaboración propia con datos de Shamah-Levy, T. et al. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>.

Infraestructura y recursos humanos

Figura 2.5b. Infraestructura y recursos humanos, México, 2000-2019



Fuente: Secretaría de Salud (2020). "Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS)". México. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_sinerhias.html.

Nota: SEA: Hace referencia a la Secretaría de Salud; SESA: Servicios Estatales de Salud.

Desde la implementación del Seguro Popular en 2004, se registró un aumento en el número de hospitales y unidades de atención primaria y, desde 2007, un aumento en las unidades de consulta externa (figura 2.5b). Del total de establecimientos que brindan servicios de salud, 90% tienen la categoría de hospital general, 5% tienen especialidad de gineco-obstetricia, 3% otra especialidad y el resto corresponde a pediatría, psiquiatría y

traumatología.⁹⁹ Otro indicador es el número de camas de hospital. México tenía 1.4 camas por cada mil habitantes en 2017, el cuarto más bajo de los países de la OCDE (4.7), y menor al promedio de Latinoamérica (2.1).¹⁰⁰ A nivel nacional, las camas de los hospitales públicos están distribuidas de manera desigual, siendo la Ciudad de México un valor atípico con 175.4 camas por 100 000 habitantes en comparación con el promedio nacional de 72.1. Esta situación es explicada por la concentración de grandes hospitales privados y de hospitales de alta especialidad en las principales ciudades de México. Bajos niveles en los indicadores pueden impactar la calidad y el acceso a los servicios de salud. Además, la existencia de diferencias entre los indicadores que reportan las entidades federativas puede significar inequidades en los servicios que obtiene la población.

En cuanto a los recursos humanos del sistema, según indicadores de la OCDE, en 2020 el número de médicos por cada mil habitantes en México (2.4) se encontraba entre los cinco más bajos; y el de enfermeras por mil habitantes (2.9) era el más bajo entre los países de la OCDE.¹⁰¹ Si bien, el número de médicos y enfermeras se encuentran ligeramente arriba del promedio de la región latinoamericana, la razón de médicos por enfermera es inferior al promedio general (8.8).

Uno de los retos constantes ha sido el acceso real a los servicios de salud, es decir, que la persona sea atendida y su problema de salud sea resuelto. Principalmente a causa de la escasez de infraestructura y recursos humanos para dar respuesta a la demanda de atención y a la inequidad en su distribución. Se ha estimado que en 15 estados del país la densidad de recursos humanos está muy por debajo del número recomendado de médicos y enfermeras. Según datos de la OCDE, en el periodo 2000-2017, México tuvo un crecimiento más pronunciado en el número de médicos por cada mil habitantes que el promedio de los países de la organiza-

⁹⁹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2016). "Evaluación integral del desempeño de los programas federales de apoyo al infraestructura, 2014-2015". Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IET/Paginas/Evaluaciones-Integrales-2014-2015.aspx>.

¹⁰⁰ OCDE/ The World Bank (2020). "Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020". OECD. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm>.

¹⁰¹ *Idem*.

ción;¹⁰² aun así, sigue siendo uno de los países en los que este indicador es menor que el promedio de la organización y de la región latinoamericana.

Otro desafío es la falta de especialistas para determinados padecimientos. Por ejemplo, en 2017 para la atención a la salud mental se contaba con 0.2 psiquiatras y 2.2 enfermeras especialistas en salud mental por cada 100 000 habitantes, cuando el promedio en Latinoamérica fue de 3.4 y 12.3 respectivamente.¹⁰³ Además, México es el país de la OCDE que menos especialistas quirúrgicos tiene por cada mil habitantes (0.1).¹⁰⁴

La distribución de los médicos se da principalmente en el sector público en relación con el sector privado. En el 2000, alrededor de 59% de los médicos estaban empleados en el sector público, mientras que en 2016 había aumentado a 71%. Esto se debe en parte al crecimiento relativo del sector público, junto con una mejor remuneración de los médicos generales empleados por el Gobierno en comparación con los empleados privados.

Un nuevo sistema de salud mexicano

Las reformas realizadas en el componente orgánico pueden clasificarse en dos grandes modificaciones: 1) la desaparición del Seguro Popular y la creación del INSABI; y 2) la reestructuración y centralización de la rectoría en salud.

El discurso político en el que se basó la desaparición del Seguro Popular se centró en aseverar que "no era ni seguro ni popular",¹⁰⁵ toda vez que el cuadro básico no incluía todos los insumos necesarios y más de 22 millones de personas no contaban con acceso a los servicios de salud. Es claro que, al realizar las reformas, existía una confusión sobre la forma como se integraban tanto el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sec-

¹⁰² *Idem.*

¹⁰³ *Idem.*

¹⁰⁴ *Idem.*

¹⁰⁵ López Obrador, A. M. (2018). "Conferencia matutina del 14 de diciembre de 2018", versión estenográfica. Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2018/12/14/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-4/>.

tor Salud (Cuadro Básico) como el CAUSES. Estos mecanismos respondían a procesos de priorización que analizaban la viabilidad financiera de la inclusión de medicamentos e intervenciones. Además, para incluirlos existía un proceso de creación en el que se debía concretar una evaluación económica. Es decir, la ausencia de algún insumo o procedimiento en estos documentos era producto de análisis de costo beneficio y no una decisión arbitraria sobre qué podía incluirse. El diseño del Seguro Popular se efectuó para que, de manera realista y progresiva, se ofreciera un sistema que permitiera a la población sin seguridad social acceder a los servicios de salud, sin incurrir en gastos catastróficos.¹⁰⁶ Además, se justificó el cambio en la existencia de una creciente burocracia, cuya estructura era más administrativa que médica.¹⁰⁷

En este punto es importante resaltar que, si bien la eliminación del Seguro Popular y la creación del INSABI se efectuaron en la misma reforma, no se puede afirmar que el último es un sustituto del primero. El Seguro Popular era un mecanismo de financiamiento creado con la finalidad de disminuir el gasto directo en el que incurría la población sin seguridad social. En este entendido, no era un órgano proveedor de servicios, sino un sistema de protección financiera con incrementos sostenidos para la obtención y distribución de los recursos. Los obligados a proveer los servicios, con el financiamiento del Seguro Popular, eran los servicios estatales de salud.

“
¿Saben qué pasó con esto del Seguro Popular? Creció más el número de trabajadores administrativos que el número de médicos. Una desproporción completa, se carecía de médicos en centros de salud, en hospitales.

Conferencia 07/11/2019 – Andrés Manuel López Obrador

”

¹⁰⁶ CONEVAL (s.f.). "Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI". Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf.

¹⁰⁷ López Obrador, A. M. (2019). "Conferencia matutina del 7 de noviembre del 2019". Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-jueves-7-de-noviembre-2019?idiom=es>.

Ahora, el INSABI sí se concibió fundamentalmente como prestador de servicios que inició funciones con la cobertura del primero y segundo nivel de atención y la promesa de transitar al tercer nivel. Su naturaleza como ente proveedor de servicios se deriva de la LGS y los convenios de coordinación con las entidades federativas, en los que el INSABI adquiere la responsabilidad de prestar servicios. Este instituto, en esencia, tiene por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social. Por lo que, las modificaciones tienen la intención de crear un órgano para garantizar el derecho a la protección de la salud de la población sin seguridad social. Sin embargo, las entidades federativas no están obligadas a firmar convenios de colaboración con el INSABI,¹⁰⁸ lo cual genera una mayor fragmentación en el sistema porque su operación depende de la aceptación y de la coordinación.

Rectoría



Se refiere a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud.

Fuente: OPS (s.f.). "Rectoría y Gobernanza hacia la Salud Universal". Disponible en: <https://bit.ly/3AgYKRo>.

A partir de 2022, se inició con la centralización de los servicios de salud, a través del IMSS-Bienestar. Uno de los argumentos es que el INSABI no terminó de consolidarse como proveedor de servicios.¹⁰⁹

Las reformas también impactaron la rectoría del SNS. Ésta es una de las principales funciones de la SS y comprende la planeación estratégica, el diseño de políticas, la coordinación intra e intersectorial, la evaluación de

¹⁰⁸ Estos convenios son instrumentos consensuales en los que las entidades federativas y el INSABI definen en cada caso concreto cuáles serán las bases para la colaboración en torno al Programa Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social. Con la firma de cada convenio se consolidó la adherencia de los estados al INSABI, así como los niveles de atención que trasladaría la entidad al Instituto.

¹⁰⁹ Expansión Política (2022). "Zoé Robledo: IMSS-Bienestar no sustituye al INSABI sino a los sistemas de salud". Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2022/05/05/zoe-robledo-imss-bienestar-no-sustituye-al-insabi>.

los servicios y la regulación sanitaria.¹¹⁰ En torno a esta función, se efectuaron dos cambios principales: la desaparición de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo, y la supeditación de la COFEPRIS a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.¹¹¹

En el marco de las medidas de austeridad implementadas por el Gobierno durante el sexenio 2018-2024, se eliminaron diez subsecretarías de diferentes secretarías de la Administración Pública Federal, relacionadas principalmente con áreas de planeación.¹¹² En el caso de la ss se buscó eliminar la Subsecretaría de Integración y Desarrollo, la cual tenía entre sus funciones la elaboración de diagnósticos sobre las condiciones de los servicios de salud estatales, el establecimiento de políticas y estrategias para la equidad en la distribución de recursos humanos, y la coordinación entre el sector salud y educativo.¹¹³ La delegación de las funciones que realizaba esta subsecretaría a otras áreas, en la práctica, ha dificultado las actividades rectoras de la ss. Principalmente, la falta de un titular que coordine todas las funciones de planeación ha obstaculizado la creación de programas y unificación de esfuerzos de otras áreas como la Dirección General de Información en Salud (DGIS), la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), entre otros. Todas estas tareas se atribuyeron a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, sin que sea claro cómo operarán con la misma capacidad humana y mayores facultades, especialmente porque no se ha emitido el nuevo reglamento interno de la institución que guíe la implementación de las modificaciones.¹¹⁴

En el mismo sentido, la COFEPRIS se supeditó a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud con el objetivo de generar mayor vigilancia y disminuir la corrupción que, desde su perspectiva, prevalecía en la Comi-

¹¹⁰ Frenk, J. y Gómez, O. (2008). *Para entender el sistema de salud de México, op. cit.*

¹¹¹ Secretaría de Salud (2020). "ACUERDO por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud". Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598727&fecha=19/08/2020#gsc.tab=0.

¹¹² "DECRETO por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican (2020)". México: DOF. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592205&fecha=23/04/2020#gsc.tab=0

¹¹³ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (2018). "Artículo 9".

¹¹⁴ Secretaría de Salud (2020). "ACUERDO por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud". México: DOF. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598727&fecha=19/08/2020#gsc.tab=0.

sión.¹¹⁵ El discurso de la administración estaba centrado en la desconfianza que existía respecto a cómo se llevaba a cabo el manejo de los registros sanitarios de medicamentos autorizados para su comercialización en el territorio nacional. De esta forma, la solución frente a estas deficiencias identificadas fue la designación de “gente de confianza” en el manejo del órgano, con lo cual se pretendía limpiarla de cualquier práctica corrupta que pudiera prevalecer. Al final, la COFEPRIS es un órgano desconcentrado con autonomía técnica, administrativa y operativa cuyas regulaciones tenían impacto no sólo en el sector salud. Su supeditación puede generar tensiones políticas.¹¹⁶

La desconcentración administrativa implica autonomía técnica, de gestión y funcional, con lo cual los órganos puedan conocer y resolver cuestiones técnicas, distintas a las políticas públicas, que son más del ámbito de las dependencias a las que pertenecen. La necesidad de estos entes públicos radica en que el órgano centralizado asociado, en este caso la Secretaría, no tiene los conocimientos técnicos necesarios y debe coadyuvar con el descentralizado.¹¹⁷ De esta forma, la relación entre los dos entes (centralizado y descentralizado) es de cierta subordinación, mas no de jerarquía. En consecuencia, un órgano desconcentrado –como lo es la COFEPRIS– no puede supeditarse a una subsecretaría porque necesita autonomía para la solución ágil de las cuestiones relacionadas con sus funciones y, al ser un ente más especializado, sus decisiones no deberían estar condicionadas a un área que no tiene los conocimientos técnicos o que limita su actuar por líneas de reporte adicionales que hacen que las funciones sean más burocráticas en una institución cuya autonomía debiera permitirle realizar sus funciones de una manera más ágil.

El cuadro 2.2 resume cómo distintos países han diseñado sus sistemas de salud y los elementos estructurales que los definen. El análisis de su composición ofrece otra perspectiva sobre cómo puede aproximarse un Estado a la protección de la salud.

¹¹⁵ *Idem.*

¹¹⁶ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) (2022). “Artículo 17”.

¹¹⁷ Fernández Ruiz, J. (1997). “Capítulo III. Descentralización administrativa”. *Panorama del derecho mexicano.*

Derecho administrativo, pp. 35. En físico.

Cuadro 2.2. Sistemas de salud del mundo

La estructura de los sistemas de salud no es unívoca; cada país, de acuerdo con sus capacidades y necesidades, diseña los mecanismos a partir de los cuáles garantizarán el derecho a la salud a su población. Puede ser desde la privatización del sector, como en Estados Unidos, hasta esquemas de servicios públicos, como en Australia. Sin embargo, es relevante resaltar que el sistema de ningún país soporta la provisión de todos los servicios a todas las personas de manera gratuita, es decir, con sólo recursos públicos. A continuación, se resume el diseño del sistema de salud de cinco países de la OCDE con el propósito de ofrecer una visión general de cómo es la estructura de estos sistemas alrededor del mundo.

Brasil

El Sistema de Salud de Brasil se encuentra dividido en público y privado. El sector público se compone por el Sistema Único de Salud (SUS). El sector privado está conformado por el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y por el desembolso directo de la población. El SUS se divide en nacional, estatal y municipal, de esta forma, se considera como una red de regiones que de manera jerárquica se enfoca en atender a la población. El Sistema se basa en la universalidad, la integridad y la equidad. Para lograr estos principios, se crearon tres estrategias fundamentales: a) la descentralización de sus servicios, b) la coordinación por un mando único en cada nivel gubernamental, y c) la participación social a través de Conferencias de Salud y los Consejos de Salud.

Fuente: Ministério da Saúde Único de Saúde (SUS) (2000). "Principios e conquistas". Brasília-DF. Disponible en: <http://www.saude.mg.gov.br/sus#navigation-start>.

Montekio, V. B., Medina, G., Aquino, R. (2011). "Sistema de salud de Brasil". *Heal Syst Brazil*. 53(1):120-31. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf>.

Costa Rica

La salud está definida como un bien de interés público tutelado por el Estado. El sistema de salud de Costa Rica se encuentra dividido en dos sectores: público y privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (ccss), ésta es una institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de los servicios de salud públicos y personales. La ccss administra tres regímenes: el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (SIVM) y el régimen no contributivo.

Fuente: Ley General de Salud No. 5395 (2014). Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Artículo 1º; Sáenz, M. D. R., Acosta, M., Muíser, J. y Bermúdez, J. L. (2011). "Sistema de salud de Costa Rica". *Salud Pública México*. 53(Suppl. 2):s156-67. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10619779011.pdf>.

Chile

El sistema de salud de Chile es un sistema fragmentado en su atención y sistemas de aseguramiento. Éste se divide en tres grandes sectores: 1) público-Fondo Nacional de Salud (FONASA); 2) privado-Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), y 3) la atención en salud de las Fuerzas Armadas.

Fuente: Constitución Política de la República de Chile (1980). "Artículo 19, derecho a la protección de la salud".

Inglaterra

Tiene un sistema público y universal de salud denominado Servicio Nacional de Salud (NHS). Adicionalmente, las personas pueden acudir al sector privado para recibir atención médica. Todo el sistema de salud está supervisado por el Departamento de Salud y tiene organizaciones que realizan funciones específicas. Entre estas tareas se encuentran: comisionar los servicios o ponerlos en marcha; monitorear y regular; capacitar y desarrollar; proveer los servicios de cuidado a la salud, y generar información y evidencia. En 2022, se emitió una nueva ley que modifica la estructura y organización del NHS.

Fuente: NHS (2014). "Understanding the New NHS". Inglaterra, p. 9. Disponible en: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20170504162917mp_/https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/06/simple-nhs-guide.pdf.

continuación cuadro 2.2

Australia

Tiene un sistema de salud universal conocido como Medicare. Éste se basa en los principios de elección, acceso y universalidad, además de que combina el acceso gratuito a servicios hospitalarios y subsidios para medicamentos y otros servicios médicos más especializados. El gobierno australiano define el sistema de salud como una red multifacética de servicios públicos y privados. Los servicios ofertados por el sector público son provistos por todos los niveles de gobierno; los poderes se distribuyen en un poder central, estatal (seis estados) y territorial (trece territorios). El sector privado incluye hospitales, consultorios médicos y farmacias. El Gobierno financia la atención de pacientes públicos en hospitales privados vía esquemas de subvención. La atención del sector público se divide en: atención primaria, atención hospitalaria y servicios especializados.

Fuente: AUSTRALIA-WHO (2017). "Country Cooperation Strategy 2018-2022". OMS, 2017, p. 9.. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1096344/retrieve#:~:text=This%20Australia%E2%80%933WHO%20Country%20Cooperation,have%20on%20priority%20health%20issues.>

Para más información: Charvel, S. et al. (2018). "Challenges in Priority Setting from a Legal Perspective in Brazil, Costa Rica, Chile, and Mexico". *Health And Human Rights*, vol. 20,1: 173-184.

Retos y oportunidades

Las modificaciones orgánicas al SNS y a la SS pueden no ser la vía idónea para alcanzar una cobertura universal y gratuita, si no se concreta la definición de los mecanismos y se expiden los lineamientos pertinentes para entender el alcance de las modificaciones;¹¹⁸ por lo mismo, es importante que las futuras labores de reforma se realicen a partir de un esfuerzo coordinado. La idea detrás de la creación del INSABI era eliminar las deficiencias en la gestión del Seguro Popular y construir un órgano capaz de solventar las necesidades de la población. Sin embargo, han existido lagunas en la implementación y, un dos años después, no se ha concretado la transición

¹¹⁸ Las modificaciones efectuadas se elaboraron en lo general y el INSABI inició funciones sin las especificaciones de cómo se implementarían en el corto, mediano y largo plazo. Por eso es necesario que se generen y publiquen los instrumentos normativos faltantes (nuevo reglamento interior de la SS, reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad, manuales de operación y reglamento interior del INSABI).

al nuevo sistema. Dado que no se ha logrado que sea el INSABI el órgano que gestione los servicios de forma directa en las entidades.

El retraso en la emisión de manuales de operación, lineamientos y reglamentos que regulen las actividades del INSABI generó, y sigue generando, incertidumbre entre la población, los operadores de las instituciones y los prestadores de servicios de salud. Como consecuencia, en la Ley de Ingresos Federal 2022, se facultó a las entidades federativas la posibilidad de firmar contratos con el IMSS-Bienestar a fin de otorgar la atención para la población sin seguridad social.¹¹⁹ Desde marzo de 2022, se inició un proceso de transformación en el que sea precisamente el IMSS-Bienestar la institución encargada de la atención de la población sin seguridad social. Es decir, según lo planeado, se espera que, para 2024, los hospitales estatales pasen a formar parte de este programa. Esto puede ocasionar mayor fragmentación y obstáculos en un sistema compuesto como el mexicano. Más aún, esta nueva estrategia puede representar la aceptación de los retos que implicó el INSABI, así como su abandono. Además, tampoco se ha publicado el plan de transición al IMSS-Bienestar, denominado por la administración "Plan de Salud para el Bienestar", lo que incrementa la incertidumbre sobre su operación.¹²⁰ La centralización de los servicios de salud vía el IMSS-Bienestar se rige bajo el principio de libre asociación de las entidades federativas. Por lo tanto, se faculta a cada gobierno local a decidir si quiere trasladar los servicios a este programa o mantenerlos. Actualmente, no es claro cuáles niveles de atención se trasladan por entidad o cómo operará el modelo de atención en zonas urbanas, cuando fue concebido principalmente para comunidades y zonas rurales. Asimismo, se debe definir cómo convive este modelo con los demás que existen en la actualidad.

Si se revisa el Presupuesto de Egresos 2022 y se compara con los presupuestos precedentes (tabla 2.1b), existe un claro incremento de inversión al IMSS-Bienestar. Aunque los valores que se presentan son nominales y no reales, se puede observar que, en total, considerando el ramo 12 y el ramo

¹¹⁹ Ley de Ingresos Federal 2022 (2022). "Artículo décimo sexto transitorio".

¹²⁰ López Obrador, A. M. (2022). "Programa de Salud para el Bienestar". Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/temas/plan-de-salud-para-el-bienestar/>.

19, se asignó el doble de recursos al programa. Esto expone la clara inclinación que existe hacia el fortalecimiento del IMSS-Bienestar y su consolidación como la institución prestadora de los servicios de salud a la población sin seguridad social. No se debe olvidar la posible fuga de recursos humanos y esfuerzos que puede presentarse desde el IMSS ordinario hacia el IMSS-Bienestar. Es decir, con la intención de fortalecer el esquema para la atención de la población sin seguridad social, existe el riesgo de debilitamiento de un esquema consolidado a uno con deficiencias en la prestación de servicios de salud por la "distracción" de recursos a otros programas. Por ello es necesario pensar en soluciones que fortalezcan el sistema en su conjunto. En mayo de 2022, el Gobierno Federal presentó avances en infraestructura y recursos humanos para el programa IMSS-Bienestar. En las quince entidades en las que se dio inicio al programa,¹²¹ se prevé el aumento de un total de 7 033 unidades de primer nivel de atención, 347 hospitales de segundo nivel y 46 043 personas en plantilla médica. No obstante, este aumento no proviene de un incremento en la inversión, sino de la transferencia de recursos de las entidades federativas al IMSS-Bienestar.¹²²

Tabla 2.1b. Evolución del presupuesto del IMSS-Bienestar en el PEF

Concepto	2019	2020	2021	2022
Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social (millones de pesos)				
Erogaciones para el desarrollo integral de los pueblos y comunidades indígenas	3 956.98	4 761.35	4 913.71	8 353.07
Recursos para la atención de grupos vulnerables	4 364.92	4 839.15	4 994.00	19 522.88
Recursos para la atención de niñas, niños y adolescentes	5 487.67	6 083.88	6 279.38	9 165.64
Total del ramo	13 809.57	15 684.38	16 187.09	37 041.58

¹²¹ Nayarit, Tlaxcala, Colima, Baja California Sur, Campeche, Sonora, Sinaloa, Zacatecas, Morelos, Ciudad de México, San Luis Potosí, Durango, Michoacán, Oaxaca y Veracruz. A julio 2022, también se incluye Guerrero.

¹²² CIEP(2022). "Hilo sobre análisis en Salud". Twitter. Disponible en: <https://twitter.com/ciepmx/status/1521590879487676421>.

Ramo 12 Salud (millones de pesos)				
Programa especial concurrente para el desarrollo rural sustentable	11 893.50	13 185.70	13 607.60	23 689.90
Total del ramo	11 893.50	13 185.70	13 607.60	23 689.90
Total	25 703.07	28 870.08	29 794.69	60 731.48

Fuente: Elaboración propia con base en Presupuesto de Egresos de la Federación 2019-2022, *op. cit.*

Las constantes modificaciones y adiciones a la estructura del SNS en su componente público denotan una búsqueda para encontrar cuáles son los mecanismos y procesos más eficientes que permitan alcanzar el objetivo principal de la reforma: proveer servicios y medicamentos gratuitos.

El SNS está en constante cambio y transformación para adecuarse a las necesidades de la población. Es en este dinamismo donde se pueden encontrar las mayores oportunidades para el diseño del sistema. La reestructuración de la ss otorga una posibilidad para fortalecer la rectoría, diseñar esquemas de vigilancia y generar programas federales robustos que impacten directamente en el funcionamiento del SNS. Dado que a agosto de 2022 todavía no se emite el nuevo reglamento interior de la ss, se puede partir de objetivos generales que se buscan alcanzar y crear una nueva estructura que sea más eficiente. Además, la existencia de una institución enfocada en proveer atención a la población sin seguridad social, como el INSABI, puede, en última instancia, subsanar las deficiencias y diferencias que existían en calidad entre una entidad federativa y otra. Es decir, si un mismo instituto gestiona la provisión de servicios para la población de todo el país que no cuente con seguridad social, con los mismos catálogos, manuales y enfermedades cubiertas, puede ayudar a homologar la calidad de la atención que reciben las personas, siempre que tenga la capacidad operativa. En 2022, la solución sigue siendo que un sólo instituto sea el encargado de proveer servicios a la población sin seguri-

dad social, pero ahora se busca que sea el IMSS–Bienestar, al convertirlo en un órgano descentralizado independiente.¹²³

2.3. Cobertura de los servicios de salud

Cobertura de servicios



Hace referencia al número de personas que tienen acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras.

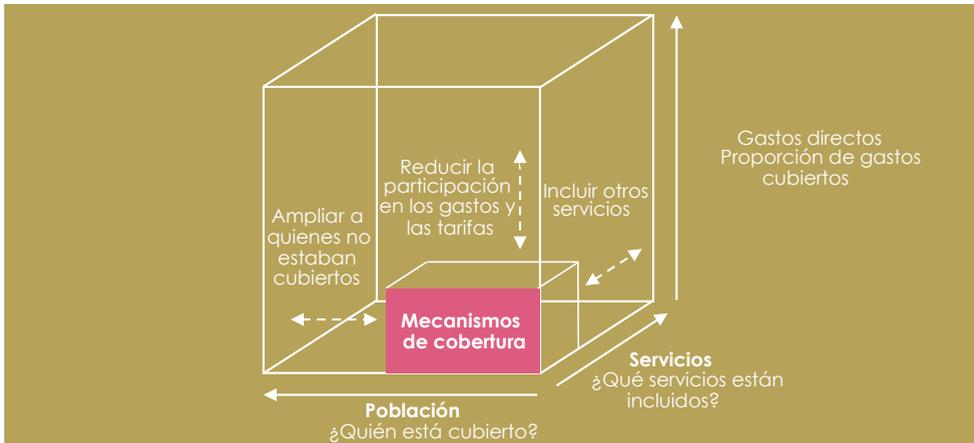
Fuente: OPS (2022). "Cobertura Universal: Preguntas Frecuentes". Disponible en: <https://bit.ly/3dmD6IT>

La cobertura de los servicios ofertados se entiende como el número de habitantes que tiene acceso equitativo a servicios de salud integrales. Las modificaciones a la LGS en 2019 tenían como principal propósito aumentar la cobertura gratuita de la población sin seguridad social. Dado que los cambios se centran en reformar la estructura de solamente una parte de las personas usuarias del SNS, se dificulta que se hable de cobertura universal (cuadro 2.3). En esta sección, se describen los principales cambios en torno a la cobertura, así como su impacto e implicaciones.

¹²³ INSABI (2022). "Será IMSS-Bienestar organismo descentralizado del más alto nivel para garantizar servicios de salud". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/prensa/sera-imss-bienestar-organismo-descentralizado-del-mas-alto-nivel-para-garantizar-servicios-de-salud-311176#:~:text=El%20proyecto%20de%20decreto%20establece,para%20garantizar%20servicios%20de%20salud.>

Cuadro 2.3. ¿Qué es la cobertura universal en salud?

La **Cobertura Sanitaria Universal** (csu) significa que todas las personas pueden acceder a servicios de salud de calidad sin tener que experimentar dificultades financieras. La cobertura universal descansa en la naturaleza de la salud como un derecho humano, así como en los principios de equidad y solidaridad. Cuando, según la OMS, cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso a los servicios de salud, es imperante que los países desarrollen acciones tendientes a garantizarla. La csu implica tres dimensiones: 1) cobertura de servicios, 2) cobertura poblacional, y 3) cobertura financiera.



Fuente: OMS (2021). "Cobertura sanitaria universal". Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

Cobertura en México

El artículo 4º, en conjunto con el artículo 1º, constitucional establece que el derecho a la protección de la salud es de todas las personas; sin embargo, por la fragmentación del sistema, el acceso a los servicios de salud no

es el mismo para toda la población y se pueden identificar dos sectores diferentes:¹²⁴



Sector 1

1. Trabajadores del sector formal.
2. Autoempleados.
3. Población con capacidad de pago.



Sector 2

Población sin documentos de identidad mexicanos.

Con la creación del Seguro Popular en 2003, se pretendía disminuir la brecha de acceso entre la población con y sin seguridad social. A partir de su puesta en operación, pasó de cubrir en 2004 a 5.3 millones de personas, a 51.9 millones de personas en diciembre de 2019.¹²⁵ La póliza de afiliación que emitía este sistema de protección cubría 297 intervenciones del CAUSES, 633 claves de medicamentos y 37 insumos médicos asociados. Sin duda, esta política impactó positivamente la cobertura porque se aumentaron progresivamente las enfermedades y tratamientos asociados que estaban efectivamente cubiertos.

En 2017, en México, 89.3% de la población tenía acceso a los servicios.¹²⁶ No obstante, esta cobertura variaba dependiendo de la entidad federativa, pues San Luis Potosí tenía la más alta con 91% y Michoacán la más baja con 78.8% (figura 2.6).¹²⁷ Es de resaltar que estados con mayor desarrollo, como Jalisco, Estado de México y Ciudad de México, se encontraban entre las entidades con menor acceso a los servicios de salud, a pesar de la alta concentración de hospitales y servicios médicos (figura 2.6).

¹²⁴ Frenk, J. y Gómez, O. (2008). *Para entender el sistema de salud de México, op. cit.*, p. 52.

¹²⁵ Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019). "Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud". Disponible en: <https://bit.ly/3QHyogY>.

¹²⁶ OCDE (2019). "Panorama de la Salud 2019. Indicadores de gasto en salud de la OCDE". Canifarma. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>.

¹²⁷ CONEVAL (2021). "Modelo Estadístico 2018 para la continuidad del MCS-ENIGH". Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/investigacion/eash/2018/>

Adicional al porcentaje de la población con derecho a recibir servicios básicos (primer nivel y segundo nivel), la extensión de la cobertura de servicios de salud se determina según la gama de servicios incluidos en un paquete público de beneficios y la proporción de los costos cubiertos. El conjunto de servicios normalmente incluye consultas médicas; análisis y exámenes; hospitalización y, en algunos casos como en México, medicamentos. En cuanto a la cobertura por subsector, el IMSS es la institución con mayor derechohabiencia, al abarcar 51% de la población total, mientras que el INSABI cubre a 35.5% (tabla 2.2).¹²⁸

Figura 2.6. Cobertura por entidad federativa (2018)



Fuente: Elaborado con las estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012, 2014 y con el Modelo Estadístico 2018 para la continuidad del MCS-ENIGH.

¹²⁸ INEGI (2020). Censo de Población y Vivienda 2020, op. cit.

Tabla 2.2. Beneficiarios por institución

Indicador	Porcentaje (2020)
IMSS	51.0
INSABI o Seguro Popular	35.5
ISSSTE o ISSSTE estatal	8.8
Institución privada	2.8
PEMEX, SDN o SM	1.3
otra institución	1.2
IMSS-Bienestar	1.0

Nota: La suma de los porcentajes puede ser mayor a cien por la población que declaró estar afiliada a más de una institución de salud.

Fuente: INEGI (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020, op. cit.*

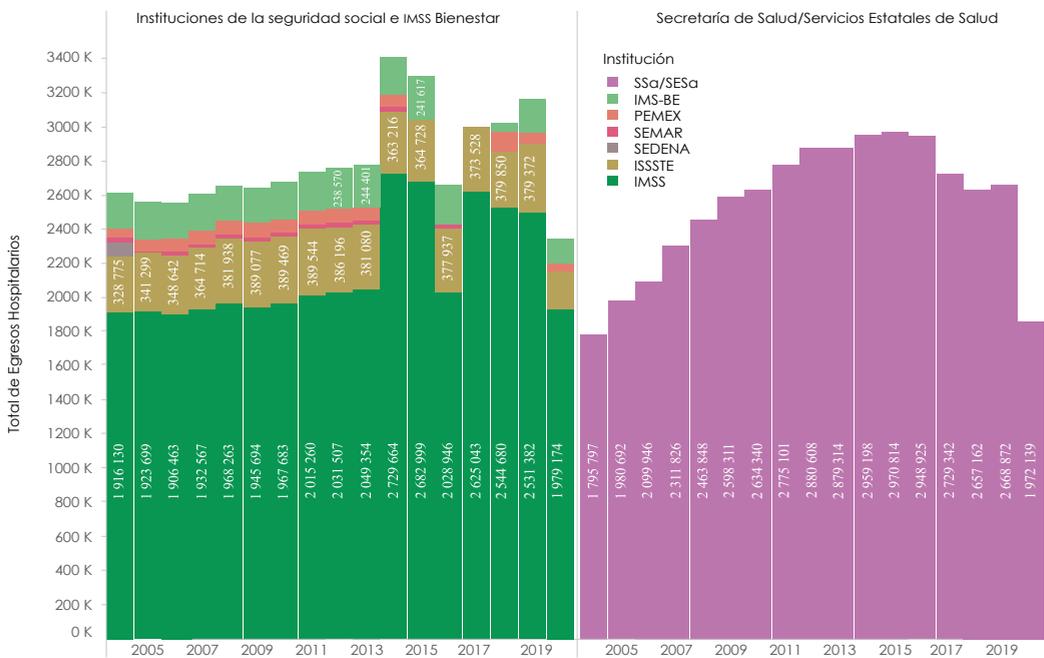
De 2004 hasta 2015, los principales proveedores de servicios de atención hospitalaria fueron la SS y los SESA. Por lo que, se presentó un aumento constante en sus egresos hospitalarios (figura 2.7). Este aumento se relaciona directamente con el número de afiliados que tenía el Seguro Popular y no se identifica una correlación con el comportamiento temporal en las instituciones de seguridad social. Es necesario recordar que el Seguro Popular no era una institución, sino un sistema de protección financiera y los servicios eran provistos por la SS a nivel federal y por las secretarías de salud estatales a nivel local. La cantidad de egresos hospitalarios es uno de los indicadores de resultados que hacen patente que la implementación del Seguro Popular tuvo un efecto en el aumento en el acceso a este tipo de servicios de salud (figura 2.7b).

Para que la cobertura sea efectiva, no basta con que normativamente toda la población tenga derecho a la protección de la salud.¹²⁹ Las barreras al acceso, principalmente las geográficas, son uno de los elementos que deben atenderse para mejorar la cobertura a los servicios de salud. Así, la accesibilidad geográfica es fundamental. Ésta depende de la distribución de la infraestructura y recursos para la atención de la salud, así como de la distribución de la población, de las vías de comunicación y los

¹²⁹ Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P. y García-Saisó, S. (2015). "Acceso efectivo a los servicios de salud: operando la cobertura universal en salud", *Salud Pública de México*, 57(2), p. 180. doi: 10.21149/spm.v57i2.7415.

niveles de saturación de las unidades disponibles. La tabla 2.3 muestra el porcentaje de la población no derechohabiente de acuerdo con el tiempo de viaje requerido para llegar a la unidad de consulta externa y hospitalización de la ss más cercana a su lugar de residencia. El 80% de la población no derechohabiente se encuentra a 60 minutos o menos de la unidad de atención hospitalaria más cercana a su lugar de residencia y 87.7% a 90 minutos o menos.¹³⁰ El 79.3% de la población se encuentra a 15 minutos o menos de la unidad de consulta externa más cercana y 89.4% a 30 minutos o menos.¹³¹

Figura 2.7a. Evolución del número de egresos hospitalarios según institución de atención, 2004 a 2020

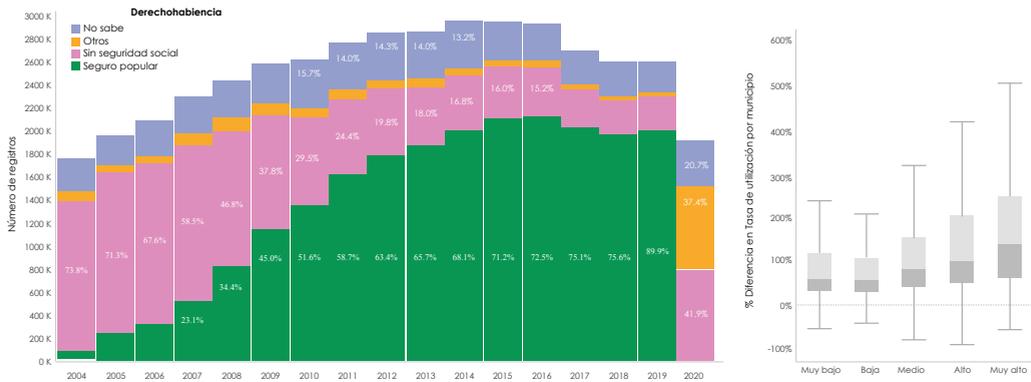


Fuente: Sistema de Información de Egresos Hospitalarios del sector, DGIS SSA.

¹³⁰ INEGI (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>.

¹³¹ Idem.

Figura 2.7b. Egresos hospitalarios por condición de derechohabencia, México (2004-2020) y crecimiento en la tasa de utilización según nivel de marginación (2004-2019)



Fuente: DGIS (2021). "Sistema de Información Egresos Hospitalarios del sector".

Tabla 2.3. Tiempo de viaje para llegar a la unidad de servicios de salud de la ss más cercana al domicilio, en población no derechohabiente, México 2018

Consulta externa			Servicios de hospitalización		
Tiempo de viaje a centro de salud más cercano	Población no asegurada*	Porcentaje	Tiempo de viaje a centro de salud más cercano	Población no asegurada*	Porcentaje
menos de 15 min	35 171 714	79.29%	menos de 15 min	21 915 909	49.41%
15-30	4 471 412	10.08%	15-30	6 055 121	13.65%
30-45	1 509 628	3.40%	30-45	4 506 507	10.16%
45-60	813 840	1.83%	45-60	3 015 526	6.80%
60-90	906 822	2.04%	60-90	3 391 865	7.65%
90-120	497 052	1.12%	90-120	1 856 738	4.19%
120-150	293 533	0.66%	120-150	1 009 430	2.28%
150-180	178 119	0.40%	150-180	629 486	1.42%
180-240	201 689	0.45%	180-240	738 444	1.66%
240-300	115 966	0.26%	240-300	379 128	0.85%
300-360	65 120	0.15%	300-360	219 373	0.49%
360-420	43 424	0.10%	360-420	142 183	0.32%
420-480	24 720	0.06%	420-480	100 041	0.23%
480-540	15 679	0.04%	480-540	79 154	0.18%
540-600	9 722	0.02%	540-600	57 362	0.13%
600-900	16 660	0.04%	600-900	161 063	0.36%
más de 15 horas	23 243	0.05%	más de 15 horas	101 013	0.23%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud (2022). "Catálogo CLUES". Dirección General de Información en Salud. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html. Censo de Población y Vivienda 2010 a nivel de manzana en localidades urbanas y punto en localidades rurales (catálogo de integración territorial ITER). Modelo Digital de Elevación (MDE). Cartografía Digital de la República Mexicana escala 1:250 000.

Calidad de la atención

Calidad de la atención



Este concepto no tiene una definición unívoca. Pueden ser atributos o propiedades del proceso de atención, o metas u objetivos de ese proceso. También puede ser el grado en que los servicios de salud se ajustan a conocimientos profesionales y son útiles para alcanzar resultados sanitarios.

Fuente: OMS (2020). "Servicios sanitarios de calidad"; Donabedian, A. (2001). "Evaluación de la calidad de la atención médica", *Revista Calidad Asistencial*. Disponible en: <https://bit.ly/3Aba6qe>.

La calidad de la atención en salud es un punto toral en los sistemas de salud. El interés por medir y mejorar la calidad de la atención médica se ha centrado en la atención hospitalaria y, desde mediados del siglo pasado, poco a poco se han incorporado las medidas de salud pública. La evaluación de la calidad de la atención en salud en México se realizaba a través del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). Es necesario recordar que éste fue un programa implementado en 2007 como un compromiso de la SS para fortalecer la práctica clínica y su entorno. Actualmente ya no existe, pero su función sigue realizandose por otras áreas.¹³² El SICALIDAD definía la calidad de la atención como "el resultado de las intervenciones en salud en materia de atención médica y percepción de la atención por los usuarios del sistema de salud".¹³³ Esta definición es desafortunada e incompleta, dado que no incorpora los aspectos de estructura y procesos asociados con la prestación de servicios. Durante la evolución de este sistema se han propuesto diferentes adecuaciones a las definiciones, pero, desafortunadamente, no son precisas y su operacionalización en indicadores para su medición no puede efectuarse.

¹³² La última actualización de su regulación fue en el "ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)" (2010). Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5173504&fecha=31/12/2010#gsc.tab=0.

¹³³ López Moreno, S., Vértiz, J., Jarillo, É., Garrido, F., Villa B. (2014). "El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica". *INSP*, p. 152. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/150707_SiCalidad.pdf.

A nivel internacional se encuentran definiciones más certeras. La definición de la OMS implica.¹³⁴

“asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente.”

Asimismo, hay definiciones en otros sistemas como el caso español, en el cual la calidad de la atención es “la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario”.¹³⁵

La principal y más consolidada fuente de datos del SICALIDAD eran los indicadores para medir la calidad de la atención a la salud. Los cuales, a su vez, se basaban en fuentes al interior de las unidades, como las encuestas de satisfacción de los usuarios, el expediente clínico, así como el subsistema de servicios otorgados y los registros de atención. Las encuestas de satisfacción son aplicadas por el mismo personal que labora en las unidades médicas, por lo que existe un conflicto de interés. Todo esto hacía que la medición de la calidad en México, utilizando el SICALIDAD, fuera muy difícil y que los resultados obtenidos fueran poco confiables y no compatibles con los indicadores internacionales de calidad de la atención a la salud.

Un estudio sobre la capacidad de México, en torno a los indicadores de calidad, expone que el país sólo reporta 8 de los 50 indicadores que la OCDE utiliza para medir y evaluar la calidad de la atención a la salud en los

¹³⁴ UNICEF (2018). “Metodología de observación de los procesos de atención y humanización de los servicios materno y neonatal”. Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://uni.cf/3PpjhYi>.

¹³⁵ Mejías Sánchez, Y. (2019). “Consideraciones para una definición de calidad desde un enfoque salubrista”. *Revista de Información Científica para la Dirección en Salud*. INFODIR [En línea], 0.30. Disponible en: <https://bit.ly/3BXsdRM>.

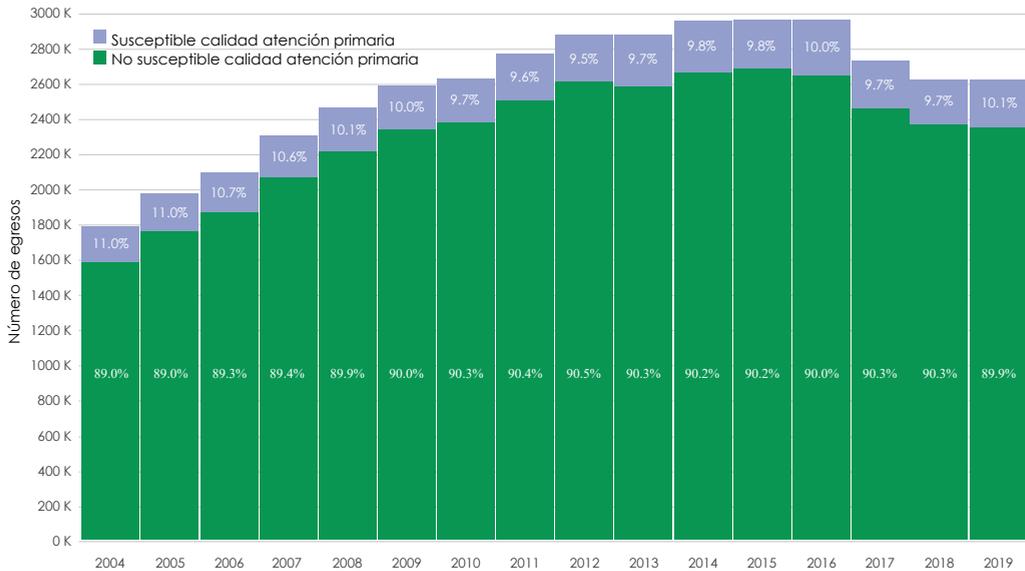
países miembros.¹³⁶ Aunque no se puede conocer la situación actual de forma pormenorizada por la falta de indicadores, se puede tener una visión general con los resultados de dos. El primero es el número de hospitalizaciones evitables por causas susceptibles a la calidad de la atención primaria, el cual mide, en forma indirecta, la calidad de las unidades de atención primaria a la salud. El segundo es la mortalidad prematura evitable, que mide la calidad de la atención preventiva y curativa del sistema de salud en su conjunto.

El número de personas ingresadas a un hospital por condiciones que, de haber recibido una atención oportuna y de calidad en el primer nivel de atención, se hubieran evitado es un indicador de la calidad de la atención primaria. El conjunto de causas de ingreso hospitalario que podrían ser evitables se denominan causas susceptibles a la calidad de la atención primaria (CSCAP), éstas han sido motivo de estudio de diversos países y forman parte de los indicadores de calidad de la OCDE. Entre 2004 y 2015, la SS y los SESA presentaron una tendencia ascendente en el número de egresos hospitalarios para alcanzar un máximo de 2 679 052 egresos; a partir de entonces ha disminuido ligeramente, en 2019 se registraron 2 629 434.¹³⁷ El porcentaje de egresos debido a hospitalizaciones evitables se ha mantenido relativamente constante, alrededor de 10% del total de egresos, figura 2.8.

¹³⁶ Satumo, P. *et al.* (2019). "Calidad del sistema de información en salud: análisis comparativo de indicadores reportados, México OCDE 2010-2016". *Salud Pública de México*. 2019; 61(2, mar.-abr.):184-92. doi: 10.21149/9688. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342019000200184&script=sci_abstract.

¹³⁷ DGIS (2017). "Datos abiertos en Salud: egresos hospitalarios del sector público". Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_egresoshosp_gobmx.html.

Figura 2.8. Hospitalizaciones en unidades de la ss y los SESA, México 2019



Fuente: Hospitalizaciones en hospitales de la SSA y los SESA, México 2019 DGIS (2022). "Datos abiertos, egresos hospitalarios de la SSA y los SESA, México 2004-2019". Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_egresoshosp_gobmx.html

De acuerdo con el Panorama de la Salud para Latinoamérica y el Caribe 2020, que presenta datos del 2017, México es el país con la tasa más alta de hospitalizaciones evitables por complicaciones de la diabetes.¹³⁸ De acuerdo con dicha publicación, México tiene tasas particularmente bajas en lo que respecta a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma, muy por debajo del promedio de los países miembros e incluso de los de la región latinoamericana. Lo mismo sucede con las hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) e hipertensión. Los valores extremadamente bajos de la tasa de hospitalización por ICC en la población no derechohabiente, no necesariamente implican una buena noticia respecto a la calidad de la atención primaria de estas condiciones de salud; puede ser un reflejo de la falta de accesibilidad a la atención hospitalaria por parte de la población, dado que las enfermedades del cora-

¹³⁸ OCDE (2020). "Bank TW. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe", op. cit.

zón son una de las dos principales causas de defunciones en México. Esto pone de manifiesto la necesidad de contar con un mejor sistema de evaluación de la calidad en el primer nivel de atención para ayudar a disminuir la cantidad de hospitalizaciones evitables.¹³⁹

Sobre el segundo indicador, la mortalidad prematura es el término utilizado para referirse a un conjunto de muertes que ocurren antes de una edad límite que, generalmente, oscila entre los 65 y 75 años.¹⁴⁰ La tabla 2.4 muestra la partición de la mortalidad prematura de acuerdo con esta definición: evitable y no evitable; la mortalidad evitable se divide aún más como prevenible y tratable. La mortalidad prevenible es entonces aquella que con medidas de prevención y políticas públicas que promuevan estilos de vida saludables puede evitarse al prevenir la enfermedad. La mortalidad tratable es aquella que puede evitarse mediante la atención de la salud oportuna y de calidad.

La tasa estandarizada de mortalidad prematura evitable en México es una de las más altas en los países miembros de la OCDE y más alta que en los países latinoamericanos miembros de esta organización. En 2017, fue 83% mayor que en Chile y 70% más alta que el promedio de los países miembros de la OCDE. Durante el periodo 1990-2019, la mortalidad prematura fue de 62.4%, de ésta, 28.5% se clasificó como prevenible y 21.9% como tratable (tabla 2.4).¹⁴¹ La mortalidad evitable en México ha presentado una ligera tendencia a disminuir, pasando de una tasa de 330.58 a 254.21 defunciones por cada 100 000 habitantes. Los resultados de nuestros modelos (figura 2.9) confirman la tendencia descendente de la mortalidad evitable y hacen patente que esto es debido al componente de prevención y principalmente en la población derechohabiente de la seguridad social del 2000 al 2019.

¹³⁹ DGIS (2022). "Datos abiertos, egresos hospitalarios de la SSA y los SESA, México 2004-2019", *op. cit.*

¹⁴⁰ OMS (2020). "Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas". Disponible en: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>.

¹⁴¹ INEGI (1990-2019). "Defunciones registradas". <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp>.

Tabla 2.4. Distribución de las defunciones según su clasificación como prematuras, México, 1990-2019

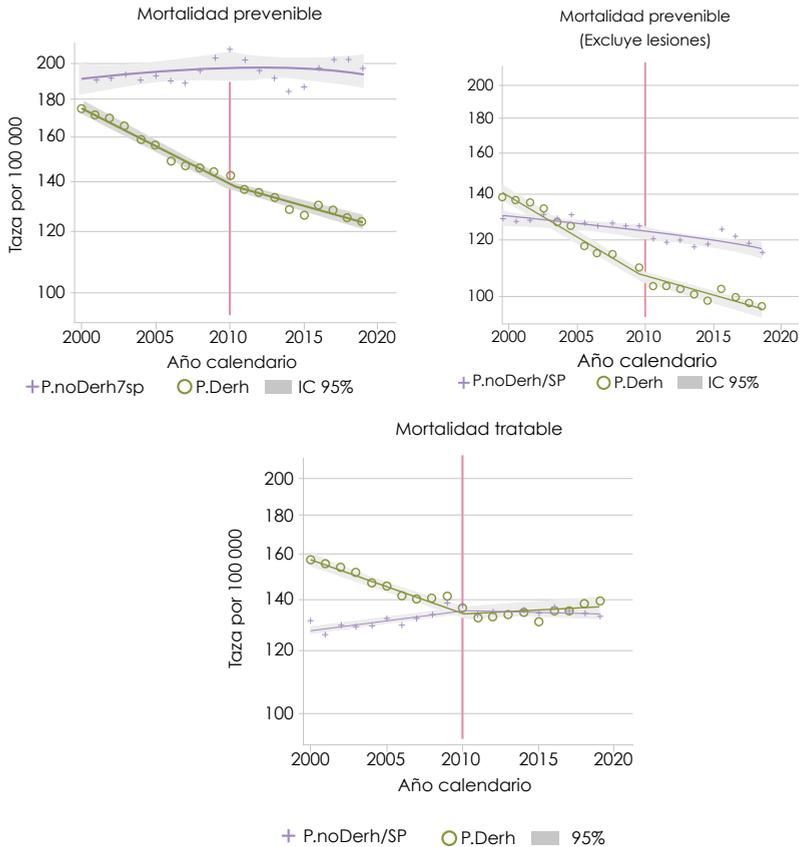
		Defunciones	% del total de defunciones
No prematuro	Mayores de 75 (no prematura)	4 216 376	36.90%
	Total	4 295 404	37.59%
Prematuro	Prevenible	3 254 648	28.48%
	Tratable	2 502 634	21.90%
	Total	7 131 125	62.41%
Total general		11 426 529	100.00%

Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones generales del INEGI, 1990-2019.

Durante 2020 y 2021, hubo un exceso de mortalidad derivado de la pandemia por covid-19. De acuerdo con la información registrada por el INEGI, se esperaba que de enero 2020 a junio 2021 se presentaran 1 116 482 defunciones; sin embargo, ocurrieron 1 649 031. Es decir, un exceso equivalente a 47.7 por ciento.¹⁴²

¹⁴² INEGI (2022). "Estadísticas de defunciones registradas de enero a junio de 2021", comunicado 24/22. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021_07.pdf.

Figura 2.9. Mortalidad evitable según condición de aseguramiento 2000 a 2019



Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones generales del INEGI, 1990-2019.

Estos dos señalizadores muestran la necesidad de generar indicadores y modelos de evaluación de calidad que sean más eficientes y permitan medir con certeza la situación del sistema de salud. Más aún, los indicadores deben ser confiables y reflejar claramente las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud. Actualmente, no se tiene seguridad en las mediciones que se presentan porque, por ejemplo, las bajas tasas de hospitalizaciones evitables en enfermedades crónicas pueden deberse a la falta de acceso y no a la calidad de los servicios.



¡Ojo!

En la resolución WHA61/2008, la OMS exhortó a los Estados miembros a promover políticas de salud que consideren a las personas en condición de movilidad y que fomenten un acceso equitativo a la prevención de la salud y atención sanitaria. Aunque esta resolución no es vinculante, constituye pautas internacionales que pueden guiar la actitud de los países frente a un tema específico.

Hacia la cobertura universal

Como se mencionó, los instrumentos normativos modificaron principalmente el espectro de derechos de la población sin seguridad social. En concreto, se estableció una cobertura que en papel es ilimitada mediante el otorgamiento de los servicios de salud, medicamentos y otros insumos de forma gratuita para este grupo poblacional. No obstante, sí hay limitantes propias de la disponibilidad de recursos económicos y humanos.

La cobertura universal se rige bajo los principios de equidad y solidaridad. Una limitante de su implementación en México es el diseño fragmentado del sistema, por lo mismo, la reforma genera un esquema desigual entre la población, ya que, los cambios normativos sólo se efectuaron para la población sin seguridad social. La gratuidad y totalidad de los servicios sólo aplican para este grupo poblacional, mientras que los beneficiarios de otras instituciones siguen limitados por sus normativas específicas. Por lo mismo, la reforma no modificó las características estructurales de todo el sistema. En concreto, una parte de la población tiene acceso a medicamentos y servicios de forma gratuita, la otra está acotada a los catálogos institucionales, pero sólo desde el punto de vista legal y no desde el punto de vista del acceso efectivo. Esto significa que las modificaciones han evidenciado aun más la fragmentación del SNS dependiendo de la condición laboral, lo que genera esquemas de acceso diferencia-

do. De esta forma, existe un riesgo para garantizar la igualdad sustantiva si se compara a la población sin seguridad social y a las personas que sí tienen seguridad social (beneficiarios del IMSS, ISSSTE, entre otras instituciones). Este riesgo se materializa, principalmente, porque la población sin seguridad social no debe pagar cuotas o aportaciones para recibir los servicios, mientras los derechohabientes sí, lo que a su vez genera distintas capacidades de pago de los prestadores. Pero éste no es el único riesgo en igualdad sustantiva que existe. Si se compara a la población sin seguridad social de diferentes estados, zonas y deciles sociales, también se pueden tener diferenciaciones en el acceso por la incertidumbre que existe en cuanto a los derechos que se les otorga a los beneficiarios del INSABI.

Otro elemento relevante de las modificaciones, en relación con la población sin seguridad social, es la eliminación tanto del padrón de beneficiarios como de paquetes explícitos de beneficios. Esto generó imprecisiones en cuál es el tamaño de la población a cubrir y sobre los servicios efectivamente cubiertos. Como se mencionó, no queda claro si cualquier persona en territorio mexicano o solamente ciudadanos pueden acceder a los servicios de manera gratuita. La fracción primera del artículo 77 bis 7 de la LGS menciona como requisito “ser personas que se encuentren en el territorio nacional” y la fracción tercera limita esta designación al exigir “contar con Clave Única de Registro de Población (CURP)”. Este registro está reservado para todas las personas habitantes del país, nacionales y residentes extranjeras, así como a mexicanas y mexicanos que radican en otros países. En consecuencia, una persona extranjera que transita temporalmente por el país, de acuerdo con este artículo, no tendría acceso de forma gratuita a los servicios. Sobre este tema, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) expresó que el Estado no puede exigir a personas en condición de movilidad, que no cuenten con documentación que acredite su estancia legal, la presentación de CURP para acceder a algún servicio vinculado al derecho humano a la salud.¹⁴³

¹⁴³ SCJN (2021). “Comunicado de prensa No. 313/2021. El Estado no puede exigir a migrantes no documentados presentación de curp para reconocer o prestar un servicio vinculado al derecho humano a la salud”. Disponible en: <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6621>.

Esto se refuerza con el artículo 6 del anteproyecto del nuevo Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación Gratuita de Servicios de Salud, Medicamentos y Demás Insumos Asociados para las Personas sin Seguridad Social. Textualmente regula que “en el caso de extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, deberán pagar el costo de éstos, excepto en los casos de urgencia”. Si bien este documento puede presentar modificaciones en la versión final, otorga una visión general del sentido de la regulación.¹⁴⁴ En mayo de 2022, el secretario de Relaciones Exteriores, Marcelo Ebrard, anunció un acuerdo entre el Gobierno de México y el de Guatemala para que 25 mil guatemaltecos coticen en el IMSS.¹⁴⁵ El aviso se realizó sin especificar la fuente de los recursos o la extensión de cobertura que tendrán. En una solicitud de información realizada al IMSS (330018022013392) por el equipo de trabajo, se confirmó que, hasta junio 2022, sólo se habían afiliado dos personas de origen guatemalteco que laboran en empresas mexicanas en el territorio de ese país.

Para lograr la cobertura universal no sólo es importante determinar qué servicios están cubiertos, sino de qué manera se financian, gestionan y prestan.¹⁴⁶ Ningún gobierno puede pagar todos los servicios e insumos, por lo mismo, es necesario que se definan paquetes de beneficios que permitan satisfacer las necesidades de la población con el máximo de recursos disponibles.

¹⁴⁴ La materia de acceso a la salud para la población migrante ha sido ampliamente discutida entre la comunidad internacional. En principio, todos los Estados tienen la obligación de otorgar un plan o solución a esta materia. En 2021, se publicó el *Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante* que contiene las acciones que realizarán instituciones federales y locales, no sólo el INSABI, para la atención de los migrantes en tránsito. La principal acción es que “la población migrante puede acceder a los servicios de salud en caso de presentar alguna lesión o problema de salud, dichos servicios se otorgan en forma integral, incluyendo promoción de la salud, atención médica y referencia hospitalaria y apoyos complementarios de laboratorio, diagnóstico y tratamiento”. Además, aunque el nuevo sistema señala que la cobertura es universal, por lo que, técnicamente incluye todos los padecimientos, no es claro cómo se concretará el financiamiento.

¹⁴⁵ Ebrard, M. (2022). “México y Guatemala, pueblos hermanos. Inicia Programa Sembrando Vida en Chimaltenango”. *Twitter*. Disponible en: <https://bit.ly/3JRGvde>.

¹⁴⁶ OMS (2021). “Cobertura Sanitaria Universal”. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

2.4. Catálogo de servicios e insumos y atención médica

Avanzar hacia un paquete más homogéneo de beneficios es fundamental para consolidar el acceso y un sistema de salud equitativo e igualitario. Los paquetes de beneficios explícitos pueden servir como una herramienta de articulación y tener ventajas potenciales como la eficacia y equidad en la asignación del gasto.¹⁴⁷ Estos elementos permiten evaluar el progreso que se ha obtenido en la búsqueda de la cobertura universal.

Cuadro 2.4. ¿Qué pasaba antes?



Antes de la creación del CNI, la LGS facultaba que las instituciones tuvieran catálogos propios basados en el cuadro básico para el primer nivel de atención, y el catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel de atención.

Por lo que, no existía homogeneización entre lo que ofrecía, por ejemplo, el IMSS, el ISSSTE o el Seguro Popular. Esta unificación no se ha logrado alcanzar por la posibilidad que siguen teniendo las instituciones de tener catálogos propios porque la LGS no eliminó en su reforma esta posibilidad.

Para el sexenio de 2018-2024, la administración generó una serie de políticas encaminadas a la unificación de los catálogos institucionales con el propósito de ofrecer los mismos insumos en todo el SNS. Además, se replanteó la implementación de modelos de atención enfocados en el primer nivel de atención para fortalecer y evaluar la atención médica. Esta sección expone las modificaciones a los catálogos de servicios e insumos, así como la transformación del modelo de atención.

¿Existe un catálogo único de servicios e insumos en México?

Los sistemas de salud pueden tener paquetes (catálogos) de beneficios explícitos o implícitos. Mientras que los explícitos definen claramente cuál es la lista de servicios e insumos disponibles y cuál es su uso, en los implíci-

¹⁴⁷ Giedion, U. *et al.* (2014). "Planes en beneficios en salud en Latinoamérica". *BID*. Disponible en: <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=3196>.

tos puede no existir una lista concreta y, si la hay, es muy general y no se especifica cómo debe ser utilizada.¹⁴⁸ Los catálogos explícitos permiten a los países informar claramente a su población sobre cuáles son los servicios e insumos a los que tienen acceso. Para garantizar el derecho a la protección de la salud, los individuos deben conocer qué beneficios pue-

Cuadro Básico de medicamentos

Documento que agrupaba los fármacos que se podían prescribir en una institución, generalmente del primer nivel de atención. Incluía claves, descripción, indicación, vía de administración, dosis y otras generalidades.

Catálogo de insumos

Instrumento que describía de manera amplia los medicamentos, grupos terapéuticos y demás indicadores para su prescripción del segundo y tercer nivel.



¡Ojo!

Esta definición existía principalmente en los documentos generados por el CSG. Las demás instituciones utilizaban los términos de manera unívoca.



Paquete de beneficios

Son instrumentos integrales que definen cuáles son las enfermedades, medicamentos y demás insumos cubiertos por un sistema. Éstos pueden ser explícitos o implícitos.

Fuente: Giedion, U. et al. (2014). "Planes en beneficios en salud en Latinoamérica". BID. Disponible en: <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=3196>.

den exigir y cuáles son las responsabilidades relacionadas a ese acceso.

En México, se pueden distinguir dos tipos de paquetes de beneficios. El primero incluye los servicios e intervenciones que cubre el sistema y, el segundo, los medicamentos e insumos. Antes de las reformas que se iniciaron en 2018, existían un cuadro básico y un catálogo nacional; ahora, existe un Compendio Nacional de Insumos (CNI) que aglutina lo anterior y tiene una función similar al cuadro básico, ya que de él las instituciones extraen los insumos. Estos catálogos no son homogéneos y cada institución tiene sus propios documentos de referencia.

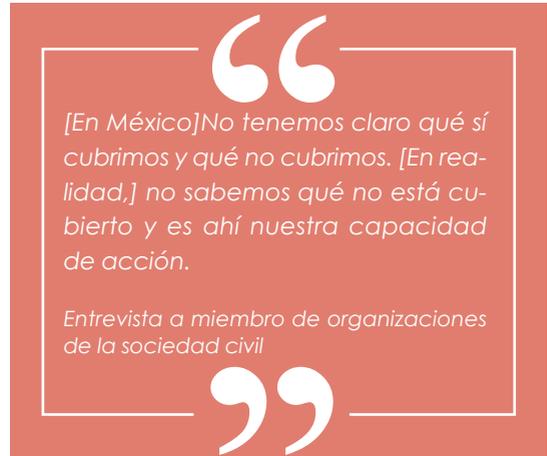
Hasta 2019, el Seguro Popular tenía un listado de intervenciones defi-

¹⁴⁸ World Health Organization (2021). "Principles of Health Benefit Packages". Disponible en: <https://bit.ly/3PjuikD>.

nido en el CAUSES. Además, el tratamiento de ciertas enfermedades de alto costo se enlistaba como anexo al CAUSES en el apartado de intervenciones del FPGC. Por el contrario, los esquemas de seguridad social, que coexisten con los beneficios para la población sin seguridad social, como el IMSS y el ISSSTE, cubrían y siguen cubriendo la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y de maternidad de todas las ne-

cesidades de salud, salvo exclusiones como aparatos auditivos, implantes cocleares, prótesis y órtesis.¹⁴⁹ Actualmente, el INSABI no tiene un paquete de beneficios explícito para la población sin seguridad social, puesto que se derogó el CAUSES y no se creó uno nuevo.¹⁵⁰ No obstante, el CSG todavía define cuáles son las enfermedades que ocasionan gastos catastróficos. Este cambio generó incertidumbre entre los beneficiarios del INSABI sobre las intervenciones médicas a las cuales tienen derecho, aunque, en principio, tienen derecho a todos los servicios de primer y segundo nivel. Tampoco es claro si en el tercer nivel se cubren todas las enfermedades o sólo las que defina el CSG.

Con la creación del CNI, se buscó que el cambio no sólo fuera normativo, sino también conceptual. Es decir, que no sólo cambiara en la Ley el nombre y regulación de este instrumento, sino que se entendiera como un documento integral para la administración y operación del sistema, así como una guía de referencia para el personal médico. Se decía que con el tiempo, el anterior cuadro básico y catálogo de insumos se había vuelto limitativo; al principio garantizaba lo mínimo indispensable para ofrecer una atención de calidad, posteriormente evolucionó a una lista de compras



¹⁴⁹ IMSS (2006). "Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS". DOF, "Artículo 42".

¹⁵⁰ Con la creación del INSABI, se derogaron en el decreto de reforma todas las disposiciones del Seguro Popular y, por lo tanto, todos los instrumentos normativos que derivaban de él, como el CAUSES. Decreto de reforma 116 de la LGS, noviembre de 2019.

para el sector público y, al final, se volvió una lista individualizada donde cada institución tenía una propia.¹⁵¹ De esta forma, se espera que el Compendio sea un documento actualizable y universal para todas las instituciones, no una lista limitativa; sin embargo, no se prohíbe la existencia de catálogos institucionales en la LGS, lo cual dificulta su objetivo de homogeneizar la atención.¹⁵²

Cuadro 2.5. ¿Cómo se construye un paquete de beneficios?

El desarrollo de los paquetes de beneficios no es un proceso estático, sino dinámico. Dependiendo de las necesidades de la población y las nuevas tecnologías e intervenciones, los catálogos deben actualizarse. Por esta razón, los procesos deben contemplar mecanismos eficientes de priorización y revisión. De acuerdo con la OMS, los países que han implementado un sistema de priorización siguen la mayoría de los siguientes ocho principios para su diseño y debe:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>01</p> <p>Ser imparcial y buscar la universalidad.</p> | <p>05</p> <p>Distinguir entre la información, la discusión y la decisión de inclusión.</p> |
| <p>02</p> <p>Ser democrático e inclusivo con la opinión pública.</p> | <p>06</p> <p>Relacionarse con mecanismos de financiamiento robustos.</p> |
| <p>03</p> <p>Estar basado en principios nacionales y en criterios definidos.</p> | <p>07</p> <p>Incluir mecanismos de prestación de servicios que puedan promover una atención de calidad.</p> |
| <p>04</p> <p>Incluir la evaluación de evidencia, incluyendo la revisión cuando se obtenga nueva información.</p> | <p>08</p> <p>Tener transparencia en todas las etapas del proceso y decisiones.</p> |

Fuente: World Health Organization (2021). "Principles of Health Benefit Packages". Disponible en: <https://bit.ly/3PjuikD>.

¹⁵¹ Entrevista realizada a miembros del CSG.

¹⁵² Entrevista realizada a miembros del CSG.

Si bien el objetivo del CNI es deseable, existen fallas en su implementación que pueden evitar que se obtengan los resultados planeados. En primer lugar, es importante que este documento sea efectivamente adoptado por todas las instituciones del SNS, pues de lo contrario, cometería los mismos vicios que intentaba corregir. Además, se debe garantizar que su implementa-

“
El Compendio no puede ser letra muerta. Para resumir, el Compendio tiene que ser adaptativo a las necesidades, tiene que ser universal, tiene que usarse en todas las instituciones para que realmente tenga el efecto, tiene que actualizarse permanentemente.
”

Entrevista a miembro del Poder Ejecutivo

ción no signifique un retroceso en la protección que otorgan los catálogos institucionales. En segundo lugar, tiene que responder a las necesidades de la población a las que va dirigido, tanto epidemiológicas como éticas y sociales. Además, debe ser dinámico y actualizarse constantemente. En tercer lugar, los elementos que se incluyan en el documento deben cumplir con un análisis de costo-efectividad y equidad. Esto es especialmente relevante bajo el entendido de que los recursos son finitos y deben tomarse decisiones de priorización ante necesidades de salud infinitas. Por lo mismo, aunque es deseable que un mismo documento rijan a todo el sistema, existen retos importantes por las diferencias en la capacidad presupuestal, técnica y operativa de cada institución o subsistema.

En búsqueda de un modelo de atención: modelos APS-I, SABI y MAIS

Atención médica



Es el conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de servicios de salud a los individuos.

Fuente: Tobar, F. (2017). "La atención de la salud. DELS". Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/146>.

La atención médica comúnmente se divide en tres niveles, dependiendo del nivel de complejidad y propósito.¹⁵³ Pese al avance en la disponibilidad de la atención por las políticas que se han implementado desde 2003, la atención primaria se ha mantenido como una de las principales áreas de oportunidad para desarrollar en México. Ésta debe ser continua, integral y coordinada y no debe equipararse con la atención básica o de servicios rurales.¹⁵⁴ Sin embargo, el modelo de atención no ha sido continuo y se desarrolla uno nuevo cada que inicia funciones una nueva administración, además de que cada institución puede tener modelos propios (figura 2.10).

Cuadro 2.6. Niveles de atención

Tradicionalmente, se distinguen tres niveles de atención dependiendo el grado de complejidad y costo de las intervenciones. La relación entre los niveles se concreta a través de mecanismos de referencia y contra referencia para el envío, recepción e ingreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica de manera oportuna e integral.



Primer nivel: Es el más cercano a la población, por lo que, tiene mayor cobertura, pero menor complejidad. No existe un modelo concreto que sigan los países para articular este nivel y depende de las necesidades y características sociodemográficas de la población. Según el país, puede estar constituido por médicos familiares, centros de salud, consultorios urbanos y rurales, entre otros.



Segundo nivel: Está conformado principalmente por los hospitales de referencia, por lo que no se relaciona directamente con la comunidad. Recibe a los pacientes de primer nivel cuyas necesidades no fueron resueltas para el diagnóstico y tratamiento.



Tercer nivel: Integrado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados. Su nivel de cobertura es menor y atiende los padecimientos con mayor complejidad.

Fuente: Van der Stuyft, P. y De Vos, P. (2008). "La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud". *Rev. Cubana Salud Pública* [online], vol.34, núm.4.

¹⁵³ Van der Stuyft, P. y De Vos, P. (2008). "La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud". *Revista Cubana de Salud Pública*. Disponible en: <https://bit.ly/3dujAUC>.

¹⁵⁴ "Marco operacional para la atención primaria de salud. Transformar la visión en acción". Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/operational-framework-for-primary-health-care-wha73-sp.pdf>.

El Programa Sectorial de Salud 2018-2024 establece en su segundo objetivo que la instrumentación de un nuevo modelo de atención primaria de salud integral APS-I es necesaria para incrementar la capacidad resolutoria en el primer nivel de atención y garantizar el acceso oportuno de la población a los servicios de salud.¹⁵⁵ Con la creación del INSABI, se definió que la atención médica será de carácter preventivo, esto es, que realizará todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas.¹⁵⁶ Con esto, la administración plasmó normativamente la necesidad de fortalecer la visión preventiva de la salud.

Cuadro 2.7. Declaración de Alma-Ata de 1978

El 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata, los representantes de 134 naciones se reunieron para convenir los términos de una declaración en la que se insta a los gobiernos a adoptar medidas para promover la salud de los ciudadanos. Esta declaración de la OMS se centra en la atención primaria a la salud y en las obligaciones que los Estados deben implementar para su consecución.



Entre estas obligaciones está que deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud. En 2019, se revisó el contenido de la declaración y se reafirmó la necesidad de fortalecer la atención primaria en salud. Además, se desarrollaron recomendaciones a los Estados encaminados a eliminar las barreras de acceso y asegurar la garantía del derecho a la salud.

Fuente: OMS (1978). "Declaración Alma-Ata, Atención Primaria de Salud". Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=868658A4808DFA995EDA927651E172D3?sequence=1>.

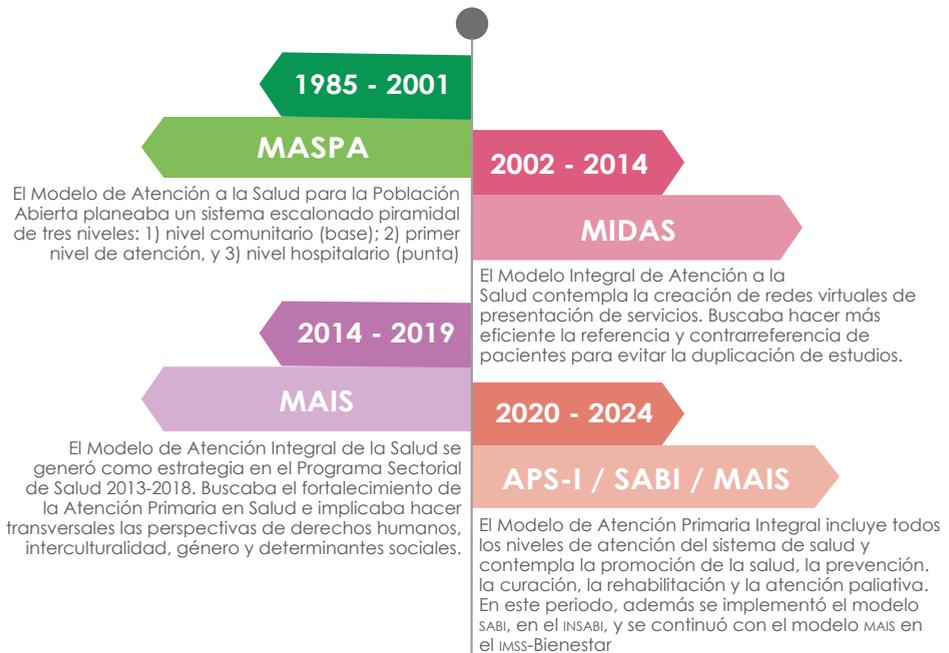
A la par del Modelo APS-I, coexiste el Modelo de Salud para el Bienestar (Modelo SABI). Éste es la herramienta creada por el INSABI para guiar la atención de la salud, principalmente para la población sin seguridad social. Su objetivo principal es garantizar la protección a la salud bajo los criterios de universalidad e igualdad. El INSABI es el encargado de impulsar el Modelo SABI en todo el país y se relaciona con las entidades federativas a partir de los

¹⁵⁵ Programa Sectorial de Salud (2019). "Objetivo 6.2".

¹⁵⁶ Ley General de Salud (1984). "Artículo 27".

convenios de colaboración. A pesar de que existe un documento referencia que explica los principios de este modelo, las entidades federativas todavía no saben cómo debe implementarse y relacionarse con los modelos que ya existen a nivel local.¹⁵⁷ Los cambios normativos, aunque introduzcan al sistema modificaciones necesarias, son obsoletos si no se acompañan con estrategias para su ejecución. Actualmente, los retrasos en la implementación dificultan la posibilidad de evaluación del modelo bajo estándares internacionales. No obstante, los esfuerzos encaminados a mejorar las acciones de prevención son aceptados e impulsados como buenas prácticas.

Figura 2.10. Modelos de atención implementados 1985-2024



Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud (2006). "Modelo de atención a la salud de la población abierta. Médico"; Secretaría de Salud. "Modelo Integrado de Atención a la Salud". Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/MIDAS.pdf>; Secretaría de Salud (2015). "Modelo de Atención Integral en Salud". Disponible en: <https://www.saludtamaulipas.net/descargas/Modelo%20Atencion%20Integral.pdf>; Secretaría de Salud (s.f.). "Atención primaria de salud integral e integrada APS-I MX, 2020". Disponible en: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf.

¹⁵⁷ OPS (2021). "México avanza en la construcción de un modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades". Disponible en: <https://bit.ly/3PqHq0x>.



¡Ojo!

En la planeación del sistema de la administración 2018-2024, se previó la implementación de tres modelos distintos, adicionales a los existentes a nivel local e institucional:

Modelo APS-I MX: Es el modelo adoptado por la extinta subsecretaría en el presente sexenio. Este modelo abarca el conjunto de las acciones de atención a la salud y todos los niveles de atención del sistema de salud. Fuente: Gobierno de México. *Atención primaria de salud integral e integrada APS-I MX: La propuesta metodológica y operativa.*

Modelo SABI: Es el modelo adoptado por el INSABI para la provisión de servicios a la población sin seguridad social.

Modelo MAIS: Para la atención de la población sin seguridad social, desde marzo 2022 se ha implementado el modelo MAIS del IMSS-Bienestar.

2.5. Mecanismos de compra, distribución y abasto de insumos

Los mecanismos de compra, distribución y abasto de insumos se refieren a los procedimientos mediante los cuales se adquieren, se distribuyen y se garantizan los medicamentos y demás insumos para la salud.¹⁵⁸ Las modificaciones, descritas en el presente capítulo, que impactan en estos mecanismos buscaban facilitar el acceso a los medicamentos y crear mejores condiciones para la compra distribución y abasto. Por esa razón y para eliminar la corrupción, la administración de AMLO eliminó la compra consolidada efectuada por el IMSS y, en un primer momento, estableció un nuevo modelo de compra consolidada encabezado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y se reformaron los instrumentos normativos para permitir la realización de licitaciones

Mecanismos de compra, distribución y abasto



Los procesos para la adquisición de insumos en salud, así como los lineamientos para su distribución y abasto.

¹⁵⁸ OPS (2006). *Guía Práctica para la Planificación de la Gestión del Suministro de Insumos Estratégicos*. En físico.

internacionales a través de organismos intergubernamentales internacionales.

“

Se hicieron monopolios, se formaron monopolios en el caso de la salud para prestar estos servicios en lo general, casi en todos los casos, con el influyentismo, incluso hasta dejando fuera grandes laboratorios mundiales que no podían participar en el mercado de las medicinas. Mucha corrupción y eso es lo que estamos corrigiendo.

Conferencia 28/01/2020-Andrés Manuel López Obrador

”

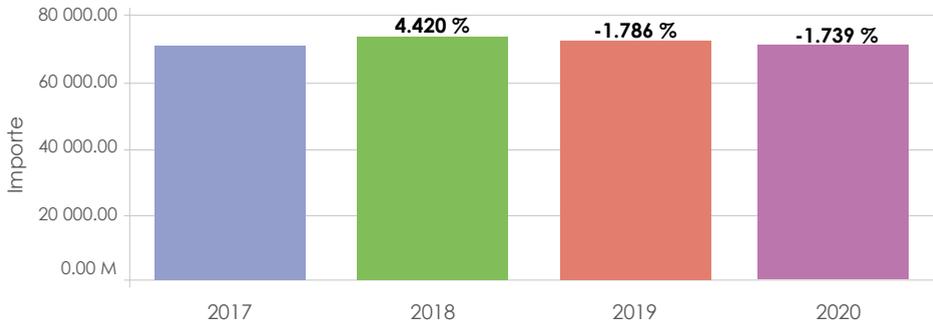
Sin embargo, como se desarrolla en esta sección, la implementación ha tenido retos generalizados que han imposibilitado el adecuado funcionamiento de los nuevos procesos. Además éstos se han ido modificando, lo que implica una continua transformación desde 2018 y hasta la actualidad (2022). Por esta razón, es importante generar un modelo de compra que permita cubrir las necesidades de la población de forma óptima y con los controles de vigilancia pertinentes que eviten repetir las deficiencias de los esquemas precedentes a la vez que generen certidumbre en el abasto de insumos para la salud.

Gasto en medicamentos

De acuerdo con los datos del mercado farmacéutico en México y el análisis de las licitaciones públicas, entre 2017 y 2020 el sector público invirtió, en promedio, 71 737 millones de pesos en medicamentos. El año con mayor gasto en este rubro fue 2018 con 73 484 millones de pesos (figura 2.11a). Desde entonces se ha registrado una disminución anual de alrededor de 1.7 por ciento.¹⁵⁹

¹⁵⁹ Méndez, J. (2019). "Gasto en medicamentos". CIEP. Disponible en: <https://ciep.mx/gasto-en-medicamentos/>.

Figura 2.11a. Gasto anual en medicamentos en México 2017-2020



Fuente: Elaboración propia con datos de los PEF 2017-2020.

A su vez, el gasto en medicamentos por institución pública muestra una gran variabilidad (figura 2.11b). El IMSS es la institución que mayor gasto ejerce en la adquisición de medicamentos. En promedio, entre 2017 y 2020, el IMSS utilizó 31 149 millones de pesos, mientras que la SSA gastó 20 628 millones. En el mismo periodo, el ISSSTE ejerció en promedio 11 547 millones de pesos.¹⁶⁰

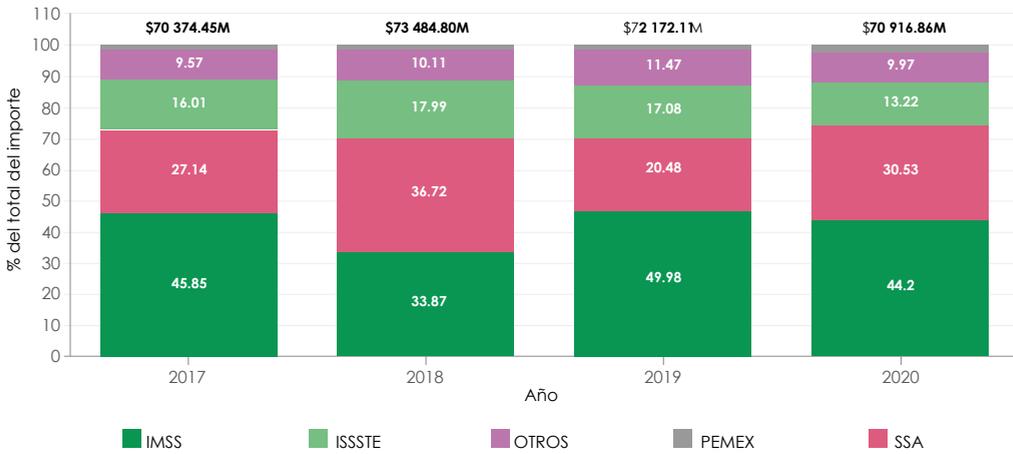
Figura 2.11b. Gasto anual en medicamentos y variación porcentual respecto al año previo según institución de salud



Fuente: Elaboración propia con datos de los PEF 2017-2020.

¹⁶⁰ Presupuesto de Egresos de la Federación (2017-2020).

Figura 2.11c. Proporción del gasto anual según institución



Fuente: Elaboración propia con datos de los PEF 2017-2020.

En 2018, el IMSS tuvo una reducción de 22.9% en el gasto en medicamentos respecto al año previo, mientras que la SS registró un aumento de 41.3%, volviéndose el año en que la institución registró el mayor gasto; en este año el gasto ejercido por la SS superó al del IMSS. El ISSSTE también presentó el mayor gasto en medicamentos durante 2018, presentando después una disminución acumulada de 30.8% en 2020. El IMSS es el principal comprador de medicamentos en las instituciones de salud del sector público con más del 40% del total del gasto anual ejercido, salvo en 2018 (figura 2.11c), año en que la SS ejerció la mayor parte del gasto en medicamentos.

Cobertura de medicamentos en México

Cobertura de medicamentos



La proporción de recetas médicas otorgadas en el SNS que efectivamente reciben los medicamentos asociados a la misma, así como la disponibilidad de los medicamentos necesarios para cubrir los tratamientos en las clínicas y hospitales.

Fuente: Definición propia.

Los medicamentos conforman un recurso de los gobiernos para mejorar la salud de la población y un elemento esencial para el mejor desempeño de los sistemas de salud. Los medicamentos evolucionan constantemente ofreciendo opciones innovadoras de tratamientos. Sin embargo, el costo de los medicamentos nuevos puede ser alto, y tener implicaciones importantes para los presupuestos de los servicios de salud.¹⁶¹ En 2017, los insumos médicos representaron 63% del gasto de bolsillo en México y 23% del gasto total en salud, según la OCDE.¹⁶² La mayor parte del gasto en medicamentos al menudeo se destina a medicamentos prescritos (75%), el resto a medicamentos libres de acceso, es decir, que no requieren receta médica (19%) y consumibles médicos (5%).¹⁶³ El costo de los medicamentos de libre acceso es normalmente cubierto por las personas.¹⁶⁴

La fragmentación del SNS, tanto en su componente público como privado, también afecta el acceso a medicamentos e insumos. En tanto las instituciones y entidades federativas tienen distinto poder de mercado y presupuesto para la adquisición de medicamentos. Además, existen diferencias en los mecanismos de compra, cuyo impacto se intenta reducir con la implementación de las compras consolidadas. En 2019, de 90% de los usuarios de los servicios de salud que recibió una prescripción, sólo 65% obtuvo los medicamentos en la misma institución donde se realizó la consulta.¹⁶⁵ El nivel de cobertura no es el mismo entre todas las instituciones del sistema de salud. En el IMSS, 88.1% de los derechohabientes que solicitaron atención, recibieron el total de medicamentos de la receta;¹⁶⁶ 77.1% en el ISSSTE, y sólo 53.2% en los servicios estatales de salud (figura 2.12).¹⁶⁷ El alto porcentaje de no surtimiento de receta en los servicios estatales es preo-

¹⁶¹ OPS (2009). "El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas". Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31319>.

¹⁶² OCDE (2019). "Health at a Glance". Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.

¹⁶³ Shamah-Levy, T. et al. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*, op. cit.

¹⁶⁴ *Idem*.

¹⁶⁵ *Idem*.

¹⁶⁶ *Idem*.

¹⁶⁷ Es importante resaltar que el surtimiento de recetas es difícil de evaluar efectivamente en el país. Ya que se tienen disparidades entre las cifras que reportan los institutos y las que se emiten en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*.

cupante, dado que a éstos acuden principalmente la población con menos recursos del país. Por lo que, el gasto de bolsillo aparejado a la compra de medicamentos puede afectar a este sector de manera desproporcional. Desde 2020, el surtimiento de recetas tuvo una tendencia a la baja, aun cuando la atención de pacientes no covid disminuyó considerablemente (tabla 2.5).

Tabla 2.5. Reportes de desabasto por institución (2019-2020)

Institución	Reportes de desabasto 2019	Reportes de desabasto 2020	Aumento (%)
IMSS	442	1393	215
ISSSTE	481	740	54
INSABI	165	250	52
Estatales de Salud	35	57	63
Alta especialidad	0	29	-
Otros	52	87	67
Casos totales	1175	2556	118

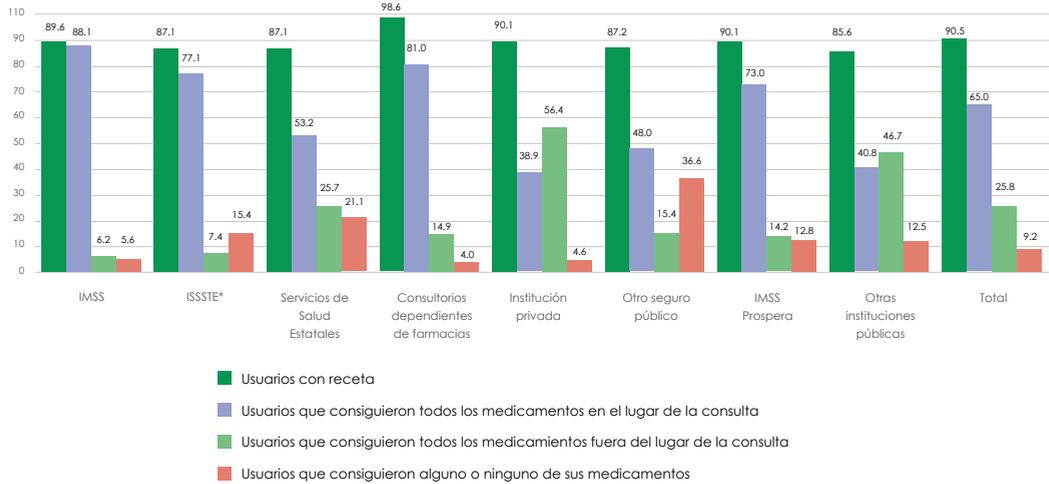
Fuente: Elaboración propia con datos de Castañeda, A. y Méndez, J. (2021). *Los reportes de desabasto de medicamentos crecen durante 2020*. Editorial Criterio. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/nuestras-vozes/los-reportes-de-desabasto-de-medicamentos-crecen-durante-2020/>.

Las detecciones de *diabetes mellitus* pasaron de más de 9 millones en 2019 a 4.2 millones en 2020, y las consultas de cáncer de mama y de cáncer cervicouterino descendieron 52% y 57% respecto al 2019.¹⁶⁸ Es decir, a pesar de que el número de consultas durante la pandemia por padecimientos no covid disminuyeron, el número de recetas no surtidas se incrementó, tal como se muestra en el aumento de reportes de desabasto en los hospitales de alta especialidad (tabla 2.5). Las enfermedades más afectadas a causa del desabasto de medicamentos en orden fueron: cáncer, diabetes, hipertensión, VIH, epilepsia, insuficiencia renal, artritis reumatoide, Parkinson, lupus eritematoso sistémico y esclerosis múltiple; por lo que, se tendría que considerar las fuertes implicaciones que conlleva

¹⁶⁸ Castañeda, A. y Méndez, J. (2021). *Los reportes de desabasto de medicamentos crecen durante 2020*, op. cit.

va en el control, la calidad de vida y la atención de los pacientes que las padecen y para el sistema en su conjunto.¹⁶⁹

Figura 2.12. Población de utilizadores de servicios de salud según condición de surtimiento de recetas



Fuente: INSP (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. México: INSP. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>.

Nuevo mecanismo de compra, distribución y abasto, entonces, ¿qué es lo que cambió?

Las modificaciones a los mecanismos de compra, distribución y abasto son extensas y confusas. Los procesos fueron reformados en más de una ocasión y no se ha podido concretar una fórmula que retome los aciertos y resuelva los errores de esquemas anteriores y el actual. Los principales cambios se relacionan con la reestructuración del modelo de compra consolidada; se viró de la compra realizada por el IMSS, desde 2013, a una compra guiada por organismos internacionales, pasando por un esquema intermedio dirigido por la SHCP. Además, en estos procesos, se repensaron los actores involucrados. Para poder comprender las reformas, es

¹⁶⁹ Nosotrxs (2020). "Cero Desabasto. Desabasto de medicamentos en México", p. 4. Disponible en: https://www.nosotrxs.org/wp-content/uploads/REPORTE-DESABASTO_SF.pdf.

necesario primero explicar qué es lo que existía y cómo funcionaba. Hasta antes de 2018, la cadena de suministro consistía en cuatro eslabones: la Comisión Negociadora de Precios (CNP), la compra consolidada efectuada por el IMSS, el almacenamiento y la distribución hacia la última milla, y los fabricantes.

Fabricantes/proveedores



Los laboratorios farmacéuticos y empresas de dispositivos médicos manufacturan los medicamentos e insumos. Existen 250 plantas de producción en el país.¹⁷⁰ México es uno de los centros más importantes de desarrollo de la industria farmacéutica en América Latina, y es la octava nación exportadora de dispositivos médicos a nivel global.¹⁷¹

Comisión Negociadora de Precios (CNP)



Desde 2007, era la instancia gubernamental encargada de negociar anualmente el precio de los medicamentos de patente o fuente única directamente con los fabricantes.¹⁷² Es decir, de aquellos para los cuales existía sólo un posible oferente en el mercado.

La CNP estaba conformada por miembros de la ss, la Secretaría de Economía, la SHCP, el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de la Función Pública y la Comisión Federal de Competencia Económica. El segmento de fármacos negociado equivalía a 5% del total de medicamentos que adquiría el sector público, toda vez que el otro 95% eran medicamentos genéricos.¹⁷³ Una

¹⁷⁰ CANIFARMA (2020). "Comunicado de Prensa, julio 2020", p. 2. Disponible en: https://www.canifarma.org.mx/uploads/descargables/Comunicado_19_07_20.pdf.

¹⁷¹ Forbes (2020). "México: epicentro de la industria farmacéutica en América Latina". Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/mexico-epicentro-de-la-industria-farmaceutica-en-america-latina/>.

¹⁷² Presidencia de la República. (2008). "ACUERDO por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud". DOF. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5030450&fecha=26/02/2008#gsc.tab=0.

¹⁷³ Rodríguez, E. (2020). "La atrofia del abastecimiento de medicinas en México". Quinto Elemento. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/La-atrofia-del-abastecimiento-de-medicinas-en-Mexico-20200921-0067.html>.

vez que se concluían las negociaciones, se seguía el proceso de adjudicación directa que se contempla en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) para adquirir los medicamentos de patente.

Compra consolidada del IMSS



La adquisición de los medicamentos producidos por múltiples laboratorios –genéricos– se realizaba desde 2013 a través de la compra consolidada del IMSS. Cualquier institución o entidad federativa podía adherirse si así lo deseaba.

La compra se efectuaba entre febrero y octubre del año previo para garantizar el abasto.¹⁷⁴ Tenía dos funciones principales: consolidar la demanda oficial de medicamentos para un mejor poder de negociación y definir el precio máximo de referencia. En ella participaban del 60% al 70% de las instituciones del sistema de salud federal y estatal.¹⁷⁵ En su último ejercicio (2019), incluyó 43 instituciones (5 dependencias, 15 entidades federativas y 23 institutos de la Secretaría de Salud.) y consideró alrededor de 3 500 hospitales públicos.¹⁷⁶ En total, registró ahorros por 20 649 millones de pesos.¹⁷⁷

Distribuidores



La oferta que se presentaba en las licitaciones incluía los medicamentos y la distribución de los mismos. Es decir, los distribuidores ofrecían al Gobierno los productos de laboratorio y el servicio de almacenamiento y distribución en las mismas ofertas que presentaban.

Adicionalmente, las licitaciones incluían una oferta consolidada, es decir, los insumos podían provenir de distintos fabricantes.

¹⁷⁴ IMSS (s.f.). "Calendarización de licitaciones. Compra Consolidada 2018-2019". Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/compraconsolidada>.

¹⁷⁵ IMSS (s.f.). "Compra Consolidada 2018-2019". Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/compraconsolidada>

¹⁷⁶ *Idem.*

¹⁷⁷ *Idem.*

Este sistema representaba ventajas tanto para el Gobierno como para la industria. Por un lado, los fabricantes tenían una mayor liquidez y no tenían que asumir los costos de transportación, por lo que no aumentaba el costo final. Por otro lado, las instituciones de salud recibían un paquete consolidado de oferta, almacenamiento y distribución con todas las claves que necesitaban en los puntos de recepción. En total, participaban 47 empresas distribuidoras que tenían una superficie de almacenamiento de 100 000 m² a lo largo de la República Mexicana.¹⁷⁸

El camino al mecanismo actual se inició en 2018. En este año, la responsabilidad de adquisiciones se transfirió a la Oficialía Mayor de la SHCP a través de una reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF).¹⁷⁹ Con este cambio, desapareció la CNP y la compra consolidada del IMSS. Dados los problemas que había enfrentado este nuevo mecanismo liderado por la SHCP, el 11 de agosto de 2020 se aprobó la reforma al artículo primero de la LAASSP, misma que se discutirá a mayor profundidad en el siguiente apartado.¹⁸⁰ La modificación permitía la participación de organismos internacionales en los procesos de compra. El 31 de julio de 2020, el Gobierno de México firmó un acuerdo para la compra de medicamentos con la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), mismo que está vigente hasta 2024.^{181, 182} La figura 2.13 ofrece una visión general del proceso de reforma que han seguido los mecanismos de compra y abasto.

¹⁷⁸ Rodríguez, E. (2020). *La atrofia del abastecimiento de medicinas en México*, op. cit.

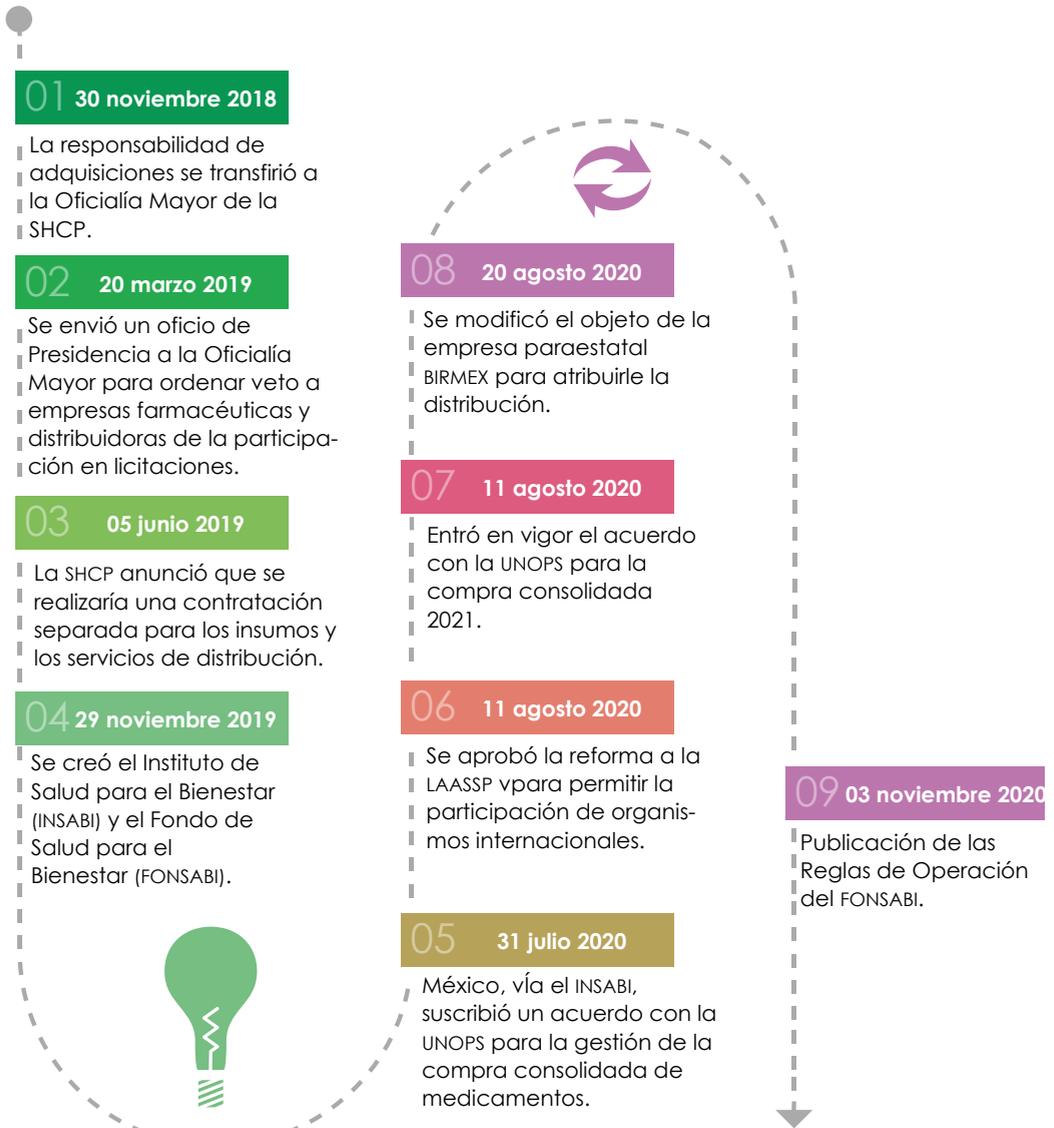
¹⁷⁹ "DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (2018)". DOF. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5545331&fecha=30/11/2018#gsc.tab=0.

¹⁸⁰ "DECRETO por el que se adiciona un párrafo quinto al artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (2020)". DOF. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598205&fecha=11/08/2020#gsc.tab=0.

¹⁸¹ La UNOPS es un organismo operacional de la ONU dedicado a la implementación de proyectos de infraestructura, adquisición y humanitarios. Para conocer más véase: UNOPS. <https://www.unops.org/es>.

¹⁸² Presidencia de la República (2020). "Presidente encabeza firma de acuerdo con la UNOPS para compra de medicamentos y equipo médico en el extranjero". Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2020/07/31/presidente-encabeza-firma-de-acuerdo-con-la-unops-para-compra-de-medicamentos-y-equipos-medicos-en-el-extranjero/>.

Figura 2.13. Etapas para la creación de un nuevo mecanismo de compra



Fuente: Elaboración propia.

Participación de organismos internacionales

Como se desarrolló en el apartado anterior, se han realizado modificaciones sustanciales a los mecanismos de compra del Gobierno. La última de las cuales, y que continúa vigente, es la participación de la UNOPS. Esta estrategia de adquisiciones tenía dos fases. La primera era a corto plazo y estaba enfocada en el abastecimiento de necesidades inmediatas para cubrir la demanda sólo de 2021, con un calendario de compra apresurado. La segunda abarcaba de 2022 a 2024 y buscaba garantizar el suministro a largo plazo mediante la transición a un modelo multianual de adquisiciones.¹⁸³

Para permitir la participación de organismos internacionales, en agosto de 2020, se modificó el artículo primero de la LAASSP. Esta reforma exceptúa del ámbito de aplicación de la ley la adquisición de bienes o prestación de servicios de salud que se contraten en coordinación con organismos intergubernamentales internacionales, sin agotar los mecanismos de licitación nacionales.¹⁸⁴ Es decir, todas las contrataciones que se realicen en coordinación con los organismos internacionales tienen que seguir los lineamientos que se establezcan en los acuerdos específicos, por lo tanto, no se rigen bajo los procesos que establece la LAASSP. De esta forma, se tienen que distinguir dos supuestos. En el primero, se siguen los procedimientos para la licitación y otros mecanismos (invitación restringida o adjudicación directa) que establece la LAASSP; en el segundo, se deben seguir los procedimientos que establecen los acuerdos de coordinación con organismos intergubernamentales internacionales.

¹⁸³ UNOPS (2020). "Sesión informativa abierta. Compra de medicamentos y material de curación en México". Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=p02kxoYBKxl>.

¹⁸⁴ "DECRETO por el que se adiciona un párrafo quinto al artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público". *DOF, op. cit.*

Cuadro 2.8. Convenio Marco entre la UNOPS y el Gobierno mexicano

El 31 de julio de 2020, el Gobierno de México firmó un acuerdo para la compra de medicamentos con la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), con vigencia hasta 2024. Ésta presta servicios de infraestructura, adquisiciones y gestión de proyectos para ayudar a construir el futuro. El propósito del acuerdo es establecer un marco de cooperación y asistencia técnica para proyectos en la materia a partir de acuerdos específicos en cuatro modalidades:

01

Proyectos de implementación: el Gobierno de México solicita asistencia técnica a la UNOPS para la realización de adquisiciones (bienes, servicios, contratación de obras, gestión financiera, entre otras). La UNOPS directamente se encarga de la implementación, licitación y contratación de actividades, así como rendir cuentas al Gobierno de México.

02

Proyectos de licitaciones por encargo: el Gobierno de México solicita asistencia técnica de la UNOPS únicamente para procesos de licitación. La UNOPS conduce los procedimientos de licitación, pero su participación termina con una recomendación de licitante ganador. El Gobierno de México es el responsable por la firma y administración contractual.

03

Proyectos de asesoramiento en licitaciones: el Gobierno de México solicita asesoramiento técnico en la conducción de licitaciones. En este caso, las licitaciones son ejecutadas directamente por las autoridades mexicanas de conformidad con la legislación mexicana. En este caso, se aplican los mecanismos y criterios de la LAASSP.

04

Proyectos específicos de Asistencia técnica: el Gobierno de México solicita asistencia técnica para que la UNOPS ejecute directamente asesorías, estudios técnico y demás actividades que, por la naturaleza y neutralidad del organismo, requieran su participación.

Fuente: "Acuerdo Marco entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y la UNOPS (2020)". Disponible en: <https://transparencia.sre.gob.mx/1753-fracc-vi-i>.

Como respuesta, un grupo de integrantes del Senado del Congreso de la Unión promovió, en septiembre 2020, una acción de inconstitucionalidad en contra del artículo primero de la LAASSP ante la SCJN. En tanto argumentaban que era violatorio de los principios de economía, eficacia, eficiencia, imparcialidad y honradez establecidos en el artículo 134 cons-

titucional. El proyecto original, realizado por el ministro ponente Alcántara Carrancá, proponía invalidar el precepto porque se exceptuaba el régimen de licitaciones públicas sin un desarrollo normativo suficiente que justifique la idoneidad de este método de contratación. Este planteamiento no alcanzó la mayoría suficiente, por lo que fue desestimado.¹⁸⁵

Los nuevos procesos de compra se construyeron sin considerar los aciertos de los mecanismos que ya existían en el sistema. La compra consolidada efectuada por el IMSS había probado su eficiencia y resultados. Para 2018, la institución reportó ahorros por más de 3 175 millones de pesos para el sector salud, de los cuales 2 087 corresponden al IMSS y el resto a las 49 instituciones y dependencias participantes.¹⁸⁶ Sin embargo, también tenía deficiencias e irregularidades (cuadro 2.9), como en la elaboración de los estudios de mercado. De esta manera, pese a la experiencia del personal y las compras exitosas, en el discurso político sólo se resaltó la corrupción y falta de transparencia para justificar las modificaciones; sin ignorar que éstos sí son problemas que existían y siguen existiendo en la gestión.

Cuadro 2.9. Informe de la OCDE sobre las compras del IMSS

En 2011, el IMSS solicitó a la OCDE una revisión de sus regulaciones y prácticas de adquisiciones, convirtiéndose así en la primera institución pública en hacerlo. En esa ocasión, la institución internacional generó más de 20 recomendaciones sobre cómo fortalecer sus procesos, entre las que se resalta:

- 01 Generar mayores oportunidades de ejercer el poder de compra, a través de licitaciones multianuales, consolidando la compra de diversas dependencias gubernamentales y facilitando la participación de proveedores.
- 02 Combatir prácticas que puedan facilitar la colusión, a través de limitar propuestas conjuntas y dividir un contrato entre múltiples proveedores únicamente en situaciones excepcionales.

¹⁸⁵ SCJN (2020). "Acción de inconstitucionalidad 256/2020". Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/acuerdos_controversias_constit/documento/2021-01-19/ML_Acclnconst-256-2020.pdf.

¹⁸⁶ IMSS (2018). "La compra consolidada de medicamentos 2017-2018 deja ahorros por más de 3 175 millones de pesos". Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201801/015>.

Continuación del Cuadro 2.9

03

Revisión general de estudios de mercado, a través de cambios en los plazos que permitan un estudio de mercado informado y no divulgar a los licitantes la información del estudio de mercado previo a las licitaciones.

04

Mejorar actividades de monitoreo y para compartir información.

05

Actividades de capacitación a los funcionarios de la compra en dos vertientes: a) sobre los aspectos regulatorios y prácticos de compras públicas, y b) sobre el combate a la colusión.

Fuente: OCDE (2018). "Combate a la colusión en las compras públicas del IMSS: Impacto de las recomendaciones de la OCDE". Disponible en: <https://www.oecd.org/daf/competition/IMSS-procurement-impact-OECD-recommendations2018-ESP.pdf>.

Contrario a su propósito inicial, las compras de medicamentos y material de curación realizadas por la UNOPS son opacas porque la gestión de los contratos no es pública.¹⁸⁷ Por lo mismo, no es claro qué elemento del proceso generó los atrasos en la adjudicación de claves de medicamentos y material de curación (cuadro 2.10). Lo que al final produjo adjudicaciones directas a sobre precio por parte de las entidades federativas e instituciones.

De acuerdo con los documentos publicados por la UNOPS, a mayo de 2021, se habían adjudicado 82 contratos y se identificaron atrasos en la adjudicación de más de 1 900 claves de

“
Yo, como Estado y por afuera, tengo que comprar [medicamentos] para no dejar sin atención al paciente, pero por fuera me siguen exigiendo que me rija con las listas de precios. [El problema es] que las empresas no me van a dar a menos que compre 10 mil o 100 mil medicamentos.

Representante de una entidad federativa

¹⁸⁷ IMCO (2021). "Compras públicas hechas con UNOPS: más opacas y al margen de la transparencia". Disponible en: <https://imco.org.mx/compras-publicas-hechas-con-unops-mas-opacas-y-al-margen-de-la-ley-de-transparencia/>.

medicamentos.¹⁸⁸ El principal problema de las modificaciones efectuadas en esta área es la falta de experiencia por parte de los nuevos operadores (UNOPS-INSABI), así como la ausencia de lineamientos y procesos claros para la compra y distribución de los insumos que puedan ser seguidos por las instituciones compradoras. Además, al estar fuera de la aplicación de la normatividad mexicana para adquisiciones, parece que la UNOPS no está obligada en materia de transparencia de acuerdo con los esquemas nacionales de rendición de cuentas, pese a que recibe recursos públicos. El artículo 23 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LTAIP) señala que cualquier persona física o moral que reciba recursos públicos en los ámbitos federal, de las entidades federativas y municipal está obligada, pero no es claro cuáles son los mecanismos de transparencia a los que puede acudir la ciudadanía para solicitar la información a organismos internacionales. Esto se traduce en un vacío sobre los datos y montos de los contratos adjudicados.¹⁸⁹ Recientemente, en diciembre 2021, el Pleno del Instituto Nacional de Acceso a la Información (INAI), al resolver el proyecto de resolución identificado con la clave RRA 13008/21, determinó que la Oficina de la Presidencia de la República está obligada a buscar exhaustivamente la respuesta a las solicitudes promovidas en torno a la compra consolidada guiada por la UNOPS. En concreto, resaltaron la obligación que tiene este órgano internacional de otorgar al Gobierno de México la documentación certificada referida o referente a las actividades ejecutadas al amparo de los acuerdos específicos, con el fin de garantizar la rendición de cuentas estipulada en el Convenio Marco.¹⁹⁰

¹⁸⁸ UNOPS (s.f.). "Portal adjudicaciones de contratos". Disponible en: <https://www.ungm.org/Public/ContractAward/Index/ContractAwards>.

¹⁸⁹ Beltrones Sánchez, S. (2021). "Proposición con punto de acuerdo que exhorta a la SSA, la SHCP y el INSABI a remitir un informe detallado". Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/02/asun_4137946_20210211_1613071340.pdf.

¹⁹⁰ INAI (2021). "Sesión del Pleno del 15 de diciembre de 2021". Disponible en: <https://home.inai.org.mx/wp-content/documentos/AudiosyVersionesEstenograficas/Sesi%C3%B3n%20Pleno%2015-12-21.pdf>.

Cuadro 2.10. Comparación de resultados (IMSS y UNOPS)

	IMSS	UNOPS
Periodo de operación	2014-2019	2021-2024
Última edición	2019	2021 (completa), 2022 (en curso)
Instituciones participantes (última edición)	43 participantes (5 dependencias, 15 entidades federativas y 23 institutos de la Secretaría de Salud)	55 (6 dependencias, 26 entidades federativas y 23 institutos de la Secretaría de Salud)
Claves adquiridas	834 claves de medicamentos, 521 de material de curación y 26 correspondientes a vacunas	2021: 707 claves de medicamentos y 343 claves de materiales de curación. 2022: 576 claves
Ahorros reportados	\$3 256 millones (sólo en 2019) \$20 649 millones (acumulados 6 años de operación)	19 mil millones (2022)
Monto total contratado	\$51 732 millones	\$44 697 millones
Abasto reportado	99.5%	97% de las claves de medicamento compradas (91% en 2022)

Fuente: IMSS (2018). "Compra consolidada 2018-2019". Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201801/015>; UN (2021). "UNOPS, INSABI y UNOPS anuncia resultados de la compra consolidada 2021 e informan acciones de abasto 2022, comunicado oficial". Disponible en: <https://mexico.un.org/es/161207-unops-anuncia-resultados-de-compra-consolidada-2021-e-informa-acciones-para-2022>.

Se identificó discrepancia entre los reportes parciales de resultados que realizaron la UNOPS y el INSABI durante el 2021. La siguiente tabla resume los datos reportados en diferentes periodos del año analizado, siendo noviembre 2021 el reporte final elaborado por la UNOPS.

Cuadro 2.10. Comparación de resultados (IMSS y UNOPS) (continuación)

Continuidad en los reportes de resultados de la UNOPS		
	Julio 2021	Noviembre 2021
Claves contratadas	1 060	1 050
Monto total	\$45 437 millones	\$44 697 millones
Ahorros	\$11 880 millones (proyectados)	\$10 000 millones

De lo anterior, se extrae que existe una discordancia entre los montos reportados en el informe parcial el 27 de julio 2021 y en el informe final del 29 de noviembre. En julio se reportó la compra de 1 060 claves de un total de 1 403 licitadas. El monto total contratado se elevaba a 45 437 millones de pesos y se proyectaba un ahorro de 11 880 millones. El 29 de noviembre del mismo año se dieron a conocer los resultados generales de la compra consolidada en 2021, como se muestran en la tabla. Se adquirieron un total de 1 050 claves, 10 menos que las reportadas en julio y se obtuvieron ahorros por 10 mil millones, menos que los proyectados. Por lo que, surge el cuestionamiento de qué pasó con esas 10 claves ¿nunca fueron contratadas? ¿se cancelaron los contratos? ¿por qué existe esa discrepancia? Además del costo directo de los medicamentos, la UNOPS cobró 27.4 millones de dólares como costo del asesoramiento y acompañamiento en la compra de 2021. En total, se estima que el Gobierno de México pagará 109.7 millones de dólares, equivalentes a 2 224 millones de pesos, por el servicio en el transcurso de los cinco años de colaboración.

En cuanto a la distribución, a noviembre 2021, de las piezas compradas sólo se había distribuido 27% equivalente a 387 mil. En cuanto al 2022, puntualizan que, al tener más de 500 millones de piezas adquiridas para entregar en el primer semestre, es decir, aquellas que en 2021 no lograron distribuir. A abril 2022, el porcentaje de piezas distribuidas aumentó a 68%. La demanda requerida a UNOPS está conformada por: 634 claves (273 correspondientes a material de curación y 361 de medicamentos, con un volumen de compra por 271 millones de piezas de medicamentos y 116 millones de piezas material de curación)

Fuente: UNOPS (2021). "Informe conjunto de INSABI y UNOPS". Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/657621/Informe_conjunto_de_INSABI_UNOPS_julio_2021.pdf; Gobierno de México (2022). "Adquisición sectorial de medicamentos e insumos 2021-2022". Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/684343/El_Pulso_de_la_Salud__30nov21.pdf; UN (2021). "UNOPS, INSABI y UNOPS anuncia resultados de la compra consolidada 2021 e informan acciones de abasto 2022, comunicado oficial". Disponible en: <https://mexico.un.org/es/161207-unops-anuncia-resultados-de-compra-consolidada-2021-e-inform.a-acciones-para-2022>.

A más de dos años de la eliminación de la compra consolidada del IMSS, el Gobierno Federal no ha logrado diseñar un proceso que haga frente a

los problemas de desabasto reportados (tabla 2.5). Ante esto, empezaron las discusiones para regresar la compra a las instituciones que tenían experiencia y capacidades técnicas (IMSS) previamente desarrolladas. De esta manera, a finales de 2021, pareciera que el IMSS retomara su proceso de compra consolidada de forma independiente. Además, para la adquisición de los insumos y material de curación que requiera el INSABI, se facultó a la Coordinación de Optimización y Procesos del Abasto del instituto para fungir como área contratante.¹⁹¹ Si bien, los resultados de los mecanismos de compra a través del INSABI y la UNOPS permitieron identificar cuáles son los elementos que deben fortalecerse de la cadena de suministro y las ventajas que existían en los esquemas anteriores, el costo de experimentar en este tema puede ser muy alto. Las principales afectadas son las personas y la atención oportuna.



¡Ojo!

La OCDE había efectuado un estudio sobre el proceso de compra consolidada del IMSS en 2011. En éste otorgó recomendaciones para disminuir la corrupción. En 2019, como seguimiento a ese informe, expresó los cambios favorables que había presentado el proceso de la institución por la implementación de las recomendaciones efectuadas.

Más información, véase: <https://www.oecd.org/mexico/estudios-de-la-ocde-sobre-el-instituto-mexicano-del-seguro-social.htm>.

Reestructuración de la cadena de suministro

La distribución y el abasto de medicamentos, además de la compra, son indispensables para asegurar el correcto funcionamiento de la cadena de suministro. A raíz de las modificaciones, la distribución se desconsolidó de la compra. El Gobierno de México, en el sexenio 2018-2024, eliminó la

¹⁹¹ "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 (2022)". Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5645905&fecha=17/03/2022.

“

Se compraba a través de distribuidores. Ya hemos explicado que existía un conjunto muy reducido de empresas distribuidoras que controlaban el mercado porque tenían cartas de exclusividad con un amplio conjunto de proveedores.

Conferencia 11/02/2020-Hugo López-Gatell

”

participación de empresas intermediarias entre los proveedores y el sector público, al considerar que entre tres empresas concentraban la distribución de insumos; sin embargo, en la investigación realizada se identificó una posible confusión en el discurso de las conferencias mañaneras entre la definición de los laboratorios farmacéuticos y estas empresas distribuidoras.

De esta manera, el Gobierno actualmente adquiere los medicamentos de forma directa con los fabricantes y se pretende atribuir la distribución de la mayoría de los insumos a operadores logísticos, como Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México (BIRMEX),¹⁹² y a las entidades federativas, pues la distribución hacia los centros de salud estatales depende directamente de cada institución y de los estados. Para lograrlo, se busca construir un sistema nacional de distribución de insumos para la salud.¹⁹³ Actualmente, BIRMEX no cuenta con la infraestructura, capacidades, recursos o logística para

“

El problema es que nadie entra a las licitaciones, con los precios que plantearon. No se hacen las compras y no me entregan a mí el medicamento a tiempo o no me entregan el dinero con el que lo iban a comprar.

Representante de una entidad federativa

”

¹⁹² Es importante mencionar que, aunque se pretende que BIRMEX sea el principal ente distribuidor de medicamentos, en 2021 sí se contrataron a otras empresas como Vantage, Médica Farma Arcar y Cisma. De hecho, del 100% del inventario existente en 2021, Vantage distribuyó 51.4% de los insumos (Conferencia el Pulso de la Salud, 20 nov. 21). A partir de diciembre 2021, se inició con el Plan de Última Milla para lograr la distribución. Dicho plan cuenta con la participación de BIRMEX, SEDENA, SEMAR y la Guardia Nacional.

¹⁹³ Gobierno de México (2021). “047 Birmex construirá 4 centros para distribución de medicamentos”. Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/prensa/047-birmex-construira-4-centros-para-distribucion-de-medicamentos>.

cumplir cabalmente con esta función. Además, a inicios de 2022, se anunció la participación de SEDENA y SEMAR para concretar la distribución de última milla.¹⁹⁴ En 2020 y 2021, se reportó desabasto de insumos que podría atribuirse a la desorganización en la distribución de las compras y la falta de claridad de los mecanismos de entrega en los puntos finales. El colectivo Cero Desabasto encontró que las denuncias de recetas no surtidas subieron de 1 175 reportes en 2019 a 2 556 en 2020.¹⁹⁵ Esto se puede relacionar con lo reportado en las actualizaciones semanales de salud en las conferencias presidenciales matutinas. En éstas se señaló la adquisición de insumos, pero se puntualizaron problemas para concretar la distribución hacia la última milla y la entrega en los puntos finales. Por ejemplo, en noviembre de 2021 se informó que de las 1 840 claves adquiridas, sólo se habían distribuido 27%; es decir, 387.5 claves (tabla 2.10 *supra*). Además, las entidades federativas han reportado la interrupción del flujo de recursos por parte del INSABI, o bien porque los recursos los transfieren etiquetados para otras actividades y no para la compra de insumos, o porque les entregan insumos que no se apegan a las necesidades de su población.

La falta de recursos de las entidades responde también a la regulación aprobada para el FONSABI. Como se explicó en el apartado de financiamiento, este fondo es una herramienta creada en 2019 para financiar la atención de enfermedades de tercer nivel, la infraestructura y apoyar con recursos la adquisición y distribución de medicamentos.¹⁹⁶ Esto es relevante porque no todas las entidades están adheridas al INSABI y no se resuelve cómo recibirán los apoyos para los rubros que cubre el FONSABI. Asimismo, se limita su capacidad de gestión y respuesta al recibir todos los insumos en especie y no recibir fondos que puedan utilizar para las necesidades locales que identifiquen.¹⁹⁷

¹⁹⁴ López Obrador, A. M. (2022). "Conferencia de Prensa Matutina del Presidente Andrés Manuel López Obrador 04 enero 2022". Versión estenográfica. Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2022/01/04/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-661/>.

¹⁹⁵ Castañeda, A. y Méndez, J. (2021). *Los reportes de desabasto de medicamentos crecen durante 2020*, op. cit.

¹⁹⁶ Ley General de Salud (1994). "Artículo 77 bis 29".

¹⁹⁷ Gobierno de México (s.f.). "Reglas de Operación del FONSABI. Regla 26". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/documentos/reglas-de-operacion-del-fondo-de-salud-para-el-bienestar?idiom=es>.

2.6. Mecanismos de planeación e infraestructura

Los sistemas de salud tienen organizaciones complejas cuya gestión requiere lineamientos precisos. La planeación es indispensable para sentar las metas, acciones y estrategias que deben cumplirse para garantizar el derecho a la salud de la población. En México, los instrumentos normativos regulan cómo funciona el sistema y las interacciones entre los actores que intervienen en él, pero la administración planea su visión y objetivos en los instrumentos de política pública, principalmente en el Plan Nacional de Desarrollo (2019-2024) y en el Programa Sectorial de Salud (2019-2024), así como en los documentos de planeación institucionales.



¡Ojo!

La administración pública se rige a partir de la generación de objetivos, estrategias y acciones que se plasman en los planes y programas de los distintos sectores y dependencias. Los principales son:

Plan Nacional de Desarrollo (PND): Documento en el que se precisan los objetivos nacionales, la estrategia y las prioridades. Además, determina los instrumentos y responsables de su ejecución, establece los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional. Por lo que, determina la política pública de la administración

Programa Sectorial: Se desprende directamente del PND. Especifica los objetivos, prioridades y políticas que regirán el desempeño de las actividades del sector administrativo de que se trate, en este caso salud.

Programas de Acción Específicos: Documentos que presentan la estrategia para la promoción y aplicación de la política nacional de una acción concreta. Por ejemplo, de la educación sexual y reproductiva.

Fuente: Ley de Planeación, "artículos 21, 23".

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) es el documento en el que el Gobierno precisa "los objetivos nacionales, la estrategia y las prioridades del desarrollo integral, equitativo, incluyente, sustentable y sostenible del

país".¹⁹⁸ En consecuencia, el documento funciona como el eje para establecer la forma y desarrollo de la administración durante el periodo constitucional del presidente, toda vez que se establecen directrices de actuación generales. El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) es un programa sectorial derivado del PND. En este instrumento se establecen los objetivos, estrategias y acciones que deben cumplir las dependencias de la administración para garantizar el derecho a la protección de la salud.¹⁹⁹ El PROSESA 2019-2024 contempla cinco objetivos prioritarios, 26 estrategias y 201 acciones puntuales. Aunque estos documentos son esenciales para la planeación y asignación de presupuesto,²⁰⁰ se observó un retraso en su publicación, especialmente del PROSESA, gran presencia de indicadores de proceso (no de impacto/resultados en salud) y falta de articulación entre los elementos para lograr la igualdad sustantiva y equidad en salud. Lo cual contribuyó a que las acciones se realizaran sin considerar algunos elementos del SNS que impactan la vida de las personas.

Tabla 2.6. Publicación de instrumentos de política pública

Instrumento	Fecha legal de publicación	Fecha de publicación
Plan Nacional de Desarrollo	28 febrero 2019 (Último día hábil de febrero del año siguiente a su toma de protesta)	12 julio 2019
Programa Sectorial de Salud 2019-2024	12 enero 2020 (Seis meses después de la publicación del PND)	17 agosto 2020 (13 meses de retraso) ²⁰¹
Programas de Acción Específicos	En los plazos previstos por las disposiciones que al efecto emita el Ejecutivo Federal	07 junio 2021 – 01 mayo 2022 (último publicado)

Fuente: Elaboración propia con datos de la Ley de Planeación, "Artículos 21 y 30".

Los Programas de Acción Específicos (PAE) son una herramienta coordinación, evaluación y seguimiento de líneas de acción. No sólo permiten conocer las acciones para el tratamiento de problemas concretos, tam-

¹⁹⁸ Ley de Planeación (2018). "Artículo 21".

¹⁹⁹ *Ibidem.*, artículo 23.

²⁰⁰ *Ibidem.*, artículo 3.

²⁰¹ Secretaría de Salud (2019). "Programa Sectorial de Salud". *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0.

bién son una vía para identificar los temas que la administración en turno considera prioritarios. Hasta agosto 2022, se publicaron 22 PAE correspondientes a las 22 estrategias que los centros y direcciones adscritas de la SS deberían seguir para la ejecución de sus acciones. Entre éstos se encuentran los programas para atender la salud sexual y reproductiva; la salud en la adolescencia e infancia; salud mental y adicciones; virus de hepatitis C, así como programas de promoción de la salud.²⁰²

“

Estamos en una etapa de transición, una etapa en que el INSABI no ha terminado de establecer todas las políticas, los lineamientos, las reglas de operación con las que va a estar trabajando con cada una de las entidades federativas.

Participante mesa de discusión

”

A pesar de que transcurrieron tres años desde el inicio del sexenio, a finales de 2021, personas servidoras públicas consideraron que todavía se estaba en una etapa de transición, en la que no se han terminado de definir los lineamientos, manuales y demás documentos normativos relacionados con la planeación.

Además de los problemas en los instrumentos de política pública, también se observó un retraso en la publicación de reglamentos y lineamientos específicos que reflejen la reforma a la LGS en 2019. Hasta finales de 2021, no se habían publicado las modificaciones al reglamento de la SS. Éste no ha sido reformado desde febrero 2018, aun cuando el decreto de reforma de la LGS del 29 de noviembre de 2019 obligaba al Ejecutivo Federal a emitir las disposiciones reglamentarias necesarias para su aplicación, incluyendo el Reglamento Interior de la SS, en un plazo de 180 días siguientes a la entrada en vigor del decreto (1 enero 2020).²⁰³ Tampoco se ha publicado el Reglamento de la LGS en materia de Prestación Gratuita de Servicios de Salud, Medicamentos y demás Insumos Asociados a la Población Sin Seguridad Social, cuyo anteproyecto está disponible en el portal de la Comisión Na-

²⁰² Para conocer todos los PAE publicados por la administración, véase: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>.

²⁰³ Secretaría de Salud (2019). "Reforma 116: Ley General de Salud". DOF. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref116_29nov19.pdf.

cional de Mejora Regulatoria (CONAMER).²⁰⁴ En general, se identificó una falta de adecuación formal y sistematizada del marco normativo para consolidar la rectoría de la ss.

La planeación en salud debe tener una visión prospectiva y guiarse con las necesidades de desarrollo del país en materia sanitaria. La falta de ésta puede derivar en una descoordinación entre políticas públicas en la materia, obstaculizar el acceso efectivo a la salud, e imposibilitar la rendición de cuentas. Es indispensable que la planeación contemple las características demográficas y epidemiológicas de la población, los recursos disponibles y las metas que se pretendan alcanzar. El problema de no tener estrategias coordinadas genera barreras en la utilización de los servicios de salud y, en última instancia, un deterioro en las condiciones de vida de las personas.

Cuadro 2.11. Objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud

01

Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

02

Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.

03

Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

²⁰⁴ La existencia de reformas y proyectos se revisó para la elaboración de este libro por última vez el 11 de agosto de 2022.

04

Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.

05

Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.

Fuente: Secretaría de Salud (2020). "Programa Sectorial de Salud 2021-2024". Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0.

Infraestructura en salud

Infraestructura en salud



Son aquellos recursos humanos y materiales; estructuras organizativas y administrativas; políticas, reglamentaciones e incentivos, y sistemas de información que facilitan una respuesta organizada a las necesidades de salud.

Fuente: OMS (1998). "Promoción de la salud: glosario". Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1.

La infraestructura de la que dispone el SNS es fundamental para su correcto funcionamiento y capacidad resolutive. Ésta, junto con los recursos humanos y materiales, determinan el volumen de servicios que el sistema puede proveer a la población.²⁰⁵ Actualmente en México, la disponibilidad de recursos para la salud en el país es baja en comparación con los estándares de la OCDE; el número de médicos, enfermeras y camas por cada mil habitantes es de los más bajos en los países de la organización.²⁰⁶ Los recursos de infraestructura, equipamiento y personal deben estar distri-

²⁰⁵ OMS (2009). "Estadísticas Sanitarias Mundiales". Disponible en: https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf.

²⁰⁶ OCDE (2019). "Panorama de la salud 2019. Indicadores de gasto en salud de la OCDE", *op. cit.*

buidos geográficamente con base en las necesidades de la población. Para esto es necesario tomar en cuenta el perfil epidemiológico de la misma, así como la composición de las causas de la demanda de atención médica y hospitalaria.

Un indicador relevante para conocer el estado de la infraestructura física de un país es el de unidades médicas de consulta externa, puesto que, en general, son el primer punto de contacto entre la población y el sistema de atención médica. En ellas se concentran las actividades preventivas y curativas que se ofrecen a la población para resolver la mayoría de sus necesidades de atención en salud.²⁰⁷ Las unidades para consulta externa incluyen:

Consultorios rurales, consultorios urbanos, centros avanzados de atención primaria a la salud, centros de salud con servicio ampliado, consultorios delegacionales, unidades del ministerio público, casa de salud, brigada móvil, unidad móvil, clínica de especialidades, centro de salud con hospitalización (unidad híbrida) y unidad de especialidades médicas.²⁰⁸

Su distribución y suficiencia es fundamental para otorgar estos servicios a la población. Para enero de 2021, había 27 876 unidades de consulta externa en todo el sector y 20 562 en el sector público en todo el país.²⁰⁹ La mayoría de las 7 314 unidades del sector privado se clasifican como con-



Unidades médicas de consulta externa

Aquellas unidades pertenecientes a la atención médica que se otorga al paciente ambulatorio. Ésta consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente (NOM-035, 2012).

²⁰⁷ Secretaría de Salud (2012). "NOM-035 en materia de Información de la Salud". DOF. Disponible en: <https://bit.ly/3C0mRoT>.

²⁰⁸ CONEVAL (2016). "Evaluación integral del desempeño de los programas federales de apoyo a la infraestructura, 2014-2015". Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IET/Paginas/Evaluaciones-Integrales-2014-2015.aspx>.

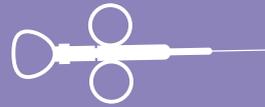
²⁰⁹ DGIS (2021). "Base de datos de CLUES. Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)". Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html.

sultorios adyacentes a farmacias (CAF).²¹⁰ Al mostrar la distribución de las unidades del sector público por tipo de localidad (figura 2.14), se observa que 45.4% se encuentra en localidades rurales y 54.6%, en localidades urbanas. Esto tiene sentido por la dispersión geográfica de la población rural en nuestro país. El total de consultorios en las unidades rurales es de 9 496 con un promedio de 1.07 consultorios por unidad, mientras que en las unidades urbanas hay 35 836 consultorios para un promedio de 3.34 por unidad.

Otro indicador relacionado con la infraestructura física es la disponibilidad de unidades de hospitalización. Para enero de 2021, éstas sumaban un total de 4 954 en todo el sector público, un poco menos de 4 por cada 100 000 habitantes.²¹¹

El sector público cuenta con 1 411 hospitales para el segundo y 160 para el tercer nivel de atención (atención de especialidades); en total 1 571 hospitales. También se identificó una alta concentración urbana, lo que podría generar desigualdades de disponibilidad entre localidades y regiones del país.²¹² Además, en relación con la población rural, se planteó que al finalizar el sexenio los hospitales del programa IMSS-Bienestar incrementarán de 80 a 200 unidades.²¹³

La inversión en unidades hospitalarias y los costos de operación están integrados de forma predominantemente vertical al interior de cada una de las instituciones de seguridad social, de la SS y de las autoridades esta-



Disponibilidad de unidades de hospitalización

Indicador que brinda información pertinente sobre la prestación de servicios a pacientes que necesitan ser internados para acceder a la atención médica o paramédica.

Fuente: Definición propia con base en la base de datos CLUES, op. cit.

²¹⁰ *Idem.*

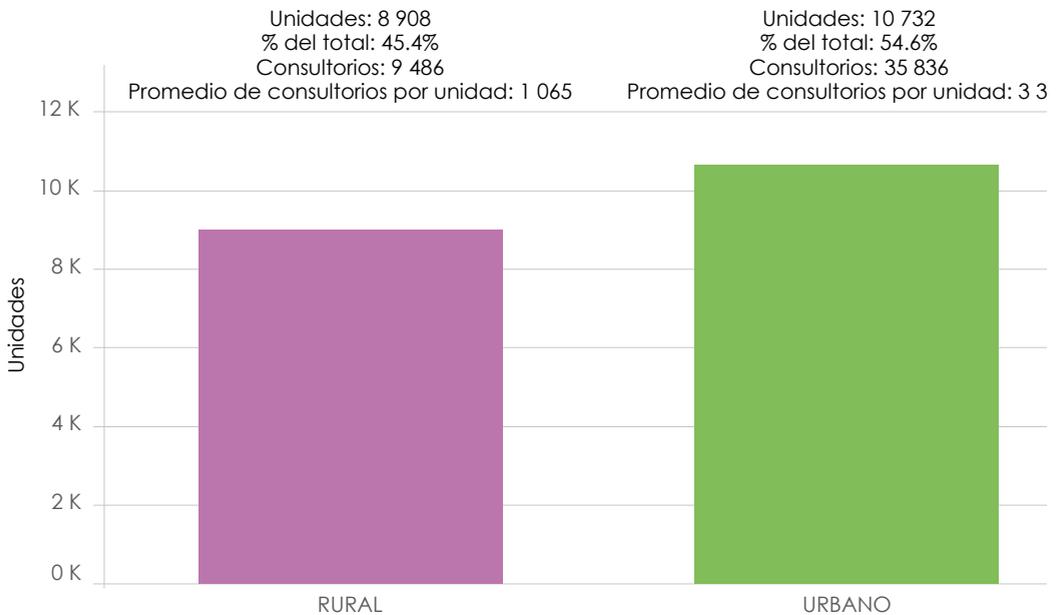
²¹¹ *Idem.*

²¹² *Idem.*

²¹³ Ramírez, A. (2021). "Existirán 200 hospitales del IMSS-Bienestar al finalizar sexenio: AMLO". Disponible en: <https://centrourbano.com/actualidad/existirán-200-hospitales-del-imss-bienestar-al-finalizar-sexenio-amlo/>.

tales. La tabla 2.7 muestra un ejemplo de la evolución del gasto en infraestructura de 2019 a 2021 en el IMSS. Las inversiones en el sector privado, por otro lado, se financian íntegramente con capital privado. Cada una de las instituciones del sector público establece sus propios requisitos y planea su crecimiento en forma independiente, lo que ha resultado en una superposición de la infraestructura. Esto claramente significa una ineficiencia que concentra recursos interinstitucionales en diversas zonas, pero que ocasiona una falta de acceso en otras, principalmente en las áreas rurales y periurbanas.

Figura 2.14. Unidades de consulta externa por tipo de localidad (rural y urbano), 2018



Fuente: Secretaría de Salud (2021). "Infraestructura y recursos. DGIS, base de datos de CLUES. Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)", *op. cit.*

Tabla 2.7. Evolución del gasto en infraestructura en el IMSS, millones de pesos

Año	Gasto programado	Gasto observado
2019	12 649	3 938
2020	12 712	7 122
2021	8 690	3 489
2022 (2do Trim.)	4 906	516

Nota: incluye bienes muebles, inmuebles y obra pública.

Fuente: Elaboración propia con datos del IMSS, "Informe de la situación presupuestaria, 2019, 2020 y 2021". Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>.

Las limitaciones financieras y logísticas provocaron que los gobiernos y agencias públicas optaran, en administraciones anteriores, por el desarrollo de infraestructura hospitalaria mediante asociaciones público-privadas (APPS).²¹⁴ El Seguro Popular permitió el establecimiento de un fondo de inversión que llevó a la construcción de seis hospitales de referencia regionales de alta especialidad (HRAE), cuatro de los cuales fueron financiados a través del esquema de APPS.²¹⁵ Las autoridades estatales también invierten en su propia infraestructura, principalmente a través de re-



APPS en México

En general, los modelos más relevantes de APPS son el modelo "bata gris-bata verde", que corresponde a la concesión de obra pública y la explotación u operación de servicios no sanitarios, y el modelo "bata blanca" que hace referencia a la concesión de la gestión de la totalidad de los servicios de salud.

En México, con este tipo de esquemas se otorgaban concesiones a empresas privadas para el diseño, construcción y equipamiento de las instalaciones de hospitales. Aunque existían otras modalidades de asociación que incluían la operación y administración.

Frente a posibles riesgos de corrupción, se cancelaron los contratos de obras concesionadas como el centro médico previsto para el municipio de Tepotztlán en el Estado de México.

Fuente: BID (2014). "Nota técnica # IDB-TN-714". Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Conceptos-generales-y-modelos-Serie-de-notas-1%C3%A9nicas-sobre--asociaciones-p%C3%BAblico-privadas-en-el-sector-de-la-salud-de-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>.

²¹⁴ Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (2016). "Diseño de PPS de hospitales públicos en México, Programa para el Impulso de Asociaciones Público-Privadas en Estados Mexicanos (PIAPPEM)". Disponible en: <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/documento/2016/junio/eecefp0032016.pdf>.

²¹⁵ Rojas, J. y Delgadillo, P. (2017). *Asociaciones Público Privadas (APP's)*. Contraloría del Poder Legislativo. Dirección De Vinculación Municipal. En físico.

cursos fiscales. Sin embargo, frente a la sospecha de corrupción y sobreprecios en los servicios, la presente administración decidió no implementar las APPS y cancelar algunas de las existentes.



¡Ojo!

Las asociaciones público-privadas (APPS) tienen beneficios y riesgos en su diseño.

Beneficios	Riesgos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Es una vía para que, por medio del sector privado, se introduzca tecnología e innovación para mejorar el suministro de servicios públicos. 2. Crea certeza sobre el presupuesto a través del tiempo sobre el costo de proyectos de infraestructura. 3. Crea diversificación en la economía, ya que hace que exista mayor competencia. Además, impulsa la generación de negocios y la industria mediante el desarrollo de la infraestructura. 4. Es un complemento a las limitaciones de las capacidades del sector público para satisfacer las necesidades de la población. 5. Permite la transferencia apropiada de riesgos hacia el sector privado durante el periodo del proyecto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es probable que los costos de desarrollo, licitación y otros, generados durante el proyecto de APPS, sean mayores que los de los costos tradicionales de contratación pública. 2. No hay riesgo ilimitado. Las empresas privadas pueden no aceptar riesgos relacionados con el tipo de cambio o de los activos existentes. Por lo tanto, pueden aumentar el precio por servicio. 3. El sector privado hará lo que se le pague por hacer y nada más que eso, por lo tanto, los incentivos y los requisitos de desempeño deberán ser establecidos claramente en el contrato. 4. La responsabilidad del Gobierno es continua, los ciudadanos lo seguirán responsabilizando por la calidad de los servicios públicos. Por lo que deben establecerse mecanismos eficientes de vigilancia y transparencia. 5. Dada la naturaleza de largo plazo de estos proyectos y la complejidad asociados, es difícil identificar todas las posibles contingencias durante el desarrollo del proyecto y los acontecimientos y problemas que puedan surgir.

Fuente: World Bank. (2021). "Objetivos del Gobierno: Beneficios y Riesgos de las Asociaciones Público Privadas". Disponible en: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/es/objetivos-del-gobierno-beneficios-y-riesgos-de-las-asociaciones-publico-privadas>.

Para una planeación más integral, la SS proporciona certificados de necesidad según el Plan Maestro de Infraestructura Física para la Salud (PMI). Este plan es:²¹⁶

“
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.”

El certificado de necesidad es el instrumento de planificación de infraestructura gestionado por la Dirección General de Planeación y Desarrollo de la Salud (DGPLADES). A través del certificado de necesidad, se evalúa la accesibilidad para tipos específicos de infraestructura médica, que van desde los centros de salud hasta los hospitales de atención terciaria. En teoría, con el certificado de necesidad se evalúan las ofertas de servicios en el área en donde se planea el desarrollo de infraestructura, ya sea para la construcción de obra nueva, remodelación/ampliación o sustitución. Una vez que se determinan los proyectos, la DGPLADES tiene la obligación de registrar los proyectos de infraestructura en salud en la cartera de inversión de la SHCP, así como la emisión de los oficios de liberación de inversión.²¹⁷

La planeación del desarrollo de la infraestructura en salud debe realizarse a la luz de la evidencia y la información demográfica, epidemiológica y de su distribución geográfica. Por ejemplo, investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública desarrollaron un modelo geográfico automatizado para la planeación y la regionalización operativa en el primer nivel de atención a la salud.²¹⁸ Con este modelo se estimaron las áreas de servi-

²¹⁶ Secretaría de Salud (2022). "Plan Maestro de Infraestructura física en Salud". Disponible en: <https://bit.ly/3JRe9Lu>.

²¹⁷ Secretaría de Salud (2017). "ACUERDO por el que se establecen los Criterios Generales para el Desarrollo de Infraestructura en Salud". DOF. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475093&fecha=02/03/2017#gsc.tab=0.

²¹⁸ Hernández-Ávila, J. E. et al. (2010). "Modelo geoespacial automatizado para la regionalización operativa en planeación de redes de servicios de salud". *Salud Pública de México*. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n5/a11v52n5.pdf>.

cio de las unidades de atención primaria en el estado de Oaxaca para reasignar a la población a la unidad más cercana con base en un algoritmo geomático para determinar el tiempo de viaje a las unidades médicas desde cada localidad en el estado. Así, se logró asignar adecuadamente las poblaciones a su respectiva unidad médica, reduciendo el tiempo de viaje promedio entre las localidades donde residen los habitantes de Oaxaca y su unidad médica. Asimismo, las redes de referencia y contrarreferencia fueron mejoradas al seleccionar los hospitales con el menor tiempo de viaje a cada unidad de atención primaria.

Si bien es cierto que la información disponible para la planeación de la infraestructura en salud es imperfecta, es necesario seguir con el desarrollo de los mecanismos de planeación que hagan uso de los datos disponibles en un ejercicio de transparencia. Se hace hincapié en la necesidad de mejorar y terminar la infraestructura sanitaria y el requerimiento de avanzar con el Plan Maestro de Infraestructura.

Para poder desarrollar la infraestructura, se debe tener financiamiento. El PEF para 2022 prevé un aumento del gasto neto total en salud de 27.4%, pero no hay una inversión directa a la infraestructura física del país.²¹⁹ Además, de acuerdo con la LGS, 2% de los recursos del FONSABI deben destinarse para la atención de necesidades de infraestructura;²²⁰ sin embargo, como se puntualiza en la sección 3.1, se han extraído recursos de este fondo para atender otras actividades del sistema (el artículo décimo cuarto transitorio de la Ley de Ingresos 2022 también permite el uso de recursos de este fondo para, principalmente, la compra de vacunas covid-19).²²¹ Estos cambios generan cuestionamientos sobre cuál va a ser la fuente de financiamiento para concretar y desarrollar la infraestructura que el componente público del SNS necesita.

²¹⁹ "Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal (2022)". Ramo 12. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2022.pdf.

²²⁰ "Ley General de Salud (2022). Artículo 77 bis 29". Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>.

²²¹ "Ley de Ingresos De La Federación Para El Ejercicio Fiscal (2022). Décimo cuarto transitorio". Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LIF_2022.pdf.

2.7. Federalismo



Federalismo en México

El artículo 40 de la Constitución establece el carácter federal de la organización política mexicana y reconoce al federalismo como un arreglo institucional que se distingue por la división de poderes entre un gobierno federal y los gobiernos de los estados miembros. Así, existe una distribución de facultades y competencias entre los órganos de los distintos órdenes de gobierno.

El federalismo es una forma de entender la asociación política dentro del Estado, misma que reconoce la existencia de distintas fuerzas de poder con su propio campo de acción.²²² En el federalismo se distribuyen competencias entre los tres niveles de Gobierno: federal, estatal y municipal. De acuerdo con el artículo primero de la LGS, la salubridad general es una materia concurrente.²²³ Es decir, compete tanto a la Federación como a los gobiernos de las entidades federativas su regulación y garantía. Por lo mismo, es importante explorar los cambios en la centralización y en la capacidad de gestión de los estados a partir de las modificaciones a la normatividad del sector.

La actual administración ha realizado cambios normativos que centralizan la función gestora y de prestación de servicios de salud. Estos cambios impactan principalmente la compra, distribución y abasto de insumos para la salud, y la planeación del SNS, en el componente público, pero también en el privado; sin embargo, son más centralizadores en lo que respecta al régimen de protección en salud para la población sin seguridad social. Relativo con la reorganización de las compras gubernamentales, vale la pena recordar la imposibilidad de los institutos nacionales de alta especialidad, los hospitales regionales de alta especialidad y de las entidades federativas de ejercer sus facultades de compra una vez que

²²² Carbonell, M. (2003). "El federalismo en México: principios generales y distribución de competencias". Disponible en: <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/dconstla/cont/2003/pr/pr21.pdf>.

²²³ Ley General de Salud (2022). "Artículo 1".

se suman a la compra consolidada federal. La creación del INSABI impactó también en los esfuerzos descentralizadores de los sexenios anteriores, dado que, a través de los acuerdos de coordinación, se ceden todas las actividades, desde la planeación hasta la supervisión al INSABI; no así, las obligaciones en materia laboral.²²⁴

En la LGS se estipula que las autoridades sanitarias son el presidente de la República, el CSG, ss y los gobiernos de las 32 entidades federativas.²²⁵ En el artículo 13 de la LGS se establecen las facultades que

cada una de las autoridades tiene en materia de salud y se estipula la concurrencia entre la Federación y los gobiernos estatales. De la misma forma, el artículo 77 bis 5 distribuye competencias entre los distintos niveles de gobierno, pero enfocado en la prestación gratuita de servicios de salud. Los gobiernos estatales se han comprometido a actuar bajo neutralidad política, es decir, gobernadores y gobernadoras de distintos partidos políticos han decidido adherirse –o no– al INSABI y trasladar ciertos niveles de atención de la población sin seguridad social a este instituto. La forma en la que se opera la coordinación entre el INSABI y la entidad, y qué niveles conserva el estado federado, dependen de cada uno de los convenios que para tal efecto se celebren. Sin embargo, no queda claro de qué manera funciona la coordinación con la Federación para aquellos estados que no se han adherido al INSABI, ni la operación del Modelo SABI en



Convenio de coordinación

La coordinación supone que cada orden de Gobierno actúa en el marco de sus propias facultades. Los convenios son instrumentos consensuales entre la Federación y las entidades federativas en las que se determinan las competencias y áreas de colaboración en una materia específica.

Fuente: Roldán, J. (2008). *Derecho administrativo*. Oxford. pp. 107. En físico.

²²⁴ INSABI (2021). "Acuerdos de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/documentos/acuerdos-de-coordinacion?state=published>.

²²⁵ "Ley General de Salud. Artículo 4", *op. cit.*

cada entidad adherida. Toda vez que, esas entidades tienen que diseñar o continuar con programas y modelos propios para la atención de la población sin seguridad social.

Figura 2.15. Distribución de niveles de atención transferidos por entidad federativa al INSABI e IMSS-Bienestar



Fuente: Elaboración propia con base en "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, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y las Entidades Federativas" (2021). Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/prensa/acuerdos-de-coordinacion-275307?state=published>.

De acuerdo con el artículo 77 bis 6 de la LGS, el marco para la distribución de facultades entre los distintos niveles de gobierno, para la prestación gratuita de servicios, medicamentos y otros insumos para la salud de la población sin seguridad social, serán los acuerdos de coordinación que se celebren entre la Federación y las entidades federativas. No es obligatorio para los estados celebrar estos convenios y pueden decidir no adherirse al INSABI. De las 32 entidades federativas, a 2021 sólo 6 no se adhirieron a este instituto. De las 26 adheridas, cada una transfirió la prestación gratuita de los servicios de salud de diferentes niveles de atención; la figura

2.15 resume cuáles son los niveles que trasladó cada entidad al INSABI. Como se observa, y de acuerdo con los convenios de colaboración, el INSABI operará de forma distinta en cada estado. Además, no es homogéneo a cuál institución debe acudir la población sin seguridad social de cada entidad para recibir los servicios de salud. Esto incrementa la fragmentación del sistema, misma que se pretendía disminuir con la reforma, así como modificar la relación entre la Federación (vía el INSABI) y las entidades federativas.

Frente a algunos retos que han enfrentado las entidades federativas para la implementación del INSABI, en la Ley de Ingresos 2022, se les permite firmar convenios de colaboración con el IMSS-Bienestar para la provisión de servicios para la atención sin seguridad social.²²⁶

Esto permitiría replicar un modelo conocido en diferentes partes del país; sin embargo, se tiene el riesgo de generar mayor fragmentación y diferencias entre la atención de la población urbana y rural. Los primeros estados en adoptar este modelo fueron Tlaxcala, Nayarit y Colima, sin que existan especificaciones de cómo iniciará funciones. Más aún, desde marzo 2022, se inició con un proceso general de transición al IMSS-Bienestar, con el que se espera que este programa sea el encargado de proveer de servicios a la población sin seguridad social. Ésta es una visión que sigue generando diferencias entre una población y otra, además, dificulta la rectoría y coordinación del sistema. Otro reto que se debe solucionar en este nuevo esquema es el tercer nivel de atención y los servicios del segundo nivel que no oferta este programa. El IMSS-Bienestar es un programa enfocado en el primer nivel y algunos servicios del segundo nivel, por lo que, no es



¡Ojo!

Si bien el IMSS-Bienestar se creó como un programa para ofrecer atención de primer y segundo nivel a poblaciones marginales, las intervenciones que ofrece son limitadas. Además, opera con déficit en indicadores de médicos y enfermeras.

Ver más:

Ortega, A. (2020). "IMSS-Bienestar opera con alto déficit de médicos y enfermeras". *Expansión Política*. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/03/11/imss-bienestar-opera-con-alto-deficit-de-medicos-y-enfermeras>.

²²⁶ Ley de Ingresos 2022 (2021). "Artículo Décimo Sexto Transitorio".

claro si el tercer nivel lo mantendrán los estados, el INSABI o se transferirá al IMSS-Bienestar, aunque éste no tenga la experiencia técnica y operativa.

Con la transición al IMSS-Bienestar, se puede observar un mal entendimiento del término *federalización* por parte de algunos voceros de la actual administración. Si se atiende a la definición del concepto, éste se refiere a aumentar la capacidad resolutive de las entidades federativas, no concentrar las funciones en la Federación. Es decir, el Plan de Salud para el Bienestar, mencionado en secciones anteriores, busca la centralización de la función gestora de los servicios de salud.

La centralización no es un acierto o un error en sí misma, depende de cómo se diseñe e implemente. Si no se realiza de forma adecuada, puede tener dos riesgos generales: 1) dificulta la posibilidad de tener una visión completa sobre las necesidades locales, es decir, obstaculiza la capacidad de decisión ante problemas regionales; y 2) se genera mayor ineficiencia porque aumentan las barreras administrativas y se burocratizan más los procesos, ya que todas las decisiones deben aprobarse de manera central. La centralización tiene que realizarse como resultado de un proceso y no como una acción aislada. Primero, se tiene que protocolizar la atención, estandarizar los servicios y normalizar la actuación de todos los operadores que intervienen en el sistema para que pueda ser eficiente. Es importante recordar que, en el caso mexicano, la centralización de los servicios de salud no funcionó ni fue efectiva para la salud de la población, por ello se hicieron los esfuerzos de descentralizarla. Adicionalmente, recordemos que un objetivo de la actual administración es descentralizar las instituciones (como recientemente aconteció parcialmente con la sede de la SS, la cual se trasladó al estado de Guerrero), pero centralizando las funciones.²²⁷

²²⁷ Arredondo, A. (2001). "Federalismo y Salud: Estudio de Caso sobre el Sistema de Salud Mexicano". *Forum of Federations*. Disponible en: <https://forumfed.org/wp-content/uploads/2016/03/120-HPFE110-mx-arredondo-s.pdf>.

CAPÍTULO TERCERO

México y la pandemia por covid-19: un sistema en transición

La pandemia provocada por el virus del SARS-Cov-2 significó un reto para todos los sistemas de salud a nivel mundial. Ésta también evidenció las deficiencias que tenían los sistemas de salud en su estructura y, en general, en su diseño y recursos disponibles. El impacto en México fue mayor no sólo por la carga de las enfermedades crónicas, la fragmentación del SNS y las complejidades demográficas del país, sino también porque se presentó en medio de un proceso de reforma que modificó los cimientos del SNS. Tal como se narró en el capítulo precedente, la transición hacia el nuevo sistema de prestación de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociado a la población sin seguridad social no se ha finalizado y, de hecho, cuando se registró el primer caso de covid-19 en el país (2020) apenas estaba iniciando formalmente con ésta, puesto que las reformas a la LGS con las que inició operaciones el INSABI entraron en vigor el 1 de enero de 2020.²²⁸

Este capítulo explora la situación actual del SNS frente a la pandemia y la respuesta del Gobierno Federal para contrarrestar su impacto en la población. Desde su identificación como enfermedad grave de atención prioritaria, el 23 de marzo de 2020 por el CSG,²²⁹ hasta las medidas específicas para garantizar la atención. Esto permitirá identificar si las reformas,

²²⁸ López Obrador, A. M. (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. Artículo primero transitorio". Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0.

²²⁹ Consejo de Salubridad General (2020). "Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-Cov-2 (covid-19) en México, como una enfermedad grave de atención

hasta el momento inconclusas, contribuyeron al resultado de la atención a la pandemia.

3.1. Inicios y primera respuesta

A finales del 2019, las autoridades de China reportaron la existencia de un grupo de 27 casos con síndrome respiratorio agudo.²³⁰ No se tenía información de la naturaleza y características del virus, hasta que se identificó como un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2 y la enfermedad relacionada covid-19. La covid-19 se esparció rápidamente en todo el mundo. El 11 de marzo de 2020, la OMS la clasificó como una pandemia.²³¹ El primer caso de covid-19 en México se detectó el 27 de febrero de 2020 en un mexicano que había viajado a Italia y tenía síntomas leves.²³² Más de un año después de que se inició la pandemia (noviembre 2021), México reportó 3 872 263 contagios y 293 186 muertes relacionadas con el coronavirus.²³³

Cuadro 3.1. ¿Qué es una pandemia?

Un primer acercamiento es definir el concepto a partir del término *epidemia*. Una epidemia es el "aumento inusual del número de casos de una enfermedad determinada en una población específica, en un periodo determinado". Cuando una epidemia se ha extendido por varios países se le denomina *pandemia*. Sin embargo, esta definición no contempla la severidad de la enfermedad o la inmunidad que pueda generar la población ante la misma.



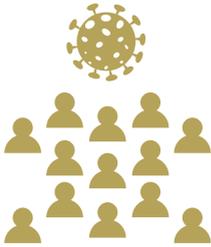
prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia". DOF. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020#gsc.tab=0.

²³⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). "Alerta epidemiológica: nuevo coronavirus (nCoV)". Disponible en: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/411?locale-attribute=es>.

²³¹ World Health Organization (WHO) (2020). "Director-General's opening remarks at the media briefing on covid-19". Disponible en: <https://bit.ly/3AkV69o>.

²³² *El Economista* (2020). "Secretaría de Salud confirma el primer caso de coronavirus en México". Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Secretaria-de-Salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-Mexico-20200228-0061.html>.

²³³ Reuters (2022). "Covid-19 Tracker". Disponible en: <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/>.



El problema de no incluir estos elementos es que la definición es muy amplia y podría abarcar las epidemias estacionales que suceden cada año. Una pandemia ocurre realmente cuando la enfermedad se propaga de forma simultánea en todo el mundo. En consecuencia, para que el concepto sea más certero, se puede decir que se llama pandemia a la propagación mundial de un nuevo virus, para el cual hay poca o nula inmunidad en la población humana, por lo que tiene una propagación acelerada.

Fuente: OPS (2020). "Covid-19, Glosario sobre brotes y epidemias". Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096868/covid-19-glosario_0.pdf.

Una de las primeras acciones que realiza la OMS cuando declara que la propagación de una enfermedad se cataloga como pandemia, es la identificación de las fases de evaluación y respuesta, como las definidas en 2009 para la influenza AH1N1.²³⁴ Éstas son una herramienta de planificación que proporciona un marco claro para que los países puedan establecer planes de acción y estructurar sus respuestas. Las medidas tienen que tomarse de manera progresiva de acuerdo con el número y características de los contagios. En cada una de las fases se plantean acciones diferenciadas que debe tomar el Estado para prevenir el esparcimiento de la enfermedad y hacer más oportuna la atención.

En este sentido, se identificaron tres escenarios de contagio ante la covid-19: casos esporádicos, conglomerados de casos y transmisión

Fases de la pandemia



Para la identificación de acciones y políticas que deben aplicarse, la OMS diseñó un marco conceptual para entender la evolución de la pandemia. Esto a partir de tres fases que pueden desprenderse de los escenarios de contagio: preparación, contención y mitigación.

Fuente: OMS (2020). "Critical preparedness, readiness and response actions for covid-19". Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331511>.

²³⁴ OMS (2009). "Preparación y respuesta ante una pandemia de influenza". pp. 36-39. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Preparacion_Pand_ESP.pdf.

comunitaria (epidemia).²³⁵ En la fase de prevención (casos esporádicos) únicamente se tienen registrados casos importados, por eso, se implementan medidas para prevenir y retrasar la propagación de la enfermedad en la comunidad.²³⁶ En la siguiente etapa, contención (conglomerados de casos), ya existe transmisión entre la comunidad y se tienen que aplicar acciones más estrictas, como la restricción de eventos masivos, por lo que, aumenta el distanciamiento social.²³⁷ Finalmente, se considera una epidemia (mitigación) cuando hay una dispersión nacional de la enfermedad, es decir, el contagio no está limitado a una región específica.²³⁸ Ante este escenario, el Gobierno tiene que tomar intervenciones todavía más intrusivas, como la restricción de la libertad de tránsito, cuando ésta se justifique. Los escenarios son progresivos y, ante cada uno de ellos, el Estado debe adoptar medidas adecuadas para garantizar la salud de toda la población.

La principal herramienta con la que cuentan los gobiernos de los países ante la propagación de un nuevo virus es aplicar los protocolos y guías utilizados para contrarrestar el impacto de otras enfermedades. Por ejemplo, de abril del 2009 a abril del 2010, México enfrentó una pandemia de influenza AH1N1. Las acciones que se tomaron en el momento resultaron en el desarrollo de protocolos especializados para atender brotes epidemiológicos que pueden utilizarse como base para futuras contingencias. Otra herramienta es el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Éste es "el conjunto de estrategias y acciones epidemiológicas que permiten la producción de información epidemiológica útil para la salud pública".²³⁹ Pese a la disponibilidad de instrumentos, la respuesta del Gobierno mexicano ante la pandemia por covid-19 puede considerarse tardía si se compara con la rapidez con la que se tomaron las medidas en 2009.

²³⁵ OMS (2021). "Critical preparedness, readiness and response actions for covid-19". Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>.

²³⁶ *Idem.*

²³⁷ *Idem.*

²³⁸ *Idem.*

²³⁹ Secretaría de Salud (2020). "Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica". Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica>.

Durante la pandemia de influenza AH1N1, el Gobierno y las instituciones relacionadas con las emergencias epidemiológicas aumentaron sus esfuerzos para atender eficientemente el brote detectado. Sólo transcurrieron dos días entre que México recibió la confirmación de que se había encontrado un nuevo virus (22 de abril de 2009) y que se llevó a cabo la sesión extraordinaria del CSG en la que se declaró emergencia sanitaria (24 de abril de 2009).^{240, 241} Con esta declaración, se comenzaron a emitir acuerdos que establecían las medidas de distanciamiento social, financiamiento, comunicación con la población y aspectos preventivos.

En el caso de SARS-COV-2, no fue sino hasta el 19 de marzo de 2020 que se reunió el CSG con el objetivo de declarar al covid-19 como una enfermedad grave de atención prioritaria.²⁴² A partir de la reunión extraordinaria, se emitió el 23 de marzo de 2020 el acuerdo por medio del cual se reconoce la epidemia por el virus SARS-COV-2.²⁴³ La sesión se realizó casi un mes después del primer caso detectado en México y más de dos semanas después de que fuera declarada la pandemia por la OMS.²⁴⁴ Sectores como el educativo y económico emitieron comunicados para suspender actividades antes de la reunión del Consejo. La relevancia del retraso recae en que dicha declaratoria del CSG es fundamental para que se emitan los Acuerdos Ejecutivos que permitan que el SNS actúe frente a la emergencia sanitaria, como la agilización de los procesos de la compra de insumos para la salud.²⁴⁵ Con independencia del tiempo de respuesta, el Gobierno implementó estrategias para disminuir el impacto y maximizar

²⁴⁰ Hernández, M., Alpuche-Aranda, C. (2020). "Mexico: lessons learned from the 2009 pandemic that help us fight covid-19". *Healthcare Management Forum*. vol. 33(4), 158-161. Disponible en: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-186435>.

²⁴¹ Consejo de Salubridad General. (2009). "ACUERDO por el que se establece que la plataforma electrónica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica será la única para concentrar toda la información sobre la evolución de la epidemia de influenza humana AH1N1". *DOF*. Disponible en: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividad/48.ACUERDO.pdf>.

²⁴² Consejo de Salubridad General (23 de marzo de 2020). "Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (covid-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia". *DOF*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020.

²⁴³ Consejo de Salubridad General (2020), *op. cit.*

²⁴⁴ World Health Organization (WHO) (2020), *op. cit.*

²⁴⁵ Calderón Hinojosa, F. (2009). "Reglamento Interior Del Consejo De Salubridad General". *DOF*. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/Reglamento_Interior_del_CSG-2013.pdf.

el uso de los recursos disponibles con, por ejemplo, la reconversión hospitalaria.

Figura 3.1. Comparación de la respuesta inicial (AH1N1 vs. covid-19)



3.2. Infraestructura y recursos para la atención de la covid-19

Una encuesta publicada por la OMS reportó que entre marzo y junio de 2020, 90% de los países del mundo experimentaron interrupciones en los servicios básicos de salud.²⁴⁶ En varios de ellos, saltaron las alarmas debido a la escasez de recursos humanos e infraestructura para hacer frente a la pandemia, incluido México. Por lo mismo, se tuvieron que crear alianzas y medidas para contrarrestar los efectos de la escasez detectada.

Durante 2020, la infraestructura hospitalaria en México sufrió un proceso escalonado de reconversión para atender las demandas de atención impuestas por la emergencia sanitaria. La reconversión significó el proceso de adecuación de los hospitales para la atención de pacientes durante la pandemia ocasionada por la covid-19. Para lograrlo, se llevó a cabo un redireccionamiento de recursos físicos, humanos y financieros para la atención de esta enfermedad. Esta medida es uno de los tres pilares de la respuesta por parte del Gobierno Federal ante la pandemia, junto con la vacunación.²⁴⁷

La capacidad de los hospitales públicos se separó en instalaciones no covid, híbridas y sólo covid. Los hospitales de alta especialidad con unidades de cuidado intensivo (UCI) tuvieron la primera respuesta, ya que contaban con el equipamiento y capacidad técnica para atender la enfermedad. No obstante, la estancia promedio de los casos graves, que podía elevarse hasta 30 días, disminuía la disponibilidad de camas e insumos.²⁴⁸ Los hospitales destinados a la atención de la covid-19 movieron a pacientes no contagiados a otros hospitales. Los hospitales híbridos y sin covid-19 pospusieron hospitalizaciones no urgentes y las cirugías electivas se detuvieron mientras estos hospitales se preparaban para recibir a las

²⁴⁶ Shamah Levy, T., Gómez Acosta, L. *et al.* (2020). "Resultados de la evaluación basal de la encuesta nacional de las características de la población durante la pandemia de covid-19". Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5463-resultados-encuesta-ensars-coronavirus-ensanut.html>.

²⁴⁷ Secretaría de Salud (2021). "Conferencia de prensa, Informe diario sobre coronavirus covid-19 en México". Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=REwe5SZzIRI>.

²⁴⁸ LatinUS(2020). "En CDMX, hospitalizaciones por covid son de 10 días en promedio; los más graves hasta 30: Sheinbaum". Disponible en: <https://latinus.us/2020/10/13/cdmx-hospitalizaciones-covid-10-dias-promedio-graves-30-sheinbaum/>.

personas con enfermedades más críticas remitidas desde las instalaciones exclusivas de covid-19.²⁴⁹

Los hospitales privados también tuvieron que sufrir transformaciones para atender a pacientes covid y pacientes no covid. Sólo algunos hospitales del sector privado, como el hospital ABC en la Ciudad de México, pudieron destinar una de sus sedes a la atención exclusiva de pacientes con covid-19.²⁵⁰ Bajo el liderazgo de FUNSALUD, 146 hospitales privados de todo el país colaboraron para ofrecer a las principales instituciones de salud pública servicios de hospitalización no complicados a costos reducidos.²⁵¹ Este esfuerzo de colaboración público-privada tenía el objetivo de apoyar en la liberación de camas, logística y habilitación de los hospitales públicos para el tratamiento de pacientes covid, a partir de la alineación de la oferta y la demanda de camas de hospitales públicos y privados. El convenio contemplaba la participación del sector privado, sector público y organizaciones de la sociedad civil y operaba bajo una lista de precios estandarizada que se podía consultar en la plataforma.^{252, 253}

Si bien el incremento de camas de hospital fue un punto clave, la reconversión de hospitales del sector público por sí sola no garantizó la capacidad de respuesta en grandes áreas metropolitanas, como la Ciudad de México, ni la continuidad de la atención de personas con enfermedades distintas a covid-19. Por ello, emergieron colaboraciones público-privadas que permitieron la apertura de unidades temporales para la atención de covid-19 en el Centro CitiBanamex o del Hospital de Expansión del IMSS en el Autódromo Hermanos Rodríguez. La unidad temporal desarrollada en el Centro CitiBanamex inició operaciones con 246 camas en abril de 2020. A fines de enero de 2021, se convirtió en uno de los princi-

²⁴⁹ Institute for Global Health Sciences (UCSF), (2021) *La respuesta de México al covid-19: Estudio de caso*, pp. 94. Disponible en: https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf.

²⁵⁰ *Idem*.

²⁵¹ *Idem*.

²⁵² Hospitales X México (s.f.). "Listado De Intervenciones Susceptibles Para La Subrogación De Servicios". Disponible en: <https://www.hospitalesxmexico.com/intervenciones.html>.

²⁵³ "Convenio completo", véase: <https://www.hospitalesxmexico.com/uploads/1/6/5/2/16526694/sedena.pdf>.

pales centros de atención covid con una capacidad de hospitalización de 607 pacientes.²⁵⁴

3.3. Otras medidas para responder a la pandemia

3.3.1. Apoyos fiscales y de política pública

La respuesta de México ante la pandemia incluyó diversas medidas de política pública, así como apoyos fiscales. Las medidas de este tipo incluyeron el incremento del gasto público, la reactivación económica mediante préstamos a microempresas y familias afectadas, y el diferimiento de pagos de créditos e intereses.²⁵⁵ Los estímulos fiscales implementados a nivel local, estatal y municipal, así como las aportaciones en especie y en numerario de organizaciones privadas y de la sociedad civil (osc), también han sido relevantes. Algunas entidades federativas pusieron en funcionamiento políticas de asistencia económica y social, como reducción de impuestos de nómina, préstamos a personas y microempresas, para proteger la salud de la población, pero con frecuencia los fondos fueron insuficientes por causa de las limitaciones presupuestarias.²⁵⁶

Las medidas se implementaron principalmente durante 2020 y, a nivel mundial, pueden dividirse en dos grandes bloques de apoyos: paquetes fiscales y de política monetaria.²⁵⁷ En el primer grupo se encontraban medidas como transferencias directas a personas físicas, recursos a empresas, apoyo a trabajadores y condiciones para el pago de impuestos. Por su parte, la política monetaria siguió cuatro ejes: ajustes a la tasa de interés de referencia, disminución en requerimientos de reservas de capital, facilidades de crédito y operaciones de mercado abierto.²⁵⁸ El monto total

²⁵⁴ Institute for Global Health Sciences (2021), *op. cit.* pp. 95.

²⁵⁵ Deloitte (2020). "Impuestos y servicios legales Flash Fiscal 16/2020". Disponible en: <https://www2.deloitte.com/mx/es/pages/tax/articles/apoyos-estimulos-fiscales-otorgados-por-estados-por-COVID19.html>.

²⁵⁶ *Idem.*

²⁵⁷ México, ¿cómo vamos? "Programas de apoyo frente al covid-19 en el mundo, 2020". Disponible en: <https://mexicocomovamos.mx/new/md-multimedia/1587150238-980.pdf>.

²⁵⁸ *Idem.*

de apoyos en México ascendió a los 92 000 millones, lo equivalente a 3 831 millones de dólares, equivalente al 0.4% del PIB.²⁵⁹ En comparación, Estados Unidos destinó 12.4%, Canadá 8.4%, Chile 5.5%, Alemania 32% e India 0.8% del PIB.²⁶⁰ La tabla 3.1 resume las medidas adoptadas por el Gobierno en estos dos ejes de apoyo.

Tabla 3.1. Apoyos fiscales y monetarios adoptados por México frente a la covid-19

Tipo de apoyo	Medida
Transferencia a personas	Se adelantó dos meses el pago de pensión para adultos mayores. El monto total entregado fue de 5 240 pesos. Estos recursos ya estaban contemplados en el Presupuesto de Egresos de la Federación para 2020.
Recursos para empresas	Se otorgó 1 millón de créditos a empresas micro, pequeñas y medianas de 25 000 pesos. En total, se destinaron 25 mil millones (0.1% del PIB).
Tasa de interés de referencia	El Banco de México (BANXICO) disminuyó la tasa de interés a 6.50%.
Disminución de requerimientos de reservas de capital	Banxico redujo en 50 mil millones de pesos el monto del Depósito de Regulación Monetaria que las instituciones de banca múltiple y de desarrollo deben tener depositado de manera obligatoria.
Operaciones de mercado abierto	Se establecieron mecanismos para el intercambio de divisas, se acordó un mecanismo "swap" que permitirá el intercambio de hasta 60 000 millones de dólares y apoyará la liquidez en dólares.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de: México, ¿cómo vamos? (2020). "¿Qué países han implementado apoyos fiscales para hacer frente a la pandemia de covid-19?. Programas de apoyo económico frente al covid-19 en el mundo". Disponible en: <https://mexicocomovamos.mx/new/md-multimedia/1587150238-980.pdf>.

También es necesario recordar que gran parte de los recursos utilizados para hacer frente a la pandemia provienen del FONSABI, aunque estas actividades no están en el objeto del fondo que marca la LGS en su artículo 77 bis 29. Desde la aprobación de la reforma a la LGS en 2019, tal como se explicó en el capítulo precedente, se permitió el reintegro de los recursos

²⁵⁹ *Idem.*

²⁶⁰ *Idem.*

de este fondo para atender otras necesidades de salud de la población sin seguridad social, sin que se especifique cuáles son esas necesidades. No obstante, durante la pandemia, este fondo se utilizó primordialmente para cubrir los gastos derivados para su atención, principalmente vacunas para la covid-19. En principio, el objeto, en su tercer inciso, sí permite la compra de vacunas, pero sólo para la población sin seguridad social. Entonces, si los recursos del FONSABI se utilizan para comprar insumos destinados a atender a toda la población, no se está cumpliendo con el objeto del fondo. Así, el FONSABI proporcionó soporte financiero oportuno en la pandemia para la compra de equipo de protección, reposición de los suministros de medicamentos y para dar respuesta a la necesidad urgente de conservar en funcionamiento los hospitales durante la pandemia. El redestino de los recursos del FONSABI a la atención de la pandemia se observa con mayor claridad en la Ley de Ingresos aprobada para el 2022. En ésta se señala explícitamente que el remanente del fondo que se reintegre a la tesorería de la SHCP será destinado “prioritariamente [...] para la adquisición de vacunas y los gastos de operación asociados; para los requerimientos derivados de la atención a la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2”.²⁶¹

3.3.2. Estrategia Nacional de Vacunación

Además de la reconversión hospitalaria, la campaña de vacunación fue una de las principales actividades emprendidas por el Gobierno para hacer frente a la pandemia. Sin olvidar que algunas de las acciones, incluida la vacunación, fueron efectuadas directamente por la Federación. Las vacunas son una de las herramientas de salud pública más importantes con las que cuentan los gobiernos a nivel mundial. El esfuerzo realizado por las universidades y los laboratorios para encontrar una vacuna contra el SARS-CoV2 es de resaltarse. Después de que se analizara y publicara la secuencia genómica del virus en enero de 2020, se aceleraron las labores por encontrar la vacuna correspondiente. Estos estudios se iniciaron en

²⁶¹ “Ley de Ingreso 2022 (2021)”, *op. cit.*

marzo 2020 y para noviembre del mismo año los organismos de monitoreo de seguridad anunciaban la eficacia de las vacunas.²⁶²

La Estrategia Nacional de Vacunación contra la covid-19 involucró desafíos grandes, por ejemplo, la diferencia de manejo y administración de las vacunas, su disponibilidad mundial y el requisito de no afectar a la ejecución del programa de vacunación ya activo en México para otros padecimientos.²⁶³ La campaña de vacunación se efectuó por etapas de acuerdo con prioridades poblacionales como: edad, personal de salud, personal educativo y discapacidades. La COFEPRIS tiene un papel fundamental en el desarrollo de la estrategia al ser el ente facultado para aprobar y otorgar el registro a las vacunas desarrolladas para uso de emergencia, así como permisos temporales de comercialización durante emergencias sanitarias.

La Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), a través de la Subsecretaría para Asuntos Multilaterales y Derechos Humanos, realizó una labor de gestión diplomática para garantizar la adquisición pronta no sólo de vacunas, sino también de todos los insumos necesarios, incluidos los ventiladores. Esta labor de la SRE permitió la celebración de convenios de compra entre México y seis farmacéuticas: Pfizer-BioNTech, Cansino, AstraZeneca, Sputnik V, Sinovac y Moderna, así como con el mecanismo COVAX.²⁶⁴ Es importante recordar, que la SRE no es un órgano especializado en compra de insumos para la salud, si bien esta institución no firmaba los contratos, sí gestionaba las negociaciones, sin participación de órganos como el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA). Las especificaciones sobre el contenido de los convenios son parcialmente públicos, ya que el costo por unidad e información relacionada con la distribución y entrega se consideran información reservada, al ser catalogados como un aspecto de seguridad nacional. Ya que, se considera que es de interés público el

²⁶² Thanh Le, T. *et al.* (2020). "The covid-19 vaccine development landscape". *Nature Reviews Drug Discovery*, 19(5), pp. 305–306. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41573-020-00073-5>.

²⁶³ Cortés Alcalá, R., Gómez Torres, R., Alba Ricaño, X. (2021). "Política nacional rectora de vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la covid-19". *Documento rector. Versión 4.0*. México. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf.

²⁶⁴ Secretaría de Salud (s.f.). "¿Qué tipo de vacunas existen y para qué sirven?". Disponible en: <http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/informacion-de-la-vacuna/>.

resguardo de las vacunas, así como las condiciones específicas de confidencialidad que dictan los propios convenios en relación con los secretos industriales. Vía solicitudes de información al INAI, la población ha pedido conocer el contenido de los contratos sin éxito frente a la SRE. Frente a la negativa, el organismo de transparencia ordenó a la institución (SRE) a publicar una versión pública y accesible de los contratos, mismo que puede ser accedido desde la página de gestión diplomática de la propia Secretaría.²⁶⁵ Se debe notar que algunas versiones públicas no muestran el monto de la compra o las especificaciones para la distribución.

Aunado a la compra, AstraZeneca firmó un acuerdo con la Fundación Carlos Slim, una organización de la sociedad civil, para la fabricación de su vacuna en México, así como su distribución en América Latina.²⁶⁶

3.4. Acceso a medicamentos e insumos esenciales

La pandemia ocasionada por la covid-19 incrementó la presión sobre el sistema de contratación pública en materia sanitaria. Las reformas efectuadas suspendieron de manera repentina el proceso anterior de compra consolidada y dejaron al sistema expuesto a las dificultades que genera una pandemia en el abasto de los insumos necesarios a nivel mundial. Las modificaciones descritas en el capítulo 2, se realizaron en el marco del combate a la corrupción; sin embargo, no se previeron el impacto que las reformas podían tener en el SNS, bajo el apremiante contexto de una emergencia sanitaria.

Como se dijo anteriormente, en la búsqueda de un nuevo proceso de compra, se tuvieron que enfrentar a retos por la inexperiencia de los nuevos entes compradores, la falta de proveedores y la ausencia de infraestructura para entregar los insumos. El hecho de que la aprobación de

²⁶⁵ Secretaría de Relaciones Exteriores (2022). "Gestión diplomática sobre vacunas covid-19". Subsecretaría para Asuntos Multilaterales y Derechos Humanos. Disponible en: <https://portales.sre.gob.mx/transparencia/gestion-diplomatica-vacunas-covid/>.

²⁶⁶ Fundación Carlos Slim (2020). "AstraZeneca announces agreement with Carlos Slim Foundation to supply COVID-19 vaccine to Latin America". Disponible en: <https://fundacioncarlosslim.org/english/astrazeneca-announces-agreement-with-carlos-slim-foundation-to-supply-covid-19-vaccine-to-latin-america/>.

reformas al SNS coincidiera con el preámbulo de la pandemia ocasionó que los procesos para la adquisición de medicamentos esenciales para tratar la covid-19 se diseñaran sobre la marcha. Es decir, ahora no sólo existía desabasto en la amoxicilina o antiácidos, como el omeprazol, en los anaqueles de las unidades médicas o en medicamentos para atender enfermedades crónicas, también había escasez en medicamentos para tratar la enfermedad específica. El personal médico además se enfrentó al desabasto de los equipos de protección necesarios para atender a los pacientes contagiados.

Esta pandemia simbolizó un riesgo para las compras y la cadena de suministro internacional. Principalmente, la dependencia de algunos productores farmacéuticos a ingredientes provenientes de Asia, así como la elevada fabricación de material médico en ese país, generaron una escasez en todo el mundo cuando se desaceleró la producción. El valor de productos farmacéuticos producidos en China ha aumentado desde el 2013, llegando a ser en 2018 responsable del 32.2% de todos los productos a nivel mundial.²⁶⁷

Lo anterior hizo patente las debilidades estructurales del SNS, que no contaba con las condiciones necesarias para enfrentar la pandemia de forma eficaz, principalmente, por la falta de especialistas, camas disponibles, respiradores y demás equipo médico necesario. Si bien es cierto que las acciones y el presupuesto destinado a combatir la emergencia sanitaria obstaculizaron la correcta ejecución de las modificaciones, no podemos asegurar que, de no haber existido, no se hubieran presentado los problemas expuestos; aunque, probablemente hubiera sido en menor proporción y con menor crítica de la población en general.

²⁶⁷ Rude, J. (2020). "Global Pharmaceutical Supply Chain at Risk from Coronavirus". *Euromonitor International*. Disponible en: <https://www.euromonitor.com/article/global-pharmaceutical-supply-chain-at-risk-from-coronavirus>.

3.5. Impacto de la pandemia en los hogares

Las medidas tomadas para contrarrestar los efectos de la pandemia han tenido un impacto en el bienestar de los hogares. Los países respondieron bloqueando partes importantes de su economía, lo cual disminuyó el ingreso y el empleo. En el mundo, se estima que cerca de 97 millones de personas cayeron en pobreza, en contraste con las estimaciones que existían para 2020.²⁶⁸

En 2021, la Universidad Iberoamericana, a través del Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad, publicó la *Encuesta de Seguimiento de los Efectos del covid-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos* (ENCOVID-19), en donde se observaron las consecuencias en términos de empleo, ingresos, salud mental y alimentación. La encuesta encontró que los hogares con mayor afectación en los rubros estudiados son aquellos con menor nivel socioeconómico, al tener una afectación del 70% en contraste con el 53% de aquellos con mayor nivel socioeconómico.²⁶⁹ Por lo que, la brecha entre los distintos niveles económicos se ha extendido. Además, la recuperación de ingresos sigue rezagada, pues 64% de los hogares declaró tener menores ingresos que antes de la pandemia. Asimismo, el gasto de bolsillo para atender los síntomas de la covid-19 representó un reto para los hogares: 45% de la población desembolsó entre mil y 10 mil pesos, y 36% erogó más de 10 mil pesos.²⁷⁰ Que si se analiza como proporción del ingreso anual de la población, 56% informó que gastó 10% de su ingreso anual; 27% gastó entre 10% y 50%, y 17% reportó gastar más del 50 por ciento.²⁷¹

Como se observa, la pandemia ha tenido un efecto adverso en la percepción de ingreso de los hogares, así como un aumento en los costos directos en los que incurre la población. Estos efectos pueden causar un impacto significativo a largo plazo, mientras las economías no se estabilicen y regresen a las tendencias previas.

²⁶⁸ Gerson, D., Yonzan, N. et al. (2021). "Updated estimates of the impact of covid-19 on global poverty: Turning the corner on the pandemic in 2021?". *World Bank Blogs*. Disponible en: <https://bit.ly/3zX3hXl>.

²⁶⁹ IBERO, UNICEF, ENCOVID-19 (2021). "Siguiendo los efectos de la covid-19 en el bienestar de los hogares mexicanos". Disponible en: https://ibero.mx/sites/default/files/pp_encovid19_marzo_2021.pdf.

²⁷⁰ *Idem*.

²⁷¹ *Idem*.

CAPÍTULO CUARTO

Recomendaciones y vías de acción para fortalecer el SNS

De manera general, los capítulos anteriores permiten obtener una visión de la situación actual del SNS, así como identificar el impacto de las modificaciones realizadas en los últimos años a su andamiaje económico, de planeación, operativo y normativo. La pandemia ocasionada por la enfermedad de la covid-19 también representó un reto para el Gobierno mexicano y la garantía del derecho a la protección de la salud. Bajo este tenor, resulta indispensable crear estrategias en las que participen todos los sectores del sistema para fortalecerlo y garantizar su sostenibilidad, desde las autoridades hasta la población. Este capítulo pretende ofrecer una serie de recomendaciones y líneas de acción para mejorarla. Para lograrlo, se hace referencia a algunas intervenciones exitosas en el mundo, los actores que deben involucrarse en la ejecución de las acciones y, finalmente, algunas modificaciones prioritarias a la normatividad mexicana. En total, se presentan siete recomendaciones relacionadas con cada uno de los temas rectores del estudio.

Las recomendaciones que aquí se presentan son un esfuerzo de las y los investigadores para encontrar opciones viables que puedan ser implementadas en el mediano y largo plazo. Por lo que este ejercicio de recopilación de recomendaciones y reflexión no fue aislado e incluye la visión de distintos actores del sistema.²⁷² Las propuestas se construyeron a partir

²⁷² La visión de los actores del sistema se obtuvo a partir de la elaboración de entrevistas. En éstas se buscó que los entrevistados generaran propuestas para mejorar la sostenibilidad del SNS. Una vez que se obtuvieron las opiniones, el equipo de investigación elaboró propuestas que englobaran la perspectiva propia y de las opiniones vertidas en las entrevistas. Además, las propuestas generadas se presentaron en las mesas de discusión para analizar su via-

de la discusión y análisis de acciones con expertos del sistema que incluían miembros de las instituciones de salud, académicos, representantes de organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil, y personal de salud. Por lo que, de manera adicional, se consultaron y fortalecieron las opiniones aquí presentadas. Aunado a las recomendaciones, se incluyen casos prácticos de otros países con resultados positivos para las personas usuarias del SNS. Esto con el propósito de nutrir y sustentar las recomendaciones.

4.1. Recomendación 1: Mecanismos de financiamiento

Como se mencionó en el capítulo 2, México tiene uno de los gastos en salud más bajos entre los países miembros de la OCDE. Por lo que, una de las promesas de la administración 2018-2024 era alcanzar la meta de aumentar 1% del PIB el gasto público destinado a la salud durante todo el sexenio. Como en sexenios anteriores, lograr un financiamiento estable que permitiera caminar a una cobertura universal, ha sido una de las principales dolencias del sistema. Aunado a la interrupción generada por la pandemia y los gastos relacionados, no hay certeza sobre cómo se alcanzará la prestación gratuita de servicios y medicamentos para la población sin seguridad social y cómo se mejorará la prestación para la población con seguridad social.

Asimismo, las reformas dismantelaron el sistema de protección financiera para la población sin seguridad social, mismo que, aunque tenía errores y áreas de oportunidad importantes, significaba un buen punto de partida para consolidar el cambio que el Gobierno Federal estaba buscando. El uso discrecional de los recursos del FONSABI también es una medida cuestionable que puede dejar sin medios de financiamiento a las personas que viven con enfermedades que necesitan atención especializada. Lo cierto es que, bajo el contexto actual, es indispensable que se

bilidad e impacto. Así, las recomendaciones que se plasman en este documento son el resultado de un proceso de diálogo generado entre los miembros del SNS, y de los y las investigadores del estudio.

exploren y discutan opciones que permitan avanzar financieramente hacia la cobertura universal.

Análisis comparativo: ¿cómo financian los países sus sistemas de salud?

Las fuentes de financiamiento comúnmente son muy parecidas entre países. La mayoría de los sistemas de salud se nutren de fuentes públicas y privadas de financiamiento. La participación de financiamiento privado puede ser en mayor o menor medida, o bien, como un esquema complementario a la cobertura pública, como en el caso de Inglaterra. Los mecanismos públicos provienen principalmente de impuestos generales y especializados, así como cotizaciones (cuotas obrero-patronales). Por su parte, el financiamiento privado se relaciona con el copago en el lugar de los servicios o el pago directo de los mismos. En este tenor, este apartado describe la estructura de financiamiento de tres países y algunos métodos innovadores.



Inglaterra

La descripción de los procesos de Inglaterra es previa a la reforma de 2022 con la publicación de la nueva *Health and Care Act*. El sistema de salud público de Inglaterra depende de fondos públicos, por medio de impuestos y contribuciones sociales que se asignan vía el presupuesto del Departamento de Salud en periodos de tres años. A su vez, el Departamento de Salud destinaba alrededor de 80% del presupuesto del sistema a los Clinical Commissioning Groups (CCG), mismos que fueron eliminados en 2022.²⁷³ Estos grupos son responsables de la atención de su población en un área determinada y adquieren directamente la prestación de servicios de los proveedores, tanto públicos como privados.²⁷⁴

²⁷³ The King's Fund (2021). "How the NHS is Funded". Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded#:~:text=The%20NHS%20is%20funded%20mainly,increased%20to%20boost%20NHS%20funding.>

²⁷⁴ NHS (s.f.), *Clinical commissioning groups (CCGs)*. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/who-commissions-nhs-services/#:~:text=Services%20are%20commissioned%20by%20integrated,a%20regional%20and%20national%20basis.>



Inglaterra

Las principales fuentes de ingresos provienen del impuesto sobre la renta, impuesto al valor agregado e impuestos especiales sobre los combustibles fósiles, alcohol y tabaco, así como de las contribuciones sociales que son pagadas por los empleadores y trabajadores por cuenta propia. Estas contribuciones permiten acceder a otras prestaciones, como pensiones estatales y prestaciones de desempleo. Además de financiamiento público, el Servicio Nacional de Salud inglés (NHS) cuenta con dos fuentes privadas de ingresos: copago y pago directo.



¡Ojo!

Dada la necesidad de copago y pago directo para acceder a ciertos servicios, Inglaterra tiene un esquema de excepción para la población más vulnerable denominado *Programa de Bajos Recursos*. El apoyo que se otorga depende de los ingresos mensuales y las necesidades que tengan que ser cubiertas al momento de aplicar.

Asimismo, para cubrir el costo de medicamentos existe un programa de copagos, pagos fragmentados o pagos únicos anuales.

Véase: NHS (2020), "Learning Support Fund". Disponible en: <https://www.nhsbsa.nhs.uk/nhs-learning-support-fund>.

Si bien la mayoría de los servicios de salud son gratuitos y están cubiertos públicamente, hay servicios que sólo están parcialmente cubiertos y el costo es compartido mediante el copago de servicios como oftalmología y cuidado dental.²⁷⁵ Por su parte, los pagos directos cubren el tratamiento privado en las instalaciones del NHS, medicamentos de venta libre y servicios solicitados directamente por los pacientes.



Chile

En Chile, el sistema de salud es segmentado, es decir, dividido en subcomponentes que se "especializan" en distintos grupos de la población, y está conformado por un sistema mixto (público y privado) de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

²⁷⁵ Mckenna, H. et al. (2017). "How Health Care is Funded". *The King's Fund*. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/how-health-care-is-funded>.



Chile

El financiamiento del sector público proviene del Estado (impuestos generales) y de cotizaciones obligatorias de los trabajadores equivalentes a 7% del salario, así como del gasto de bolsillo, que llega a 32.6%, y de las aportaciones de empresas para los seguros de accidentes y enfermedades profesionales. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es la entidad encargada de financiar, recaudar, administrar y distribuir los recursos del sector público.²⁷⁶ Por su parte, Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) son aseguradoras privadas que administran las cotizaciones obligatorias, pudiendo también captar cotizaciones complementarias o voluntarias. Adicionalmente, Chile tiene un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de 27 enfermedades de alto costo establecido en la Ley N° 20.850 (Ley Ricarte Soto), dirigido a toda la población.

Fuente: Aguilera, X. *et al.* (2019). "Estructura y funcionamiento del Sistema de Salud chileno". Serie de Salud Poblacional N°2. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad de Desarrollo, p. 42. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>.



Cuba

El financiamiento de la salud pública corre por cuenta del Estado cubano; los servicios de salud son estatales, mediante la red asistencial del sistema de salud. Todos sus gastos se cubren a través del presupuesto del Estado asignado al sector salud. El sistema de financiación cubano está diseñado para proporcionar a toda la población el acceso a servicios de calidad y garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras. Además, tiene definida la implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial y transdisciplinario para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el bienestar de la sociedad.²⁷⁷

²⁷⁶ Aguilera, X. *et al.* (2019). "Estructura y funcionamiento del Sistema de Salud chileno". Serie de Salud Poblacional N°2. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad de Desarrollo, p. 42. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>.

²⁷⁷ Gálvez González, A., González López, R. *et al.* (2018). "Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la Salud Universal". *Rev. Panam. Salud Pública*, 42: e28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385642/?report=reader>.



Cuba

En 2015, 42.6% del presupuesto en salud se asignó al nivel primario de atención, que resuelve la mayoría de los problemas de salud de la población.²⁷⁸ Priorizar la inversión en el primer nivel de atención y elevar el perfil epidemiológico, unido a la gratuidad de los servicios y la eliminación de barreras económicas, han sido una prioridad y se incluyen en las estrategias fundamentales para alcanzar la salud universal.

Fuente: Gálvez González, A., González López, R. *et al.* (2018). "Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la Salud Universal". *Rev. Panam. Salud Pública*. 42: e28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385642/?report=reader>.



Brasil

El Sistema Único de Salud brasileño (sus) se financia a partir de impuestos y contribuciones sociales que realizan la Federación, los estados y los municipios.²⁷⁹ Con el propósito de garantizar la disponibilidad de recursos, en 2008 se realizó una reforma para determinar el porcentaje mínimo de recursos que cada nivel de gobierno debía destinar a la salud (tabla 4.1).

El financiamiento del sistema de salud en Brasil tiene una estructura descentralizada en la que se trasladan recursos desde la Federación hacia los estados y municipios, así como desde los estados a los municipios.



People's Pharmacy Program

Brasil inició en 2004 este programa con el propósito de aumentar el acceso equitativo a medicamentos. Tenía el objetivo de evitar la interrupción de prescripciones.

Este plan funciona a partir de redes de farmacias del programa que dispensan los medicamentos, de ciertos padecimientos seleccionados, al costo de producción (disminuye 90% el valor de mercado). Además, se han generado alianzas con farmacias privadas para expandir su alcance.

Fuente: Miranda V., Iribarrem, A. *et al.* (2016). "Use of the Brazilian People's Pharmacy Program by older adults". *Revista de Saude Publica*, vol. 50. Disponible en: <https://bit.ly/3SGG9FL>.

²⁷⁸ *Idem.*

²⁷⁹ Becerril, V. *et al.* (2011). "Sistema de salud de Brasil". *Salud Pública de México*. 53 supl. 2:S120-S131. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s120-s131/es>.



Brasil

Esta transferencia se realiza utilizando los Fondos de Salud. El sector privado se financia principalmente por seguros privados, esquemas de pre-pago de salud y pagos directos de los usuarios. En general, los servicios del sistema están disponibles para la población sin contribuciones o pagos directos, salvo el People's Pharmacy Program (Programa Farmacia de las Personas).²⁸⁰

Fuente: Becerril, V. *et al.* (2011). "Sistema de salud de Brasil". *Salud Pública de México*, 53 supl. 2:S120-S131. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s120-s131/es>.

Tabla 4.1. Distribución del financiamiento del sus

Nivel de gobierno	Porcentaje de contribución (del total de ingresos de impuestos)
Federal	10%
Estatad	12%
Municipal	15%

Fuente: Adaptado de: World Bank (2014). "Health Financing Profile-Brazil". Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/638281468226148870/pdf/883440BRIOP1230I0final0January02014.pdf>.

Las experiencias de los países ofrecen un panorama sobre cómo puede estructurarse el financiamiento del sistema de salud. La tabla 4.2 resume los resultados.

²⁸⁰ World Bank (2014). "Health Financing Profile-Brazil". Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/638281468226148870/pdf/883440BRIOP1230I0final0January02014.pdf>.

Cuadro 4.1. Mecanismos innovadores de financiamiento

En un estudio realizado por la OMS sobre la financiación de los sistemas de salud, se analizan una serie de medidas que pueden implementarse para obtener recursos para la salud:

01

Impuesto especial sobre empresas: la estructuración de un impuesto que se imponga a algunas de las empresas económicas más grandes del país. Por ejemplo, en Australia se impuso una tasa a las compañías mineras, en Gabón se creó un impuesto sobre las empresas de telefonía móvil.

02

Impuesto sobre las transacciones de divisas: un impuesto especial sobre las transacciones de divisas en los países de ingresos medios.

03

Impuesto sobre algunas transacciones financieras: un impuesto a todas las transacciones de cuentas bancarias o en las transacciones de los giros. Una medida similar se incorporó en los años 90 en Brasil, cuando se impuso un impuesto a las transacciones bancarias, mismo que fue sustituido por un impuesto sobre los flujos de capital hacia y desde el país.

04

Impuesto al consumo del tabaco y alcohol: impuestos al consumo sobre el tabaco y el alcohol existen en la mayoría de los países, pero existe un amplio margen para aumentarlos en muchos de ellos. Además de obtener recursos, este tipo de medidas tiene el objetivo de reducir el consumo de los productos e impactar positivamente el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas.

05

Impuesto al consumo sobre los alimentos poco saludables: un impuesto especial sobre productos alimenticios e ingredientes poco saludables.

Fuente: OMS (2010). "La financiación de los sistemas de salud. El camino a la cobertura universal". pp. 59. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243%20564029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Tabla 4.2. Estructura del financiamiento en los países analizados

País	Gasto destinado a salud como porcentaje del PIB (2019)	Tipo de financiamiento	Principales fuentes de ingreso	Cobertura
Brasil	9.6%	El sus se financia con recursos públicos. El sector privado tiene sus propias fuentes de financiamiento.	<p><i>Sector público</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Impuestos 2) Contribuciones sociales que realizan la Federación, los estados y los municipios <p><i>Sector privado</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Seguro privado 2) Esquemas de prepago 3) Pagos directos 	Cubre una lista explícita de enfermedades. No incluye medicamentos gratuitos. Hay programas específicos diseñados para solventar el costo de algunos medicamentos.
Chile	9.3 %	Financiamiento mixto, dependiendo si es el sistema público o privado	<ol style="list-style-type: none"> 1) Impuestos generales 2) Cotizaciones obligatorias de los trabajadores y aportaciones de empresas a seguros de accidentes y enfermedades profesionales 3) Gasto de bolsillo 	Cubre las enfermedades e intervenciones especificadas en el Plan General del FONASA, el Plan de Garantías Explícitas en Salud y las enfermedades de alto costo definidas en la Ley Ricarte Soto.
Cuba	11.7%	El sistema se financia con recursos públicos	Presupuesto público, sin especificar	Garantiza el acceso a servicios integrales de salud que se prestan en unidades ambulatorias y hospitales en los tres niveles.

Fuente: Elaboración propia.

continuación Tabla 4.2

País	Gasto destinado a salud como porcentaje del PIB (2019)	Tipo de financiamiento	Principales fuentes de ingreso	Cobertura
Inglaterra	10.2%	Fondos públicos a través de impuestos y contribuciones. Además de dos fuentes de financiamiento privadas (copago y pago directo)	1) Impuesto sobre la renta, impuesto al valor agregado e impuestos especiales sobre los combustibles fósiles, alcohol y tabaco. 2) Contribuciones sociales pagadas por los empleadores y trabajadores	Con los fondos públicos se cubren casi todos los servicios, salvo excepciones como el cuidado dental y oftalmología. Los medicamentos no son gratuitos y debe existir un pago directo o copagos.
México	5.4%	Financiamiento mixto	<p><i>Sector público</i></p> 1) Impuestos 2) Contribuciones de los trabajadores y empleadores 3) Cuotas de recuperación <p><i>Sector privado</i></p> 1) Seguros privados 2) Pago directo (gasto de bolsillo)	Dependiendo de la institución es el paquete de beneficios. La población no debe cubrir copagos para recibir atención del tercer nivel.

Recomendaciones: cambios normativos

El SNS mexicano tiene deficiencias en la obtención y gestión del financiamiento. No sólo no es claro el cálculo y obtención de recursos para la población sin seguridad social, también existen problemas generales por la

baja inversión en la materia y su distribución. Para continuar con la prestación gratuita, se podrían realizar adecuaciones como:

1. Aumentar la inversión al sector salud a partir de una reforma fiscal integral y la revisión del presupuesto de egresos

La primera acción, una reforma fiscal integral, implica que incrementen impuestos como el Impuesto al Valor Agregado (IVA), Impuesto sobre la Renta (ISR) y el Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS); la segunda medida es la revisión del PEF con el objetivo de destinar más recursos al sector o redistribuirlos entre los rubros de gasto. Esta medida debe ir acompañada de un cambio a procesos de asignación que consideren el desempeño, la calidad y los resultados e impactos sanitarios, la eficiencia y la búsqueda de mayor equidad en la atención primaria para la salud. Asimismo, se debe realizar un análisis de los programas cuyos recursos pueden ser modificados a corto plazo, dado que no existen limitantes legales.²⁸¹ El incremento implica el fortalecimiento de los sistemas de rendición de cuentas.

Aunque ésta es una medida necesaria, la falta de voluntad política, el posible descontento social y empresarial, así como los cambios normativos necesarios, hacen que sea una acción difícil de conseguir en el corto plazo; sin embargo, a partir de la creación de metas a mediano y largo plazo se puede construir una estrategia que permita identificar la proporción del gasto total en salud que se pretende incrementar y realizar las modificaciones pertinentes en la inversión para alcanzarlas.

Para lograr aumentar la inversión en los parámetros descritos, se debe reformar el Código Fiscal de la Federación en lo relativo a las tasas y tarifas del IVA, ISR y IEPS o en la creación de un capítulo que integre un nuevo impuesto. Sin olvidar que esta reforma supone retos derivados del número de personas que operan en la economía informal, como

²⁸¹ Véase Villa, S. (2015). "Reestructuración del gasto público con perspectiva base cero". CIEP. Disponible en: <https://ciep.mx/reestructuracion-del-gasto-publico-con-perspectiva-base-cero/>.

las complicaciones en la recaudación, o el acaparamiento de recursos en sectores específicos de la población. Asimismo, se deben integrar los cambios en la Ley de Ingresos del año correspondiente, y diseñar campañas de comunicación y conversatorios con la población.

2. Diseñar estructuras de financiamiento enfocadas en solventar los costos de las enfermedades de tercer nivel

Es claro que el sistema no puede solventar con recursos públicos todos los padecimientos. Tampoco pueden ser los pacientes los que enfrenten gastos catastróficos en la búsqueda de atención especializada. Por lo mismo, se deben desarrollar nuevos mecanismos que, aunado al fortalecimiento del primer nivel de atención para disminuir la incidencia de las enfermedades, permitan tener los fondos suficientes para tratarlos.

En este sentido, esta herramienta puede estructurarse como un esquema de riesgo compartido o fondos para enfermedades específicas, cuyos recursos, preferentemente, se obtengan del impuesto a los bienes que provocan la enfermedad y que éstos se etiqueten efectivamente (i. e., del IEPS al tabaco el monto destinado al tratamiento de cáncer pulmonar).

Si bien la administración actual quiere mantener y avanzar progresivamente la gratuidad de la atención de la salud, misma que no se ha extendido en su totalidad al tercer nivel, el incremento de reclamos ciudadanos puede obligar a la creación de estos mecanismos. En el último año, el número de amparos presentados, principalmente por falta de medicamentos oncológicos, contra la SS ha aumentado sustancialmente, lo que se ha vuelto insostenible jurídica y financieramente. Sin olvidar que se ha relegado a la población derechohabiente, ya que casi la totalidad de las modificaciones se enfocaron en la población sin seguridad social.

3. Retomar un padrón único de beneficiarios para el cálculo de los recursos del INSABI, el cual contenga la principal información de las personas afiliadas

El objetivo de la medida es mejorar la planificación y estimación del presupuesto del instituto. Ésta es una herramienta indispensable para el cálculo adecuado de los recursos, estimación de las necesidades y el destino del financiamiento acorde con éstas. Si bien existe reticencia por parte de la administración actual para la estructuración de un padrón de beneficiarios del INSABI, en el mediano plazo, se puede impulsar la creación de un instrumento que permita proyectar el número de personas que acudirá a los servicios de salud, las necesidades que tendrán y, a partir de ésta, se efectúe la asignación de recursos. En el marco de transición al IMSS- Bienestar se debe considerar la posibilidad de construir un sistema que permita la coexistencia y se complemente con la información de las entidades federativas.

Para conseguirlo, se debe efectuar una reforma tanto a la LGS como a los reglamentos correspondientes para regular el diseño, alcances y propósito del padrón. Adicionalmente, se deben modificar las normas oficiales mexicanas en materia de sistemas de información y registro.

4. Crear un esquema de coincidencia de necesidades entre instituciones

El esquema de coincidencia se refiere a elaborar estrategias que permitan intercambiar entre instituciones servicios, instalaciones, aparatos e insumos. Por ejemplo, si el IMSS tiene un acelerador lineal que no utiliza; y el ISSSTE, pruebas que el IMSS no realiza, mediante este esquema se permitirá hacer un intercambio de servicios y uso entre estas instituciones. Derivado de la pérdida de rectoría de la Federación, se observa inviable este tipo de esquema a nivel federal; sin embargo, a nivel estatal es viable el desarrollo de estos esquemas de coincidencia de necesidades entre instituciones, especialmente porque la mayoría de las entidades federativas ya tiene algún tipo de convenio de colaboración de este estilo. Si bien a nivel federal, es complicada la elaboración de convenios nacionales, a corto y mediano plazo, el

intercambio de servicios, instalaciones, entre otros, puede efectuarse a nivel local.

Esto necesitaría modificar algunas leyes, como la LGS que prohíbe que recursos del régimen ordinario se destinen a atender a población distinta a la derechohabiente. Asimismo, esto implicaría que las instituciones llegaran a acuerdos sobre los precios de referencia, es decir, el costo de cada intervención. De igual manera, se pueden considerar otros mecanismos que permitan hacer una compensación de servicios.

5. Establecer una cámara de compensación para "empatar" el financiamiento de los diferentes institutos tal y como funciona en el sistema bancario

La idea es determinar y recolectar cuánto le cuesta un tratamiento a cada instituto, permitir que el paciente se atienda en cualquiera y después compensar entre institutos o prestadores las diferencias por otorgar la atención a un beneficiario de otro subsistema. Su implementación implica una reforma de la LGS que introduzca y regule la medida, así como en las leyes de los institutos de seguridad social.

6. Fortalecer el FONSABI

Hasta ahora, este fondo es uno de los únicos medios disponibles que tienen las personas sin seguridad social para obtener apoyo de recursos públicos para la atención de las enfermedades de alta especialidad. Dadas las recientes reformas y el uso discrecional del dinero que formaba su patrimonio, se han disminuido considerablemente los recursos disponibles. Por lo mismo, debe efectuarse una reforma a la LGS que proteja el contenido del FONSABI y evite que sea utilizado para otros medios diferentes a los que se plantearon en su objeto. Es decir, debe realizarse un análisis del dinero que se requiere para, al menos, atender a la población que ya recibía tratamiento, previo a las modificaciones de 2019, y blindar los recursos necesarios para su operación. Asimismo, estructurar un candado que evite la extracción de los recursos del fondo.

4.2. Recomendación 2: Modificaciones orgánicas al SNS

En la búsqueda de un sistema que garantizara una cobertura más amplia, a partir de 2019 se han realizado modificaciones a la organización del SNS, principalmente para la población sin seguridad social. Un sistema de salud "consiste en el conjunto de las organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud"²⁸² y, en sí mismo, es un factor determinante de la salud. Puesto que puede abordar directamente las diferencias de exposición y vulnerabilidad. La idea detrás de la creación del INSABI era eliminar las deficiencias en la gestión del Seguro Popular y construir un órgano robusto capaz de solventar las necesidades de la población. Sin embargo, su implementación fue desorganizada y, casi dos años después, no se ha concretado la transición al nuevo sistema. Las medidas de reestructuración de la SS también han afectado la rectoría y coordinación del SNS.

Fortalecer al INSABI para que cumpla las funciones para las que fue creado es una de las acciones prioritarias a corto y mediano plazo. O bien, si se quiere optar por el IMSS-Bienestar, se tienen que implementar medidas que permitan su fortalecimiento. Por lo mismo, se debe empezar por la terminación y publicación de los manuales y lineamientos necesarios para su operación. Como mínimo, debe publicarse el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación Gratuita de Servicios y Medicamentos; manuales de funcionamiento específico de las distintas áreas del instituto; y, de manera progresiva, lineamientos para la difusión de las mejores prácticas en el ámbito institucional. Además, se debe optar por un esquema de atención a la población sin seguridad social y evitar continuar con las modificaciones.

²⁸² Alliance for Health Policy and Systems Research-WHO (2009). "Systems Thinking for Health Systems Strengthening". Don de Savigny and Taghreed Adam, p. 112 Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895_eng.pdf?jsessionid=C6B4FD203D8738F5BD82A5C10DA0541A?sequence=1.

Análisis comparativo: estructura de los sistemas de salud en diferentes países

La estructura de los sistemas de salud muchas veces responde a la estructura territorial y distribución sociodemográfica de los países. Además, las capacidades económicas, la infraestructura y la disponibilidad de recursos también afectan los alcances del sistema. Ya sea un diseño fragmentado o un esquema de protección unificado, los sistemas de salud son el resultado de organismos e instituciones que intervienen para garantizar el acceso al derecho a la salud de su población.



Brasil

El sistema de salud de Brasil se encuentra dividido en público y privado. El sector público se compone por el Sistema Único de Salud (SUS). El sector privado está compuesto por el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS).

El SUS se divide en nacional, estatal y municipal, de esta forma, se considera como una red de regiones que de manera jerárquica se enfoca en atender a la población. El sistema se basa en la universalidad, la integridad y la equidad. Para lograr estos principios, se crearon tres estrategias fundamentales: a) la descentralización de sus servicios, b) la coordinación por un mando único en cada nivel gubernamental, y c) la participación social mediante conferencias de salud y los consejos de salud.

Fuente: Montekio, V. B., Medina, G., Aquino, R. (2011). "Sistema de salud de Brasil". *Heal Syst Brazil*.53(1):120-31. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf>.



Chile

El sistema de salud de Chile es un sistema fragmentado en su atención y sistemas de aseguramiento. Éste se divide en tres grandes sectores: 1) público-Fondo Nacional de Salud (FONASA); 2) privado-Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), y 3) la atención en salud de las Fuerzas Armadas. La Constitución de 1980 establece que cada ciudadano tiene derecho a elegir en cuál de estos sectores quiere ser atendido.²⁸³

En 2022, se emitió una nueva propuesta de Constitución chilena. En su artículo 44 se prevé la consolidación de un sistema de salud universal, público e integrado. Aunque, reconoce la existencia de prestadores privados que pueden integrarse al sistema. Asimismo, el artículo prevé que el sistema será financiado a través del presupuesto general del país; pero, se reserva la facultad de establecer cuotas obligatorias obrero-patronales.



Ley AUGE

En 2005, se aprobó una reforma constitucional en materia de salud, cuya principal innovación fue la creación del Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas). Lo anterior con el propósito de establecer un paquete de beneficios mínimo común al FONASA y al ISAPRES, por medio de la creación de la Ley para el Acceso Universal con Garantías Explícitas (Ley AUGE).

Esta ley planteaba cuatro garantías explícitas: 1) acceso, se aseguran prestaciones mínimas; 2) oportunidad, se establecen plazos mínimos para la atención de cada problema; 3) calidad, garantiza que la atención en salud se otorgará por un prestador acreditado, y 4) protección financiera, se señalan los tope máximos de cobro por la atención.

Fuente: OMS (2022). "AUSTRALIA-WHO Country Cooperation Strategy 2018-2022". pp. 6. Disponible en: <https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13681/WPRO-2017-DPM-028-eng.pdf?ua=1>.

²⁸³ Constitución Política de la República de Chile (1980). "Derecho a la protección de la salud. Artículo 19". Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_chile.pdf.

²⁸⁴ Giedion, G. et al. (2014). "Health Benefit Plans in Latin America". *Interamerican Development Bank*. pp. 48. Disponible en: https://www.idsihealth.org/wp-content/uploads/2015/01/Health-Benefit-Plans-in-Latin-America_IDB.pdf.



Chile

El sector público del sistema de salud de Chile lo conforman el Ministerio de Salud, el Instituto de Salud Pública, FONASA y la Superintendencia de Salud. La Subsecretaría de Salud Pública es la autoridad encargada de dar seguimiento y actualizar el Formulario Nacional de Medicamentos, a través de la Comisión Técnico Científica (CTC). Adicionalmente, el Ministerio de Salud cuenta con un Consejo Consultivo, quien lo asesorará en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud.

Fuente: Becerril-Montekio, V., Reyes, J. de D., y Manuel, A. (2011). "Sistema de salud de Chile". *Salud Pública de México*. 53, pp.s 1 3 2-s 1 4 2 . Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342011000800009&lng=es&nrm=iso&tlng=es.



Australia

Australia tiene un sistema de salud universal conocido como *Medicare*.²⁸⁵ El Gobierno australiano define el sistema de salud como una red multifacética de servicios públicos y privados.²⁸⁶ Los servicios ofertados por el sector público son provistos por todos los niveles de gobierno, es importante considerar que, en Australia, los poderes se distribuyen en un poder central, estatal (seis estados) y territorial (trece territorios).

El sector privado incluye hospitales, consultorios médicos y farmacias. La atención del sector público se divide en: atención primaria, atención hospitalaria y servicios especializados.

Fuente: OMS (2022). "AUSTRALIA-WHO Country Cooperation Strategy 2018-2022". pp. 6. Disponible en: <https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13681/WPRO-2017-DPM-028-eng.pdf?ua=1>.

Las experiencias de los países ofrecen un panorama sobre cómo puede estructurarse el financiamiento del sistema de salud. La tabla 4.3 resume los resultados.

²⁸⁵ OMS (2022). "AUSTRALIA-WHO Country Cooperation Strategy 2018-2022". pp. 6. Disponible en: <https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13681/WPRO-2017-DPM-028-eng.pdf?ua=1>.

²⁸⁶ *Idem*.

Tabla 4.3. Estructura de los sistemas de salud de los países analizados

País	Diseño	Ventajas/ Desventajas
Australia	Tiene un sistema universal conocido como <i>Medicare</i> . Los servicios son ofertados por todos los niveles de gobierno.	Al ser un sistema universal, se facilita la creación de programas y el acceso, en general, a los servicios de salud. También existen riesgos de este diseño cuando se intenta su aplicación en otras regiones o países. Si bien es deseable que toda la población tenga acceso a los mismos servicios, bajo los mismos términos, para lograrlo, los países deben tener una inversión proporcional y contemplar las posibles fuentes de financiamiento. Es decir, se debe considerar la capacidad presupuestal del país. Esto, sin olvidar las distinciones que pueden existir en la capacidad de pago de las personas usuarias.
Brasil	El sistema de salud está dividido en público y privado. El sector público tiene un solo sistema al que pueden pertenecer los beneficiarios llamado Sistema Único de Salud.	A diferencia de otros países de la región, es un sistema único que no está fragmentado de acuerdo con los grupos poblacionales. Por lo mismo, en papel pueden alcanzarse con mayor facilidad los principios de universalidad y equidad. Sin embargo, en el caso de Brasil se ha registrado un aumento en los casos de judicialización y no se ha concretado la transición a este sistema universal.

continuación Tabla 4.3

País	Diseño	Ventajas/ Desventajas
Chile	<p>El sistema de salud se divide en tres sectores:</p> <p>Público – FONASA</p> <p>Privado – ISAPRES</p> <p>Atención a las Fuerzas Armadas</p> <p>Es necesario monitorear la promulgación de la nueva Constitución, ya que propone un sistema universal público.</p>	<p>A pesar de tener una estructura fragmentada, el diseño del componente público no está determinado por los grupos poblacionales. Esto, al igual que en el caso de Brasil, puede facilitar la creación de programas. Aun así, se debe tener en cuenta cómo está distribuida la rectoría y provisión de los servicios. Los servicios son otorgados en hospitales municipales y clínicas públicas. La regionalización puede tener el riesgo de crear distinciones en la atención, si no se tiene una rectoría robusta que dirija las políticas para garantizar la igualdad o mecanismos de intercambio de servicios y personas entre regiones.</p>
México	<p>Tiene un sistema fragmentado en público y privado. Su componente público se divide en subsectores dependiendo de la condición laboral de la población.</p>	<p>La fragmentación del sistema ha ocasionado inequidades estructurales entre los distintos grupos poblacionales, cuyo acceso a la salud no es el mismo.</p>

Recomendaciones: cambios normativos

En México, una de las principales barreras al acceso se genera por el diseño institucional. La fragmentación del sistema evita que la disponibilidad de los servicios y la cobertura sea la misma para toda la población. Sin embargo, la experiencia internacional está dividida entre los sistemas únicos y los fragmentados. En el largo plazo, se debe buscar la unificación de todos los subsistemas, pero no se debe enfocar todos los esfuerzos en alcanzar esta reforma a gran escala. En consecuencia, para fortalecer la estructura del SNS bajo las bases actuales se puede:

1.Elaborar las estrategias, manuales y lineamientos del INSABI o del IMSS-Bienestar que aclaren las facultades de cada uno y de los SESA, considerando diferencias regionales y las necesidades del sistema

El principal problema que se identificó es la carencia de instrumentos normativos y regulatorios que definan cómo opera el INSABI, el IMSS-Bienestar y los SESA, así como el retraso en la publicación de los existentes. La normatividad debe contener, entre otras cosas, los mecanismos de planeación y vigilancia, las fórmulas para el cálculo y destino de recursos, los lineamientos para la prestación de servicios y medicamentos, las bases para la elaboración de convenios con instituciones y las facultades de las autoridades, así como la contratación y obligaciones del personal, y los protocolos de atención.

2.Reestructurar los planes educativos, a mediano y largo plazo, del personal de salud para actualizarlos y reforzar la visión preventiva

Se requiere reforzar de manera paralela la implementación de los programas de residencias médicas creadas desde 2019 y que se han visto afectados por el incremento de plazas y poca capacidad adaptativa del SNS para su incorporación a éste. Dada la importancia y el creciente enfoque en una visión preventiva, esta propuesta es necesaria y viable bajo los ejes del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud. Además, la visión preventiva es aceptada internacionalmente, por lo que es una acción que no se vería interrumpida por la transición al siguiente sexenio.

3.Modificar las facultades de la ss para fortalecerla como un órgano regulador y rector

Se debe garantizar normativa y fácticamente que la ss es la única institución responsable de la regulación de la atención en salud, con atribuciones precisas sobre planeación, coordinación, evaluación, monitoreo, regulación sanitaria, y sanción. Así, se pueden crear estrategias para todo el sistema y que permitan la coordinación efectiva entre instituciones y órdenes de gobierno. Para esto, es importante modificar la LGS para incluir en las facultades de la ss la coordinación con el IMSS y del ISSSTE. Es posible que esta propuesta reciba

oposición por parte de estas instituciones ya que pueden ver debilitada su rectoría; sin embargo, se pueden efectuar mecanismos de deliberación que permitan la participación directa de éstas en el diseño de los esquemas de evaluación y seguimiento.

4. Consolidar el área de inteligencia y planeación en la ss para fortalecer la rectoría

Con la creación del Centro Nacional de Inteligencia en Salud, se abre la posibilidad de fortalecer su funcionamiento y consolidarla como una herramienta sanitaria para la generación de programas y políticas públicas. En este sentido, se debe publicar la normatividad correspondiente, como el reglamento interior, que la dote de facultades específicas, y modificar las NOM correspondientes. Además se debe buscar la coordinación con los demás integrantes del SNS.

4.3. Recomendación 3: Cobertura de los servicios

Desde las promesas de campaña, los funcionarios de la administración 2018-2024 anunciaron que la prestación gratuita de servicios de salud sería uno de los objetivos prioritarios del sexenio. En 2019, esta promesa se plasmó en los instrumentos normativos ya mencionados. A partir del 2020, toda la población sin seguridad social tendría derecho a acceder a la atención de primer y segundo nivel, así como a medicamentos, de manera gratuita. Son dos consecuencias de esta decisión las más preocupantes. Por un lado, se separa a la población en dos grupos (con y sin seguridad social); mientras que unos pagan cuotas para acceder a los servicios, los demás pueden hacerlo de manera gratuita. Aunque es importante resaltar que la población derechohabiente tiene beneficios adicionales, como jubilación, que podrían justificar la diferenciación. Por otro lado, se eliminaron los instrumentos a partir de los cuales se realizaba la planeación financiera y los catálogos

de servicios.²⁸⁷ Es necesario recalcar que los cambios en la cobertura sólo afectan a la población sin seguridad social.

La cobertura universal no se alcanza con modificaciones normativas o con la afiliación de la población a los institutos de salud. Se requiere reforzar las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, adecuación y aceptabilidad de los servicios de salud.²⁸⁸ Un esquema de “todo para todos” se convierte en insostenible para cualquier país si no se tienen mecanismos de planeación o fuentes diversificadas de financiamiento. Así, desde 2020 en México teóricamente existe plena cobertura universal; sin embargo, la realidad es distinta. La desorganización y la falta de recursos afectan el goce efectivo del derecho a la protección de la salud.

Análisis comparativo: avances de la cobertura universal en el mundo

La cobertura universal no es un concepto nuevo y parte del entendimiento de la salud como derecho humano. En diciembre 2012, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobó una resolución que instaba a los países a acelerar el progreso hacia la cobertura universal. Además, puntualizaba que la gestión de la transición debía desarrollarse dentro del contexto epidemiológico, económico, sociocultural, político y estructural de cada país.²⁸⁹ En este contexto, la mayoría de los países han realizado esfuerzos para transformar sus sistemas de salud en búsqueda de la csu.

²⁸⁷ Véase capítulo 2 para un desarrollo más profundo de la problemática.

²⁸⁸ Murayama Rendón, C., Ruesga, B. y Santos, M. (coords.) (2016). *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México*. Disponible en: http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf.

²⁸⁹ Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2013). “Resolución aprobada por la Asamblea General; salud mundial y política exterior”. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/483/49/PDF/N1248349.pdf?OpenElement>.

Chile

Después de enfrentar desafíos en la década de los noventa por la estructura poblacional, el cambio de perfil epidemiológico, el aumento de las exigencias en la calidad de la atención por parte de la población usuaria, y los cambios económicos y políticos, Chile inició un proceso de reestructuración del sistema de salud de 2001 a 2005. Mismo que en la propuesta de Constitución de 2022 vuelve a tener modificaciones, como se mencionó.



Distribución de cobertura

A 2011, el 80% de la población chilena está cubierta por el sistema público (FONASA), otro 15% por los sistemas de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) que son seguros privados, y un remanente por otros sistemas como el de las Fuerzas Armadas.

Fuente: Becerril-Montekio, Reyes y Manuel (2011). "Sistema de salud de Chile", *Salud Pública de México*, 53, pp. s132-s142. Disponible en: [http:// https://bit.ly/3zQRaf6](http://https://bit.ly/3zQRaf6).

Esta reconstrucción tenía el objetivo de avanzar en temas de equidad, materialización de derechos y la integración de políticas sociales. Consistía en un conjunto de garantías exigibles conocido como Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Éste se plantea como un instrumento de priorización y es el principal instrumento de equidad en salud a través de cuatro beneficios adicionales para 80 eventos de salud prioritarios. Respecto a los servicios cubiertos, existen diferencias entre el FONASA y las ISAPRES. Sin embargo, ambos tienen paquetes explícitos que guían los servicios ofertados. Finalmente, la segmentación por ingreso entre sistemas hace que la protección financiera sea ampliamente desigual, a pesar de que poblacionalmente existe una cobertura alta.²⁹⁰

²⁹⁰ Gobierno de Chile. "Cobertura Universal de Salud. Memorias". V. *Foro Andino de Salud y Economía*, junio de 2014. <https://biblioteca.digital.gob.cl/bitstream/handle/123456789/1227/MEMORIAS-V-FORO-ANDINO-SyE-2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.



Canadá

Canadá tiene un sistema de salud público y universal. Para poder recibir las aportaciones federales, las provincias y territorios deben crear programas de cobertura que cumplan con los cinco pilares de la Ley de Salud de 1984: 1) administrado públicamente, 2) condiciones de cobertura amplias, 3) universal, 4) accesible, y 5) aceptado entre provincias.²⁹¹ Además, deben cubrir los servicios médicos, de diagnóstico y hospitalarios necesarios (incluidos los medicamentos recetados para pacientes hospitalizados) para todos los ciudadanos y residentes elegibles. Todos los gobiernos de las provincias también proporcionan servicios de salud pública y prevención (incluidas las vacunas) como parte de sus programas públicos.

Sin embargo, no existe un paquete de prestaciones estatutarias definido a nivel nacional. Por ello, la cobertura varía entre los planes de seguro para los servicios que no son obligatorios a nivel federal, porque los gobiernos locales definen si cubren servicios como salud mental, odontología, equipamiento médico, entre otros. Además del sistema público, existen esquemas privados complementarios que cubren los servicios que no se incluyen en ningún plan de seguridad de las provincias. En Canadá el sistema público cubre al 100% de la población y los sistemas privados alcanzan 67%, principalmente con seguros laborales.

Fuente: Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., Wharton, G. A. (2020). "Canada". Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada>.



Tailandia

En las décadas de 1960 y 1970, Tailandia inició su camino para desarrollar la infraestructura en salud y extender la protección financiera de diferentes grupos poblacionales.

A inicios del 2000, y pese a los esfuerzos de inversión, aproximadamente 30% de la población no contaba con un seguro médico, ni tenía garantizado el

²⁹¹ Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., Wharton, G. A. (2020). "International Health Care System Profiles". Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada#universal-coverage>.



Tailandia

acceso a los servicios de salud.²⁹² En abril de 2001, el país adoptó un nuevo esquema de cobertura universal en el que las clínicas públicas de atención primaria eran los principales proveedores de los servicios de salud. El objetivo de este modelo era la promoción de la salud, la prevención y la atención primaria, muy parecido a los objetivos que justificaron la reforma en México.

El caso tailandés es relevante para el contexto mexicano porque su estructura de seguridad social es similar a la de México. Antes de que entrara en vigor el nuevo esquema en Tailandia en 2002, la cobertura era un mosaico de diferentes sistemas para los grupos poblacionales: 1) un mecanismo financiado por los impuestos para los servidores públicos; 2) un sistema de contribución social para los trabajadores privados; 3) un plan de asistencia médica para la población en condiciones de pobreza, y 4) un régimen contributivo voluntario para el resto de los hogares. En principio, los cuatro mecanismos deberían haber cubierto a toda la población, pero los retos para medir los ingresos del sector informal de la población hacían que no todos los grupos estuvieran cubiertos.²⁹³

Cuando se implementó la cobertura universal, Tailandia agrupó los mecanismos anteriores en tres esquemas de seguridad pública: 1) el Régimen de Prestaciones Médicas para Funcionarios (CSBMS), para los empleados y jubilados del gobierno y sus dependientes; 2) el Seguro Social de Salud (SHI) para los empleados del sector privado; y 3) el Régimen de Cobertura Universal (RCU) para los 47 millones de habitantes restantes (75% de la población total) que no están cubiertos por el CSBMS y el SHI.²⁹⁴ Esto se logró a pesar de la oposición de grupos de beneficiarios que temían una menor cobertura.

²⁹² CABRI (2015). "Background Paper Universal Health Coverage (UHC)-Magic Cube Or Pandora's Box?". Disponible en: https://www.cabri-sbo.org/uploads/files/Documents/seminar_paper_2015_cabri_value_for_money_health_english_2.1cabri_universal_health_coverage_engl.pdf.

²⁹³ Sumriddetchkajorn, K. et al. (2019). "Universal health coverage and primary care, Thailand". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 97,6 : 415-422. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325504>.

²⁹⁴ Tangcharoensathien, V., Tisayaticom, K., Suphanchaimat, R. et al. (2020). "Financial risk protection of Thailand's universal health coverage: results from series of national household surveys between 1996 and 2015". *Int. J. Equity Health*. 19, 163. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01273-6>.



Tailandia

Todas las medidas que se contemplaron en la creación del nuevo esquema estaban guiadas por la equidad como el principio rector. El gobierno tailandés buscaba que los subsidios fueran progresivos y estuvieran enfocados en la población más pobre. En total, para Tailandia lograr la cobertura universal tenía tres elementos principales:

1. Un mecanismo financiado por impuestos y sin ningún copago de los pacientes. En principio se garantiza la equidad porque los impuestos en Tailandia tienen tarifas progresivas en las que las personas con más dinero pagan más impuestos.
2. Un paquete completo de beneficios con un enfoque de atención primaria.
3. Un presupuesto anual fijo con un límite de pagos a los proveedores.

El paquete de beneficios para el RCU evolucionó de ser implícito, a listas explícitas de beneficios. En 2002, el nuevo sistema se inició sin un análisis sobre cómo debería ser el paquete mínimo de beneficios, ni cuáles deberían ser los costos de la prestación de estos servicios. Por lo que se cubrían todos los padecimientos, salvo algunas excepciones de alto costo (diálisis renal y tratamiento antirretroviral para el VIH). Después de reconocer las barreras de acceso a algunas intervenciones de alto costo por un paquete implícito, la Junta Nacional de Seguridad Sanitaria (NHSB, por sus siglas en inglés) aprobó gradualmente intervenciones (tanto los servicios como los medicamentos) que estarían cubiertas y las publicó en listas explícitas. Por ejemplo, la diálisis renal se incluyó en 2009. Las intervenciones son incluidas a partir de análisis rigurosos de impacto presupuestal, equidad, capacidad de abasto y el impacto de costo a los pacientes.²⁹⁵

²⁹⁵ Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Suwanwela, W., Supangul, S., Panichkriangkrai, W., Kosiyaporn, H., Witthayapipopsakul, W. (2020). "Defining the Benefit Package of Thailand Universal Coverage Scheme: From Pragmatism to Sophistication". *International Journal of Health Policy and Management*, 9(4), 133-137. Disponible en: https://www.ijhpm.com/article_3685.html.



Tailandia

Asimismo, el programa sanitario público tailandés tiene un enfoque participativo para el desarrollo y aplicación de políticas. Grupos de la sociedad civil participaron en las campañas para el programa de cobertura universal y continúan involucradas en su aplicación y monitoreo.²⁹⁶

Fuente: Tangcharoensathien, V., Tisayaticom, K., Suphanchaimat, R. *et al.* (2020). "Financial risk protection of Thailand's universal health coverage: results from series of national household surveys between 1996 and 2015". *Int. J. Equity Health*. 19, 163. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01273-6>.

¡Ojo!



Después de 20 años de su implementación, existe evidencia que respalda el éxito de la medida. Se ha reducido el gasto de bolsillo de 34.2% en el 2000, a 12.1%, en 2016, así como el porcentaje de familias que incurren en gastos catastróficos (reducción del 37.4% de los hogares).

Además, en la década de 2001-2011, la esperanza de vida al nacer se elevó de 71.8 a 74.2 años, en comparación con el incremento en la década anterior (1991-2001) que fue tan sólo de 70.3 a 71.8 años. También se observó un descenso en la mortalidad infantil de más de 100 por cada 1 000 nacidos vivos a 9.5 por cada 100 nacidos vivos en 2017.

Fuente: Sumriddetchkajorn, K. *et al.* (2019). "Universal health coverage and primary care, Thailand". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 97,6 : 415-422. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325504>.

Las experiencias de los países ofrecen un panorama sobre cómo puede estructurarse el financiamiento del sistema de salud. La tabla 4.4 resume los resultados.

²⁹⁶ King, C. S., Feltey, K. M. y O'Neill, B. (1998). "The Question of Participation: Toward Authentic Public Participation in Public Administration". *Public Administration Review*, vol. 58, núm. 4. Pp. 317-326. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/977561#metadata_info_tab_contents.

Tabla 4.4. Estructura de los sistemas de salud de los países analizados

País	Alcance de la cobertura	Enfermedades cubiertas	Enfermedades de tercer nivel (especializadas)
Canadá	100% de cobertura pública.	El nivel federal define servicios catalogados como necesarios que las provincias deben proveer. Para los servicios no incluidos en esa lista, cada provincia debe desarrollar programas de cobertura.	Se incluyen en los programas de cobertura que elaboran las provincias.
Chile	75.6 % de cobertura pública y 18.4% de cobertura privada.	Las enfermedades cubiertas por el sistema están descritas en el Plan General para el FONASA y el Plan de Salud Garantizado para ISAPRES.	Se realiza a partir de un conjunto de garantías exigibles (Plan AUGE) para 80 eventos prioritarios y 27 intervenciones están cubiertas por la Ley Ricarte Soto.
México	89.3% de cobertura pública. El acceso y cobertura depende de la condición laboral en diferentes subsectores (IMSS, ISSSTE, INSABI, PEMEX, Fuerzas Armadas).	Coberturas diferenciadas dependiendo el subsistema. Los esquemas de seguridad social tienen paquetes explícitos de beneficios que determinan qué intervenciones están cubiertas, sin embargo no son públicas. Para la población sin seguridad social, todas las enfermedades están cubiertas en el primer y segundo nivel, a partir de un paquete implícito desde enero 2020. Es importante analizar en un futuro cuál es la cobertura a partir de la implementación del IMSS-Bienestar.	<i>Población sin seguridad social</i> Las enfermedades cubiertas son aquellas definidas como prioritarias por el CSG. Se financian con los recursos del FONSAI y presupuesto asignado. Además, los medicamentos cubiertos son los mencionados en el CNI <i>Derechohabientes de la Seguridad Social</i> Los órganos y comités de cada institución definen cuáles son las enfermedades cubiertas.

continuación Tabla 4.4

País	Alcance de la cobertura	Enfermedades cubiertas	Enfermedades de tercer nivel (especializadas)
Tailandia	98% de la población a partir de cuatro esquemas: 1) mecanismos para servidores públicos, 2) sistema de contribución social, 3) plan de asistencia para la población en pobreza, y 4) un régimen contributivo voluntario para el resto de la población (RCU).	Cada uno de los esquemas tiene distintas enfermedades cubiertas. Para la población en general, están cubiertas todas las intervenciones de primero y segundo nivel.	En un inicio estaban cubiertas todas las enfermedades, salvo excepciones como la diálisis renal. Posteriormente, se generaron listas positivas de intervenciones de enfermedades de alto costo que están cubiertas.

Recomendaciones: cambios normativos

Las experiencias comparadas permiten identificar algunas de las debilidades que tiene la política en salud de México. El sistema de salud tailandés puede proporcionar un claro ejemplo de acción para el caso de nuestro país. En primer lugar, el esquema de protección es similar al mexicano, ya que está fragmentado de acuerdo con la condición laboral. En segundo lugar, el tamaño de su economía es similar. De esta manera, en México se debe buscar:

1. Implementar un paquete de beneficios definido (ya sea explícito o implícito con excepciones)

Actualmente la población sin seguridad social tiene un esquema de cobertura universal para el primer y segundo nivel. Es decir, un paquete implícito, pero sin una lista, al menos pública, de qué intervenciones y medicamentos están o no cubiertos. Esto puede ser insostenible para el sistema por los altos costos de operación y puede resultar en

la negación del servicio a los pacientes, quienes no tienen argumentos para exigir porque no saben qué está cubierto. Así como México, Tailandia inició su proceso hacia la cobertura universal con un paquete implícito con excepciones explícitas; sin embargo, a lo largo de dos décadas, ha evolucionado hacia el análisis y establecimiento de listas positivas que se apegan a las capacidades del sistema y las necesidades de su población. Frente a esto, México puede evaluar las acciones tomadas en ese país para transitar de forma más eficiente hacia un esquema sostenible.

Con independencia del tipo de paquete que se decida implementar en nuestro país, éste debe estar regulado para disminuir las deficiencias de cada modelo y, en la medida de lo posible, ser observadas por todos los prestadores de servicios para homogeneizar la cobertura. La subprestación de servicios en el paquete implícito puede reducirse al mínimo mediante auditorías clínicas y una fuerte adhesión a las guías de práctica clínica.²⁹⁷ Por lo que, para que sea eficiente, deben revisarse, emitirse y actualizarse estas guías.

En el corto plazo, se puede desarrollar una clara lista de excepciones para el paquete explícito existente. Esta medida es más práctica que la creación de un paquete explícito porque no involucra el análisis de evidencia, pruebas y equidad requerido para elaborar una lista positiva. Posteriormente, en el mediano y largo plazo, se pueden buscar esquemas más sofisticados basados en las necesidades específicas de la población y hacer listas explícitas que permitan a las personas usuarias del sistema.

2. Fortalecer las capacidades técnicas e institucionales de las personas servidoras públicas dentro y fuera del SNS, a nivel federal y estatal, en la administración centralizada y descentralizada

Se deberá enfocar en mejorar los conocimientos teóricos y aplicados en todos los niveles de la administración y prestación de servicios. En

²⁹⁷ Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Suwanwela, W. et al. (2020), "Defining the benefit package of Thailand universal coverage scheme: from pragmatism to sophistication". *Int. J. Health Policy Manag.* 9(4), pp. 136. <https://doi:10.15171/ijhpm.2019.96>.

especial, el personal de salud deberá ser capacitado en materia de prevención, diagnóstico y monitoreo de padecimientos, así como en la tecnificación de los centros de salud. Por otra parte, será pertinente capacitar al personal administrativo tanto a nivel central como estatal en la gestión de recursos del sistema.

Este fortalecimiento incluye incrementar las capacidades de evaluación técnico-científica y tecnológica de las personas que participan en los Comités de Actualización del Compendio y del CSG para permitir la evaluación rápida y eficiente de los insumos a ser incluidos en el Compendio. Por lo tanto, se deben publicar las nuevas normas de este órgano que permitan una administración independiente que agilice los procesos. Asimismo, en relación con los mecanismos de autorización de los insumos para la salud es necesario invertir en la capacitación e institucionalización de las actividades de COFEPRIS, así como en la ampliación de su plantilla laboral y en la sistematización y computarización de sus procesos.

3. Diseñar para todo el SNS programas y políticas de salud comunitaria para pequeñas regiones y municipios; y fortalecer las facultades y presupuesto en materia sanitaria y de prestación de servicios municipales

Con esta implementación se podrían cubrir las necesidades de salud menos complejas y específicas de las regiones al dar seguimiento a los padecimientos de primer nivel de esa población. Para identificar las necesidades, se deberá realizar un análisis de mortalidad prematura y discapacidad que incluya el nivel federal, estatal y municipal. Aunado a esto, se deben fortalecer las casas de salud y crear programas de capacitación para personas rurales voluntarias.

4. Establecer un expediente clínico de beneficiarios de todo el SNS ligado a la CURP o a una clave de identificación

Esto con el propósito de no perder la trazabilidad de los diagnósticos y salud del paciente. Asimismo, un mecanismo de identificación de los mismos que sea común a todas las instituciones del sistema.

4.4. Recomendación 4: Catálogo de servicios e insumos

En el sexenio de 2018-2024, la administración generó una serie de políticas encaminadas a la unificación de los catálogos institucionales con el propósito de ofrecer los mismos medicamentos y otros insumos en salud en todo el SNS. No obstante, con base en lo anteriormente expuesto y derivado de la no prohibición en la LGS de catálogos institucionales, existe una diferenciación entre los beneficios de la población con y sin seguridad social. Por otro lado, al eliminarse el CAUSES que estaba ligado con el Seguro Popular y no establecer un instrumento que lo sustituyera, se instauró un paquete de beneficios implícitos para los beneficiarios del INSABI. El problema no es la falta de una lista explícita, sino que tampoco se tiene conocimiento sobre las intervenciones que no están cubiertas. Esto significa un esquema completamente abierto. La no existencia un catálogo explícito no es sostenible a largo plazo, principalmente, porque no se acompañó de un análisis de necesidades o de viabilidad financiera que permita proyectar y planificar. Con la transición al IMSS-Bienestar es necesario un análisis futuro sobre la regulación, o no, de un catálogo de servicios e insumos en salud.

Aunque pueda parecer una medida regresiva, es importante que se desarrollen estrategias que permitan garantizar el acceso a los servicios, medicamentos y demás insumos en salud de forma sostenible. Si no se toman medidas que permitan la priorización, no van a existir los recursos suficientes para cubrir todas las intervenciones y medicamentos de forma gratuita. Además, se deben buscar esquemas que permitan homogeneizar la cobertura que ofrece cada institución a la población derechohabiente y a la población sin seguridad social.

Análisis comparativo: el diseño de los catálogos de insumos y de la atención médica

Los países pueden optar por dos modelos de paquetes de beneficios. El primero es un modelo implícito en el que todo está cubierto salvo excepciones reguladas; el segundo, se construye a partir de la definición de lis-

tas explícitas que especifiquen cuáles son las intervenciones y medicamentos cubiertos por el sistema. En principio, ninguna es más eficiente que la otra y este cuestionamiento se traduce en uno de los debates principales en la búsqueda de la cobertura universal. Además, su contenido y estructura depende de los fondos disponibles para financiar las intervenciones. Este apartado resume algunos ejemplos de cómo regulan los países su paquete de beneficios.



Brasil

El Sistema Único de Salud ofrece dos paquetes de beneficios distintos, éstos son la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME), y los Protocolos y Directrices Terapéuticas Generales y de Enfermedades Raras (PDTYER). La RENAME selecciona los medicamentos de acuerdo con las necesidades más apremiantes de la población. Se elabora a partir de las evidencias, la participación del personal de salud, de los gestores de los tres niveles de gobierno y de la población en general, además, se actualiza cada dos años.²⁹⁸ Los PDTYER son instrumentos de regulación, priorización y protección de personas usuarias. Para su implementación se creó la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías en Salud (CONITEC), vinculada a la Secretaría de Ciencia, que analiza, junto con el Ministerio de Salud, la inclusión de enfermedades cuyo costo de tratamiento es alto. Los protocolos, además de otorgar un control de costo por intervención, describen pautas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.²⁹⁹ Además, la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS) establece los procedimientos mínimos obligatorios para todos los prestadores de servicios.

Fuente: Santos Santana, R. *et al.* (2018). "The different clinical guideline standards in Brazil: High cost treatment diseases versus poverty-related diseases". *PloS One*, vol. 13, 10 e0204723. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0204723>.

Sobral, B. y Schubert, B. (2013). "El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito. Su regulación y control en el contexto de la salud suplementaria". Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/El-sistema-unico-de-salud-de-Brasil.pdf>.

²⁹⁸ Brasil (2015). "Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME". 229 p. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/>.

²⁹⁹ Santos Santana, R. *et al.* (2018). "The different clinical guideline standards in Brazil: High cost treatment diseases versus poverty-related diseases". *PloS One*, vol. 13, 10 e0204723. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0204723>.



Costa Rica

La ccss administra tres regímenes de beneficios: el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, y el Régimen no contributivo. El SEM cubre las prestaciones de atención integral a la salud como acciones de promoción, prevención, curación, incluyendo servicio de farmacia, y rehabilitación, así como asistencia hospitalaria y médica especializada. El régimen no contributivo provee aseguramiento para las personas y sus familiares que no cotizan en el sistema por su condición de pobreza y se les ofrecen las prestaciones ordinarias del paquete de atención integral del SEM.³⁰⁰



¡Ojo!

Además de la LOM, como se reconoce que hay patologías no cubiertas por este instrumento que afectan grupos minoritarios, se creó el concepto de *sistema de formulario terapéutico abierto*. Éste permite que se adquieran y utilicen medicamentos de forma individualizada para atender la necesidad de los casos especiales. En situaciones donde la condición clínica se sale de la generalidad se aplica este tipo de medicamentos. Por tanto, "se genera un mecanismo complementario".

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (2019). "Lista Oficial de Medicamentos y Normativa", pp. 22. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/lom2014.pdf>.

El catálogo de insumos de Costa Rica es la Lista Oficial de Medicamentos (LOM). Dicha lista forma parte de la Política Institucional de Medicamentos Esenciales y Denominación Genérica del país, el cual sigue los lineamientos de la política de medicamentos esenciales de la OMS.³⁰¹

³⁰⁰ Sáenz, M. del R., Acosta, M., Muiser, J., y Bermúdez, J. L. (2011). "Sistema de Salud de Costa Rica". *Salud Pública Méx.* vol. 53, suppl. 2, pp. s156-s167. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800011&lng=es&nrm=iso.

³⁰¹ Caja Costarricense de Seguro Social (2019). "Lista Oficial de Medicamentos y Normativa". pp. 22. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/lom2014.pdf>.



Costa Rica

El Reglamento del Comité de Farmacoterapia de la Caja Costarricense de Seguro Social define la LOM como: “la enumeración del conjunto de medicamentos disponibles a nivel institucional aprobados por la Junta Directiva de la institución, debidamente codificados según el nivel de complejidad asignado a cada centro de salud conforme a la capacidad resolutive”.³⁰²

Como complemento, se elabora el Formulario Terapéutico Institucional, el cual incluye todos los fármacos contemplados en la LOM y las indicaciones terapéuticas, dosis, vía de administración, interacciones y reacciones adversas.^{303, 304} En general, es un instrumento que facilita el acceso a la información relevante sobre el fármaco.



Inglaterra

El paquete de beneficios está señalado en forma de lista en el *National Health Service Act*. Esta lista describe los servicios de forma general. Entre estos servicios están: la hospitalización, servicios médicos, dentales, oftálmicos, entre otros. Por otra parte, existen tres documentos que establecen servicios y medicamentos que deben estar elaborados con base en las políticas genéricas de priorización. Estos documentos son: “El Manual” (*The Manual*), que estipula servicios especializados que ofrecen en conjunto el NHS y los CCGs; la “NHS England drugs list”, la cual contiene los medicamentos cubiertos por el NHS, y una lista de servicios especializados que son directamente comisionados por el NHS. El manual y la lista de medicamentos del NHS contienen un mínimo de garantías expresas relacionadas con las necesidades y preferencias de la población.

³⁰² *Idem*.

³⁰³ Consejo de Salubridad General (2019). “Hacia la construcción del Compendio Nacional de Medicamentos”. pp.40.

³⁰⁴ Caja Costarricense de Seguro Social (2019). “Lista Oficial de Medicamentos y Normativa”, *op. cit.* pp. 22.

Chile

A partir del 2005, se implementó el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Las aseguradoras en Chile, tanto públicas como privadas, deben ofrecer como mínimo las GES. Este paquete de beneficios está compuesto por una lista de prestaciones de examen de medicina preventiva y por un "listado específico de prestaciones" que enumera cada patología y prestaciones cubiertas. Para los padecimientos no priorizados, Chile mantiene un esquema de priorización implícita.³⁰⁵ Finalmente, se creó el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo con el que se establecen los procesos o estudios diagnósticos y los tratamientos de alto costo, tales como enfermedades oncológicas, inmunológicas y raras.³⁰⁶

Este sistema opera a través del Fondo de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. La Subsecretaría de Salud Pública es la autoridad encargada de dar seguimiento y actualizar el Formulario Nacional de Medicamentos, a través de la Comisión Técnico Científica (CTC).



Garantías Explícitas en Salud

En la actualidad, las GES cubren alrededor de 80 enfermedades priorizadas. Su creación y modificación están sujetas a un estudio actuarial por parte del Ministerio de Salud y a la identificación de las prioridades sociales.

Las GES están estructuradas a partir de cuatro rubros generales: 1) tipos de cáncer; 2) problemas cardiovasculares; 3) de resolución quirúrgica, y 4) problemas con tratamientos de alto costo.

Fuente: Giedion, U., Bitrán, R., Tristao, L. (2014). "Planes de beneficios en salud de América Latina". *Interamerican International Development Bank. BID.*, pp. 226-245. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/planes-de-beneficios-en-salud-de-america-latina-una-comparacion-regional>.

³⁰⁵ Giedion, U., Bitrán, R., Tristao, L. (2014). "Planes de beneficios en salud de América Latina". *Interamerican International Development Bank. BID.* pp. 226-245.

³⁰⁶ Ley 20.850. "Crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y Rinde homenaje Póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos". "Artículo 1". Disponible en: <https://bit.ly/3phahKs>.

Chile

Esta comisión está conformado por nueve miembros de reconocida idoneidad en los campos de medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y expertos en farmacia. Chile cuenta con un departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), que opera por medio de una comisión, cuya función es el apoyo técnico del proceso de priorización y la revisión de las garantías explícitas en salud.³⁰⁷

Las experiencias de los países ofrecen un panorama sobre cómo puede estructurarse el financiamiento del sistema de salud. La tabla 4.5 resume los resultados.

Tabla 4.5. Estructura de los sistemas de salud de los países analizados

País	Catálogos de servicios e insumos	Tipo de catálogo de servicios	Proceso de actualización
Brasil	Dos paquetes de beneficios distintos: 1) la RENAME, y 2) la PDTYER. Además, la lista de procedimientos básicos del ANS	Los paquetes son listas explícitas.	En la RENAME se seleccionan los medicamentos a partir de evidencias de participación. Para los PDTYER se creó la CONITEC, que analiza, junto con el Ministerio de Salud, la inclusión de las enfermedades, basada en evaluaciones de eficacia y seguridad, así como análisis económico y de impacto presupuestario.

³⁰⁷ Ministerio de Salud (MINSAL) (2017). "ETESA Comisión Nacional". Disponible en: <http://web.minsal.cl/etesa-comision-nacional/>.

País	Catálogos de servicios e insumos	Tipo de catálogo de servicios	Proceso de actualización
Chile	<p>El PBS es un paquete de beneficios que incluye lo mínimo que deben ofrecer las aseguradoras públicas y privadas.</p> <p>Los medicamentos cubiertos se encuentran en el Formulario Nacional de Medicamentos. El tratamiento de enfermedades especializadas está cubierto de forma explícita en los decretos supremos de salud que se desprenden de la Ley Ricarte Soto.</p>	<p>Una lista explícita de prestaciones y una lista de los medicamentos.</p> <p>Los medicamentos que pueden ofrecer los proveedores se definen en un Formulario Único Nacional.</p>	<p>La Subsecretaría de Salud Pública es la autoridad encargada de dar seguimiento y actualizar el Formulario Nacional de Medicamentos, a través de la Comisión Técnico Científica (CTC).</p> <p>Para los tratamientos de alto costo, el Ministerio de Salud, vía la subsecretaría mencionada, conduce un análisis de evaluación científica, de acuerdo con lo establecido en la Ley 20850.</p>
Costa Rica	<p>El catálogo de insumos de Costa Rica es la Lista Oficial de Medicamentos (LOM). Además, los servicios cubiertos dependen del régimen de beneficios al que pertenezcan.</p>	<p>Es una lista explícita de todos los insumos disponibles a nivel nacional, es decir, aprobados.</p>	<p>El Comité Central de Farmacoterapia (CCF) es el órgano encargado de la actualización de la LOM, Además, del CCF, existen Comités Locales de Farmacoterapia, los cuales tienen funciones de apoyo y de asesoría local.</p>
Tailandia	<p>Inició con un paquete completo con excepciones. Evolucionó a listas explícitas para las enfermedades de alto costo.</p>	<p>Tiene listas explícitas para los tratamientos de alto costo cubiertos.</p>	<p>Las listas se actualizan a través de análisis rigurosos de impacto presupuestal, equidad, capacidad de abasto y el impacto de costo a los pacientes.</p>
Inglaterra	<p>El catálogo de servicios está contemplado en el "National Health Service" Act. Los medicamentos cubiertos por él se encuentran en el "NHS England drugs list".</p>	<p>Listas explícitas de las enfermedades, intervenciones y medicamentos cubiertos.</p>	<p>Los "Clinical Commissioning Groups" se encargan de realizar las gestiones para proveer servicios o facilidades que consideren apropiados para asegurar la mejoría de la salud física y mental.</p>

Recomendaciones: cambios normativos

De la experiencia internacional se extrae la importancia de contar con paquetes de beneficios positivos o negativos, tanto para servicios como para insumos. Además de implementar mecanismos de priorización y evaluación de tecnologías e insumos para la salud. Las modificaciones que deben efectuarse al catálogo de servicios se abordaron en la *Recomendación 2*, sobre la cobertura universal. En cuanto al catálogo de insumos, las principales áreas de oportunidad se encuentran en el fortalecimiento e implementación del Compendio Nacional de Insumos, por lo que, se debe buscar:

1. Actualizar los reglamentos interiores y manuales de actualización de las comisiones del CSG para garantizar que en su elaboración participen expertos por área terapéutica y región

Dado el objetivo del CNI, se debe buscar que su contenido sea accesible y entendible para toda la población. Si bien el CNI no puede tener un diseño regionalizado, porque fragmentaría y diferenciaría la cobertura de distintos sectores de la población, sí se puede generar un documento mucho más amigable y entendible. Es decir, evitar que sólo sea una lista de claves útil para los procesos de compra y acercar el documento al personal de salud para la prescripción. De esta forma, se deben crear materiales de comunicación y distribución que permitan a la población usuaria y al personal de salud los alcances del instrumento.

2. Fortalecer y hacer eficientes los mecanismos de revisión de los insumos que entran al Compendio para permitir que se encuentren a la par del avance de la ciencia

Esto implica hacer más eficientes los mecanismos de revisión de los insumos que entran al compendio para permitir que se encuentren a la par del avance de la ciencia; asimismo, el proceso de incorporación al CNI deberá ser expedido con la finalidad de disminuir los tiempos de

acceso y no contemplar un segundo proceso, posterior al registro sanitario. Por lo anterior, se propone revisar qué insumos para la salud podrán ser incorporados de manera automática al Compendio para la obtención del registro sanitario. Para esto se requiere modificar el Reglamento de Insumos para la Salud, el cuerpo reglamentario del CNI, y añadir otras evaluaciones farmacoeconómicas a nivel de impacto presupuestal ampliado de las instituciones prestadoras, entre otros.

Asimismo, para que el Compendio sea un instrumento que favorezca la homogenización se debe trabajar por incrementar al alza la capacidad de compra de los subsistemas del SNS. Los mecanismos de inclusión de nuevos insumos deben estar basados en principios de eficiencia, calidad, costo-beneficio, equidad y solidaridad, para no dejar a nadie fuera.

3. Crear un plan de implementación institucional obligatorio que permita a los prestadores adaptar los planes de prescripción y guías de práctica clínica a los insumos más adecuados para el mercado y la población mexicana, con base en el estado de la ciencia a nivel internacional

Es necesario diseñar las estrategias para que el Compendio sea aceptado por las instituciones y que esto no implique un empeoramiento del tratamiento que ya proveen las mismas. Esto significa que el CNI debe contener insumos que permitan, como se dijo anteriormente, ir a la alza en la calidad de los tratamientos ofertados. Esta herramienta requiere la participación de las instituciones del SNS y la disposición de las mismas para su implementación. La LGS se debe reformar para garantizar la obligatoriedad del CNI. Es importante mencionar que esta propuesta sólo será posible si se aumenta la capacidad financiera, técnica y operativa de todos los subsistemas.

4.5. Recomendación 5: Mecanismos de compra, distribución y abasto

La disponibilidad de insumos para la salud en los puntos de entrega a la población o de uso en instituciones prestadoras está directamente relacionada con la adquisición de medicamentos. Aunque existan diferentes modelos y configuraciones de sistemas de salud, el desarrollo de estas actividades, por parte de la administración pública, es una actividad que se realiza en todos ellos. Son una herramienta tanto para el cumplimiento de las obligaciones del Estado, como para garantizar la prestación de servicios a la sociedad. Para su consecución es fundamental que, aunado a procesos administrativos que permitan asignar las tareas al o los mejores proveedores, existan elementos de planeación para estimar cuáles son las necesidades del sistema.

Como se mencionó en el apartado 2.5, en México, a partir de 2018, se realizaron modificaciones a los mecanismos de compra consolidada. La visión detrás de los cambios era eliminar la corrupción que se asociaba a las compras consolidadas y abrir el mercado a más participantes y, así, crear mejores condiciones para la compra. Sin embargo, la desorganización, la falta de experiencia y la ruptura de la cadena de abasto –en parte ocasionada por la pandemia; y por otra, por los cambios normativos– han dificultado que se cumplan los objetivos de la reforma. Por esta razón, es necesario explorar opciones que permitan retomar la experiencia de los órganos que realizaban las compras e incorporar las lecciones aprendidas a los objetivos de la presente administración.

Análisis comparativo: ¿cuáles son los procesos de compra, distribución y abasto en diferentes países?

El difícil equilibrio entre adquirir insumos que garanticen los mejores resultados en salud y obtener precios más bajos ha sido un reto en la mayoría de los países. Una de las razones es la falta de un conjunto estandarizado de criterios para el seguimiento y la evaluación de los procesos que promuevan la

transparencia, mejoren la gobernanza y aseguren que la población cuenta con los insumos suficientes para atender de la mejor manera sus necesidades de salud. Ya sea por medio de compras consolidadas o descentralizadas, los gobiernos deben crear mecanismos que garanticen no sólo el abastecimiento, sino que también permitan la vigilancia, entendida como la revisión del correcto manejo de los procesos y su apego a la normatividad. A continuación, se exploran los mecanismos de compra, distribución y abasto (*procurement mechanisms*) en dos países latinoamericanos.

Chile

El proceso de procuración de insumos en el sector público es complejo, tanto por la cantidad de actores involucrados en el requerimiento inicial, como por las distintas variables que intervienen en la decisión de compra. Se identifican al menos cuatro etapas en este proceso: 1) requerimiento inicial, 2) compra, 3) gestión de existencias y 4) utilización. En la primera etapa, el origen de los requerimientos determina qué se comprará, decisión que puede estar basada en la situación epidemiológica de la población asignada, en el historial de compras, en los criterios y requerimientos de los distintos profesionales involucrados en la prescripción de los productos, en contingencias, urgencias o presiones por parte de actores externos (como los grupos de pacientes).



Distribución de las compras

Según los datos del mercado público para 2018, las compras del sector salud en Chile se realizaron principalmente vía los hospitales (42%), los servicios de salud (37%) y la Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de los Servicios de Salud (CENABAST) (16%).

Fuente: Fundación Observatorio Fiscal (2019). "Las compras farmacéuticas del sector público en Chile". Disponible en: <https://observatoriofiscal.cl/archivos/documento/20191206215649076.pdf>.

Chile

La etapa de compra implica otras múltiples consideraciones, como la elección del mecanismo a través del cual canalizar la compra (CENABAST, licitación, convenio marco, trato directo) y la posibilidad de agregación de demanda con otros países de la región. Con relación a la gestión de existencias, su evaluación de eficiencia radica en el análisis de, por ejemplo, la disponibilidad o no de un sistema (registros de compras, entradas/ salidas, visualización de mermas) para estos fines, en la existencia de protocolos de revisión de sobre-stocks y déficits (que a su vez retroalimenten a las etapas anteriores del proceso) y en el control de las pérdidas. Finalmente, la cuarta etapa del proceso contempla el uso de los productos adquiridos y el control que se dé de esta utilización.

La decisión relativa a los medicamentos e insumos para la salud de los que dispondrá un establecimiento de salud para la atención de su población adscrita, es el llamado Arsenal Farmacológico. Cada hospital tiene la facultad de definir su arsenal farmacológico, siempre y cuando contenga los productos del Formulario Único Nacional. Éste es un listado de drogas científicamente escogidas, identificadas por su nombre genérico, y las formas farmacéuticas que correspondan para ser utilizadas con fines preventivos, de diagnóstico y terapéuticos.

Es importante mencionar que previo al proceso de compra, los proveedores tienen una participación activa en las fases previas. En tanto, el Gobierno realiza un periodo de consulta a los proveedores con el objetivo de obtener información sobre los precios, características de los bienes y cualquier otra que pueda resultar importante para la planeación de las licitaciones.

Fuente: Sugg, D. *et al.* (2017). "Análisis del Gasto y Mecanismos de Compra de Medicamentos del Sistema Nacional de Servicios de Salud". Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/598/articles-168764_doc_pdf.pdf.



Perú

Tiene tres procesos diferentes de procuración de insumos: compra nacional, compra institucional y compra corporativa. De éstos, la compra nacional y la corporativa son centralizadas y gestionadas por el Centro Nacional de Abastecimiento y Recursos Estratégicos (CENARES). Por su parte, la compra institucional es descentralizada y está al mando de la Dirección de Salud (DISA), la Dirección Regional de Salud (DIRESA), la Gerencia Regional de Salud (GIRESA) y los hospitales. Desde 2003, el Ministerio de Salud promovió la adquisición corporativa de medicamentos.

Ésta es una estrategia de economía a escala para consolidar la compra de un listado específico de insumos.

Cada año, la DISA, DIRESA, GIRESA y hospitales definen cuáles son sus necesidades, a partir de esta estimación se construyen los listados de abasto centralizado y descentralizado, así como la lista de intervenciones para la compra corporativa que puede contener productos de abastecimiento centralizado o descentralizado. La tabla 4.6 resume las diferencias entre los tres procesos.

Fuente: Ponce, C. (2017). "Sistema de Suministro de Medicamentos e insumos Médicos Gestión y Procesos". Disponible en: <https://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Acceso/URM/GestionURMTrabSalud/ReunionTecnica/VIII/D%C3%ACa1/SismedInsumoMedico.pdf>.



¡Ojo!

Este proceso ha probado su eficiencia y ha sido reconocido con el Premio de Buenas Prácticas en Gestión Pública en 2021 por la organización sin fines de lucro Ciudadanos al Día. Esta entidad ha desarrollado herramientas para la vigilancia y rendición de cuentas en aras de erradicar la corrupción.

Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (2021). "CENARES obtiene importante galardón". Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/cenares/noticias/498534-cenares-obtiene-importante-galardon>.

³⁰⁸ Ponce, C. (2017). "Sistema de suministro de medicamentos e insumos médicos. Gestión y procesos". <https://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Acceso/URM/GestionURMTrabSalud/Reunion-Tecnica/VIII/Dia1/SismedInsumoMedico.pdf>.

Tabla 4.6. Comparación de tipos de abastecimiento en Perú

Actividad	Centralizado	Descentralizado	Corporativa
Objeto	Los insumos para cubrir las necesidades de la estrategia sanitaria nacional. Es decir, programas de aplicación en todo el país, como vacunas.	Los medicamentos, dispositivos y demás insumos que se requieren para la atención de las personas usuarias que no estén incluidos en la lista de compras corporativas.	Los productos contenidos en la lista de intervenciones elaborada por el Ministerio de Salud.
Origen del presupuesto	Presupuesto del CENARES transferido por el Ministerio de Salud.	Recursos locales (DISA, DIRESA, GERESA, hospitales).	Recursos diferenciados, dependiendo si el producto proviene de la lista de necesidades centralizada o descentralizada.
Definición de necesidades y listado de productos	El Ministerio de Salud elabora un listado de medicamentos a partir de la estrategia sanitaria y las necesidades reportadas a nivel local (DISA, DIRESA, GERESA, hospitales).	DISA/DIRESA/GIRESA consolidan y validan las necesidades de toda su jurisdicción para elaborar el listado de productos descentralizado.	El Ministerio de Salud selecciona productos de la lista centralizada y descentralizada para definir aquellos que se adquirirán de forma consolidada.
Adquisición y abasto	Puede ser compra nacional o internacional. La nacional se realiza por CENARES y la internacional vía el organismo con el que se tenga convenio.	Compra local o institucional por DIRESA.	Compra corporativa realizada por CENARES.
Distribución	CENARES hacia almacenes regionales, salvo excepciones.	DISA/DIRESA/GERESA hacia redes de distribución.	CENARES hacia almacenes regionales, salvo excepciones.

Fuente: Elaboración propia con datos de Ponce, C. (2017). " Sistema de Suministro de Medicamentos e insumos Médicos Gestión y Procesos". Disponible en: <https://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/Uploaded/PDF/ Acceso/ URM/GestionURMTrabSalud/ReunionTecnica/VIII/D%C3%ACa1/SismedInsumoMedico.pdf>.

La entidad CENARES cuenta con plataformas especializadas para reportar a las personas y proveedores el estatus de los contratos. Entre éstos se puede mencionar: el Sistema Integrado de Suministro de Productos Farmacéuticos y Productos Sanitarios, que tiene un observatorio de disponibilidad de medicamentos y un observatorio de precios;³⁰⁹ el Sistema de Compras Centralizadas, en la que se puede consultar los costos de almacenamiento y transporte, los reportes semanales de stock por dependencia y producto y los contratos adjudicados,³¹⁰ y el Sistema de Compras Descentralizadas, donde se reportan los contratos y estatus de los procesos.³¹¹

Cuadro 4.2. Recomendaciones internacionales para las compras consolidadas

La OCDE, después de realizar un análisis comparativo, emitió en 2015 una serie de recomendaciones para fortalecer los procesos de compra pública, en general:

01

Asegurar un nivel adecuado de transparencia a lo largo de todas las fases del ciclo de la contratación pública. Principalmente mediante el libre acceso a la información de la compra en portales oficiales de internet, así como el garantizar la transparencia en el flujo de fondos públicos.

02

Conservar la integridad del sistema de contratación pública mediante normas generales y salvaguardas específicas por procesos de contratación. Es decir, establecer requisitos de control interno, medidas de aseguramiento de cumplimiento y programas anticorrupción.

03

Hacer accesibles las oportunidades de concurrir a la contratación pública a los potenciales competidores, sin importar su tamaño o volumen.

04

Fomentar una participación transparente y efectiva de las partes interesadas. Para esto es necesario entablar diálogos transparentes con los proveedores y con las asociaciones empresariales.

05

Desarrollar procedimientos que, satisfaciendo las necesidades de la administración pública y de los ciudadanos, impulsen la eficiencia a lo largo de todo el ciclo de la contratación pública.

³⁰⁹ Ministerio de Salud (Perú) (s.f.). "Sistema Integrado de Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos, y Productos Sanitarios". Disponible en: https://appsalud.minsa.gob.pe/portal_sismed/?op=4#publicaciones.

³¹⁰ CENARES (2020). "COMUNICADO N° 01-2020". Disponible en: <https://intranet.cenares.gob.pe/cenares/abastecimiento/abastecimiento/Default.aspx>.

³¹¹ CENARES (s.f.). "Portal de Compras Corporativas de Medicamentos". Disponible en: <https://intranet.cenares.gob.pe/DARES/ABASTECIMIENTO/COMPRAS/DefaultCorporativa.aspx>.

Cuadro 4.2. Recomendaciones internacionales para las compras consolidadas (continuación)

06

Mejorar el sistema de contratación pública mediante el aprovechamiento de las tecnologías digitales.

07

Disponer de un personal dedicado a la contratación pública con capacidad de aportar en todo momento.

08

Estimular mejoras en el rendimiento mediante la evaluación de la eficacia del sistema de contratación pública. Para ello es importante desarrollar indicadores de rendimiento, eficacia y ahorro.

09

Integrar estrategias de gestión de riesgos para la definición, detección y atenuación de éstos a lo largo del ciclo de compra.

10

Aplicar mecanismos de supervisión y control que favorezcan la rendición de cuentas.

Fuente: OECD (2015). "Recommendation of the Council on Public Procurement". Disponible en: <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0411>.

Recomendación: cambios normativos

Los mecanismos de compra, distribución y abasto fueron uno de los elementos del sistema que recibieron los cambios más radicales en la presente administración. La reforma se fundamentó en la corrupción que se había identificado en los distribuidores. La experiencia del Perú expone que es indispensable tener mecanismos que permitan la trazabilidad y la revisión de todas las etapas de adquisición, distribución y abasto. Además, el cambio abrupto entre un mecanismo y otro, sin lineamientos y objetivos claros, ha tenido como consecuencia el desabasto de insumos. De esta manera, el proceso de procuración de insumos, bajo el contexto actual, se debe fortalecer mediante:

1. Establecer un diálogo con el Gobierno, expertos y la industria, para la creación de un mecanismo eficiente

A partir de un diagnóstico robusto de los aciertos y errores de los modelos anteriores en materia de autorización, compra, distribución y

abasto, incluyendo los de la actual administración, se perfila adecuado analizar la concreción un nuevo diseño del mecanismo de compra, distribución y abasto que no elimine tajantemente herramientas y procesos que habían probado ser funcionales en el pasado. Este nuevo mecanismo puede recuperar el personal que realizaba las compras consolidadas en el IMSS, pero adjudicándose a un nuevo órgano, como en el caso del Perú. El nuevo órgano puede ser el INSA-BI, siempre que se acompañe de la regularización de las normas y lineamientos del instituto, y el esclarecimiento de su función en relación con el IMSS-Bienestar y los SESA. Además, diseñar e implementar nuevos controles en toda la cadena y medios de vigilancia.

2. Fortalecer los mecanismos de fiscalización de los recursos y procesos; es decir, del nivel administrativo y operativo en la atención médica para alcanzar el objetivo de disminuir la corrupción y aumentar la transparencia

Estos mecanismos deben prever un control de inventarios sistematizado y trazable, así como esquemas eficientes y responsivos a las necesidades de la población para realizar denuncias. Esto requiere de inversión en los sistemas de inventarios y la inclusión de nueva tecnología que lo permita. Por lo mismo, es importante desarrollar sistemas electrónicos de seguimiento (trazabilidad desde el fabricante hasta los almacenes, la distribución y las farmacias) para la estimación de necesidades regionales (estimación de demanda). Actualmente, el marco normativo de transparencia resulta inoperante para las compras vía organismos internacionales, y los medios de revisión y rendición de cuentas para compras nacionales han resultado insuficientes para reportar de forma transparente los resultados de todos los eslabones de la cadena. Además, se plantea que para la dispensación de medicamentos se instaure un mecanismo que recupere los principios de la torre de control que utiliza el IMSS para supervisar los medicamentos de alto costo y dosis unitarias. Aunque requiere de mayor planeación e inversión, la generación de un sistema digital de seguimiento y observación de contratos, precios y disponibilidad puede subsanar las ineficacias identificadas de malversación de fondos y ad-

judicaciones directas discrecionales. También es importante que esta herramienta no sea utilizada como una barrera al acceso de medicamentos o de contención administrativa del gasto.

4.6. Recomendación 6: Mecanismos de planeación e infraestructura

El desarrollo, apego y ejecución de planes sólidos, con indicadores y objetivos, es un prerrequisito para el éxito de la ejecución de las actividades del sistema. Los planes deben basarse en un análisis exhaustivo de la salud para poder responder a las necesidades poblacionales. Asimismo, el desarrollo de políticas públicas es esencial tanto para la aplicación como para la sostenibilidad de las intervenciones de salud pública. Los mecanismos de planeación deben publicarse para supervisar la aplicación de las políticas; evaluarlas, en relación con los objetivos originales para los que fueron desarrollados; y actualizarlos. En el sexenio 2018-2024 se identificó un atraso generalizado en la publicación de los documentos de planeación, así como en la normativa complementaria de las leyes reformadas. Esto obstaculiza la posibilidad de exigencia por parte de la población y la rendición de cuentas.

Análisis comparativo: ¿cómo planean otros países?



Chile

Todos los años, el Ministerio de Salud debe poner a disposición de los equipos gestores locales las "Orientaciones de Planificación y Programación en Red" para el año siguiente. El contenido de la planificación está guiado, principalmente, por los objetivos sanitarios de la década (OSD) y el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Además, se consideran otros factores como las características sociodemográficas de la población.



Chile

Asimismo, el Ministerio de Salud, entre sus funciones rectoras, establece la definición de los OSD, y la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los mismos, esto con el propósito de guiar el accionar del sector en beneficio de la salud de la población. La última versión de los OSD para el periodo 2011-2020 incluían:

- Mejorar la salud de la población,
- Disminuir las desigualdades en salud,
- Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud; y
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

En vista de la próxima década (2021-2030), y bajo el contexto actual, se tiene como prioridad trabajar en la coordinación intra e intersectorial, así como en la consecución de los determinantes sociales de la salud.

Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales (2022). "Orientaciones para la planificación y programación en red". Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf.



Inglaterra

En Inglaterra, la Ley de Gobierno Local y Participación Pública en la Salud (2007) especificó que las autoridades locales y los socios producen una Evaluación de Necesidades Estratégicas Conjuntas (ENCS) de la salud y el bienestar de la comunidad local. La evaluación de las necesidades es una herramienta esencial para que los comisionados informen sobre la planificación de los servicios y las estrategias de puesta en marcha. Los resultados de la ENCS deben informar una serie de planes locales.



Inglaterra

Las etapas de preparación de una ENCS incluyen:

- participación de las partes interesadas,
- participación de las comunidades,
- sugerencias sobre el calendario y la vinculación con otros planes estratégicos, y
- elaboración de un conjunto de datos básicos.

La ENCS proporciona un marco para examinar todos los factores que repercuten en la salud y el bienestar de las comunidades locales, incluidos el empleo, la educación, la vivienda y los factores medioambientales. Las autoridades locales pueden basarse en este conjunto de datos básicos, utilizando criterios claramente definidos, para seleccionar información adicional, de alta calidad y pertinente a nivel local, que proporcione una imagen clara de su zona.

Fuente: Department of Health (2013). "Guidance on Joint Strategic Needs Assessment". Disponible en: <https://bit.ly/3SQxNz>.



Indonesia

El Plan Estratégico del Ministerio de Salud es un documento estatal que regula los esfuerzos en el desarrollo de la salud. Con éste, se elaboran programas/actividades, indicadores, objetivos, así como la financiación y sus marcos de regulación. La Ley número 25/2004, sobre el sistema de planificación del desarrollo nacional, obliga a los ministerios y organismos a formular el plan estratégico para periodos de cinco años. El Plan Estratégico del Ministerio de Salud se utiliza como referencia en la planificación y ejecución del desarrollo de la salud y se aplica a todas las partes interesadas del sector en los niveles central y regional, incluidos los apoyos intersectoriales y del sector empresarial. Además, de este plan se desprenden dos documentos: el Plan de Programas de acción y el Plan de Actividades, con la misma duración.

Fuente: Ministry of Health (2015). "Strategic Planning Ministry of Health 2019". Disponible en: <https://bit.ly/3zSxSLd>.

Recomendaciones: cambios normativos

En México existe un retraso en la publicación de los instrumentos de política pública y planeación del sector. La importancia de los instrumentos radica en su papel en la rendición de cuentas y la asignación presupuestaria. Es decir, estos documentos son la base de la administración pública. Además, no es claro bajo qué estándares se está realizando la planeación. Por lo mismo, se deben implementar acciones para consolidar metas a corto y mediano plazo que permitan satisfacer las necesidades inmediatas en salud de la población, bajo la visión de objetivos generales a largo plazo que permitan la construcción de un SNS sostenible:

1. Fortalecer a las entidades federativas en lo referente a la capacidad de diagnóstico, seguimiento, diseño e implementación de programas propios en los estados

Ante la pérdida de rectoría de la Federación y la transición continua al IMSS-Bienestar, las entidades deberán buscar mejorar sus mecanismos internos de autogestión en salud para generar programas locales enfocados en los problemas de salud de su población. A partir de la transición de las administraciones locales en 15 entidades federativas en 2021, se observa voluntad política para elaborar nuevas políticas y actualizar las estrategias en salud. Además, ante el incremento del gasto que han recibido las entidades, entregado por el INSABI, para atender el primer nivel, es necesario fortalecer los programas e instrumentos mecanismos de seguimiento de los mismos.

2. Realizar una evaluación de la situación actual del SNS con base en indicadores de interés para las características concretas del sistema mexicano y la población

Esto con la finalidad de hacer una identificación eficiente de las áreas de oportunidad que presenta el SNS. En consecuencia, se deben implementar y adecuar los indicadores internacionales a la situación del país.

3. Modernizar la infraestructura del SNS a nivel administrativo y operacional

La implementación de esta propuesta tiene la finalidad de poder aplicar mecanismos que permitan la interoperabilidad tecnológica y el intercambio de los servicios. La utilización de tecnología digital para la colaboración y comunicación entre instituciones depende de la suficiencia de inversión para su implementación en el mediano plazo y puede impactar positivamente la planeación de todo el sistema.

*4. Crear un programa nacional de salud transexenal e interinstitucional en el que se establezcan estrategias y acciones concretas que se desarrollen desde distintos sectores e instituciones (salud en todas las políticas)**

Este plan debe involucrar la coordinación de sectores como el educativo, cultural, bienestar, entre otros. En el mismo marco, hacer una planeación interinstitucional del SNS que permita identificar, en función de la demanda, cuáles son las necesidades de cada subsistema. La creación de un plan nacional de salud implica la convergencia de distintas fuerzas políticas. No sólo es necesario que se reforme el artículo 26 constitucional para permitir un plan decenal que no se circunscriba a un sólo sexenio y, por consiguiente, a un PND específico, también se debe reformar la Ley de Planeación, y se requiere voluntad política para construir un foro en el que participen miembros de los diferentes partidos, la sociedad civil y entidades para diseñar las reglas claras y objetivos a largo plazo.

*Esta propuesta retoma la idea desarrollada por Frenk, J. y Gómez, O. (2021). "Salud: es tiempo de corregir el rumbo". Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=60158>.

4.7. Recomendación 7: Federalismo

Así como la mayoría de los países tienen distintos modelos de gobierno, los sistemas de salud requieren de la intervención de distintos niveles de gobierno que permitan la adecuada provisión de los servicios. Desde un ente rector hasta clínicas que promuevan y otorguen los servicios, todos los ór-

denes de gobierno e instituciones cumplen funciones específicas para consolidar el sistema de salud.

En el caso mexicano, los tres órdenes de gobierno normativamente comparten y se distribuyen las responsabilidades en materia de salud. Además, existen instituciones a nivel federal que operan en todo el territorio, como el IMSS. El gobierno en turno ha realizado cambios normativos que centralizan la función gestora y de prestación de servicios de salud. Estos cambios impactan a todo el SNS, sin embargo, son más centralizadores en lo que respecta al régimen de protección en salud de la población sin seguridad social de los estados. El análisis efectuado en el capítulo 2 esboza los retos que puede suponer esta centralización, por lo mismo, en este apartado se exponen algunas recomendaciones que pueden implementarse para fortalecer la estructura actual.

Análisis comparativo: federalismo en otros países



Canadá

Así como el modelo de gobierno establecido en la Constitución, las responsabilidades y facultades están divididas entre la Federación, las provincias y los territorios gubernamentales. Los gobiernos provinciales y territoriales son los principales responsables de la prestación de servicios sanitarios y otros servicios sociales. El Gobierno federal también es responsable de la prestación de algunos servicios para ciertos grupos de personas.³¹²

Las funciones del Gobierno federal en materia de salud incluyen el establecimiento y la administración de los principios nacionales del sistema en virtud de la Ley de Salud de Canadá; el apoyo financiero a las provincias y territorios, y los servicios complementarios a determinados grupos.

³¹² Tikkanen, R. et al. (2020). *International Health Care System Profiles, Canada*. The Commonwealth Fund. Disponible en: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf.



Canadá

Estos grupos incluyen: los habitantes de las *primeras naciones* que viven en las reservas; los inuit; los miembros en activo de las Fuerzas Armadas canadienses; los veteranos; los reclusos de los centros penitenciarios federales; y algunos grupos de solicitantes de refugio.

La Ley de Salud de Canadá establece los criterios y condiciones de los planes de seguro médico que deben implementar las provincias y territorios para poder recibir la totalidad de las transferencias monetarias federales. Asimismo, están obligados a proporcionar un acceso razonable a los servicios hospitalarios y medicamentos necesarios para los tratamientos cubiertos. La ley también obliga al no cobro de tarifas de usuario.³¹³ El Gobierno federal proporciona transferencias en dinero a las provincias y territorios. La Federación también proporciona pagos de igualación a las provincias menos prósperas y financiación específica a los territorios. Además, es responsable de la protección y regulación de la salud (por ejemplo, la regulación de los productos farmacéuticos, los alimentos y los dispositivos médicos), la seguridad del consumidor y la vigilancia y prevención de enfermedades.³¹⁴

Las provincias y los territorios administran y prestan la mayor parte de los servicios sanitarios de Canadá. Todos los planes de seguro de salud locales cubren los servicios hospitalarios y médicos necesarios que se prestan sobre una base de prepago, sin cargos directos en el punto de servicio. Los gobiernos provinciales y territoriales financian estos servicios con la ayuda de transferencias federales.³¹⁵ Las funciones de los gobiernos provinciales y territoriales en la asistencia sanitaria incluyen:

³¹³ Ministry of Health (2021). "Canada Health Act Annual Report 2019-2020". Disponible en: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2019-2020/canada-health-act-annual-report-2019-2020-eng.pdf>.

³¹⁴ *Idem*.

³¹⁵ Martin, D. *et al.* (2018). "Canada's universal health-care system: achieving its potential". *Lancet*. vol. 391, 10131 (2018), pp. 1718-1735. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29483027/>.



Canadá

1. la administración de sus planes de seguro médico,
2. la planificación y financiación de la asistencia en hospitales y otros centros sanitarios,
3. los servicios prestados por los médicos y otros profesionales de la salud,
4. planificación y ejecución de iniciativas de promoción de la salud y de salud pública; y
5. la negociación de las tarifas con los profesionales de la salud.



Australia

Tres niveles de gobierno comparten responsabilidades en la prestación de los servicios de salud: el Gobierno federal, los estados y territorios, y los gobiernos locales. El Gobierno federal financia y apoya indirectamente la atención hospitalaria y ambulatoria a través del Régimen de Prestaciones de Medicare, así como los medicamentos recetados a las y los pacientes ambulatorios a través del Régimen de Prestaciones Farmacéuticas. El Gobierno federal también es responsable de regular los seguros de salud privados, los productos farmacéuticos y los bienes terapéuticos; sin embargo, tiene un papel limitado en la prestación directa de servicios.³¹⁶

Los estados poseen y gestionan la prestación de servicios de los hospitales públicos, las ambulancias, la atención dental pública, la salud comunitaria (atención primaria y preventiva), y la atención de salud mental. Aportan su propia financiación, además de la proporcionada por el Gobierno federal. Los estados también son responsables de regular los hospitales privados, la ubicación de las farmacias y el personal sanitario.

³¹⁶ Australian Government-Department of Health (2019). "The Australian Health System". Disponible en: <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>.



Australia

Por su parte, los gobiernos locales desempeñan un papel en la prestación de programas de salud comunitaria y de salud preventiva, como la vacunación y la regulación de las normas alimentarias.³¹⁷

A nivel federal, la colaboración intergubernamental y la toma de decisiones se producen vía el Consejo de Gobiernos Australianos (COAG), con representación del primer ministro y los primeros ministros de cada estado. El COAG se centra en las cuestiones más prioritarias, como los principales debates sobre financiación y el intercambio de funciones y responsabilidades entre los gobiernos. El Consejo de Salud del COAG se encarga de cuestiones políticas más detalladas y cuenta con el apoyo del Consejo Asesor del ministro de Sanidad australiano.³¹⁸

Figura 4.1. Principales roles del Gobierno en el sistema australiano

Gobierno federal	Estados y territorios	Gobiernos locales
<ul style="list-style-type: none"> Establecer las políticas nacionales; Es responsable de Medicare; Financia los productos farmacéuticos; Es uno de los principales financiadores de la investigación médica y sanitaria, y Regular productos farmacéuticos y dispositivos médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestionan hospitales públicos; Responsables de la atención primaria y la atención comunitaria; Prestan servicios preventivos, y Responsables de los servicios ambulatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> Prestan servicios relacionados con la salud ambiental (como la eliminación de residuos); Prestan algunos servicios domiciliarios y de apoyo, y Realizan actividades de promoción de la salud.

Fuente: Adaptado de AIHW (2016). "Australia's health 2016". *Australian Government*. Disponible en: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2016/contents/chapter-2-australias-health-system>.

³¹⁷ AIHW, A. (2016). "Australia's health 2016". *Australian Government*. series núm. 15. Disponible en: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2016/contents/chapter-2-australias-health-system>.

³¹⁸ Tikkanen, R. et al. (2020). *International Health Care System Profiles: Canada*, op. cit.



Brasil

Tiene un sistema descentralizado en el que participan la Federación, los estados y los municipios. El Ministerio de Salud es el responsable de la coordinación de todo el Sistema Único de Salud y entre sus facultades están el desarrollo de políticas, la planeación, financiamiento y auditoría. La administración y provisión de los servicios la realizan principalmente los estados o los municipios. Además, los gobiernos estatales tienen funciones adicionales como la gobernanza regional, la coordinación estratégica de programas y la provisión de servicios especializados que no se han asignado a los gobiernos municipales. Los gobiernos municipales, por su parte, se encargan de la coordinación local del sistema, la provisión del listado municipal de medicamentos, y el otorgamiento y contratación de los servicios de salud, mismos que pueden ser públicos o privados.³¹⁹



¡Ojo!

La participación de la comunidad en el sistema de salud pública está garantizada por la Constitución en todos los niveles de gobierno. Los consejos y conferencias de salud están compuestos por 50% de miembros de la comunidad, 25% de proveedores y 25% de gestores del sistema sanitario. Estos consejos y conferencias se encargan de deliberar las políticas de salud pública y supervisar su aplicación.

Brasil tiene dos herramientas de planeación y gestión conjunta denominadas Comité Tripartito, entre los tres órdenes de gobierno, y el Comité Bipartito, entre el gobierno estatal y municipal. Éstas fueron creadas con el propósito de formalizar las decisiones intergubernamentales para la implementación de políticas de todo el sistema de salud. Estos comités se iniciaron desde la década de los noventa y se estipularon en regulaciones directas de los ministerios de salud.

³¹⁹ Tikkanen, R. et al. (2020). *International Health Care System Profiles*. Brasil, The Commonwealth Fund. Disponible en: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf.



Brasil

El principal objetivo del Comité es regular todos los aspectos operativos del proceso de descentralización de la política sanitaria y se definen como ámbitos en los que los gestores sanitarios de los tres niveles de gobierno pueden discutir, negociar y acordar decisiones.

El Comité Tripartito cuenta con 15 miembros permanentes. Cinco son nombrados por el ministro de Salud, cinco por la Dirección Nacional Conjunta, que representa a la Agencia Estatal de Gestión Sanitaria (CONASS), y cinco por la Dirección Nacional Conjunta, que representa a todas las agencias municipales de gestión sanitaria (CONASEMS). La composición y la distribución de los representantes de los organismos estatales y municipales de gestión sanitaria en el Comité Tripartito se basan en criterios geográficos y abarcan las cinco grandes regiones de Brasil.³²⁰

Recomendaciones: modificaciones normativas

En México, aunque desde la década de los ochenta se realizaron esfuerzos para lograr la descentralización, la tendencia actual del Gobierno es virar hacia la centralización, sobre todo en lo concerniente a la atención de la población sin seguridad social. Es muy fácil argumentar el regreso a un esquema descentralizado; sin embargo, dados los costos de transición e implementación, es deseable empezar desde donde se encuentra el sistema. De esta forma, el SNS podría fortalecerse, a partir del modelo de gobierno, con el desarrollo de las siguientes propuestas:

³²⁰ Miranda, A. S. (2007). "Intergovernmental health policy decisions in Brazil: cooperation strategies for political mediation". *Health Policy and Planning*. vol. 22, Issue 3, pp. 186-192. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapol/article/22/3/186/631740>.

1. Implementar mecanismos de colaboración entre los distintos órdenes de gobierno (Federación, entidades federativas y municipios)

Los mecanismos de coordinación deben pensarse para la elaboración de políticas nacionales y regionales que permitan la participación conjunta, a partir de la identificación de las necesidades y la priorización de padecimientos. De esta manera, se pretende fortalecer la coordinación y colaboración entre los miembros del SNS.

Un ejemplo de mecanismos que se pueden implementar para esta priorización, es la decisión colegiada a partir de la creación de Comités Estatales de Salud y Bienestar (CESABI) que incluyan a todos los sectores y tengan como principal función el análisis de necesidades regionales y la creación de políticas encaminadas a las mismas. Esta idea puede partir de las redes integradas que contempla la regulación del INSABI y, ahora en desuso, modelo APSI-MX. Esta práctica es similar a los comités tripartitos y bipartitos que guían la toma de decisiones en Brasil.

2. Crear congregados de municipios donde se fortalezca la inversión en intervenciones exitosas por determinante social de la salud

La idea es retornar a un programa de municipios por la salud en el que se establezcan reglas de operación propias. El financiamiento de estos programas sería a partir del destino de partidas presupuestales estatales y complementarias federales a acciones conjuntas para atender problemas de salud similares.

En el mismo sentido, es importante fortalecer las facultades en materia sanitaria de los municipios y diseñar para todo el SNS programas y políticas de salud comunitaria basadas en las redes integradas de servicios, los distritos de salud, y un componente de operación municipal. Los programas y políticas tendrían como objetivos los necesarios para fortalecer la prestación de servicios de salud individual para pequeñas regiones. De tal manera que cada municipio pudiera hacerse cargo de un número determinado de centros y casas de salud. Con esta implementación se podrían cubrir las necesidades de salud menos complejas, atender de manera eficiente programas de salud pú-

blica (i. e., deschatarrización) y específicas de las regiones al dar seguimiento a los padecimientos de primer nivel de esa población de manera coordinada con las entidades. De manera adicional, fomentar la colaboración de los municipios permitiría el mantenimiento sostenido de la infraestructura. Para identificar las necesidades, se deberá realizar un análisis de mortalidad prematura y discapacidad que incluya indicadores a nivel federal, estatal y municipal. Asimismo, es necesario fortalecer los mecanismos de fiscalización, coordinación y rendición de cuentas de los municipios, y determinar la relación que sostendrán los congregados con la institución federal prevista para la atención de la población sin seguridad social.

La propuesta está dirigida a que los gobiernos municipales puedan diseñar estrategias junto con los gobiernos estatales para que aprovechen la estructura y cercanía que tienen con sus comunidades y con otros municipios. Esta idea no es ajena a la administración pública, el artículo 115 constitucional establece la posibilidad de que se coordinen y asocien para la más eficaz prestación de los servicios públicos o el mejor ejercicio de las acciones que le corresponden.³²¹ De esta forma, la propuesta recupera este principio de coordinación que puede ser fácilmente implementada en las acciones de salud pública. Asimismo, puede ser complementaria a la propuesta de redes integradas de servicios y distritos de salud, las cuales fortalecen la prestación de servicios de salud individuales.

El diseño de una política enfocada en la comunidad es viable bajo la administración actual. Uno de los ejes señalados en el Programa Sectorial de Salud es la atención primaria y los modelos preventivos.³²² Para lograrlo, será necesario revisar los acuerdos de coordinación de la Federación (INSABI-AFASPE) con las secretarías de salud y los presupuestos estatales en salud. El Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE) es un "mecanismo para transferir recursos financieros e insumos desde la SS a los SESA,

³²¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). "Artículo 115".

³²² Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2019). "Objetivo Prioritario 2".

a través de la firma de un acuerdo marco".³²³ La implementación de esta propuesta puede partir con la consolidación de las jurisdicciones sanitarias, implementadas por el Modelo SABI.³²⁴ Estas jurisdicciones son órganos subestatales de gestión técnica y administrativa de los servicios de salud.³²⁵ De acuerdo con la normatividad, su función es la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de servicios de salud de primer y segundo nivel.³²⁶

- *Buscar un equilibrio entre el modelo centralizado y el descentralizado de distribución de competencias en salud*

Revisitar las funciones que debe realizar la Federación, como la vigilancia epidemiológica, e identificar las que pueden realizar las entidades, como la creación de programas locales. Lo anterior, por medio del trabajo conjunto con la Federación y las entidades en la identificación normativa y operativa de las facultades y mediante el fortalecimiento de la comunicación entre Federación y entidades para que estas últimas sepan qué y cómo realizarlo. La experiencia internacional (Australia y Canadá) ejemplifica la importancia de la distribución de competencias y el tipo de funciones que cada uno de los órdenes de gobierno debe sostener. Es importante que la Federación, en la medida de lo posible, se mantenga al margen de la provisión de servicios y genere política de coordinación efectiva. En el caso del IMSS-Bienestar, se debe buscar que los SESA no sean relegados en la distribución de competencias, ya que su cercanía con la población y experiencia en la provisión de servicios es fundamental para la continuidad de la atención.

³²³ Freyermuth Enciso, M. G., Sánchez Pérez, H. J. and Argüello Avendaño, H. E. (2014). "Transparencia y rendición de cuentas en salud materna: el caso del AFASPE en chiapas". *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 9(17), p. 79. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-41152014000100079#:~:text=El%20AFASPE%20es%20un%20mecanismo,firmade%20un%20acuerdo%20marco.

³²⁴ INSABI (2021). *Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud*, pp. 64. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf.

³²⁵ *Idem*.

³²⁶ *Idem*.

Conclusiones. Reflexiones finales

La fragmentación del sistema y el marco legal del modelo de prestación de servicios siempre han sido una de las principales limitantes del SNS para garantizar el derecho a la protección de la salud. Mientras se tenga una diferenciación en la cobertura por tipo de institución y condición laboral no se podrá alcanzar un sistema universal e integral. Aunque se han realizado esfuerzos para regular la atención de la población sin seguridad social, ésta sigue siendo deficiente. Persisten obstáculos como la desarticulación institucional; la desorganización en las compras, distribución y abasto; la falta de incentivos para generar programas enfocados en problemas de salud específicos, y la insuficiencia de recursos financieros, materiales y humanos, así como problemas derivados de debilidades estructurales y deficiencias heredadas de administraciones anteriores.

Avanzar hacia la cobertura universal y en la mejora de la calidad de los servicios requiere más que sólo decretar que todos los servicios y medicamentos serán gratuitos, se tienen que diseñar políticas y estrategias que permitan la cobertura efectiva de toda la población, bajo las capacidades actuales y futuras del SNS. Además, estas políticas tienen que enfocarse en toda la población y no dejar a las y los derechohabientes en el olvido. Mientras no se incremente el gasto público en salud y existan herramientas que aseguren la eficiencia y transparencia en su ejecución, será muy difícil consolidar un esquema sostenible y responsivo a las necesidades de la población a corto, mediano y largo plazo. La cobertura no puede verse sólo como la cantidad de personas afiliadas, se debe hacer un análisis sobre las fuentes de financiamiento necesarias y los servicios que el sistema puede cubrir para garantizar la sostenibilidad del sistema, y la protección efectiva de las personas usuarias y sus familias.

Para que las reformas cumplan sus objetivos, es imperante que se diseñe un paquete de beneficios accesible para todas y todos, y que asegure la calidad, efectividad, pertinencia y oportunidad de los servicios de la salud. Asimismo, la consolidación de un proceso de compra, distribución y abasto eficiente es un factor fundamental para garantizar que la atención ofrecida sea integral y preventiva. En consecuencia, es necesario retomar lo mejor de las experiencias previas y generar mecanismos que integren tanto los aciertos, como las lecciones aprendidas en los últimos años. Los procesos de compra a través de los organismos internacionales no han tenido resultados prometedores. Por ello se debe repensar la participación de estos organismos e instituciones nacionales que no tienen experiencia en la compra de insumos para la salud.

El fortalecimiento de la rectoría de la ss es otra área del sistema que debe ser explorada. Aunque se centralizaron algunos de los procesos, la rectoría se vio debilitada por la reestructuración de la ss y los entes regulatorios. Se deben buscar medidas para robustecer la coordinación entre los distintos órdenes de gobierno e instituciones. Además, hay que implementar instrumentos de vigilancia, transparencia y rendición de cuentas que permitan tener una trazabilidad de los procesos y políticas implementadas, con lo que se logre evitar la corrupción en todos los eslabones de la cadena.

México se encuentra en un punto determinante para generar un sistema que sea sostenible a largo plazo. Así como existen retos, hay vías que pueden tomarse para mejorar el sistema y garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la población. Se debe abrir un diálogo para definir dónde se quiere llegar y cuáles son las estrategias para lograrlo paulatinamente. Un nuevo modelo requiere cambios jurídicos, laborales, presupuestales y operativos. Es necesario continuar en la mejora de las capacidades técnicas, de la atención de la salud, así como la disponibilidad de medicamentos, y la equidad e igualdad sustantiva de toda la población.

Bibliografía

- "Acuerdo Marco entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y la UNOPS (2020)". Disponible en: <https://transparencia.sre.gob>.
- Aguilera, X. *et al.* (2019). "Estructura y funcionamiento del Sistema de Salud chileno". *Serie de Salud Poblacional* N° 2. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>.
- AIHW (2016). "Australia's health 2016". *Australian Government*. Series núm.15. Canberra: AIHW. Disponible en: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2016/contents/chapter-2-australias-health-system>.
- Alliance for Health Policy and Systems Research-who (2009). "Systems Thinking for Health Systems Strengthening". Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895_eng.pdf;jsessionid=C6B4FD203D8738F5B-D82A5C10DA0541A?sequence=1.
- Arredondo, A. (2001). "Federalismo y Salud: Estudio de Caso sobre el Sistema de Salud Mexicano". *Forum of Federations*. Disponible en: <https://forumfed.org/wp-content/uploads/2016/03/120-HPFE110-mx-arredondo-s.pdf>.
- Auditoría Superior de la Federación (2018). "Informe simplificado del Sistema de Entrega de Informes Individuales". *Protección Social en Salud*. Disponible en: https://www.asf.gob.mx/Section/58_Informes_de_auditoria.
- Auraen, A. *et al.* (2016). "How OECD health systems define the range of good and services to be financed collectively". *Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD)*. Disponible en: <https://bit.ly/3AdT62G>.
- AUSTRALIA-WHO (2017). "Country Cooperation Strategy 2018-2022". Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1096344/retrieve#:~:text=This%20Australia%E2%80%93WHO%20Country%20Cooperation,have%20on%20priority%20health%20issues>.
- Australian Government-Department of Health (2019). "The Australian Health System". Disponible en: <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. y Manuel, A. (2011). "Sistema de salud de Chile". *Salud Pública de México*. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009.

- Becerril, V. et al. (2011). "Sistema de salud de Brasil". *Salud Pública de México*. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s120-s131/es>.
- Beltrones, S. (2021). "Proposición con punto de acuerdo que exhorta a la SSA, la SHCP y el INSABI a remitir un informe detallado". Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/02/asun_4137946_20210211_1613071340.pdf.
- BID (2014). "Nota técnica # IDB-TN-714". Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Conceptos-generales-y-modelos-Serie-de-notas-t%C3%A9cnicas-sobre--asociaciones-p%C3%BAblicas-privadas-en-el-sector-de-la-salud-de-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>.
- CABRI (2015). "Background Paper Universal Health Coverage (UHC)-Magic Cube Or Pandora's Box?". Disponible en: https://www.cabrisbo.org/uploads/files/Documents/seminar_paper_2015_cabri_value_for_money_health_english_2.1cabri_universal_health_coverage_engl.pdf.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2019). "Lista Oficial de Medicamentos y Normativa". Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/lom2014.pdf>
- Calderón Hinojosa, F. (2009). "Reglamento Interior Del Consejo De Salubridad General". DOF. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/Reglamento_Interior_del_CSG-2013.pdf.
- CANIFARMA (2020). "Presupuesto público para salud 2021". Código F. Disponible en: <https://codigof.mx/presupuesto-publico-para-salud-2021/>.
- _____ (2020). "Comunicado de Prensa, julio 2020". Disponible en: https://www.canifarma.org.mx/uploads/descargables/Comunicado_19_07_20.pdf.
- Carbonell, M. (2003). "El federalismo en México: principios generales y distribución de competencias". Disponible en: <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/dconstla/cont/2003/pr/pr21.pdf>.
- Castañeda, A. y Méndez, J. (2021). *Los reportes de desabasto de medicamentos crecen durante 2020*. Editorial Criterio. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/nuestras-voces/los-reportes-de-desabasto-de-medicamentos-crecen-durante-2020/>.
- CENARES (2020). "COMUNICADO N° 01-2020". Disponible en: <https://intranet.cenares.gob.pe/cenares/abas-tecimiento/abastecimiento/Default.aspx>.
- _____ (s. f.). "Portal de Compras Corporativas de Medicamentos". Disponible en: <https://intranet.cenares.gob.pe/DARES/ABASTECIMIENTO/COMPRAS/Default-Corporativa.aspx>.
- Centro de Estudio de las Finanzas Públicas (2009). "El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a dos años de la reforma". Disponible en: <https://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/2009/cefp0482009.pdf>.

- _____ (2016). "Diseño de PPS de hospitales públicos en México, Programa para el Impulso de Asociaciones Público-Privadas en Estados Mexicanos (PIAPPEM)". Disponible en: <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/documento/2016/junio/eecefp0032016.pdf>.
- Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (2021). "CENARES obtiene importante galardón". Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/cenares/noticias/498534-cenares-obtiene-importante-galardon>.
- Charvel, Sofía et al. (2018). "Challenges in Priority Setting from a Legal Perspective in Brazil, Costa Rica, Chile, and Mexico". *Health And Human Rights*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6039745/>.
- CIEP (2018). "Derecho Universal a la Salud en México: análisis de cobertura y costos". Disponible en: <https://ciep.mx/derecho-universal-a-la-salud-en-mexico-analisis-de-cobertura-y-costos/>
- _____ (2022). "Hilo sobre análisis en Salud". *Twitter*. Disponible en: <https://twitter.com/ciepmx/status/1521590879487676421>.
- Colchero, M. A. et al. (2020). "Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018", *Salud Pública de México*, 62(6), doi: 10.21149/11547.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019). "¿Qué es el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos?". Disponible en: <http://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/que-es-el-fondo-de-proteccion-contra-gastos-catastroficos>.
- _____ (2019). "Fondo de protección contra gastos catastróficos". Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/fondo-de-proteccion-contra-gastos-catastroficos>.
- _____ (2019). "CAUSES 2019". Disponible en: <https://bit.ly/3PfoOAT>.
- _____ (2019). "Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud". Disponible en: http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf.
- CONEVAL (2016). "Evaluación integral del desempeño de los programas federales de apoyo a la infraestructura". Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IET/Paginas/Evaluaciones-Integrales-2014-2015.aspx>.
- _____ (s. f.). "Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI Antecedentes". Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf.
- _____ (s. f.). "Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI". Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf.

- Congreso de la Unión (2020). "DECRETO por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos". *DOF*. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0.
- Consejo de Salubridad General (2009). "Acuerdo por el que se establece que la plataforma electrónica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica será la única para concentrar toda la información sobre la evolución de la epidemia de influenza humana AH1N1". *DOF*. Disponible en: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normativi-dad/normatividad/48.ACUERDO.pdf>.
- _____ (2020). "Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-COV-2 (covid-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia". *DOF*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020.
- _____ (2020). "Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconocela epidemia de enfermedad por el virus SARS-COV-2 (covid-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia". *DOF*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020#gsc.tab=0.
- Constitución Política de la República de Chile (1980). "Derecho a la protección de la salud. Artículo 19". Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_chile.pdf.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>.
- Cortés Alcalá, R., Gómez Torres, R., Alba Ricaño, X. (2021). "Política nacional rectora de vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la covid-19". *Documento rector*. Versión 4.0. México. Disponible en: coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf.
- Donabedian, A. (2001). "Evaluación de la calidad de la atención médica". *Revista Calidad Asistencial*. Disponible en: <https://bit.ly/3Aba6qe>.
- "DECRETO por el que se adiciona un párrafo quinto al artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (2020)". *DOF*. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598205&fecha=11/08/2020#gsc.tab=0.
- "DECRETO por el que se adiciona un párrafo segundo al artículo 77 bis 17 y se reforma el párrafo segundo del artículo 77 bis 29 de la Ley General de Salud (2020)". *DOF*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5606845&fecha=04/12/2020#gsc.tab=0.

- “DECRETO por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (2001)”. *DOF*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=762924&-fecha=05/07/2001#gsc.tab=0.
- “DECRETO por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican (2020)”. *DOF*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592205&fecha=23/04/2020#gsc.tab=0.
- “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 (2019)”. *DOF*. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref116_29nov19.pdf.
- “DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (2018)”. *DOF*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5545331&-fecha=30/11/2018#gsc.tab=0.
- Deloitte (2020). “Impuestos y servicios legales Flash Fiscal 16/2020”. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/mx/es/pages/tax/articulos/apoyos-estimulos-fiscales-otorgados-por-estados-por-COVID19.html>.
- Department of Health (2013). “Guidance on Joint Strategic Needs Assessment”. Disponible en: <https://bit.ly/3SQxNez>.
- Dirección General de Información en Salud (2000-2019). “Cuentas Nacionales de Salud”. Disponibles en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/subsistema-de-cuentas-en-salud-sicuentas>.
- _____ (2017). “Datos abiertos en Salud: egresos hospitalarios del sector público”. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_egresoshosp_gobmx.html.
- _____ (2020). “Cuentas Nacionales de Salud”. Disponible en: <https://www.cuenta-publica.hacienda.gob.mx/es/CP/2020>.
- _____ (2021). “Base de datos de CLUES. Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)”. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/>.
- _____ (2022). “Datos abiertos, egresos hospitalarios de la SSA y los SESA, México 2004-2019”. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_egresoshosp_gobmx.html.
- Ebrard, M. (2022). “México y Guatemala, pueblos hermanos. Inicia programa sembrando vida en Chimaltenango”. *Twitter*. Disponible en: <https://bit.ly/3JRgvde>.
- El Economista* (2020). “Secretaría de Salud confirma el primer caso de coronavirus en México”. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Secretaria-de-Salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-Mexico-20200228-0061.html>.

- Expansión Política (2022). "Zoé Robledo: IMSS-Bienestar no sustituye al Insabi sino a los sistemas de salud". Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2022/05/05/zoe-robledo-imss-bienestar-no-sustituye-al-insabi>.
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P. y García-Saisó, S. (2015). "Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud", *Salud Pública de México*, 57(2), p. 180. doi: 10.21149/spm.v57i2.7415.
- Fernández Ruiz, J. (1997). "Capítulo III. Descentralización administrativa". *Panorama del derecho mexicano. Derecho administrativo*, pp. 35. En físico
- Forbes (2020). "México: epicentro de la industria farmacéutica en América Latina". Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/mexico-epicentro-de-la-industria-farmaceutica-en-america-latina/>.
- Frenk, J. y Gómez, O. (2008). *Para entender el sistema de salud de México*. Nostra Ediciones. En físico
- _____ (2021). "Salud: es tiempo de corregir el rumbo". Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=60158>.
- Freyermuth Enciso, M. G., Sánchez Pérez, H. J. y Argüello Avendaño, H. E. (2014). "Transparencia y rendición de cuentas en salud materna: el caso del afaspe en chiapas". *Revista Pueblos y Fronteras Digital*. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S1870-41152014000100079#:~:text=El%20AFASPE%20es%20un%20mecanismo,firma%20de%20un%20acuerdo%20marco.
- Fundación Carlos Slim (2020). "AstraZeneca announce agreement with Carlos Slim Foundation to supply COVID-19 vaccine to Latin America". Disponible en: <https://fundacioncarlosslim.org/english/astrazeneca-announces-agreement-with-carlos-slim-foundation-to-supply-covid-19-vaccine-to-latin-america/>.
- Fundación Observatorio Fiscal (2019). "Las compras farmacéuticas del sector público en Chile". Disponible en: <https://observatoriofiscal.cl/archivos/documento/20191206215649076.pdf>.
- Gálvez González, A., González López, R. et al. (2018). "Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la Salud Universal". *Rev. Panam. Salud Pública*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385642/?report=reader>.
- García, C. et al. (2013). "Cómo se cocinó el Pacto por México". *El Universal*. Disponible en: com.mx/nacion-mexico/2013/como-se-cocino-el-pacto-por-mexico-940149.html. <https://archivo.eluniversal.com.mx>
- Gerszon, D., Yonzan, N. et al. (2021). "Update destimates of the impact of COVID-19 on global poverty: Turning the corner on the pandemic in 2021?". *World Bank Blogs*. Disponible en: <https://bit.ly/3zX3hXl>.
- Giedion, U. et al. (2014). "Planes en beneficios en salud en Latinoamérica". *BID*. Disponible en: <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=3196>.

- Gobierno de Brasil (2015). "Relação Nacional de Medicamentos Essencia is RENAME". Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/>.
- Gobierno de Chile (2014). "Cobertura Universal de Salud. Memorias. V". *Foro Andino de Salud y Economía*. Disponible en: <https://biblioteca.digital.gob.cl/bitstream/handle/123456789/1227/MEMORIAS-V-FORO-ANDINO-SyE-2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Gobierno de México (2021). "047 Birmex construirá 4 centros para distribución de medicamentos". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/prensa/047-birmex-construira-4-centros-para-distribucion-de-medicamentos>.
- _____ (2022). "Adquisición sectorial de medicamentos e insumos 2021-2022". Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/684343/El_Pulso_de_la_Salud__30nov21.pdf.
- _____ (s. f.). "Reglas de Operación del FONSABI". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/documentos/reglas-de-operacion-del-fondo-de-salud-para-el-bienestar?idiom=es>.
- Hernández-Ávila, J. E. et al. (2010). "Modelo geoespacial automatizado para la regionalización operativa en planeación de redes de servicios de salud". *Salud Pública de México*. Disponible en: org.mx/pdf/spm/v52n5/a11v52n5.pdf <https://www.scielo.org>.
- Hernández, M., Alpuche-Aranda, C. (2020). "Mexico: lessons learned from the 2009 pandemic that help us fight covid-19". *Healthcare Management Forum*. vol. 33(4). Disponible en: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-186435>.
- Hospitales X México (s. f.). "Listado de intervenciones susceptibles para la subrogación de servicios". Disponible en: <https://www.hospitalesxmexico.com/intervenciones.html>.
- IBERO, UNICEF (2021). "Siguiendo los efectos de la covid-19 en el bienestar de los hogares mexicanos". Disponible en: https://ibero.mx/sites/default/files/pp_encovid19_marzo_2021.pdf.
- IMCO (2021). "Compras públicas hechas con UNOPS: más opacas y al margen de la transparencia". Disponible en: <https://imco.org.mx/compras-publicas-hechas-con-unops-mas-opacas-y-al-margen-de-la-ley-de-transparencia/>.
- Impunidad Cero (2018). "Comunicado: Irregularidades financieras del Seguro Popular". Disponible en: <http://www.impunidadcero.org/articulo.php?id=83&t=comunicado-irregularidades-financieras-del-seguro-popular>.
- IMSS (2006). "Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS". *DOF*. Disponible en: <http://datos.imss.gob.mx/dataset/leyes-y-reglamentos/resource/7b7e-2ffe-071a-4cfd-aa90-34eb5419fb59>.
- _____ (2017). "Programa IMSS-PROSPERA. Capítulo VIII". Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20162017/12-Cap08.pdf>.

- _____ (2018). "Manual de documentación del Instituto Mexicano del Seguro Social". Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/0500-002-001_3.pdf.
- _____ (2019). "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2018-2019: capítulo VIII IMSS-Bienestar". Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20182019/21-InformeCompleto.pdf>.
- _____ (2018). "La compra consolidada de medicamentos 2017-2018 deja ahorros por más de 3 175 millones de pesos". Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201801/015>.
- _____ (s. f.). "Calendarización de licitaciones, Compra Consolidada 2018-2019". Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/compraconsolidada>.
- INAI (2021). "Sesión del Pleno del 15 de diciembre de 2021". Disponible en: <https://home.inai.org.mx/wp-content/documentos/AudiosyVersionesEstenograficas/Sesi%C3%B3n%20Pleno%2015-12-21.pdf>.
- INEFAM (2022). *Tablas resumen sobre la posible compra consolidada 2023-2024 en manos del instituto de salud para el bienestar*. En físico.
- INEGI (1990-2019). "Defunciones registradas". Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp>.
- _____ (2010). "Censo de Población y Vivienda 2010". Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>.
- _____ (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)*. México: INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>.
- _____ (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. México: INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>.
- _____ (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020*. México: INEGI. Disponible en: <https://censo2020.mx/>.
- _____ (2022). "Estadísticas de defunciones registradas de enero a junio de 2021, comunicado 24/22". Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala-deprensa/boletines/2022/dr/dr2021_07.pdf.
- INSABI (2020). "66 Intervenciones". Disponible en: <http://www.gob.mx/insabi/documentos/66-intervenciones?idiom=es>.
- _____ (2021). *Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf.
- _____ (2021). "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, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y las Entidades Federativas". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/prensa/acuerdos-de-coordinacion-275307?state=published>.

_____ (2022). "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". Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5645905&fecha=17/03/2022.

_____ (2022). *Guía práctica metodológica para la identificación de necesidades de medicamentos e insumos para la salud*. En físico.

_____ (2022). "Insabi actualiza Catálogo Integral de Medicamentos para Primer Nivel de Atención". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/prensa/061-insabi-actualiza-catalogo-integral-de-medicamentos-para-primer-nivel-de-atencion?idiom=es>.

_____ (2022). "Será IMSS-Bienestar organismo descentralizado del más alto nivel para garantizar servicios de salud". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/prensa/sera-imss-bienestar-organismo-descentralizado-del-mas-alto-nivel-para-garantizar-servicios-de-salud-311176#:~:text=El%20proyecto%20de%20decreto%20establece,para%20garantizar%20servicios%20de%20salud>.

_____ (2021). "Acuerdos de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/documentos/acuerdos-de-coordinacion?state=published>.

INSP (2022). "Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición 2021 Sobre Covid-19 Resultados Nacionales". Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf.

_____ (2020). "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales". Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>.

Institute for Global Health Sciences (2021). "La respuesta de México al covid-19: Estudio de caso". Disponible en: https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (sin fecha). "¿Qué Hacemos". Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/que-hacemos>.

ISSFAM (2019). "Convenio de Subrogación entre SEDENA-ISSFAM, 2019-2024". Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/447251/convSurogacionSEDENA.pdf>.

Jaramillo, M. (2007). "La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. En físico.

Jardón, T. (2021). "FONSABI debe fortalecerse y ampliar su cobertura con el uso adecuado de recursos". *Centro de Análisis e Investigación*. Disponible en: <https://>

fundar.org.mx/fonsabi-debe-fortalecerse-y-ampliar-su-cobertura-con-el-uso-adecuado-de-recursos/.

- King, C. S., Feltey, K. M. y O'Neill, B. (1998). "The Question of Participation: Toward Authentic Public Participation in Public Administration". *Public Administration Review*, vol. 58, núm. 4. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/977561#meta-data_info_tab_contents.
- LatinUS (2020). "En CDMX, hospitalizaciones por covid son de 10 días en promedio; los más graves hasta 30: Sheinbaum". Disponible en: <https://latinus.us/2020/10/13/cdmx-hospitalizaciones-covid-10-dias-promedio-graves-30-sheinbaum/>.
- Ley 20.850 (2015). "Crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y Rinde homenaje Póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos". Chile. Disponible en: <https://bit.ly/3phahKs>.
- "Ley de Ingresos 2022" (2021). DOF. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lif_2022.htm.
- "Ley de Planeación" (2018). DOF. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/59_160218.pdf.
- "Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas" (1976). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4847121&fecha=29/06/1976&cod_%20diario=208484.
- "Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado" (1959). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=198457&pagina=42&seccion=0.
- "Ley del Seguro Social (1943). Artículo 5". Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=455563&fecha=19/01/1943&cod_diario=194788.
- "Ley General de Salud" (2022). DOF. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>.
- "Ley General de Salud No. 5395" (2014). Costa Rica. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2015/LEY-5395.pdf>.
- "Ley Orgánica de la Administración Pública Federal" (2022). DOF. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LOAPF.pdf>.
- López Moreno, S., Vértiz, J., Jarillo, É., Garrido, F., Villa, B. (2014). "El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica". INSP, 2014, 152 p. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/150707_SiCalidad.pdf.
- López Obrador, A. M. (2018). "Conferencia matutina del 14 de diciembre de 2018, versión estenográfica". Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2018/12/14/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-4/>.
- López Obrador, A. M. (2019). "Conferencia matutina del 7 de noviembre del 2019". Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica>.

ca-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-jueves-7-de-noviembre-2019?idiom=es.

- _____ (2020) . "Conferencia Matutina 05/15/2020". Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2020/05/15/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-322/>.
- _____ (2022). "Conferencia de Prensa Matutina del presidente Andrés Manuel López Obrador 04 enero 2022, versión estenográfica". Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2022/01/04/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-661/>.
- Lugo, M. (2015). "El derecho a la salud en México, problemas de su fundamentación". *Derechos humanos*. En físico.
- Martin, D. *et al.* (2018). "Canada's universal health-care system: achieving its potential". *Lancet*. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29483027/>.
- Mckenna, H. *et al.* (2017). "How Health Care is Funded". *The King's Fund*. Disponible en: <https://www.kings-fund.org.uk/publications/how-health-care-is-funded>.
- Méndez, J. S. M. (2019). "La contracción del gasto per cápita en salud: 2010-2020". Disponible en: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>.
- _____ (2019). "Gasto en medicamentos". Disponible en: <https://ciep.mx/gasto-en-medicamentos/>.
- _____ y Guerrero, A. L. (2021). "De Seguro Popular a INSABI: Mayor población con menor atención". Disponible en: <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>.
- México, ¿cómo vamos? (2020). "Programas de apoyo frente al covid-19 en el mundo". Disponible en: <https://mexicocomovamos.mx/new/md-multimedia/1587150238-980.pdf>.
- Ministério da Saúma Único de Saúde (2000). "Princípios e conquistas". Disponible en: <http://www.saude.mg.gov.br/sus#navigation-start>.
- Ministerio de Salud (s. f.). "Sistema Integrado de Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos, y Productos Sanitarios". Disponible en: https://app-salud.minsa.gob.pe/portal_sismed/?op=4#publicaciones.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2017). "ETESA Comisión Nacional". Disponible en: <http://web.minsal.cl/etesa-comision-nacional/>.
- Ministry of Health (2015). "Strategic Planning Ministry of Health 2019". Disponible en: <https://bit.ly/3zSXsLd>.
- Ministry of Health (2021). "Canada Health Act Annual Report 2019-2020". Disponible en: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2019-2020/canada-health-act-annual-report-2019-2020-eng.pdf>.

- Miranda, A. (2007). "Intergovernmental health policy decisions in Brazil: cooperation strategies for political mediation". *Health Policy and Planning*, vol. 22, Issue 3. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapol/article/22/3/186/631740>.
- Miranda, V., Iribarrem, A. et al. (2016). "Use of the Brazilian People's Pharmacy Program by older adults". *Revista de Saude Publica*, vol. 50. Disponible en: <https://bit.ly/3SGG9FL>.
- Montekio, V. B., Medina, G., Aquino, R. (2011). "Sistema de salud de Brasil". Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf>.
- Murayama Rendón, C. (2016). "Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México". Disponible en: http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf.
- NHS (2020). "Learning Support Fund". Disponible en: <https://www.nhsbsa.nhs.uk/nhs-learning-support-fund>.
- _____ (s. f.). "Clinical commissioning groups (CCGs)". Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/who-commissions-nhs-services/#:~:text=Services%20are%20commissioned%20by%20integrated,a%20regional%20and%20national%20basis>.
- _____ (2014). "Understanding the New NHS". Disponible en: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20170504162917mp_/https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/06/simple-nhs-guide.pdf.
- Nosotrxs (2020). "Cero Desabasto. Desabasto de medicamentos en México". Disponible en: <https://www.nosotrxs.org/wp-content/uploads/REPORTE-DESABASTO-SF.pdf>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2015). "Recommendation of the Council on Public Procurement". Disponible en: <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0411>.
- _____ (s. f.). "Gasto en Salud". Disponible en: <https://bit.ly/3AaIEZG>.
- _____ (2018). "Combate a la colusión en las compras públicas del IMSS: Impacto de las recomendaciones de la OCDE". Disponible en: <https://www.oecd.org/daf/competition/IMSS-procurement-impact-OECD-recommendations2018-ESP.pdf>.
- _____ (2019). "Health at a Glance". Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.
- _____ (2019). "Panorama de la Salud 2019. Indicadores en salud de la OCDE". Disponible en: <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>.
- _____ (2020). "Bank TW. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe". Disponible en: <https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm>.
- _____ (2020). "Health at a Glance 2019". Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). "Declaración Alma-Ata, Atención Primaria de Salud". Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=868658A4808DFA995EDA927651E-172D3?sequence=1>.
- _____ (1998). "Promoción de la salud: glosario". Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1.
- _____ (2009). "Estadísticas sanitarias mundiales". Disponible en: https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf.
- _____ (2009). "Preparación y respuesta ante una pandemia de influenza". Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Preparacion_Pand_ESP.pdf.
- _____ (2010). "La financiación de los sistemas de salud. El camino a la cobertura universal". Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243%20564029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- _____ (2020). "Critical preparedness, readiness and response actions for covid-19". Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331511>.
- _____ (2020). "Director-General's opening remarks at the media briefing on covid-19". Disponible en: <https://bit.ly/3AkV69o>.
- _____ (2020). "Servicios sanitarios de calidad". Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
- _____ (2020). "Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas". Disponible en: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>.
- _____ (2021). "Cobertura Sanitaria Universal". Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
- _____ (2022). "AUSTRALIA-WHO Country Cooperation Strategy 2018- 2022". pp. 6. Disponible en: <https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13681/WPRO-2017-DPM-028-eng.pdf?ua=1>.
- _____ (s. f.). "Marco operacional para la atención primaria de salud. Transformar la visión en acción". Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/operational-framework-for-primary-health-care-wha73-sp.pdf>.
- Organización de la Naciones Unidas (ONU) (2013). "Resolución aprobada por la Asamblea General; salud mundial y política exterior". Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/483/49/PDF/N1248349.pdf?OpenElement>.
- _____ (2021). "UNOPS, INSABI y UNOPS anuncian resultados de la compra consolidada 2021 e informan acciones de abasto 2022. Comunicado oficial". Disponible en: <https://mexico.un.org/es/161207-unops-anuncia-resultados-de-compra-consolidada-2021-e-informa-acciones-para-2022>.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). *Guía Práctica para la Planificación de la Gestión del Suministro de Insumos Estratégicos*. En físico.
- _____. (2009). "El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas". Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31319>
- _____. (2020). "Alerta epidemiológica: nuevo coronavirus (nCoV)". Disponible en: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/411?locale-attribute=es>
- _____. (2020). "Covid-19, Glosario sobre brotes y epidemias". Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096868/covid-19-glosario_0.pdf.
- _____. (2021). "México avanza en la construcción de un modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades". Disponible en: <https://bit.ly/3PqHq0x>
- _____. (2022). "Salud Universal". Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>.
- _____. (2022). "Cobertura Universal: Preguntas Frecuentes". Disponible en: <https://bit.ly/3dmD6IT>.
- _____. (s. f.). "Rectoría y Gobernanza hacia la Salud Universal". Disponible en: <https://bit.ly/3AgYKRo>.
- Ortega, A. (2018). "Denuncian a 7 estados por irregularidades en recursos del Seguro Popular". *ADN Político*. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2018/10/16/denuncian-a-7-estados-por-irregularidades-en-recursos-del-seguro-popular>.
- _____. (2020). "IMSS-Bienestar opera con alto déficit de médicos y enfermeras". *Expansión Política*. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/03/11/imss-bienestar-opera-con-alto-deficit-de-medicos-y-enfermeras>.
- Procuraduría Ambiental y del Ordenamiento Territorial (2000). "La transición demográfica en México". Disponible en: https://paot.org.mx/centro/ine-semarnat/informe02/estadisticas_2000/informe_2000/01_Poblacion/1.1_Dinamica/data_dinamica/recuadro.htm.
- Partida, B. (2005). "La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México". Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252005000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- PEMEX (2020). "Manual de organización de la Subdirección de Servicios de Salud". Disponible en: <https://www.pemex.com/servicios/salud/NormatecaServicios-deSalud/Normateca/Manual%20de%20Organizaci%C3%B3n%20de%20las%20Subdirecci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>.
- Pérez, M. (2010). "Acceso económico a la salud". *Razones Fundar*. Disponible en: <https://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf>.

- Presidencia de la República (2008). "Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud". *DOF*. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5030450&fecha=26/02/2008#gsc.tab=0.
- _____ (2009). "Acuerdo por el que se modifica la denominación del Consejo Nacional de Salud y se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se establece su integración y objetivos". *DOF*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5603436&fecha=23/10/2020#gsc.tab=0.
- _____ (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". Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0.
- _____ (2020). "Presidente encabeza firma de acuerdo con la UNOPS para compra de medicamentos y equipo médico en el extranjero". Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2020/07/31/presidente-encabeza-firma-de-acuerdo-con-la-unops-para-compra-de-medicamentos-y-equipo-medico-en-el-extranjero/>.
- "Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2018" (2017). Disponible en: https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Presupuesto/DecretosPEF/Decreto_PEF_2018.pdf.
- "Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2022 (2021). Ramo 12". Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2022.pdf.
- Ramírez, A. (2021). "Existirán 200 hospitales del IMSS Bienestar al finalizar sexenio: AMLO". Disponible en: <https://centrourbano.com/actualidad/existirán-200-hospitales-del-imss-bienestar-al-finalizar-sexenio-amlo/>.
- Reuters (2022). "Covid-19 Tracker". Disponible en: <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/>.
- Rodríguez, E. (2020). "La atrofia del abastecimiento de medicinas en México". *Quinto Elemento*. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/La-atrofia-del-abastecimiento-de-medicinas-en-Mexico-20200921-0067.html>.
- Rojas, J. y Delgadillo, P. (2017). "Asociaciones Público Privadas (APP's)". *Contraloría del Poder Legislativo*. En físico.
- Roldán, J. (2008). *Derecho administrativo*. Oxford. En físico.
- Rude, J. (2020). "Global Pharmaceutical Supply Chain at Risk from Coronavirus". *Euro Monitor International*. Disponible en: <https://www.euromonitor.com/article/global-pharmaceutical-supply-chain-at-risk-from-coronavirus>.

- S.a. (1998). "Cambios demográficos y epidemiológicos en América Latina". *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 3, núm. 1. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1998.v3n1/41-42/es>.
- Sáenz, M. Acosta, J., Muiser, J., Bermúdez, J. L. (2011). "Sistema de salud de Costa Rica". *Salud Pública de México*, 53(Suppl. 2):s156-67. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10619779011.pdf>.
- Sánchez, Y. (2019). "Consideraciones para una definición de calidad desde un enfoque salubrista". *Revista de Información Científica para la Dirección en Salud*. Disponible en: <https://bit.ly/3BXsdRM>.
- Santos Santana, R. et al.(2018). "The different clinical guideline standards in Brazil: High cost treatment diseases versus poverty-related diseases". *PloS One*, vol. 13, 10 e0204723. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0204723>.
- Saturno, P. et al. (2019). "Calidad del sistema de información en salud: análisis comparativo de indicadores reportados, México OCDE 2010-2016". *Salud Pública de México*. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342019000200184&script=sci_abstract.
- Schieber, G. et al. (2006). "Financing Health Systems in the 21st Century". *Disease Control Priorities in Developing Countries*. The International Bank for Reconstruction and Development. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250347/>.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) (2020). "Acción de inconstitucionalidad 256/2020". Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/acuerdos_controversias_constit/documento/2021-01-19/MI_AccInconst-256-2020.pdf.
- _____ (2021). "Comunicado de prensa No. 313/2021. El estado no puede exigir a migrantes no documentados presentación de curp para reconocer o prestar un servicio vinculado al derecho humano a la salud". Disponible en: <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6621>.
- Secretaría de Gobernación (1983). "Reforma constitucional al artículo 4to". Disponible en: gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_100_03feb83_ima.pdf. <https://www.diputados.gob.mx>.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) (2019). "Comunicado No. 052 La Oficial Mayor de la SHCP informa sobre el nuevo modelo de compras consolidadas". Disponible en: <https://www.gob.mx/shcp/prensa/comunicado-no-052-la-oficial-mayor-de-la-shcp-informa-sobre-el-nuevo-modelo-de-compras-consolidadas>.
- _____ (2020). "Informes Trimestrales sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública". Disponible en: https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/es/Finanzas_Publicas/Informes_al_Congreso_de_la_Union.

- Secretaría de Relaciones Exteriores (2022). "Gestión Diplomática sobre Vacunas Covid-19". Subsecretaría para Asuntos Multilaterales y Derechos Humanos. Disponible en: <https://portales.sre.gob.mx/transparencia/gestion-diplomatica-vacunas-covid/>.
- Secretaría de Salud (ss) (1986). "Acuerdo sobre la Integración del Consejo Nacional de Salud". DOF. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4789198&-fecha=25/03/1986&cod_dia-%20rio=206182.
- _____ (2006). "Modelo de atención a la salud de la población abierta. Médico". Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/MI->
- _____ (2006). "Modelo Integrador de Atención a la Salud". Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/MI->
- _____ (2012). "NOM-035 en materia de Información de la Salud". DOF. Disponible en: <https://bit.ly/3C0mRoT>.
- _____ (2015). "Modelo de Atención Integral en Salud". Disponible en: <https://www.saludtamaulipas.net/descargas/Modelo%20Atencion%20Integral.pdf>.
- _____ (2010). "ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)". Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5173504&-fecha=31/12/2010#gsc.tab=0.
- _____ (2010). "Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios". Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4132/Salud/Salud.htm>.
- _____ (2017). "ACUERDO por el que se establecen los Criterios Generales para el Desarrollo de Infraestructura en Salud". DOF. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475093&-fecha=02/03/2017#gsc.tab=0.
- _____ (2019). "Conoce los datos de la Secretaría de Salud". Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/es/articulos/conoce-los-datos-de-la-secretaria-de-salud?idiom=es>.
- _____ (2019). "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016". Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-de-medio-camino-2016>.
- _____ (2020). "Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud". Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598727&-fecha=19/08/2020#gsc.tab=0.
- _____ (2020). "Atención primaria de salud integral e integrada APS-IMX". Disponible en: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf.

- _____. (2020). "Informe de Austeridad Republicana Ramo 12 Salud, Sector General". Disponible en: http://dgpyp.salud.gob.mx/descargas/100_Sector_Central_Ramo_12_Salud.PDF.
- _____. (2020). "Segundo Informe de Gobierno". Disponible en: <https://www.gob.mx/sa-lud/documentos/segundo-informe-de-labores-ssa-2019-2020>.
- _____. (2020). "Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS)". México. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_sinerhias.html.
- _____. (2022). "ACUERDO por el que se delegan en la persona Titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, las facultades que se indican". DOF. Disponible en: http://www.diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5659428&fecha=27/07/2022#gsc.tab=0.
- _____. (2019). "Reforma 116: Ley General de Salud". DOF. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref116_29nov19.pdf.
- _____. (2020). "Programa Sectorial de Salud 2021-2024". Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0.
- _____. (2020). "Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica". Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica>.
- _____. (2020). "ACUERDO por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud. México". DOF. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598727&fecha=19/08/2020#gsc.tab=0.
- _____. (2021). "Conferencia de prensa, Informe diario sobre coronavirus covid-19 en México". Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=REwe5SzIRI>.
- _____. (2022). "Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud". Disponible en: <https://bit.ly/3JRe9Lu>.
- _____. (s. f.). "¿Qué tipo de vacunas existen y para qué sirven?". Disponible en: <http://vacunaco-vid.gob.mx/wordpress/informacion-de-la-vacuna/>.
- Senes, M. (2020). "OPS/OMS, Pan American Health Organization / World Health Organization". Disponible en: <https://bit.ly/3dkORcC>.
- Sesma-Vázquez, S. et al. (2005). "Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes". *Salud Pública de México*. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4687/5155>.
- Shamah Levy, T., Gómez Acosta, L. et al. (2020). "Resultados de la evaluación basal de la encuesta nacional de las características de la población durante la pandemia de covid-19". *Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas*. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5463-resultados-encuesta-ensars-coronavirus-ensanut.html>.

- _____ *et al.* (2020). "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales". México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>.
- Sobral, B., Schubert, B. (2013). "El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito. Su regulación y control en el contexto de la salud suplementaria". Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/El-sistema-unico-de-salud-de-Brasil.pdf>.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales (2022). "Orientaciones para la planificación y programación en red". Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf.
- Sugg, D. *et al.* (2017). "Análisis del Gasto y Mecanismos de Compra de Medicamentos del Sistema Nacional de Servicios de Salud". Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/598/articles-168764_doc_pdf.pdf.
- Sumriddetchkajorn, K. *et al.* (2019). "Universal health coverage and primary care, Thailand". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 97,6 : 415-422. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325504>.
- Tangcharoensathien, V., Tisayaticom, K., Suphanchaimat, R. *et al.* (2020). "Financial risk protection of Thailand's universal health coverage: results from series of national household surveys between 1996 and 2015". *Int. J. Equity Health*. 19, 163. Disponible en: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01273-6>.
- _____ *et al.* (2020). "Defining the Benefit Package of Thailand Universal Coverage Scheme: From Pragmatism to Sophistication". *International Journal of Health Policy and Management*, 9(4), 133-137. Disponible en: https://www.ijhpm.com/article_3685.html.
- Thanh Le, T. *et al.* (2020). "The covid-19 vaccine development landscape, Nature Reviews Drug Discovery". *Nature Reviews Drug Discovery*, 19(5), pp. 305-306. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41573-020-00073-5>.
- The King's Fund (2021). "How the NHS is Funded". Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded#:~:text=The%20NHS%20is%20funded%20mainly,increased%20to%20boost%20NHS%20funding>.
- Tikkanen, R. *et al.* (2020). "International Health Care System Profiles: Canada". *The Commonwealth Fund*. Disponible en: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf.
- Tobar, F. (2017). "La atención de la salud. DELS". *Organizacion Mundial de la Salud*. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/146>.

- _____ (2017). "Sistema de salud". Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud>.
- UNICEF (2018). "Metodología de observación de los procesos de atención y humanización de los servicios materno y neonatal". Disponible en: <https://uni.cf/3PpjhYi>.
- UNOPS (2020). "Sesión informativa abierta. Compra de medicamentos y material de curación en México". Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=p02kxoYBKxl>.
- _____ (2021). "Informe conjunto de INSABI y UNOPS". Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/657621/Informe_conjunto_de_INSABI_UNOPS_julio_2021.pdf.
- _____ (s. f.). "Portal adjudicaciones de contratos". Disponible en: <https://www.ungm.org/Public/Contrac-tAward/Index/ContractAwards>.
- Van der Stuyft, P. y De Vos, P. (2008). "La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud". *Rev. Cubana Salud Pública*. Disponible en: <https://bit.ly/3dujAUC>.
- Vega, A. (2022). "La ASF detecta posibles daños al erario por 2 mil 754.8 mdp en la atención a la pandemia". *Animal Político*. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2022/02/asf-anomalias-2-mil-754-mdp-manejo-pandemia/>.
- World Bank (2014). "Health Financing Profile-Brazil". Disponible en: <https://documents1.world-bank.org/curated/en/638281468226148870/pdf/883440BRI-0P123010final0January02014.pdf>.
- _____ (2021). "Objetivos del Gobierno: Beneficios y Riesgos de las Asociaciones Público Privadas". Disponible en: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/es/objetivos-del-gobierno-beneficios-y-riesgos-de-las-asociaciones-publico-privadas>.
- World Health Organization (2021). "Principles of Health Benefit Packages". Disponible en: <https://bit.ly/3PjuikD>.

Siglas

AMLO	Andrés Manuel López Obrador
APS-I	Atención Primaria en Salud Integral
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CCG	Clinical Commissioning Groups
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CENABAST	Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de los Servicios de Salud
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento y Recursos Estratégicos
CESABI	Comités estatales de Salud y Bienestar
CNI	Compendio Nacional de Insumos
CNP	Comisión Negociadora de Precios
COAG	Consejo de Gobiernos Australianos
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAMER	Comisión Nacional de Mejora Regulatoria
CONASEMS	Dirección Nacional Conjunta que representa a todas las agencias municipales de gestión sanitaria
CONASS	Dirección Nacional Conjunta que Representa a la Agencia Estatal de Gestión Sanitaria (Brasil)
CSBMS	Régimen de Prestaciones Médicas para Funcionarios
CSG	Consejo de Salubridad General
CSU	Cobertura Sanitaria Universal
CTC	Comisión Técnico Científica
DGIS	Dirección General de Dirección en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planificación y Desarrollo de la Salud

DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
ENCS	Evaluación de Necesidades Estratégicas Conjuntas
ETESA	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
FONSA	Fondo Nacional de Salud
FONSABI	Fondo de Salud para el Bienestar
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GIRESA	Gerencia Regional de Salud
HRAE	Hospitales de referencia regionales de alta especialidad
IEPS	Impuesto Especial sobre Producción y Servicios
IMSS	Instituto Mexicano de Seguro Social
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
ISR	Impuesto sobre la Renta
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITAM	Instituto Tecnológico Autónomo de México
IVA	Impuesto al Valor Agregado
LAASSP	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector
LGS	Ley General de Salud
LOAPF	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
LOM	Lista Oficial de Medicamentos (Costa Rica)
MBS	Medicare Benefits Schedule
Modelo SABI	Modelo de Salud para el Bienestar
NHS	Servicio Nacional de Salud inglés
NHSB	Junta Nacional de Seguridad Sanitaria
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
OSD	Orientaciones de Planificación y Programación en Red

PBS	Pharmaceutical Benefits Scheme
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PDTyER	Protocolos y Directrices Terapéuticas Generales y de Enfermedades Raras
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
PMI	Plan Maestro de Infraestructura Física para la Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PPS	Servicios Público-Privados
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
RPBS	Repatriation Pharmaceutical Benefits Scheme
SAMS	Sistema de Atención Médica Suplementaria
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
Seguro Popular	Sistema de Protección Social en Salud
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad
SHI	Régimen de Cobertura Universal (Tailandia)
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SIVM	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Secretaría de Salud
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SUS	Sistema Único de Salud (Brasil)
UCI	Unidades de Cuidado Intensivo
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
USD	Divisa de Estados Unidos de América

Índice de cuadros y figuras

CAPÍTULO PRIMERO. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEXICANO: EVOLUCIÓN Y ACTUALIDAD

Figura 1.1. Etapas de evolución del SNS, 19

Figura 1.2. Estructura del SNS, 23

Tabla 1.1. Principales órganos del SNS, 24, 25, 26 y 27

CAPÍTULO SEGUNDO. COMPONENTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: MODIFICACIONES Y RETOS

Cuadro 2.1. ¿Cómo se financia la salud?, 29

Cuadro 2.2. Sistemas de salud del mundo, 60, 61 y 62

Cuadro 2.3. ¿Qué es la cobertura universal en salud?, 67

Cuadro 2.4. ¿Qué pasaba antes?, 83

Cuadro 2.5. ¿Cómo se construye un paquete de beneficios?, 86

Cuadro 2.6. Niveles de atención, 88

Cuadro 2.7. Declaración de Alma-Ata de 1978, 89

Cuadro 2.8. Convenio Marco entre la UNOPS y el Gobierno mexicano, 103

Cuadro 2.9. Informe de la OCDE sobre las compras del IMSS, 104 y 105

Cuadro 2.10. Comparación de resultados (IMSS y UNOPS), 107 y 108

Cuadro 2.11. Objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud, 115 y 116

Figura 2.1. Gasto total en salud respecto al PIB México 2000-2019, 32

Figura 2.2. Gasto en salud con relación al PIB, 2019, 32

Figura 2.3. Evolución del gasto público en salud según población objetivo México 2000-2020, 33

Figura 2.4. Evolución del porcentaje del gasto de bolsillo respecto al gasto total en salud, México 2000-2019, 37

Figura 2.5a. Porcentaje de derechohabientes por institución, 52

Figura 2.5b. Infraestructura y recursos humanos, México, 2000-2019, 53

Figura 2.6. Cobertura por entidad federativa (2018), 69

Figura 2.7a. Evolución del número de egresos hospitalarios según institución de atención. 2004 a 2020, 71

Figura 2.7b. Egresos hospitalarios por condición de derechohabiencia, México (2004-2020) y crecimiento en la tasa de utilización según nivel de marginación (2004-2019), 72

Figura 2.8. Hospitalizaciones en hospitales de la ss y los SESA, México 2019, 76

Figura 2.9. Mortalidad evitable según condición de aseguramiento 2000 a 2019, 79

Figura 2.10. Modelos de atención implementados 1985-2024, 90

Figura 2.11a. Gasto anual en medicamentos en México 2017-2020, 93

Figura 2.11b. Gasto anual en medicamentos y variación porcentual respecto al año previo según institución de salud, 93

Figura 2.11c. Proporción del gasto anual según institución, 94

Figura 2.12. Población de utilizadores de servicios de salud según condición de surtimiento de recetas, 97

Figura 2.13. Etapas para la creación de un nuevo mecanismo de compra, 101

Figura 2.14. Unidades de consulta externa por tipo de localidad (rural y urbano), 2018, 119

Figura 2.15. Distribución de niveles transferidos por entidad federativa al INSABI e IMSS-Bienestar, 126

Tabla 2.1a. Evolución del Presupuesto de Egresos de la Federación 2015 a 2022 (millones de pesos), 35

Tabla 2.1b. Evolución del presupuesto del IMSS-Bienestar, 64 y 65

Tabla 2.2. Beneficiarios por institución, 70

Tabla 2.3 Tiempo de viaje para llegar a la unidad de servicios de salud de la ss más cercana al domicilio, en población no derechohabiente, México 2018, 72

Tabla 2.4. Distribución de las defunciones según su clasificación como prematuras, México, 1990-2019, 78

Tabla 2.5. Reportes de desabasto por institución (2019-2020), 96

Tabla 2.6. Publicación de instrumentos de política pública, 113

Tabla 2.7. Evolución del gasto en infraestructura en el IMSS, millones de pesos, 120

CAPÍTULO TERCERO. MÉXICO Y LA PANDEMIA POR COVID-19: UN SISTEMA EN TRANSICIÓN

Cuadro 3.1. ¿Qué es una pandemia?, 130 y 131

Figura 3.1. Comparación de la respuesta inicial (AH1N1 vs. covid-19), 134

Tabla 3.1. Apoyos fiscales y monetarios adoptados por México frente a la covid-19, 138

CAPÍTULO CUARTO. RECOMENDACIONES Y VÍAS DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL SNS

Cuadro 4.1. Mecanismos innovadores de financiamiento, 151

Cuadro 4.2. Recomendaciones internacionales para las compras consolidadas, 190 y 191

Tabla 4.1. Distribución del financiamiento del sus, 150

Tabla 4.2. Estructura del financiamiento en los países analizados, 152 y 153

Tabla 4.3. Estructura de los sistemas de salud en los países analizados, 162 y 163

Tabla 4.4. Estructura de los sistemas de salud de los países analizados, 172 y 173

Tabla 4.5. Estructura de los sistemas de salud de los países analizados, 181 y 182

Tabla 4.6. Comparación de tipos de abastecimiento en Perú, 189

Figura 4.1. Principales roles del Gobierno en el sistema australiano, 201

ANEXO 1. METODOLOGÍA

Tabla 1. Objetivos de búsqueda y análisis, 235

Anexo 1. Metodología

1. Análisis documental

Para la elaboración del diagnóstico inicial del contexto político y normativo, se realizó un análisis de los instrumentos normativos y de política pública existentes de noviembre 2019 a diciembre 2021 para identificar las principales modificaciones al SNS. Con cada uno de los instrumentos se esperaba tener diferentes resultados (tabla 1).

Tabla 1. Objetivos de búsqueda y análisis

Búsqueda	Objetivos de búsqueda y análisis
Instrumentos de política pública y comunicaciones oficiales	<ol style="list-style-type: none">1. Conocer las prioridades del actual Gobierno con base en la identificación de los objetivos más relevantes en los instrumentos de política pública en salud y su posible impacto en el SNS2. Identificar las modificaciones, posturas e ideas de cambio del SNS para definir la ruta que parece que seguirá la actual administración en cada una de las 7 áreas y su impacto en el SNS
Instrumentos normativos	<ol style="list-style-type: none">1. Conocer el estado normativo actual de las 7 áreas, con base en los instrumentos normativos y regulatorios publicados para comprender su funcionamiento actual e impacto en el SNS2. Identificar las iniciativas normativas que, efectivamente, han sido traducidas a cambios normativos en las 7 áreas con base en los instrumentos normativos publicados en el DOF. Esto con el propósito de identificar la relación entre idea de modificación y las modificaciones efectivamente realizadas; así como su impacto en el SNS3. Conocer las propuestas de regulación, que se encuentran en proceso en CONAMER, más relevantes para comprender el sentido de los cambios propuestos y su impacto en el SNS

La muestra de los instrumentos de política pública se definió con base en los documentos de la administración actual, en los que se establecen los objetivos y los avances del SNS. Además, se analizaron conferencias

mañaneras de diciembre 2018 a diciembre 2020 en las que los principales actores políticos de la administración plasman los avances de sus dependencias y su discurso político:

- I. **Conferencias mañaneras:** son encuentros diarios con periodistas que el presidente Andrés Manuel López Obrador sostiene para informar sobre los programas sociales de su gobierno, gira instrucciones a sus colaboradores y a menudo envía mensajes políticos. En estos encuentros participan funcionarios de distintas dependencias para informar sobre su tema específico. Para seleccionar la muestra de conferencias, se identificaron cuáles son los actores y dependencias relevantes para la recolección de posturas en torno al SNS. En total, se analizaron 255 conferencias.
- II. **Proyecto de Nación 2018-2024:** las promesas iniciales de campaña y los elementos básicos del plan de restructura del SNS se plasmaron en un primer inicio en el *Proyecto de Nación 2018-2024*.¹ En este documento se presentaron los principales proyectos y propuestas para desarrollar las políticas públicas del sexenio. En relación con el sector salud, el principal proyecto consistía en “proteger y garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones para todos los mexicanos”. La propuesta elaborada en el documento incluyó los antecedentes y la situación del sector, así como los principios rectores del proyecto y las líneas de acción.
- III. **Plan Nacional de Desarrollo:** es el documento en el que se precisan los objetivos nacionales, la estrategia y las prioridades del sexenio. En consecuencia, el documento funciona como el eje para establecer la forma y desarrollo de la administración, toda vez que se generan las directrices de actuación generales. El PND es importante porque es a partir de este que se ligan los programas con la planeación presupuestal. Por lo mismo, una vez aprobado, es de observancia obligatoria para las dependencias de la administración pública. Además, se analizaron programas de planeación específicos como

¹ México, *Proyecto de Nación 2018-2024*. En línea: <<https://contralacorrupcion.mx/trenmaya/assets/plan-nacion.pdf>>.

el Programa Sectorial de Salud y los Programas específicos de cada institución del SNS.

IV. Informes de Gobierno: anualmente el Ejecutivo Federal está obligado a presentar un informe escrito en el que manifieste el estado general que guarda la administración pública del país. Dicho instrumento es relevante para analizar qué acciones ha efectuado la administración pública para alcanzar los objetivos propuestos. Desde el inicio del sexenio, el presidente Andrés Manuel López Obrador ha presentado tres informes de gobierno.

Por su parte, los instrumentos normativos permiten conocer cuáles son las prioridades regulatorias de los legisladores y la administración pública federal. Adicionalmente, a través de los instrumentos publicados se obtiene información sobre cuáles son los elementos del discurso político que se han materializado en una regulación vigente en el ordenamiento jurídico. La muestra de los instrumentos normativos se construyó a partir de los documentos identificados en: 1) las gacetas oficiales de las cámaras del Congreso de la Unión; 2) el *Diario Oficial de la Federación*, y 3) el portal de CONAMER. En concreto, se realizó una búsqueda sistematizada en los portales oficiales del Gobierno de México, con base en las palabras claves de las siete áreas, para identificar los instrumentos normativos relevantes para el estudio.

2. Entrevistas a actores clave

En la segunda etapa, se elaboraron entrevistas semiestructuradas para conocer la postura, opinión y propuestas de algunos actores clave del SNS. La muestra de entrevistados estuvo conformada por funcionarios de los poderes de Gobierno (Ejecutivo, Legislativo y Judicial), actores de la sociedad civil, expertos en salud y personal de salud. De abril a junio 2021 se realizaron 33 entrevistas virtuales a actores del sistema. La muestra se distribuye de la siguiente manera: 8 miembros de la academia; 6 participantes de organizaciones de la sociedad civil; 7 representantes del Poder Ejecutivo federal y 2 del Ejecutivo estatal; 2 integrantes del Poder Judicial, 2 del Poder Legislativo, y 2 elementos catalogados como personal de salud. Las

entrevistas sostenidas tuvieron una duración de entre 1 hora y 1 hora 30 minutos. Éstas se elaboraron a partir de 10 preguntas abiertas construidas con base en los resultados del diagnóstico inicial y las siete áreas del estudio. Una vez concluidas las entrevistas, se efectuó un análisis para identificar las actitudes y opiniones de los participantes ante las reformas, así como obtener recomendaciones de los entrevistados.

Las entrevistas se realizaron para comprender las diferentes perspectivas que se tienen en torno a las reformas realizadas al SNS mediante la opinión de los actores clave que participan o tienen injerencia en él. Es necesario resaltar que todas las etapas cualitativas han sido acompañadas de forma transversal por un análisis cuantitativo.

3. Mesas de trabajo con expertos del sistema

La tercera etapa consistió en el desarrollo de mesas de trabajo con expertos del SNS, así como con funcionarios. Estas mesas se efectuaron con el propósito de socializar las propuestas que se elaboraron a partir de las fases anteriores, obtener nuevas e identificar cuál es su factibilidad. Estuvieron conformadas por 2 a 5 integrantes y se construyeron a partir de tres preguntas detonadoras que buscaban conocer las perspectivas de los participantes.

Previo a la celebración de las mesas de discusión, se envió a los participantes un cuadernillo con un diagnóstico general y las propuestas que serían discutidas en la reunión. El diagnóstico contenía un resumen de los principales hallazgos, tanto cualitativos como cuantitativos, de las fases previas del proyecto, mismo diagnóstico que se expuso a los participantes en la primera parte de las mesas de trabajo. La metodología de la discusión se elaboró en torno a tres preguntas detonadoras para incitar la discusión y la evaluación de las propuestas: una pregunta de aclaración y discusión de las modificaciones, una de generación de propuestas y una de análisis de impacto y viabilidad. En total, se celebraron seis mesas de trabajo; una por cada área de reforma, con excepción de la segunda mesa que incluyó dos de los temas del estudio (modificaciones orgánicas y federalismo).



Anexo 2. Últimas modificaciones y discusiones pendientes

El SNS está compuesto por mecanismos, estructuras y procesos que sufren modificaciones continuas. Es un aparato dinámico que busca adaptarse a las necesidades de la población, así como a las tecnologías emergentes y a los retos económicos, epidemiológicos y políticos. Es en este contexto que se debe entender la limitante del estudio presentado en este libro, ya que los cambios en los planes, proyectos y programas son realizados con mayor velocidad que las actualizaciones que pueden efectuarse al contenido de la obra. En mayo de 2022, se concluyó la escritura del libro; no obstante, desde esa fecha y hasta su publicación se generaron nuevas estructuras y mecanismos cuya explicación y divulgación son relevantes. Este anexo ofrece una oportunidad de otorgar nueva información sobre modificaciones más recientes, así como abrir nuevas interrogativas que se deben seguir trabajando para fortalecer el sistema.

Nuevo mecanismo de compra y catálogo de medicamentos

En el capítulo 2 se puntualizaron los distintos cambios que se han realizado a los procesos de compra desde el 2018. Desde entonces, al menos se han concretado tres mecanismos diferentes. Primero, se designó a la SHCP como la institución responsable de la compra. Luego, se señaló a la SS de Salud, con acompañamiento de la SCHP.¹ Finalmente, desde la compra de 2021, se acordó que el INSABI consolidaría la compra y sería la UNOPS la entidad encargada de los procesos administrativos (estudios de mercado, licitaciones, adjudicaciones, entre otros). Desde junio 2022, se iniciaron

¹ Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2019). "Comunicado No. 052 La Oficial Mayor de la SHCP informa sobre el nuevo modelo de compras consolidadas". Disponible en: <https://www.gob.mx/shcp/prensa/comunicado-no-052-la-oficial-mayor-de-la-shcp-informa-sobre-el-nuevo-modelo-de-compras-consolidadas>.

discusiones para que sea el INSABI la autoridad encargada de todo el proceso de compra, desde la consolidación, hasta la concreción de los contratos.² Dado que no se ha publicado un plan específico de esta nueva compra, no se tiene certeza sobre los niveles de atención a los cuales pertenecen los insumos cuya compra guiará el INSABI; no obstante, por la documentación existente, puede señalarse que corresponde al primer nivel de atención y, posiblemente, al segundo nivel. Esto significaría el cuarto mecanismo en cuatro años. El nuevo papel del INSABI en la compra, cobra especial relevancia si se considera que, con la colaboración de las entidades federativas con el IMSS Bienestar, las funciones que mantendrá el INSABI en la provisión de servicios siguen siendo una incógnita.

En junio de 2022, el INSABI convocó a representantes de 32 entidades para participar en una reunión para establecer el Catálogo Integral de Medicamentos para el Primer Nivel de Atención.³ Este catálogo tiene el objetivo de contar con los medicamentos mínimos e indispensables para dar atención a la población sin seguridad social en el primer nivel.⁴ Al mismo tiempo, se busca que el catálogo cubra las necesidades específicas de cada entidad y que se homogeneicen los insumos disponibles. En la reunión también se explicó el nuevo mecanismo para la compra consolidada de 2023-2024 a cargo del INSABI. Ésta tiene la característica de ser bianual y la demanda de medicamentos será solicitada por las entidades federativas a través de la plataforma denominada *Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud (AAMATES)*. Es importante resaltar que esta plataforma es una herramienta informática para el registro de atenciones médicas, desde la agenda de la cita, consulta, hasta la emisión de la receta electrónica.⁵ En el segundo semestre de 2019, se desarrolló dentro de la plataforma un módulo especializado para recibir de

² Distintas reformas y oficios se llevaron a cabo para establecer el nuevo mecanismo de compra y distribución de medicamentos. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (30/11/2018), Oficio No. 09 52 170500 (14/12/2018). Sin embargo, no se establecieron reglas de operación para el nuevo mecanismo de compra.

³ INSABI (2022). "INSABI actualiza Catálogo Integral de Medicamentos para Primer Nivel de Atención". Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/prensa/061-insabi-actualiza-catalogo-integral-de-medicamentos-para-primer-nivel-de-atencion?idiom=es>.

⁴ *Idem*.

⁵ Secretaría de Salud (2020). "Segundo Informe de Gobierno, 2020", pp. 49. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/segundo-informe-de-labores-ssa-2019-2020>.

manera sectorial las necesidades de medicamentos y material de curación, de forma directa de las unidades médicas.⁶

Se prevé que en esta compra consolidada participen los estados, CENAPRECE, CENSIA, CENSIDA y CNEGSR. Como se observa, no se contempla la participación de las principales instituciones federales ni de CCINSHAE. Las instituciones cuya demanda se consolida, deben enviar sus demandas bianuales al INSABI en julio 2022 y los procedimientos de adquisición deben concretarse en diciembre 2022.⁷ Las instituciones participantes deben realizar la estimación de la demanda a partir de la *Guía práctica metodológica para la identificación de necesidades de medicamentos e insumos para la salud* publicada por el INSABI.⁸ Con la UNOPS, participaban todas las instituciones del sistema y era el INSABI la autoridad encargada de consolidar todas las estimaciones de demanda.

Cobertura universal y privatización (ENSANUT covid-19 2021)

El 1 de agosto de 2022, el Instituto Nacional de Salud Pública dio a conocer los resultados de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021* sobre covid-19. Desde 2020 y hasta el 2024, la periodicidad de esta encuesta pasó a ser anual, en contraste con años anteriores cuyos resultados, generalmente, se daban a conocer una vez que terminaba cada administración federal.

La encuesta reporta no sólo la disminución de la cobertura de servicios de salud públicos, sino también un aumento en la utilización de servicios privados. Del total de personas que reportaron una necesidad de salud, 35% se atendió en consultorios adyacentes a farmacias. Además, del 54% de individuos sin derechohabencia, 42% se atendió con un médico privado y 24% en un consultorio adyacente a farmacia. En el mismo sentido, 11% de los usuarios de cada institución pública (como IMSS o ISSSTE) también

⁶ *Idem.*

⁷ INEFAM (2022). *Tablas resumen sobre la posible compra consolidada 2023-2024 en manos del instituto de salud para el bienestar.* En físico.

⁸ INSABI (2022). *Guía práctica metodológica para la identificación de necesidades de medicamentos e insumos para la salud.* En físico.

se atendió en consultorios adyacentes.⁹ Esto muestra un claro abandono por parte de la población sin seguridad social de servicios públicos y un retroceso en la cobertura universal. Esta misma tendencia puede observarse en la población derechohabiente. La utilización de servicios privados implica un aumento en el gasto de bolsillo, es decir, gastos directos efectuados por las familias. Esto puede traducirse en una desprotección financiera.

Del mismo modo, la tendencia de uso de servicios privados hace necesario que el Gobierno regule la práctica y funcionamiento de los consultorios adyacentes a farmacia de forma específica. Si bien existe normatividad general, como la NOM-005-SSA que regula los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios o el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,¹⁰ no hay ninguna regulación enfocada en estos establecimientos que estipule indicadores de calidad y vigilancia diseñados específicamente para esos esquemas. Por tal motivo, se pueden tener consecuencias adversas en la salud de la población a largo plazo si no se regula esta práctica de forma concreta, mismas que pueden generar costos económicos y sociales mayores. Además, si se emite una regulación específica, los consultorios adyacentes a farmacia pueden ser utilizados como mano operadora del sistema que se unan a los modelos de atención pública y permitan el desarrollo de procesos como el expediente único unificado.

Avance de la centralización

Una de las principales modificaciones en el ámbito orgánico fue el aumento de las facultades de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Esta tendencia continúa vigente y, en julio de 2022, se publicó un nuevo acuerdo que transfiere a esta área las facultades de presidir el

⁹ INSP (2022). Encuesta Nacional de salud y nutrición 2021 sobre covid-19 resultados nacionales, pp. 33. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf.

¹⁰ Secretaría de Salud (2010). "Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010", Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, así como la de emitir y coordinar la expedición de normas oficiales mexicanas en las materias competencia de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.¹¹ Esto exalta la tendencia actual de centralización y concentración del poder en dependencias y áreas de “confianza”.

¹¹ Secretaría de Salud (2022). “ACUERDO por el que se delegan en la persona Titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, las facultades que se indican”. *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: http://www.diaariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5659428&fecha=27/07/2022#gsc.tab=0.

ISBN 978-607-736-754-3

