

RETOS ACTUALES DE LA SALUD PÚBLICA: FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y EL INSTITUTO BELISARIO DOMÍNGUEZ

GRANDES TEMAS NACIONALES 2019



7



SENADO DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO BELISARIO DOMÍNGUEZ



RETOS ACTUALES DE LA SALUD PÚBLICA: FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y EL INSTITUTO BELISARIO DOMINGUEZ

GRANDES TEMAS NACIONALES 2019

7



Senado de la República
Instituto Belisario Domínguez

Senador Miguel Ángel Osorio Chong
Presidente

Rodrigo Ávila Barreiro
Secretario Técnico

Martha Patricia Patiño Fierro
Directora General de Difusión y Publicaciones



**Retos actuales de la salud pública:
firma del convenio de colaboración entre
el Instituto Nacional de Salud Pública
y el Instituto Belisario Domínguez.**

Serie: GRANDES TEMAS NACIONALES 2019

ISBN : 978-607-8620-25-8

Primera edición: diciembre de 2019

D.R. ©

INSTITUTO BELISARIO DOMÍNGUEZ,
SENADO DE LA REPÚBLICA
Donceles 14, Colonia Centro,
Alcaldía Cuauhtémoc
06020, Ciudad de México.

Dirección General de Investigación Estratégica

Coordinación : Jesuswaldo Martínez Soria

Autorías: David Orozco Rivera, Cristian Roberto Morales Fuhrmann, Juan Ángel Rivera Dommarco, Víctor Hugo Borja Aburto, René Leyva Flores, Sergio Bautista Arredondo

Participación Legislativa: Sen. Sylvana Beltrones Sánchez, Sen. Dante Delgado Rannauro, Sen. Miguel Ángel Navarro Quintero, Sen. Miguel Ángel Mancera Espinosa, Sen. Miguel Ángel Osorio Chong, Sen. Mauricio Kuri González, Sen. Ricardo Monreal Ávila.

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

Las opiniones expresadas por las y los autores de esta obra, no necesariamente reflejan la postura del Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República.

Crestomatía/Imagen: <http://bit.do/e8eg4>



<http://www.ibd.senado.gob.mx/>



IBDSenado



@IBDSenado

RETOS ACTUALES DE LA SALUD PÚBLICA: FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y EL INSTITUTO BELISARIO DOMINGUEZ

GRANDES TEMAS NACIONALES 2019

7

JESUSWALDO MARTÍNEZ SORIA • ERNESTO DAVID OROZCO RIVERA • CRISTIAN ROBERTO MORALES FUHRIMANN • JUAN ÁNGEL RIVERA DOMMARCO • VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO • RENÉ LEYVA FLORES
SERGIO BAUTISTA ARREDONDO



CONTENIDO

Retos actuales de la salud pública:
Firma del convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de
Salud Pública y el Instituto Belisario Domínguez

I. PRESENTACIÓN.	13
II. INTRODUCCIÓN.	16
El derecho a la salud como derecho humano en México.	
La salud en el desarrollo nacional: el caso del PND 2019-2024.	17
Situación del sector salud y cambios normativos propuestos.	20
III. PROBLEMÁTICA Y MOTIVACIÓN	25
Diagnóstico del sistema nacional de salud pública en México.	25
Indicadores básicos de México en materia de salud.	26
Informalidad y derechohabencia: ¿hacia la cobertura universal?	29
La transición demográfica y epidemiológica,	35
Financiamiento del sistema nacional de salud.	36
Desafíos hacia la universalización del sistema nacional de salud.	40
IV. INAUGURACIÓN Y FIRMA DEL CONVENIO	42
Sen. Sylvana Beltrones Sánchez.	42
Sr. Cristian Roberto Morales Fuhrmann.	43
Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco.	46
Sen. Dante Delgado Rannauro.	50
Sen. Miguel Ángel Navarro Quintero.	52
Sen. Miguel Ángel Mancera Espinosa.	54
Sen. Miguel Ángel Osorio Chong.	55
Sen. Mauricio Kuri González .	64
Sen. Ricardo Monreal Ávila.	66

V. MESA DE ANÁLISIS: “LOS RETOS ACTUALES DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO”.	68
Dr. Víctor Hugo Borja Aburto.	68
Dr. René Leyva Flores .	73
Mtro. Sergio Bautista Arredondo.	79
VI. REFLEXIONES FINALES.	89
VII. ANEXO 1: PROGRAMA DEL EVENTO.	92
VIII. REFERENCIAS.	96

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Principales preocupaciones de los mexicanos de cara al año 2019.	20
Gráfica 2: Razón de mortalidad materna (defunciones por causas maternas por 100,000 nacidos vivos), 2000-2015.	26
Gráfica 3: Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos (2008-2015).	26
Gráfica 4: Población total según condición de derechohabencia.	30
Gráfica 5: Proporción de población de 12 a 29 años y 60 años o más y dependencia demográfica total (1990-2050).	34
Gráfica 6: Evolución del gasto en salud, 1990-2017 (miles de pesos).	36
Gráfica 7: Estructura porcentual del gasto total en salud en países de la OCDE (2016).	37
Gráfica 8: Gasto público en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE (2018).	48
Gráfica 9: Respuestas a la pregunta ¿Cómo calificaría el servicio del sistema público de salud? de la encuesta “Salud de los mexicanos” .	56
Gráfica 10: Esperanza de vida al nacer en países de la OCDE (2017).	57

Gráfica 11: Tasa de defunciones registradas por enfermedades del corazón por cada 10,000 habitantes (2008 – 2017).	57
Gráfica 12: Defunciones por enfermedades del corazón registradas en 2017.	57
Gráfica 13: Tasa de defunciones registradas por diabetes mellitus por cada 10,000 habitantes (2008 – 2017).	58
Gráfica 14: Defunciones por diabetes registradas en 2017.	58
Gráfica 15: Tasa de defunciones registradas por tumores malignos por cada 10,000 habitantes (2008 – 2017).	60
Gráfica 16: Defunciones por tumores malignos registradas en 2017.	60
Gráfica 17: Número de camas, médicos y enfermeras por cada 1,000 habitantes en países de la OCDE (2018).	71
Gráfica 18: Principales países de origen de migrantes internacionales en 2017 (millones de migrantes).	75
Gráfica 19: Distribución de migrantes en tránsito por México según género.	77
Gráfica 20: Cascada de atención en servicios públicos en la población que reportó problema de salud (17%).	81
Gráfica 21: Derechohabiencia vs lugar donde se atiende usualmente.	82
Gráfica 22: Derechohabiencia vs lugar donde se atendió el problema de salud reportado.	83
Gráfica 23: Razones por las que los mexicanos no se realizan estudios médicos.	84
Gráfica 24: Gasto público total y gasto privado total en México, 1993-2016.	85
Gráfica 25: Gasto público en población con y sin seguridad social 1993-2016.	86
Gráfica 26: Escenarios del costo de cubrir el gasto de bolsillo (millones de pesos).	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Documentos relacionados con el PND 2019-2024.	18
Tabla 2: Indicadores del objetivo 2.4 del PND 2019-2024).	19
Tabla 3: Lineamientos del sistema de salud público en México.	22
Tabla 4: Población ocupada informal por tipo de unidad económica empleadora durante el primer trimestre de 2018 y 2019.	29
Tabla 5: Principales retos para la salud pública y atención primaria a la salud (INSP).	48
Tabla 6: Perfil de problemas de salud atendidos en primer nivel y hospitales, 2014.	73
Tabla 7: Distribución del gasto en cuidados de salud.	86

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1: Obligaciones del Estado respecto de los derechos humanos.	17
Esquema 2: Relación entre el objetivo 2.4 del PND 2019-2024 y los ODS.	20
Esquema 3: Situación de México en el Índice de Peligros para la Niñez (2017).	28
Esquema 4: Propuestas para avanzar hacia la cobertura universal de salud.	33
Esquema 5: Las 10 principales causas de muerte por sexo.	
Esquema 6: Elementos hacia la cobertura y el acceso universal efectivo a la salud.	35
Esquema 7: Componentes de atención clínica de calidad: de las guías de práctica clínica a las vías clínicas.	41
Esquema 8: Perfil organizacional de las asociaciones civiles especializadas en VIH-SIDA.	47
Esquema 9: De las leyes a los reglamentos en el marco jurídico nacional.	63
Esquema 10: Migrantes en tránsito por México: prevalencia de problemas de salud y utilización de servicios de salud, 2014.	76
Esquema 11: Cascada de atención.	81

ÍNDICE DE RECUADROS

Recuadro 1: Principales aspectos de la mortalidad infantil en México.	27
Recuadro 2: Definición y etapas de la cobertura universal de salud.	31
Recuadro 3: Datos relevantes sobre los brotes de sarampión ocurridos en 2019.	53

RETOS ACTUALES DE LA SALUD PÚBLICA: FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y EL INSTITUTO BELISARIO DOMÍNGUEZ

I. Presentación

Como parte de sus actividades, la Dirección General de Investigación Estratégica (DGIE) del Instituto Belisario Domínguez (IBD) ha promovido la creación de espacios de análisis y debate entre diversos especialistas del sector público, de la academia, de organismos internacionales y de organizaciones de la sociedad civil, que tienen como propósito la reflexión sobre temas estratégicos para el desarrollo del país. Se trata con ello de gestionar el conocimiento que se genera a través de instituciones y de expertos con los que el IBD colabora para acercar información útil en el trabajo parlamentario. En el transcurso de 2019, la DGIE, en coordinación con la Secretaría Técnica y las áreas de apoyo del IBD, organizó cuatro foros de análisis sobre dos temas estratégicos para el desarrollo nacional: a) la planeación del desarrollo y la evaluación de las políticas públicas y b) la problemática y la reforma de la salud.

Debido a la importancia de los asuntos de la salud en la agenda legislativa actual, el Instituto Belisario Domínguez y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se dieron a la tarea de suscribir, el pasado 20 de junio de 2019, un convenio de colaboración con el objetivo de fortalecer los esfuerzos de investigación, capacitación y difusión del conocimiento de la salud, que aporten elementos para la toma de decisiones de la política pública y la deliberación legislativa. En el marco de la firma del convenio, se organizó una mesa de análisis sobre los principales retos de México en materia de salud pública. En la primera parte, legisladoras, legisladores y especialistas reflexionaron en torno de la importancia de los temas asociados a la salud pública para el desarrollo nacional. Se contó con la participación de los siguientes senadores:

- Senador Ricardo Monreal Ávila, presidente de la Junta de Coordinación Política del Senado de la República y coordinador del grupo parlamentario de Movimiento Regeneración Nacional (MORENA).
- Senador Miguel Ángel Osorio Chong, presidente del IBD y coordinador del grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional (PRI).
- Senador Mauricio Kuri González, coordinador del grupo parlamentario del Partido Acción Nacional (PAN).
- Senador Dante Delgado Rannauro, coordinador del grupo parlamentario de Movimiento Ciudadano (MC).
- Senador Miguel Ángel Mancera Espinosa, coordinador del grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática (PRD).
- Senador Miguel Ángel Navarro Quintero, presidente de la Comisión de Salud del Senado.
- Senadora Sylvana Beltrones Sánchez, secretaria de la Comisión de Salud e integrante de la Comisión de Derechos Humanos del Senado.

Asimismo, se contó con la participación de dos distinguidas autoridades de instituciones de la salud:

- Sr. Cristian Roberto Morales Fuhrmann, representante en México de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco, director general del INSP.

En la segunda parte, expertos en la materia discutieron sobre las posibles vías de solución a los retos identificados, para perfilar líneas de investigación y trabajo entre el INSP y el IBD, y configurar una agenda de colaboración. Esta mesa de análisis estuvo integrada por los siguientes panelistas:

- Dr. Víctor Hugo Borja Aburto, director de prestaciones

- médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Dr. René Leyva Flores, director del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP.
 - Mtro. Sergio Bautista Arredondo, director de Economía de la Salud e Investigación de Sistemas de Salud del INSP.

En el programa del evento se establecieron los objetivos y los temas específicos a discutir en la mesa de análisis conforme a los asuntos de mayor relevancia en la agenda legislativa, así como preguntas clave para promover la reflexión y datos de contexto para facilitar el intercambio de las opiniones. Tanto la dirección de estas tareas, como la planeación, la coordinación de la logística y la gestión del convenio de colaboración fueron responsabilidad de Jesuswaldo Martínez Soria, quien contó con el apoyo de Gabriela Cabestany Ruiz y de David Orozco Rivera. Es importante mencionar que en las gestiones llevadas a cabo para la redacción y la validación del convenio se contó con el generoso apoyo de René Leyva Flores del INSP.

En el contenido de este libro se recogen las opiniones de los participantes al evento y se articulan con diversos recursos de información para facilitar la comprensión de las intervenciones de los expositores y reforzar el conocimiento de los temas discutidos, lo que agrega valor al documento. La integración y el cuidado de los contenidos, así como las secciones de introducción, problemática y motivación y reflexiones finales fueron responsabilidad de David Orozco Rivera. La coordinación en los trabajos de edición del texto fue realizada por Jesuswaldo Martínez Soria.

Con estos esfuerzos, se busca contribuir con la deliberación de los temas estratégicos de la agenda pública que son parte del trabajo legislativo en el Senado de la República.

El programa del evento puede consultarse en el anexo 1 y el video transmitido por el canal del Congreso en el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakFBWHdk&feature=youtu.be>
<https://www.youtube.com/watch?v=9jxakFBWHdk&feature=you>

II. Introducción

El derecho a la salud como derecho humano en México.

El derecho a la salud es un derecho humano asentado en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que menciona a la salud como un elemento fundamental para acceder a un nivel de vida adecuado. Asimismo, es considerado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, suscrito en 1966, que junto con otros tratados internacionales, ratificados por el Estado mexicano, constituyen el marco jurídico para su exigibilidad (CONEVAL, 2018).

La legislación nacional garantiza en el artículo 4 de la Constitución que “toda persona tiene derecho a la protección a la salud [y que] la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general” (CPEUM, 2019). Sin embargo, las disposiciones constitucionales no son suficientes por sí mismas para asegurar el ejercicio pleno de este derecho, toda vez que los principios normativos deben traducirse en instituciones, reglas y recursos, de ahí que garantizar que todos los mexicanos puedan ejercerlo supone que la política pública en la materia cumpla con principios básicos de no discriminación, igualdad y progresividad, y, al mismo tiempo, ofrezca la disponibilidad efectiva de infraestructura pública, así como de recursos humanos y materiales (Martínez y Murayama, 2016).

Con el reconocimiento constitucional del derecho a la protección a la salud como un derecho fundamental –universalmente reconocido a todas las personas–, se determina un derecho prestacional que supone una serie de obligaciones para la administración pública de los tres órdenes de gobierno y requiere un conjunto de garantías ins-

Véase el libro *El derecho a la salud en México: problemas de su fundamentación*, publicado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), donde se discuten los fundamentos del derecho a la salud como parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Lugo, 2015).

<http://bit.ly/2YsA56k>

titucionales para que se respete, proteja y satisfaga su cumplimiento mediante la adopción de medidas legislativas y presupuestarias, entre otras (Fleury et al., 2013; Salazar, 2012). En ese sentido, la tarea del Estado mexicano es primordial, ya que el artículo 1 en su tercer párrafo obliga a todas las autoridades a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, en el ámbito de sus respectivas competencias (véase esquema 1).

Esquema 1: Obligaciones del Estado respecto de los derechos humanos.

RESPETAR	PROTEGER	GARANTIZAR	PROMOVER
Exige al Estado que se abstenga de injerir, obstaculizar o impedir, ya sea mediante acciones u omisiones, directa o indirectamente el ejercicio de los derechos sociales.	El Estado debe impedir que terceros (particulares, grupos, empresas, instituciones, etc.) menoscaben el disfrute del derecho, para lo que debe promulgar leyes que impidan afectaciones y permitan sancionar violaciones.	El Estado debe asegurar que el titular de estos los haga efectivos en los casos en que no puede hacerlo por sí mismo con los medios a su disposición, conduciéndose de manera proactiva para reducir las desigualdades y establecer pisos mínimos para su disfrute.	Está ligada a la obligación de garantizar y supone adoptar medidas para la adecuada difusión de información relativa a volver efectivo el disfrute de los derechos.

Fuente: CONEVAL (2018).

La salud en el desarrollo nacional: el caso del PND 2019-2024

La presente administración pública federal (2018-2024) ha establecido en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 al derecho a la salud como una prioridad. El objetivo del eje general de “Bienestar” es precisamente “garantizar el ejercicio efectivo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, con énfasis en la reducción de brechas de desigualdad y condiciones de vulnerabilidad y discriminación en poblaciones y territorios”, mientras

que el objetivo 2.4 de dicho eje consiste en “promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio” (Cámara de Diputados, 2019, pp. 98-99).

Es importante distinguir que el PND 2019-2024 está compuesto

Véase el diagnóstico en materia de salud ofrecido en el PND 2019-2024 que resalta que el sistema de salud pública es “insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción. Millones de personas no tienen acceso a ninguna de las instituciones o modalidades de ese sistema o bien enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura” (Cámara de Diputados, 2019, pp. 44-45).

<http://bit.ly/2XoDALv>

Tabla 1: Documentos relacionados con el PND 2019-2024.

Documento	Enlace
Plan Nacional de Desarrollo (Presidencia de la República, 2019).	https://lopezobrador.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2019-2024.pdf
Anexo del PND 2019-2024 (SHCP, 2019).	http://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/64/2019/abr/20190430-XVIII-1.pdf

Fuente: Elaboración propia.

por dos partes: un texto de 63 páginas elaborado por Presidencia de la República y un anexo de 225 páginas redactado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). El primero presenta una visión de México en 2024, en virtud del cambio de paradigma pro-

puesto por el nuevo gobierno federal, mientras que el segundo contiene los principios rectores de política y ejes generales y transversales que guiarán la actuación de la administración pública, planteando estrategias, indicadores y metas que permitirán medir el avance en el logro de los objetivos trazados.

En ese sentido, el documento de Presidencia de la República enfatiza que la salud será un pilar de la política social y traza la visión de que “el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que, hacia 2024, todas y todos los habitantes de México reciban atención médica y hospitalaria gratuitas, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos” (Presidencia de la República, 2019, p. 45).


















Por su parte, el documento de la SHCP establece que “el Gobier-

Tabla 2: Indicadores del objetivo 2.4 del PND 2019-2024.

Indicador	Descripción	Línea base (año)	Meta 2024
Razón de Muerte Materna (RMM)	Número de defunciones de mujeres mientras se encuentren embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un determinado año, por cada 100 mil nacidos vivos en ese mismo año.	34.0 (2017)	30.4
Carencia por acceso a los servicios de salud.	Mide la proporción de la población con carencia por acceso a los servicios de salud.	15.5% (2016)	11.5%

Fuente: Elaboración propia con información de Cámara de Diputados (2019, pp. 102-103).

Esquema 2: Relación entre el objetivo 2.4 del PND 2019-2024 y los ODS.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (2019-2024)																			# de ODS relacionados con el objetivo
Objetivo 2.4	Promover y garantizar el acceso universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, preferencia cultural y trato no discriminatorio.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	7

Fuente: Elaboración propia con información de Cámara de Diputados (2019, p. 217).

no de México tiene como objetivo crear un sistema homologado y universal de protección social que privilegie la prevención de enfermedades, basado en la atención primaria de la salud y en redes integradas de servicios, que permita el acceso gratuito y efectivo de toda la población y que genere un piso mínimo de calidad y de intervenciones ofrecidas por todas las instituciones de salud” (Cámara de Diputados, 2019, p. 102). Sin embargo, solo establece dos indicadores (véase tabla 2) e, incluso, vincula sus propios objetivos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en una tabla sin texto donde solo se enfatiza la relación temática entre los objetivos nacionales y los ODS, sin ofrecer más información (véase esquema 2).

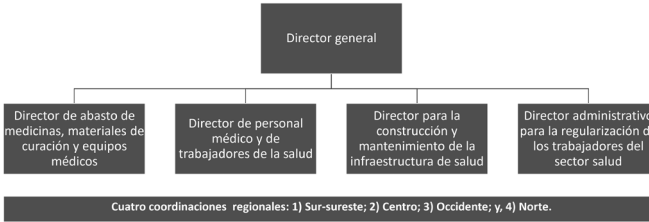
Situación del sector salud y cambios normativos propuestos

En los últimos meses se han difundido noticias en torno al desabasto de medicamentos, tratamientos y vacunas. De hecho, el propio titular del Ejecutivo federal ha reconocido la problemática, aunque lo atribuye a la corrupción de administraciones públicas anteriores que presuntamente compraban insumos médicos a sobreprecio. Del mismo modo, ha señalado que los retrasos en la entrega se deben a que se están revisando los contratos vigentes, ya que resulta “inexplicable” la situación de desabasto, tomando en cuenta que tan solo en 2017, el IMSS y el ISSSTE destinaron \$40 mil y \$15 mil millones de pesos respectivamente a la compra de medicamentos (Presidencia de la República, 2019a).

Para revertir esa situación, el Ejecutivo federal ha planteado modificaciones sustantivas en las instituciones de salud, siendo la principal propuesta la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar que articulará el trabajo de los distintos servicios de seguridad social del Estado mexicano “bajo los principios de cero corrupción, máximo ahorro y planeación eficiente, para arribar en 2024 a la cobertura total en atención médica de calidad y medicamentos gratuitos” (Presidencia de la República, 2019a). El propio presidente de la República dio a conocer, en julio de 2019, los 10 lineamientos que guiarán el funcionamiento del sistema de salud pública en Mé-

Tabla 3: Lineamientos del sistema de salud público en México.

#	Tema	Descripción
1	Coordinación del sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantendrán dos sistemas de atención a la salud: 1) IMSS e ISSSTE; y 2) Un sistema de atención a la población que no cuenta con seguridad social. • En urgencias no habrá distinción por motivos de afiliación.
2	Secretaría de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • La coordinación estará a cargo de la Secretaría de Salud, de la cual dependerán en cuanto a la definición de políticas, todas las instituciones del sector salud. • De lo normativo, dependerá el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar.
3	IMSS e ISSSTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sus directores generales deberán aplicarse a fondo para mejorar la atención médica y la seguridad social en las dos instituciones.
4	Seguro Popular	<ul style="list-style-type: none"> • El Instituto Nacional de Salud para el Bienestar sustituirá sus funciones.
5	Derecho a la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Se garantizará a todos los mexicanos por igual. • La población sin seguridad social tendrá derecho a la atención médica de calidad y medicamentos gratuitos, no solo el cuadro básico que dejará de existir.
6	IMSS Bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • El Instituto de Salud para el Bienestar tendrá a su cargo la aplicación de políticas en lo normativo del programa IMSS Bienestar, el cual continuará y no desaparecerá. • Operará de manera directa los sistemas de salud que están a cargo de gobiernos locales, siempre y cuando los gobernadores firmen un convenio para que centros de salud y hospitales pasen a formar parte del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar.
7	Funciones del nuevo Instituto	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir todos los medicamentos, material de curación y equipo para el sector salud. • Procurar la suficiencia de médicos residentes, generales, familiares y especialistas en los hospitales. Contemplar compensaciones a quien labore en las comunidades más apartadas. • Contar con un área para construir y dar mantenimiento a la infraestructura para la salud. • Aplicar un plan para regularizar a los 80 mil trabajadores del sector salud y centralizar la nómina para efectuar los pagos desde la SHCP.

8	SHCP	<ul style="list-style-type: none"> • La SHCP apoyará con los recursos necesarios, de acuerdo con el presupuesto aprobado este año. • Se utilizará el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, de alrededor de 80 mil millones de pesos, para fortalecer el sistema de salud pública
9	Estructura orgánica del nuevo Instituto	 <pre> graph TD DG[Director general] --> D1[Director de abasto de medicinas, materiales de curación y equipos médicos] DG --> D2[Director de personal médico y de trabajadores de la salud] DG --> D3[Director para la construcción y mantenimiento de la infraestructura de salud] DG --> D4[Director administrativo para la regularización de los trabajadores del sector salud] D1 --- CR[Coordinación regional] D2 --- CR D3 --- CR D4 --- CR CR --- CR_Label[Cuatro coordinaciones regionales: 1) Sur-sureste; 2) Centro; 3) Occidente; y, 4) Norte.] </pre>
10	Consejería Jurídica del Ejecutivo federal	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborará la reforma legal para llevar a cabo el nuevo Programa de Atención a la Salud Pública en beneficio del pueblo de México.

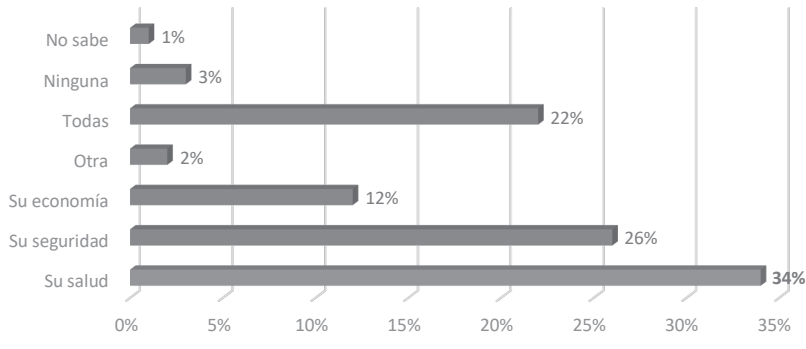
Fuente: Elaboración propia con información de Presidencia de la República (2019c).

xico a partir de la operación del nuevo Instituto (véase tabla 3). Se pretende federalizar el sistema de salud, sobre todo en lo referente a la atención de la población que carece de cobertura de seguridad social, que se estima en 60 millones de mexicanos (Presidencia de la República, 2019b).

La salud es uno de los temas que causa más preocupaciones entre los mexicanos. De acuerdo con un sondeo sobre las preocupaciones de la sociedad de cara al inicio del año 2019, realizado por la encuestadora De Las Heras Demotecnia, la salud es lo que más inquieta a los mexicanos, superando a cuestiones como la seguridad y la economía (véase gráfica 1).

Cabe recalcar que las necesidades de atención a la salud no pierden

Gráfica 1: Principales preocupaciones de los mexicanos de cara al año 2019.



Fuente: Elaboración propia con información de De Las Heras Demotecnia (2018).

su carácter apremiante, pues la población crece y envejece, continúan en expansión las enfermedades crónico-degenerativas y surgen nuevos brotes de enfermedades contagiosas, al tiempo que la fragilidad de las finanzas públicas del país y el bajo crecimiento económico ahondan la escasez de recursos que deben canalizarse a la salud (Murayama y Ruesga, 2016). En ese contexto, el convenio firmado por el INSP y el IBD será trascendental para el desarrollo nacional, ya que se generará información estratégica de forma oportuna y con sustento científico, lo que contribuirá a la formulación y evaluación de la respuesta a las necesidades de promoción de la salud, prevención y manejo de riesgos, y de atención a la enfermedad.

III. Problemática y motivación

Diagnóstico del sistema nacional de salud pública en México

La problemática actual de la salud pública en México, constituida por rezagos históricos y nuevas limitaciones, implica retos importantes en la formulación de las políticas públicas. El perfil de riesgos sanitarios se ha vuelto cada vez más complejo y exige mayores esfuerzos del Estado para mejorar la atención de la salud y asegurar el cumplimiento en el ejercicio del derecho a la salud que tienen todos los mexicanos.

El sistema de salud se enfrenta a problemas estructurales como la fragmentación institucional, la falta de cobertura, las transiciones epidemiológica y demográfica, dificultades financieras, deficiencias en infraestructura, medicamentos y otros insumos; pero también nuevas valoraciones y expectativas de la población sobre su salud y sobre el sistema institucional de salud. A estos asuntos se añaden las limitaciones presupuestales y costos crecientes para su operación apropiada y responder a la necesidad de salud cambiante de la población. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de una reforma integral al sistema de salud, cuyos intentos iniciales se remontan a la década de los ochenta.

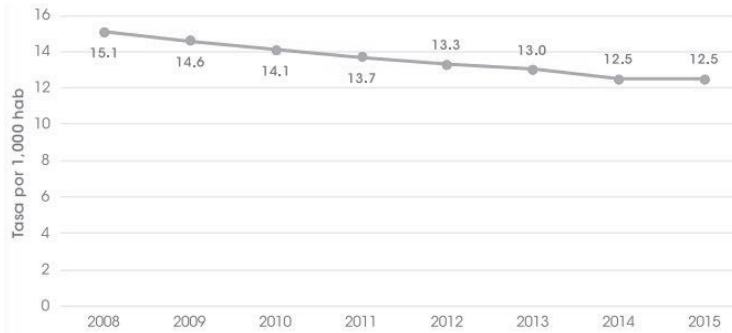
Para conocer un diagnóstico sobre el sistema de atención a la salud, véase el libro *Hacia un sistema nacional público de salud en México*, publicado por el IBD y la UNAM, donde se explora la situación de México y se compara con las experiencias de Canadá, Chile, Costa Rica, España e Inglaterra, con la finalidad de ofrecer propuestas y recomendaciones para robustecer el sistema nacional de salud (Murayama y Ruesga, 2016).

<http://bit.ly/2K1Q7Ak>

Indicadores básicos de México en materia de salud

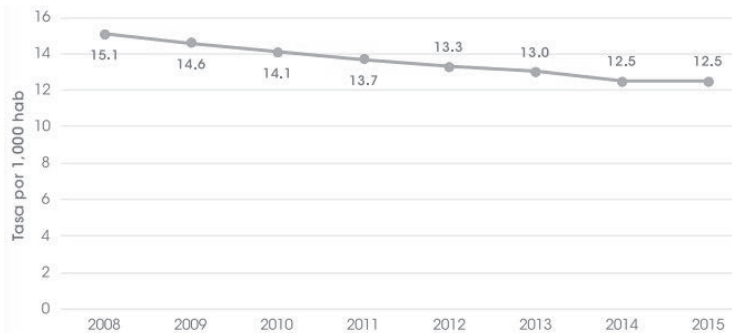
Diversos análisis sobre la situación de la salud en México convergen en que los indicadores básicos en la materia –sobre todo la mortalidad materna e infantil (véanse gráficas 2 y 3)– no corresponden con los niveles de desarrollo del país (véase recuadro 1). Asimismo, la evidencia muestra una amplia desigualdad tanto en el acceso a los

Gráfica 2: Razón de mortalidad materna (defunciones por causas maternas por 100,000 nacidos vivos), 2000-2015.



Fuente: CONEVAL (2018).

Gráfica 3: Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos (2008-2015).



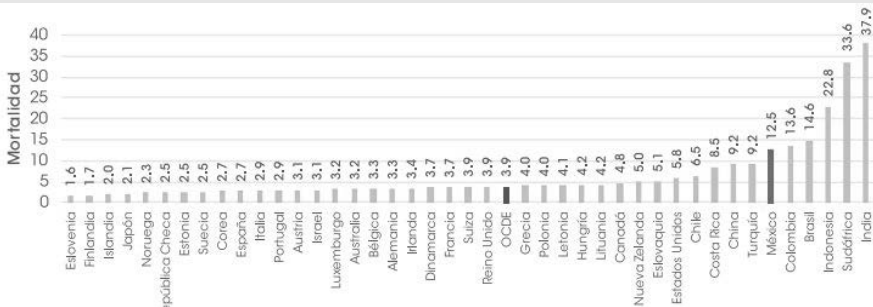
Fuente: CONEVAL (2018).

Recuadro 1: Principales aspectos de la mortalidad infantil en México.

De acuerdo con la organización no gubernamental internacional Save The Children, en 2017:

- Ocurrían 13.2 muertes de menores de 5 años por cada 1,000 nacidos vivos.
- En entidades como Chiapas (18.5), Oaxaca (18), Campeche (17.8), Guerrero (17.7) o Puebla (17.2), los índices de mortalidad infantil rebasaban por mucho la media nacional.
- Cada año podrían prevenirse alrededor de 30,000 muertes de menores de cinco años si se mejorara la atención pre y post parto para mujeres, si se incrementara el consumo de leche materna tanto en la primera hora de nacimiento como exclusivamente por seis meses, y si los niños y niñas recibieran a tiempo terapias de rehidratación oral.

De acuerdo con la OCDE, en 2015 México fue uno de los países con mayor tasa de mortalidad infantil, con 12.5 por cada 1,000 nacidos vivos, muy por encima del promedio (3.9) y únicamente superado por Colombia (13.6), Brasil (14.6), Indonesia (22.8), Sudáfrica (33.6) e India (37.9).



Fuente: Elaboración propia con datos de Save The Children (2017) y CO-NEVAL (2018).

servicios de salud por parte de la población en función del nivel de ingresos del hogar, de la condición en el mercado de trabajo (si se es trabajador formal o no) o de la entidad federativa de residencia (Murayama y Ruesga, 2016).

Según la organización no gubernamental internacional Save The

Esquema 3: Situación de México en el Índice de Peligros para la Niñez (2017).

Indicador	Indicador						Índice de peligros para la niñez 2017			
	2015	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2015	2016	Puntuación (de un total de 1000 puntos)	Clasificación (de un total de 172 países)	
Peligros para la niñez	El niño o la niña sufre de malnutrición grave	El niño o la niña sufre de malnutrición grave	El niño o la niña no va a la escuela	El niño o la niña comienza a trabajar	El niño o la niña contrae matrimonio	La niña tiene un hijo o una hija	El niño o la niña sufre violencia extrema			
	Tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años (muertes por cada mil nacidos vivos)	Retraso del crecimiento (% de niños y niñas de entre 0 a 59 meses)	Niños y niñas en edad de educación primaria y secundaria que no van a la escuela (%)	Niños y niñas en situación de trabajo infantil (% de niños y niñas de entre 5 a 14 años)	Adolescentes que están casados o que viven en pareja (% de niñas de entre 15 a 19 años)	Tasa de natalidad en adolescentes (partos por cada mil niñas de entre 15 a 19 años)	Población desplazada por la fuerza debido a un conflicto (% del total)	Tasa de homicidios de niños y niñas (muertos por cada 100 000 habitantes de entre 0 a 19 años)		
México	13,2	12,4 a	15,2	10,4 a	15,4 a	62,2	0,1	5,5	819	90

Fuente: Save The Children (2017).

Children, existen condiciones adversas para el adecuado desarrollo de la niñez en México. El Índice de Peligros para la Niñez que compara la situación de 172 países a través de ocho indicadores de eventos de vida que señalan el final de la niñez o la reducción de la expectativa de la infancia, sitúa a México en la posición 90 (véase esquema 3), siendo superado por países como Cuba, Argentina, Palestina o Tailandia.

Informalidad y derechohabencia: ¿hacia la cobertura universal?

En el caso de México, el ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud se encuentra limitado y difiere de acuerdo con la condición de aseguramiento de la población: se accede a una mayor protección si este derecho se adquiere como prestación laboral por la población asalariada formalmente registrada ante alguna institución de seguridad social. Esta situación cobra particular relevancia si se

Tabla 4: Población ocupada informal por tipo de unidad económica empleadora durante el primer trimestre de 2018 y 2019.

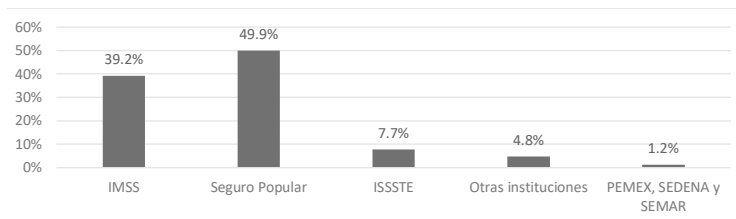
Tipo de unidad económica	2018	2019	Variación porcentual. anual (%)
Sector informal	14,421,027	15,039,689	4.3
Trabajo doméstico remunerado	2,248,814	2,317,660	3.1
Empresas, gobierno e instituciones	7,421,269	7,662,480	3.3
Ámbito agropecuario	5,914,819	5,783,472	-2.2
Total	30,005,929	30,803,301	2.7

Fuente: INEGI (2019).

considera que una gran parte de la población labora en actividades informales: de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el primer trimestre de 2019, la población laborando en todas las modalidades del sector informal llegó a 30.8 millones de personas, un aumento de 2.7% respecto al mismo lapso de 2018 y representó el 56.9% del total de la población ocupada a nivel nacional (véase tabla 4).

Por su parte, los trabajadores que se desempeñan en el sector formal en actividades privadas o públicas adquieren sus derechos en diversas instituciones como: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), Servicios de Salud de PEMEX o en algún instituto de seguridad social de las entidades federativas. Esta situación genera una multiplicidad de sistemas normativos que regulan el derecho a la salud, con garantías heterogéneas según la institución que brinda protección a sus derechohabientes en virtud de su condición laboral, y a comparación de un trabajador informal obtienen derechos de atención a la salud relativamente amplios (Martínez y Murayama, 2016). No obstante, con la finalidad de reforzar el sistema nacional de salud se crearon programas como el Seguro Popular, en 2003, que se trazó la meta de alcanzar paulatinamente la

Gráfica 4: Población total según condición de derechohabencia¹.



Fuente: INEGI (2015).

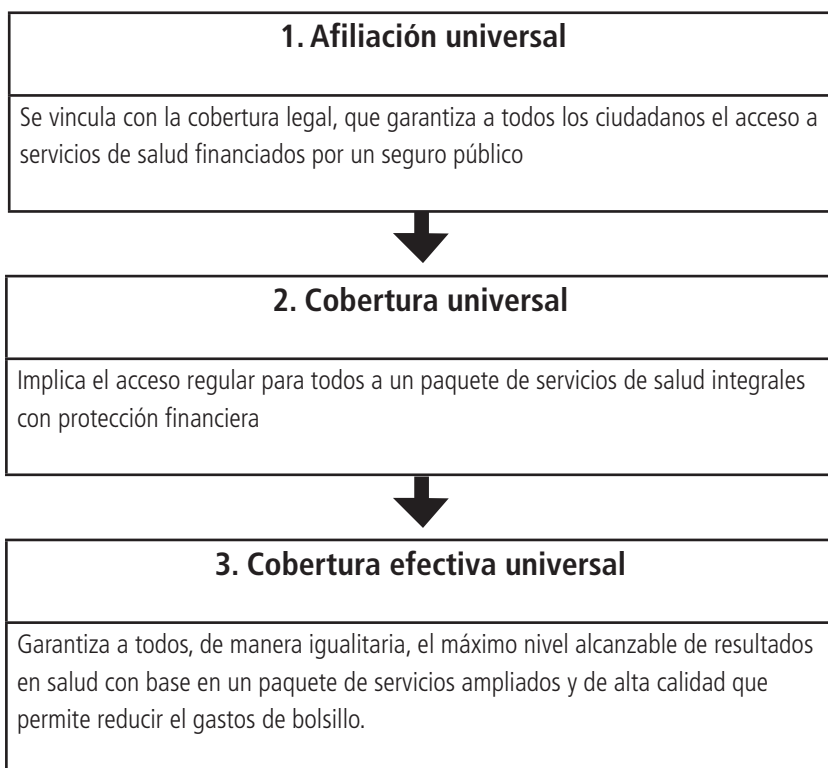
¹Nota: La suma de los porcentajes es mayor a 100% por la población que es derechohabiente en dos o más instituciones.

cobertura universal con la afiliación de más de 50 millones de personas sin seguridad social. Así, de acuerdo con los datos oficiales más recientes publicados por INEGI, en 2015, 82.2% de la población estaba afiliada a algún servicio de salud, distribuida principalmente en el Seguro Popular, IMSS e ISSSTE (véase gráfica 4).

A pesar de la elevada población derechohabiente, aún persisten obstáculos para garantizar que la titularidad individual del derecho a la salud se otorgue de manera universal, igualitaria y sin discriminación.

Recuadro 2: Definición y etapas de la cobertura universal de salud.

La OMS define la “cobertura universal en salud” como el acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros, mediante la protección contra gastos catastróficos en salud. Comprende tres etapas



Fuente: OMS (2010).

nes. Por ejemplo, en 2012, había 52.9 millones de personas afiliadas al Seguro Popular y para 2014, la superó los 57 millones (Secretaría de Salud, 2016). Sin embargo, un aumento en el padrón de afiliados no se traduce en el acceso efectivo a la salud, prueba de ello es que ese mismo año, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) reportó que se registraron 21.8 millones de personas que reportaron carencia por acceso a servicios de salud. En ese sentido, el “acceso y uso efectivo a la salud” se refiere a la posibilidad de obtener atención cuando se requiere, independientemente del ingreso, lugar de residencia, condición laboral o pertenencia a un grupo étnico. Empero, el CONEVAL estimó que aproximadamente el 32% de las personas afiliadas al Seguro Popular tardaron más de 2 horas en trasladarse para recibir atención médica y, según la propia encuesta de satisfacción del Seguro Popular, el tiempo de espera promedio para recibir atención médica fue de 1 hora y 18 minutos en 2014 (Ortuña, 2015).

Por ello, la cobertura universal de salud (véase recuadro 2) se ha convertido en un tema central de la agenda internacional y del diseño e instrumentación de las políticas de desarrollo social en México. La cobertura actual del sistema nacional de salud presenta diferencias institucionales que implican la existencia de distintos tipos y volúmenes de población derechohabiente y que se traducen en inequidad en los servicios y en condiciones desiguales de salud de la población. El aumento en el número de derechohabientes en distintos sistemas de salud representa un avance hacia la cobertura universal, aunque la inexistencia de un padrón único de beneficiarios dificulta la medición de estos avances y la evaluación de las instituciones y programas del sistema respecto a sus objetivos de cobertura. De igual forma, dos aspectos que llaman la atención son:

²El Consejo Nacional de Población define al “bono demográfico” como un fenómeno social dentro del proceso de transición demográfica en el que la población en edad de trabajar es mayor a la población dependiente (niños y adultos mayores), con lo que la economía nacional tiene un alto potencial productivo (González y Pérez-Stadelmann, 2011).

Véase el informe sobre la salud en el mundo La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal, publicado por la OMS en 2010, que ofrece sugerencias para que los países avancen hacia la cobertura universal de salud, independientemente de su nivel de desarrollo.

<http://bit.ly/2YfHefb>

1) una proporción considerable de derechohabientes utiliza servicios privados de salud o los que otorga el Estado a quienes carecen de seguridad social, lo que puede derivarse de la falta de acceso efectivo y en condiciones oportunas a los servicios de salud;

2) Aún persiste la inequidad en los servicios de salud y prestaciones en los regímenes de seguridad social que cubre cada institución. Por ejemplo, mientras que el servicio médico de PEMEX atiende incluso intervenciones de cirugía cosmética, el Seguro Popular cubre 294 intervenciones de primer y segundo nivel, y el IMSS y el ISSSTE prácticamente atienden todas las necesidades de atención en salud (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019).

Al respecto, Martínez y Murayama (2016) advierten que la cons-

Esquema 4: Propuestas para avanzar hacia la cobertura universal de salud.

Alternativa 1	Alternativa 2
<ul style="list-style-type: none"> • Definir un paquete de servicios explícito que tenga como piso los servicios que cubre el Seguro Popular. • Aplicarlo en todas las instituciones del sistema nacional de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Homologar el paquete de servicios del Seguro Popular con los servicios proporcionados a los derechohabientes del IMSS.

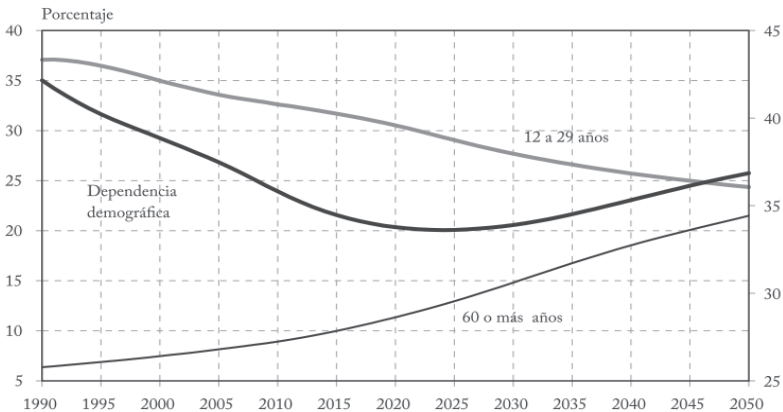
Fuente: Elaboración propia con información de Martínez y Murayama (2016).

trucción de un sistema universal no significa, en el corto plazo, lograr la cobertura integral de los servicios en salud para todas las personas, pero sí implica la definición de un paquete básico de servicios cuyo acceso esté garantizado para toda la población. Para tal efecto, distintos estudios y análisis de especialistas en la materia proponen seguir alguna de las dos alternativas que se sintetizan en el siguiente esquema.

La transición demográfica y epidemiológica

Los procesos de transición demográfica y epidemiológica que atraviesa México representan dos retos prioritarios en materia de salud pública. En el primer caso, si bien actualmente se atraviesa un “bono demográfico”², las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) anticipan que esa tendencia se revertirá entre 2030 y 2050, cuando el proceso de envejecimiento de los mexicanos se acelere por razones como la disminución en la fertilidad, los bajos

Gráfica 5: Proporción de población de 12 a 29 años y 60 años o más y dependencia demográfica total (1990-2050).



Fuente: Hernández et al. (s.f.).

³Se define como la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias (Pérez, s.f.).

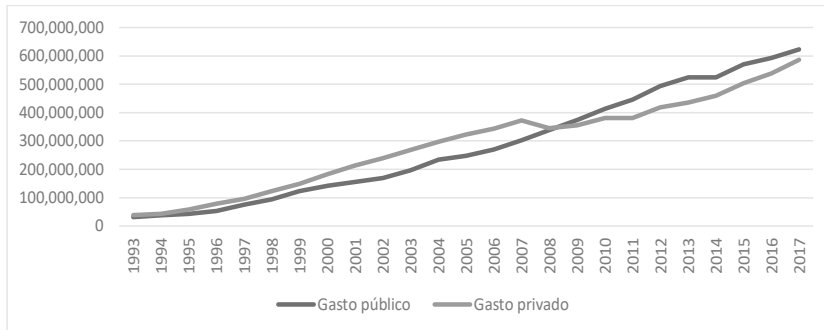
niveles de mortalidad asociados a una mayor esperanza de vida y la migración. La gráfica 5 muestra que actualmente la población joven (12 a 29 años) representa cerca de un tercio de la población total (32.1%), mientras que la población de 60 años o más constituye solo el 9.5%; esos valores implican que por cada 3.4 jóvenes hay una persona adulta mayor, pero de acuerdo con las proyecciones de CONAPO, hacia 2030 esta última relación será de dos a uno, y se prevé que hacia el 2050 la brecha en la estructura demográfica se cierre, en consecuencia, los porcentajes de ambos grupos serán similares y su relación será prácticamente de uno a uno (Hernández et al., s.f.). Indudablemente este proceso de transición tendrá consecuencias en el sistema de salud como una mayor demanda de atención geriátrica y un incremento en el gasto per cápita en salud para los grupos po-

Esquema 5: Las 10 principales causas de muerte por sexo.

Rango	Total	Hombres	Mujeres
1	Enfermedades del corazón 141 619	Enfermedades del corazón 75 256	Enfermedades del corazón 66 337
2	Diabetes mellitus 106 525	Diabetes mellitus 52 309	Diabetes mellitus 54 216
3	Tumores malignos 84 142	Tumores malignos 41 088	Tumores malignos 43 053
4	Enfermedades del hígado 38 833	Agresiones (homicidios) 28 522	Enfermedades cerebrovasculares 17 881
5	Accidentes 36 215	Enfermedades del hígado 28 400	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 140
6	Enfermedades cerebrovasculares 35 248	Accidentes 27 362	Enfermedades del hígado 10 418
7	Agresiones (homicidios) 32 079	Enfermedades cerebrovasculares 17 366	Influenza y neumonía 9 828
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 22 954	Influenza y neumonía 12 063	Accidentes 8 823
9	Influenza y neumonía 21 892	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 814	Insuficiencia renal 5 757
10	Insuficiencia renal 13 167	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 7 452	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 5 567

--	--	--	--	--	--	--

Fuente: INEGI (2018).

Gráfica 6: Evolución del gasto en salud, 1990-2017 (miles de pesos).

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Cuentas en Salud (Secretaría de Salud, 2019).

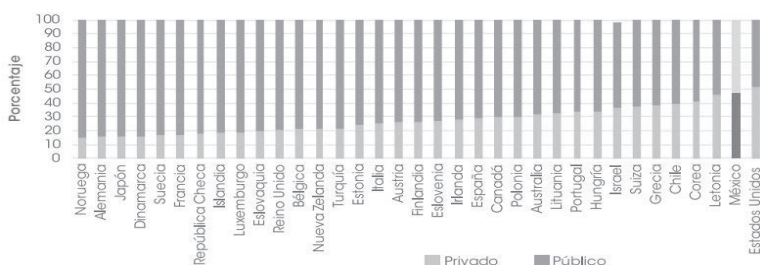
blacionales de mayor edad.

En el segundo caso, los indicadores de mortalidad advierten una disminución de las defunciones causadas por enfermedades transmisibles y un incremento de las muertes por enfermedades crónico-degenerativas. De hecho, hoy en día, las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus e infarto agudo al miocardio (véase esquema 5). En consecuencia, para que el sistema nacional de salud brinde respuestas más adecuadas a los nuevos perfiles de morbimortalidad (muertes causadas por enfermedades) resulta importante prevenir los principales factores de riesgo a la salud vinculados con los estilos de vida de la población, tales como los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo.

Financiamiento del sistema nacional de salud

En relación con el gasto público, el financiamiento del sistema nacional de salud presenta desequilibrios importantes que reflejan anomalías en su diseño y operación. Por ejemplo, hasta 2008, el gasto privado era superior al gasto realizado por el Estado para la pobla-

Gráfica 7: Estructura porcentual del gasto total en salud en países de la OCDE (2016).



Fuente: CONEVAL (2018).

ción no asegurada (véase gráfica 6). Cabe recalcar que el crecimiento del gasto público total ha favorecido principalmente a la población sin seguridad social, con una particular aceleración desde 2004 por la introducción del Seguro Popular (Martínez y Murayama, 2016). Si bien, la evolución comparada del gasto privado y del gasto público indica que las tendencias de crecimiento van en el sentido correcto, aún faltan esfuerzos y recursos para que el gasto público se conso-

Para reducir el gasto de bolsillo, la organización no gubernamental FUNDAR recomienda:

- a) Incrementar la inversión pública en salud.
- b) Mejorar los mecanismos de transparencia, control y rendición de cuentas que favorezcan la adecuada inversión de recursos en los estados y, a partir de ello, asegurar una real disponibilidad de bienes y servicios de salud.
- c) Medir y hacer pública la composición del gasto en salud de los estados para contar con un diagnóstico sobre el porcentaje de gasto de bolsillo prevaleciente en cada entidad federativa.
- d) Contar con mecanismos de medición de la accesibilidad económica a la salud que: 1) incorporen variables a la composición del gasto de bolsillo hasta ahora desconsideradas, como es el caso del gasto en transporte; y 2) valoren otros fenómenos relacionados con la asequibilidad, como es el caso de la demanda insatisfecha en salud.

<http://bit.ly/2ymJr96>

lide como fuente principal de financiamiento del sistema de salud. Por ejemplo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) reconoce que con la introducción del Seguro Popular el “gasto de bolsillo” como porcentaje del gasto en salud³ disminuyó 12.6% entre 2009 y 2016. No obstante, ese indicador permanece alto: 41.4% del gasto general en salud en 2016 (véase gráfica 7), el segundo más alto en la OCDE, solo por debajo de Estados Unidos y el doble del promedio (20%). De hecho, del total del gasto en salud en 2016, el 41% correspondió a erogaciones directas de las familias mediante gasto de bolsillo y el 6.5% al aseguramiento privado, lo cual representó el 2.8% del PIB de ese año (OCDE, 2017). En otras palabras, el gasto de bolsillo de las personas en atención de salud revela, en cierta medida, una acotada capacidad de respuesta del sistema de salud para proporcionar cobertura efectiva, servicios percibidos como de alta calidad, o ambos. De igual forma, puede ser fuente de desigualdad en el acceso a la atención de la salud, ya que se excluye a la población más pobre por falta de capacidad de pago (CONEVAL, 2018)..

La propia OMS sostiene que el gasto de bolsillo no debe sobrepasar el umbral de 30 a 40% del gasto total en salud, y que cuanto más se base un país en los pagos directos para financiar el sistema de salud, será más difícil lograr el acceso universal a servicios sanitarios de calidad. En consecuencia, con niveles tan altos de gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud, la cobertura universal está lejos de lograrse en México, a pesar de que la afiliación al Seguro Popular alcanzó el 100% de su población objetivo (Pérez, s.f.). Por tanto, es claro que el gasto público en salud en México todavía se encuentra por debajo de lo esperado para un país de nivel medio de desarrollo, por lo que persisten brechas en indicadores básicos de salud con respecto a los demás miembros de la OCDE.

Así, pues, a la luz de los indicadores anteriores, es claro que los esfuerzos realizados hasta ahora para avanzar en la cobertura universal en salud no han logrado resolver los problemas de fragmentación del sistema nacional de salud; continúa siendo marcada la segmentación entre esquemas de seguridad social que ofrecen servicios heterogé-

neos y el empleo formal es el principal factor de diferenciación; aún no se ha logrado establecer un paquete básico universal de servicios de salud al que toda persona, independientemente de su condición socioeconómica o laboral, pueda acceder sin tener que realizar gasto alguno; y, los avances en la materia no se han acompañado con medidas fiscales que fortalezcan la hacienda pública para brindar el soporte financiero necesario y hacer frente al gasto público derivado de la instrumentación de las reformas sociales.

Desafíos hacia la universalización del sistema nacional de salud.

De acuerdo con el libro Cobertura universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México, publicado en 2013 por la OPS, las principales áreas de oportunidad que se identifican para seguir perfeccionando el sistema nacional de salud son:

- Segmentación y fragmentación del sistema.
- Insuficiente rectoría del Estado en el orden federal y estatal.
- Necesidad de aumentar el financiamiento público en salud, con un uso más eficiente de recursos.
- Falta de un modelo único de atención estructurado sobre redes integradas de servicios de salud basados en la atención primaria.
- Debilidad del primer nivel de atención, lo que dificulta una adecuada atención de los nuevos desafíos epidemiológicos.
- Distribución poco adecuada de recursos humanos, particularmente en las áreas más alejadas y con población más vulnerable.
- La formación de recursos humanos en salud está orientada a la medicina curativa con foco en los hospitales y la especialidad.

<http://bit.ly/2GC3dSu>

Aún persisten importantes retos legislativos para que el sistema de salud público se consolide como un verdadero sistema universal. En los últimos años, diversos centros de investigación, especialistas y organizaciones de la sociedad civil han generado propuestas de política pública para una reforma del sector salud que garantice la cobertura de servicios sanitarios esenciales para todos. Los diversos trabajos coinciden en la necesidad de superar los problemas de fragmentación e ineficiencia del actual sistema nacional de salud al realizar adecuaciones al marco normativo que lo rige, en especial la importancia de desvincular el derecho a la atención en salud de la condición laboral. El elemento común en varias propuestas es establecer un sistema universal que otorgue un piso básico de protección social en salud para todos, financiado mediante impuestos, lo que supondría eliminar las cotizaciones obrero-patronales para el financiamiento de la atención básica en salud. Si bien, varias propuestas convergen en la necesidad de priorizar la atención primaria y la prevención mediante la estructuración de redes integradas de servicios de salud, existen divergencias respecto a la participación de prestadores privados de servicios en sistema nacional de salud: mientras algunas abogan por el diseño de un modelo mixto, otras proponen modelos públicos de atención en salud con una regulación estricta de la participación del sector privado (Martínez y Murayama, 2016).

De acuerdo con la OPS, la evidencia empírica señala que los países que han obtenido niveles más altos de cobertura y acceso universal efectivo en salud lo han conseguido a través de cuatro vías principales:

- 1) Procesos políticos y sociales que permiten el aumento de la inversión en salud en períodos de crecimiento;
- 2) Incremento del gasto en salud por vías solidarias (ya sea por reformas tributarias que sustentan aumentos de la inversión a través de leyes anuales de presupuesto, de incrementos en aportes a fondos mancomunados, o impuestos generales, contributivos o mixtos);
- 3) Liderazgo de gobiernos que han puesto en la agenda pública la cobertura universal en salud, procesos de negociación y consenso;
- 4) Políticas públicas en salud persistentes (véase esquema 6).

IV. Inauguración y firma del convenio

Esquema 6: Elementos hacia la cobertura y el acceso universal efectivo a la salud.

Cobertura universal efectiva



Fuente: Elaboración propia con información de Aratza (2013).

Sen. Sylvana Beltrones

Secretaria de la Comisión de Salud e Integrante de la Comisión de Derechos Humanos del Senado

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempo de intervención: 2:25-6:15

La senadora Sylvana Beltrones fue la primera panelista en tomar la

Para conocer las brechas en materia de salud en México véanse:

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), un proyecto del INSP y la Secretaría de Salud federal que permite conocer cuál es el estado de salud y las condiciones nutricionales de los diversos grupos que forman la población mexicana (ENSANUT, 2016).

<http://bit.ly/2Ypxz51>

Resultados del Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018, que ofrece un diagnóstico sobre el grado de avance en la garantía del derecho a la salud en México, además de aportar elementos que contribuyan al diseño de políticas públicas con enfoque de derechos (CONEVAL, 2018).

<http://bit.ly/2oqjyew>

palabra, destacando que, en cualquier Estado del mundo, el acceso a la salud es el mayor igualador social. No obstante, reconoció que la salud también es uno de los indicadores más severos de la brecha existente entre los que menos tienen. Por ello, es fundamental establecer políticas públicas adecuadas que sean objeto de análisis y estudio profundo entre especialistas en la materia porque la improvisación en salud pone en riesgo la vida de las personas.

Después señaló que el financiamiento debe ser prioritario, pero ninguna lógica presupuestal debe afectar a pacientes y/o trabajadores ni en su salud ni en su bolsillo. Si las medidas de austeridad son llevadas a cabo de forma indiscriminada y sin un análisis previo de sus ne-

cesidades y consecuencias pueden ocasionar grandes problemas. Por tanto, hizo un llamado a garantizar el interés superior de la salud de los mexicanos, pues hacer reasignaciones de gasto o eliminar partidas en aras de ahorrar, puede generar situaciones de desabasto de medicamentos o problemas con la prestación de servicios médicos.

Del mismo modo, condenó los recortes presupuestales a la investigación en los institutos nacionales de salud, pues es básica para atender las causas de las enfermedades. En ese sentido, expresó que, una política pública enfocada en remediar no es sustentable y debe apostarse a la prevención y al diagnóstico oportuno. Por ello, destacó la importancia del convenio entre el INSP y el IBD, pues permitirá la colaboración específica en educación e investigación científica y tecnológica entre dos instituciones que realizan un trabajo objetivo y responsable en favor de México, pues en los tiempos actuales se requiere contar con opiniones acreditadas y trabajo especializado en materia de salud que provean de los mejores elementos para la toma de decisiones que inciden en el cuidado y la prevención de la salud de todos los mexicanos.

Sr. Cristian Roberto Morales Fuhrmann

“Las medidas de austeridad pueden ser positivas, pero si se llevan a cabo de manera indiscriminada y sin un análisis previo de sus necesidades y consecuencias, pueden ocasionar grandes problemas”.

Sen. Sylvana Beltrones

Representante en México de la OPS / OMS

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempo de intervención: 6:30-15:20

El señor **Cristian Roberto Morales Fuhrmann** continuó con el panel inaugural agradeciendo que se haya invitado a la OPS y a la OMS a atestiguar la firma del convenio porque los desafíos que en-

frenta México en el campo de la salud, al igual que en todos los países de la región, demandan redoblar los esfuerzos de concertación y capacidades de producir datos y evidencia para identificar las intervenciones con mayor posibilidad de éxito, y así llegar a los objetivos de garantizar acceso y cobertura universal de salud, tal y como lo acordaron de manera unánime los Estados miembros de la OPS en 2014. Recordó que fue en 1978 durante la Conferencia de Alma-Ata cuando por primera vez se habló de atención primaria en salud y se puso el derecho a la salud de todos como la preocupación central de los sistemas de salud, algo que hoy en día es más relevante que nunca.

Destacó que, en abril de 2019, 31 delegaciones provenientes de paí-

El informe Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, elaborado por la OPS/OMS brinda recomendaciones para hacer efectivo el derecho a la salud de las personas, entendido como un derecho humano fundamental, a partir del análisis de los avances y los desafíos que tienen los sistemas de salud en la región de las Américas (OPS, 2019).

<http://bit.ly/2MAxaq7>

ses de Las Américas se reunieron en la Ciudad de México para conocer el informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Universal y Atención Primaria en Salud de la OPS, y se comprometieron a cumplir con el “Pacto 30-30-30”, que consiste en lograr para 2030 reducir al menos 30% las barreras de acceso a los servicios de salud y aumentar, de manera transversal, en cuando menos 30% la inversión en el primer nivel de atención.

Dicho acuerdo resulta trascendental porque se requiere un primer nivel de atención sólido que articule redes integradas de servicio de salud que respondan de manera adecuada a las necesidades de la población. No obstante, la OPS ha identificado que existen múltiples desafíos, siendo el más dramático la inequidad en el acceso a los servicios de salud en todos los países de la región; por ejemplo,

en el caso de México existe un 93% de sobremortalidad materna entre los individuos que pertenecen al quintil uno con respecto a los del quintil cinco, un nivel de desigualdad preocupante para un país miembro de la OCDE. Otro problema es la obesidad, pues afecta a toda la población y sus costos directos e indirectos se estiman en \$7,800 millones de dólares anuales, por lo que pone en riesgo la capacidad de México para desarrollarse sosteniblemente en el futuro. Por último, enlistó algunas de las posibles vías para enfrentar las desigualdades y problemas de salud que afectan a la mayoría de los países de la región:

- 1) Desarrollar un modelo de atención centrado en las personas, familias y comunidades, organizado en redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria.
- 2) Reforzar la rectoría para que la gobernanza del sistema sea más coherente, de forma que los diferentes actores (gobierno, poder Legislativo, sociedad civil, academia, etc.) puedan unir sus esfuerzos en la meta común del acceso y cobertura universal de salud.
- 3) Mejorar el financiamiento organizando el sistema de salud alrededor de las necesidades de la gente.

Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco

RECOMENDACIONES DE LA OPS (2019)

En el informe referido por el Sr. Morales, la OPS emitió 10 recomendaciones:

1. Asegurar un modelo institucional del Estado que le permita cumplir con su responsabilidad ineludible de garantizar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos.
2. Desarrollar modelos de atención basados en la atención primaria de salud (APS), centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad.
3. Generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad (intercultural y funcional) para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud.
4. Establecer mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado para alinearlo con el objetivo de garantizar el derecho a la salud.
5. Eliminar las barreras de acceso a la salud universal.
6. Abordar los procesos de determinación social a través de intervenciones intersectoriales de salud que promuevan cambios sustantivos sobre las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructuras básicas de una población en un territorio.
7. Reposicionar la salud pública como eje orientador de las respuestas del Estado para la transformación de los sistemas de salud.
8. Valorar a los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS.
9. Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos al servicio de las necesidades de salud de la población.
10. Desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

<http://bit.ly/2MAxaq7>

Director general del INSP

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempo de intervención: 16:05-28:45

El **Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco** expuso que el INSP tiene 32 años de existencia y su misión consiste en contribuir a la equidad social y a la plena realización del derecho a la salud a través de la generación y difusión de conocimientos, de la formación de recursos humanos de excelencia, y de la innovación multidisciplinaria para el diseño de políticas y programas de salud basados en la evidencia. Por ello, expresó su beneplácito por la suscripción del convenio de colaboración con el IBD, pues permitirá crear sinergia entre ambas instituciones y brindar conocimientos y asesorías con base en evidencia al Poder Legislativo federal.

Posteriormente, reconoció que a pesar de los avances en la cobertura de servicios de salud y en la protección financiera en México, persiste el reto de lograr el acceso efectivo a la salud, que no se trata exclusivamente de lograr la cobertura universal, sino de hacerlo a través de servicios de calidad y con protección financiera. En ese sentido, vale la pena destacar las recomendaciones que ha hecho el INSP para lograr la excelencia en la atención sanitaria mediante la construcción,

El INSP es referencia obligada para diseñar y evaluar políticas públicas en salud en México. Cuenta con una secretaría académica, seis centros de investigación y uno de servicio (INSP, 2019):

- Centro de Investigación en Salud Poblacional
- Centro de Investigación en Sistemas de Salud
- Centro de Investigación en Nutrición y Salud
- Centro de Investigación Sobre Enfermedades Infecciosas
- Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas
- Centro Regional de Investigación en Salud Pública
- Centro de Información para Decisiones en Salud Pública

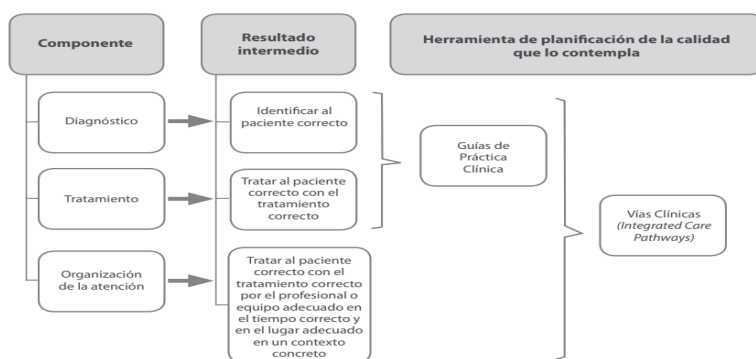
<http://bit.ly/2Mufa0n>

implementación y evaluación de “vías clínicas” que sustituyan a las guías de práctica clínica que actualmente orientan la atención a la salud en México. Una vía clínica se define como:

[...] una herramienta de gestión clínica que organiza y determina la secuencia, duración y coordinación de las intervenciones de todo tipo y departamentos implicados, para un particular tipo de caso o paciente, diseñada para minimizar retrasos y utilización de recursos, y maximizar la calidad de la atención en un contexto específico (Hernández, 2018).

Y, a diferencia de las guías de práctica clínica, las “vías” no se limitan a ofrecer protocolos clínicos, sino también organizacionales; están sujetas a una evaluación continua; y, aunque ambas herramientas tienen el objetivo de mejorar la calidad de los procesos y obtener mejores resultados, las “vías” incluyen las decisiones organizacionales en el marco de un contexto estructural o institucional (véase esquema 7). El Dr. Rivera continuó su intervención señalando que el INSP y la OPS/OMS coinciden en que el punto de partida debe consistir en

Esquema 7: Componentes de atención clínica de calidad: de las guías de práctica clínica a las vías clínicas.



Fuente: Hernández (2018).

Tabla 5: Principales retos para la salud pública y atención primaria a la salud (INSP).

Reto	Tema	Descripción
1	Riesgos para la salud	Los principales hábitos que afectan la salud son: consumo de alimentos no saludables, sedentarismo, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas, accidentes, violencia interpersonal y salud ambiental.
2	Envejecimiento poblacional	Los adultos mayores afrontan distintos retos y dificultades para alcanzar una vejez saludable, como la inequidad en acceso y en la protección financiera, dependencia económica y carencia de servicios de atención primaria específicos.
3	Enfermedades crónicas no transmisibles	Estas enfermedades tienen una incidencia y prevalencia elevadas, baja cobertura en el diagnóstico, inequidad en acceso a servicios de salud, un modelo de atención ineficiente, mala calidad de atención, y discapacidad y mortalidad prematura elevadas.
4	Cáncer	El sector Salud carece de un sistema nacional de registro e información robusto. Hay inequidad en el acceso y en la protección financiera, y escasa oferta de servicios y personal para la atención de estos padecimientos.
5	Enfermedades infecciosas transmisibles	Estas enfermedades tienen una incidencia y prevalencia elevadas y altas probabilidades de complicarse, débil vigilancia epidemiológica y de acciones para el control de resistencia antimicrobiana.
6	Salud sexual y reproductiva	El foco de atención son los adolescentes debido a que reciben una educación sexual deficiente que se traduce en una elevada prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
7	Salud mental	Se relaciona con una frecuencia elevada de discapacidad secundaria a los trastornos mentales y una escasa oferta de servicios de salud mental para quienes padecen trastornos.
8	Discapacidad	El envejecimiento y las enfermedades crónicas son las principales causas de discapacidad. Ha existido una tendencia descendente de los recursos presupuestales y acceso restringido a los servicios de salud para la atención de la discapacidad.

Fuente: Elaboración propia con información de Rivera et al. (2018).

fortalecer los servicios de atención primaria y salud pública, centrándolos en las personas, familias y comunidad, y al mismo tiempo hacerlos accesibles, integrales y cercanos. De hecho, la atención primaria tiene un impacto positivo en la salud de la población porque disminuye la demanda de servicios de urgencia, evita hospitalizaciones innecesarias y reduce costos. Por ejemplo, los servicios de atención primaria logran reducir en 80% la mortalidad perinatal infantil de la niñez y materna, lo que se traduce en una inversión con un gran retorno. Y, en el IMSS este tipo de servicios representan alrededor del 85% de todos los servicios prestados por la institución, de modo que el fortalecimiento de este nivel de atención resulta prioritario. No obstante, una gran cantidad de los determinantes de la salud no los atiende directamente el sector salud, como, por ejemplo, la pobreza o el abastecimiento de agua, sino que son atribución de otras instituciones, por lo que la coordinación intersectorial resulta central.

De acuerdo con el INSP, se identifican ocho retos principales para la salud pública y la atención primaria (véase tabla 5) que requieren prioridad en la agenda de políticas de salud; son transversales a todos los grupos de edad, niveles socioeconómicos e instituciones del sector Salud. Las deficiencias en la salud pública y la atención primaria tienen consecuencias que se reflejan en un mal estado de salud, mayor morbilidad, discapacidad, mortalidad prematura y elevados costos sociales y económicos (Rivera et al., 2018).

En ese sentido, el Dr. Rivera refirió que el INSP considera que los riesgos para la salud son uno de los mayores retos del sistema de salud, siendo los más importantes a nivel nacional:

- 1) La alimentación no saludable, ya que más de 70% de la población adulta padece sobrepeso u obesidad y se estima que 3 de cada 10 niños padecerán diabetes mellitus a lo largo de su vida;
- 2) El sedentarismo;
- 3) El tabaquismo;
- 4) El consumo de alcohol y drogas;

- 5) Los accidentes y violencia; y,
- 6) Problemas de salud ambiental.

De igual forma, existen problemas derivados de la transición demográfica como el envejecimiento, siendo los principales retos lograr que la población alcance una vejez saludable y que los adultos mayores tengan un acceso y protección financiera adecuados y reciban servicios de atención primaria enfocados en sus necesidades específicas. Por último, cerró su intervención subrayando que para robustecer la organización del sistema de salud resulta prioritario enfocar los esfuerzos en la atención primaria a la salud y la salud pública. Por ello, propuso llevar a cabo una reforma integral del sistema de salud con un enfoque dirigido a la equidad y a la realización del derecho a la salud de todos los mexicanos en donde se afiance la rectoría, gobernanza y financiamiento del sistema de salud, por lo que sugirió utilizar recursos como los impuestos a bebidas azucaradas, alimentos con alta densidad calórica, tabaco y alcohol.

Sen. Dante Delgado Rannauro

Coordinador del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano

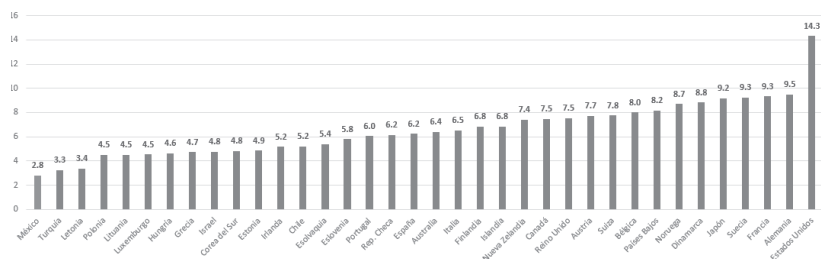
Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempo de intervención: 29:50-37:45

El senador **Dante Delgado** inició su intervención reconociendo que en México persiste un rezago significativo en la garantía del derecho a la salud debido principalmente a la falta de recursos invertidos que apenas equivalen 2.8% del Producto Interno Bruto (PIB), siendo el más bajo entre los 36 países miembros de la OCDE (véase gráfica 8). La escasa inversión se traduce en una grave falta de acceso a la salud, pues, según el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, actualmente 21 millones de personas no tienen acceso a ningún servicio o sistema de salud y solo el 42% de los mexicanos cuentan con algún tipo de cobertura.

El Senador Delgado condenó la forma en que se han socavado las

Gráfica 8: Gasto público en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE (2018).



Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE (2019).

capacidades económicas de los institutos de salud en fechas recientes, puesto que el Estado mexicano incumple con el compromiso plasmado en el artículo 4º constitucional y se involuciona gravemente en materia de acceso a la salud, derecho que no puede ser acotado por principios de carácter presupuestal. De igual forma, hizo un llamado a atender los enormes retos de inequidad por los que atraviesa el sector salud y las presiones presupuestales que han llevado a un problema de abasto de medicamentos y a una falta de médicos y/o enfermeras en diversas regiones. También, enfatizó que a las familias de escasos recursos no se les puede regatear ni postergar el derecho a salud, ya que, además de ser un derecho humano fundamental, debe concebirse como una apuesta al futuro para construir un país más justo, equitativo e incluyente que brinde salud integral a todos los mexicanos.

Finalmente, destacó que, si bien la asignación presupuestal es facul-

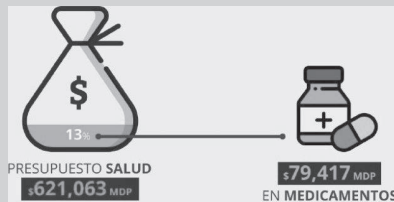
“Movimiento Ciudadano se compromete, hoy, a ratificar que con ideas innovadoras y con medidas preventivas, y con mucho rigor, con alto sentido de responsabilidad, es posible construir políticas públicas para superar las inequidades y las desigualdades”.

Sen. Dante Delgado

tad exclusiva de la Cámara de Diputados, es necesario que desde el Senado de la República se haga un esfuerzo que permita mejorar el ingreso nacional, ya que la Ley de Ingresos es una responsabilidad compartida entre ambas Cámaras, y dado que se necesitan más recursos, pueden generarse con acciones innovadoras y voluntad. Y ese esfuerzo debe iniciar a la brevedad involucrando a todos los actores de la sociedad, pues los problemas de salud pública afectan por igual a los mexicanos sin distinción de edad, sector o región.

Sen. Miguel Ángel Navarro Quintero

De acuerdo con el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), en 2019 el presupuesto aprobado para medicamentos fue de \$79,417 millones de pesos, equivalentes al 13% del presupuesto público del sector salud. Ese monto representa un recorte de 10.5% respecto al presupuesto ejercido en 2013 para el mismo concepto (Méndez, 2019).



<http://bit.ly/2Muo7a8>

Presidente de la Comisión de Salud del Senado

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempo de intervención: 38:15-42:30

El senador **Miguel Ángel Navarro Quintero** comenzó su discurso exhortando a la sociedad en general a hacer de la coyuntura actual “el momento de la salud en México”, pues la transición demográfica ha venido acompañada de enfermedades emergentes y derivadas de

la pobreza, así como el resurgimiento de padecimientos que se consideraban ya superados. Aunado a ello, el tema de la salud se agudiza con la situación de los más de 50 millones de migrantes en México y el mundo. Reconoció que el proceso de globalización ha venido acompañado de una “globalización de la enfermedad”, pues hoy en día países como Estados Unidos experimentan brotes de sarampión (véase recuadro 3), por lo que México debe mantenerse alerta para evitar importar problemas de salud provenientes de otras latitudes. También resaltó que en México ha ido aumentando la demanda de

Recuadro 3: Datos relevantes sobre los brotes de sarampión ocurridos en 2019.

- En abril de 2019, la OMS confirmó brotes de sarampión en todas las regiones del mundo, tanto en países pobres con tasas bajas de vacunación como en países desarrollados (Malkin, 2019).
- Tan solo en Estados Unidos, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades confirmaron 1,164 casos entre el 1 de enero y el 25 de julio del 2019 en 30 estados (CDC, 2019).
- La OMS atribuye los brotes de sarampión a que más de 20 millones de niños no han recibido la vacuna en los últimos ocho años (UNICEF, 2019).
- México ha descartado brotes de sarampión y la Secretaría de Relaciones Exteriores recomienda revisar el esquema de vacunación antes de viajar a Estados Unidos o Europa (SRE, 2019).

Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE (2019).

medicamentos de alto costo para tratar enfermedades complejas, por lo que la atención a ese reto debe ser prioridad y responsabilidad de todos los ciudadanos y de las instituciones públicas de los tres órdenes de gobierno. Por un lado, los ciudadanos deben hacerse auto responsables de seguir su dieta o de realizar actividades físicas, y, por otro, la atención primaria a la salud debe ser prioritaria para cualquier política pública en la materia.

De acuerdo con la OPS, desde 2012 la COFEPRIS ha autorizado la introducción de 540 medicamentos genéricos utilizados en el tratamiento de 21 problemas de salud que representan alrededor de 70% de las principales causas de muerte en México.

La repercusión de esa estrategia ha sido doble: 1) ha generado ahorros en la compra de medicamentos, lo que ha permitido aumentar el volumen de compras, y 2) ha reducido el precio de las medicinas en el mercado, mejorando considerablemente el acceso a los medicamentos para los mexicanos (OPS, 2019a).

<http://bit.ly/314uRiQ>

Sen. Miguel Ángel Mancera Espinosa

Coordinador del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática (PRD)

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempo de intervención: 43:00-48:25

El senador **Miguel Ángel Mancera** afirmó que la salud es uno de los temas donde no se debe escatimar y condenó los recortes presupuestales con motivaciones económico-financieras sin un análisis previo de las consecuencias. Después aseveró que el énfasis de la política de salud debe ser la prevención, ya que el principal desafío es mantener sana a la población que está saludable, y no curar a quienes se enferman. Ejemplificó su argumento con la instauración del programa Médico en tu casa durante su gobierno en la Ciudad de México (2012-2018), pues fue reconocido a nivel internacional e incluso se implementó en otras entidades federativas y países. Por ello, opina que llevar la información de primera mano sobre salud a la población hasta las puertas de sus casas hace un cambio total, pues se presentaron casos donde incluso los hombres prohibían a sus esposas realizarse exámenes de mastografía por desconocimiento. Por otro lado, señaló la importancia de la iniciativa que presentó el día 4 de diciembre de 2018 al artículo 4 de la Constitución Política

de los Estados Unidos Mexicanos, respecto a los cuidados paliativos multidisciplinarios que buscan llevar alivio a quien llega al momento final de su vida, para que se realice con todo el compromiso del Estado, desde el mandato constitucional.

Finalmente, cerró su participación esperando que el convenio entre el INSP y el IBD no solo genere avances sustanciales en materia de investigación, sino que también contribuya a informar de una mejor manera a la población sobre cuestiones de salud.

Médico en tu casa es un programa creado en 2014 en donde participan brigadas de salud integradas por profesionales como médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y odontólogos, entre otros, recorren casa por casa de las diversas colonias en las 16 alcaldías de la Ciudad de México. Los servicios son totalmente gratuitos, incluyendo medicamentos y estudios de laboratorio (Gobierno de la Ciudad de México, 2019).

Dado que en sus primeros años de operación llevó beneficios a los habitantes del 80.5% de las viviendas de la capital del país, en 2015 fue convertido en ley por el Congreso local (ALDF, 2015).

Sen. Miguel Ángel Osorio Chong

Presidente del IBD y Coordinador del Grupo Parlamentario del PRI

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempo de intervención: 48:40-59:45

El Senador **Miguel Ángel Osorio Chong** comenzó su intervención afirmando que los esfuerzos gubernamentales históricos han logrado que la estructura institucional de salud pública atienda a 80% de la población: el IMSS y el ISSSTE, a pesar de sus limitaciones y dificultades, han sido ejemplo de seguridad social para los trabajadores mexicanos; y el Seguro Popular, en pocos años, se ha convertido en una opción de atención para más de 50 millones de habitantes, e incluso cuenta con un fondo para enfermedades catastróficas que

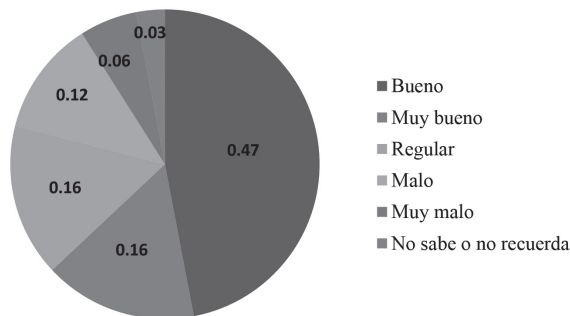
permite atender padecimientos graves, cirugías o trasplantes a un costo mínimo. En ese sentido, vale la pena destacar que, en términos generales, los mexicanos aprueban los servicios de salud que reciben, pues de acuerdo con la encuesta “Salud de los Mexicanos”, aplicada en abril de 2018 por De las Heras Demotecnia y Forbes, el 47% de los mexicanos califica como “bueno” el servicio del sistema público de salud en el país, mientras que el 16% cree que es “muy bueno” (Celis, 2018).

México también cuenta con hospitales de alta especialidad recono-

“Necesitamos seguir avanzando hacia la cobertura universal de salud, y no solo eso, sino asegurar que la calidad de la sanidad pública sea la misma en todo el país, que aquel(la) mexicana o mexicano que nace en la sierra de Guerrero, reciba el mismo servicio como una que está aquí en la Ciudad de México, que un niño con cáncer, en Chiapas, tenga las mismas posibilidades de superarlo, que uno que nace o vive en Monterrey”.

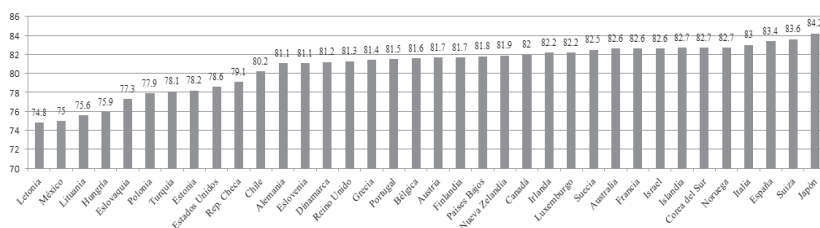
Sen. Miguel Ángel Osorio Chong

Gráfica 9: Respuestas a la pregunta ¿Cómo calificaría el servicio del sistema público de salud? de la encuesta “Salud de los mexicanos”.



Fuente: Elaboración propia con información de Celis (2018).

cidos en todo el continente y con programas de vacunación, prevención y atención que han logrado erradicar, disminuir o minimizar la

Gráfica 10: Esperanza de vida al nacer en países de la OCDE (2017).

Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE (2019).

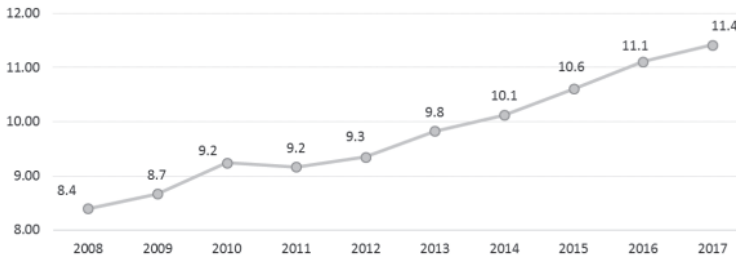
incidencia de enfermedades como el cólera, polio y sarampión, entre otras. Y en los últimos 50 años la esperanza de vida al nacer pasó de 60 a 75 años, mientras que la tasa de mortalidad de menores de 5 años se redujo de 107 a 13 por cada 1,000. No obstante, la esperanza de vida es la segunda más baja de los países que conforman la OCDE, solo por encima de Letonia.

A pesar de esos avances, el senador Osorio reconoció que el sistema de salud enfrenta retos propios de la transición epidemiológica que atraviesa todo el mundo y otros que son producto de rezagos estructurales. En ese sentido, enlistó cinco desafíos que considera relevantes:

En primer lugar, se refirió a la necesidad de hacer frente a los padecimientos crónico-degenerativos que actualmente son la principal causa de muerte en el país, tales como enfermedades del corazón, diabetes y tumores malignos. Tan solo en 2017, más de 140 mil mexicanos murieron de enfermedades del corazón; 106 mil, de diabetes; y 84 mil, de algún tumor cancerígeno, lo que se traduce en que cada día fallecieron más de 900 personas a causa de alguno de esos tres padecimientos. Por ello, resulta preocupante la reducción de recursos a la tarea fundamental de prevenir y detectar esos males, siendo particularmente grave el caso de las mujeres cuyas principales causas de muerte son el cáncer de mama y el cérvix uterino.

En ese sentido, las enfermedades del corazón han ocupado la primera posición entre las principales causas de muerte en México durante varios años y, entre ellas, destacan las enfermedades isquémicas del

Gráfica 11: Tasa de defunciones registradas por enfermedades del corazón por cada 10,000 habitantes (2008-2017).

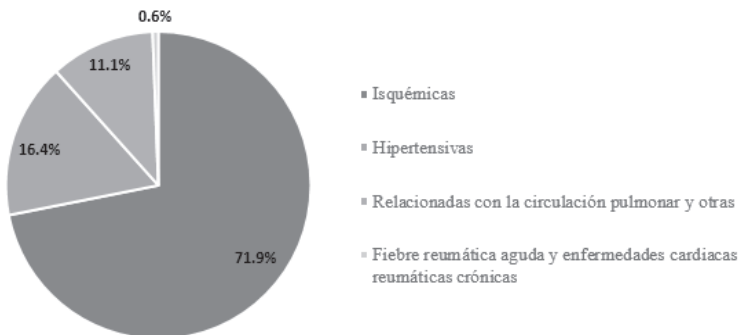


Fuente: INEGI (2018).

corazón que presentan una alta incidencia entre la población que fallece a partir de los 45 años (véase gráfica 12). La gráfica 11 pone de manifiesto que en los últimos años la tasa de defunciones registradas por enfermedades del corazón por cada 100,000 habitantes ha mantenido una tendencia al alza, al pasar de 8.4 a 11.4 entre 2008 y 2017 (INEGI, 2018).

La gráfica 12 resalta que, de las 141,619 muertes ocasionadas por padecimientos del corazón ocurridas en 2017, la amplia mayoría (71.9%) fueron causadas por enfermedades isquémicas con 101,877

Gráfica 12: Defunciones por enfermedades del corazón registradas en 2017.



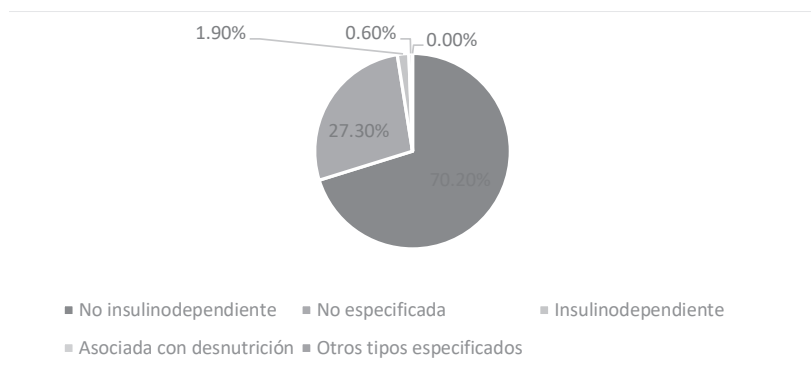
Fuente: Elaboración propia con información de INEGI (2018).

Gráfica 13: Tasa de defunciones registradas por diabetes mellitus por cada 10,000 habitantes (2008-2017).



Fuente: INEGI (2018).

Gráfica 14: Defunciones por diabetes registradas en 2017.



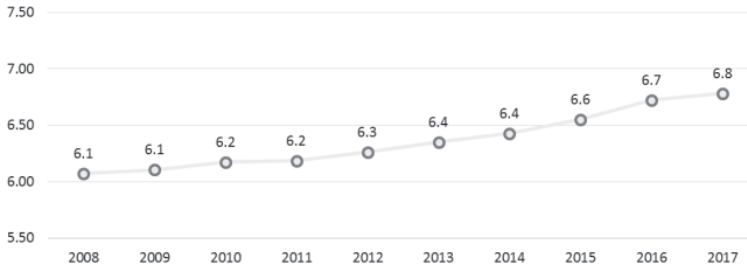
Fuente: : Elaboración propia con información de INEGI (2018).

casos, seguidas por las hipertensivas (16.4% con 23,215 casos) y las relacionadas con la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón con 11.1% equivalente a 15,763 casos.

Por su parte, las defunciones a causa de la diabetes mellitus presentan una tendencia similar, pues la tasa de defunciones registradas por cada 10,000 habitantes pasó de 6.9 a 8.6 entre 2008 y 2017 (véase gráfica 13). 7 de cada 10 muertes a causa de la diabetes mellitus se debieron a la de tipo no insulino dependiente y 1,984 casos (1.9%), correspondieron a la insulino dependiente (véase gráfica 14).

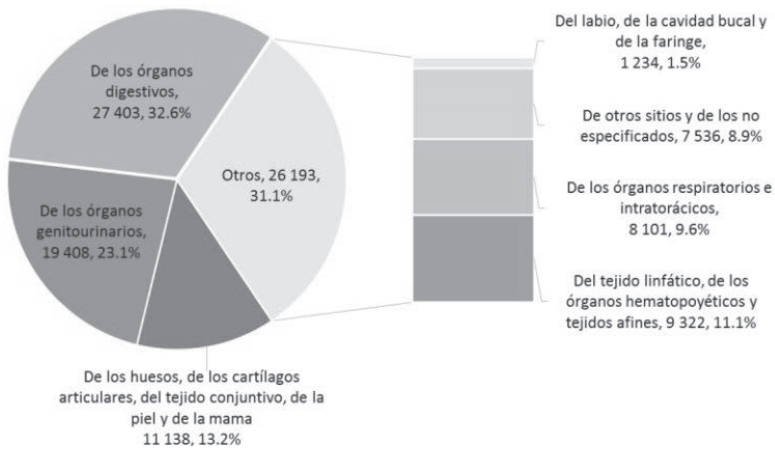
Los tumores malignos que se consolidaron como la tercera causa

Gráfica 15: Tasa de defunciones registradas por tumores malignos por cada 10,000 habitantes (2008-2017).



Fuente: : INEGI (2018).

Gráfica 16: Defunciones por tumores malignos registradas en 2017.



Fuente: : INEGI (2018).

de muerte en México también registran una tendencia creciente en cuanto a la tasa de defunciones por cada 10,000 habitantes, aunque a un ritmo menor que las enfermedades del corazón y la diabetes. Entre 2008 y 2017, se registró un incremento de 6.1 a 6.8 (véase gráfica 15). De las 84,142 muertes a causa de este padecimiento, la

mayoría de los tumores surgieron en órganos digestivos (32.6%) y genitourinarios (23.1%) (véase gráfica 16).

En segundo lugar, el Senador Osorio mencionó que resulta paradójico que 13% de la población padezca desnutrición y, al mismo tiempo, México sea el país con mayor índice de obesidad en el mundo. Siete de cada diez adultos y tres de cada diez niños mexicanos padecen sobrepeso u obesidad, por lo que se requieren estrategias concretas.

Al respecto, el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO) subraya que la obesidad hoy en día ya no es exclusivamente una crisis de salud pública, sino que se trata de un padecimiento que pone en riesgo la competitividad del país: por un lado, afecta la salud de los habitantes, lo que tiene un impacto en la dinámica familiar y genera altos costos de tratamiento médico; y, por otro, reduce la productividad de los trabajadores e impone retos significativos a las finanzas gubernamentales. En ese tenor, la consultora McKinsey Global Institute subraya que la obesidad a nivel mundial se asocia con costos equivalentes a 2.8% del PIB global, una cifra similar a la

Véanse los libros más recientes publicados por el INSP en materia de políticas públicas y obesidad:

- ¿Hasta que los kilos nos alcancen? Simón Barquera (2019) describe la transición nutricional ocurrida en el ámbito global durante los últimos años que ha tenido como consecuencia las tasas más altas de obesidad y enfermedades crónicas en la historia de la humanidad.

<http://bit.ly/2KaGoru>

- 0La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control: Rivera et al. (2019) ofrecen propuestas sobre los ajustes necesarios de la actual política para prevenir y controlar la obesidad, así como nuevas recomendaciones basadas en evidencia sobre acciones aún no implementadas en México.

<http://bit.ly/2yvPWq8>

que generan los conflictos armados y el tabaquismo (Masse, s.f.). De acuerdo con datos de la OMS, en 2018 México ocupaba el primer lugar global en obesidad infantil y el segundo en adultos, lo que resulta alarmante, y la propia Secretaría de Salud estima que el costo total de la obesidad en 2017 ascendió a 240,000 millones de pesos, cantidad que seguirá incrementándose hasta alcanzar los 272,000 millones para 2023 (Forbes, 2019).

En tercer lugar, el senador Osorio Chong señaló que, en materia de atención del VIH, se ha logrado que 80% de los portadores tengan acceso al tratamiento antirretroviral, pero no se ha reducido la incidencia ni la tasa de mortalidad en los niveles deseados, por lo que resulta inexplicable la decisión del gobierno federal suspender la convocatoria del Centro Nacional para la Prevención y Control del

El 14 de febrero de 2019, el Ejecutivo federal envió a los miembros del Gabinete legal y ampliado la "Circular Uno", un documento que ordenaba (Orozco y Cabestany, 2019):

- No transferir recursos del presupuesto a ninguna organización social, con el propósito de terminar con la intermediación que ha originado discrecionalidad, opacidad y corrupción.
- En su lugar, entregar directamente a los beneficiarios todos los apoyos para el bienestar.
- En consecuencia, se suspendió la convocatoria que entre 2006 y 2018 había emitido CENSIIDA para el otorgamiento de recursos a organizaciones que llevasen a cabo estrategias de prevención y atención al VIH.
- Esta decisión afectó a más de 200 organizaciones de la sociedad civil.
- Véanse las memorias del Conversatorio: el quehacer de las organizaciones de la sociedad civil en la atención y prevención del VIH-Sida. Retos y perspectivas, organizado por el IBD el pasado 8 de abril de 2019.

<http://bit.ly/2Rz0XzE>

VIH y el SIDA (CENSIDA) para financiar proyectos de organizaciones civiles que desarrollan programas de prevención y atención. De hecho, las organizaciones no gubernamentales juegan un papel trascendental, pues llegan a espacios y sectores de la población donde las autoridades gubernamentales no lo hacen y realizan múltiples actividades de prevención y acompañamiento a enfermos de VIH-SIDA. Incluso, el propio INSP realizó un perfil de las organizaciones especializadas en la materia (véase esquema 8), resaltando su alto grado de profesionalización y experiencia, así como la versatilidad en sus líneas de acción y comunicación con poblaciones clave (Orozco y Cabestany, 2019).

En cuarto lugar, el Senador Osorio Chong resaltó el reto que plantea la arquitectura institucional, pues se requiere avanzar hacia la cobertura universal de salud, asegurando que la calidad de la sanidad

Esquema 8: Perfil organizacional de las asociaciones civiles especializadas en VIH-SIDA.

Amplia trayectoria y experiencia	Principales líneas de acción	Comunicación y contacto con poblaciones clave
<ul style="list-style-type: none"> • Conformación: 13.5 años promedio de existencia. • Rango: 3-26 años. • Director: 15.1 años de experiencia promedio en materia de combate al VIH. • Rango: 6-28 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Defensoría de derechos de las personas con VIH.. • Diversidad sexual, promoción de la salud sexual reproductiva. • Prevención de VIH (uso de condón). • Mejoría de la calidad de vida (autoapoyo, psicológico, vinculación a programas sociales, otros). 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso directo a la población. • "Pares" culturales y que comparten la experiencia de vivir con VIH.

Fuente : : Elaboración propia, con información de Leyva (2019).

pública sea la misma en todo el país. Y, en quinto lugar, resaltó que la asignación de recursos es también insuficiente: México destinó en 2018 el equivalente al 2.8% de su PIB a salud pública, un presupuesto considerablemente menor al de otros países considerados “potencias medias”. A pesar del incremento de 1.9% en el presupuesto de salud para 2019, las políticas de austeridad han hecho imposible que se refleje en la salud de los mexicanos, pues es común que varios hospitales del país no puedan llevar a cabo intervenciones quirúrgicas por insuficiencia de personal, medicamentos o insumos, lo que ha provocado que los pacientes no reciban atención, y/o que médicos y enfermeros no reciban sus remuneraciones en tiempo. Por último, exhortó al gobierno federal a implementar las políticas de austeridad de forma que no afecten los servicios de salud. El escenario es complejo y exige soluciones con base en evidencia y la suma de esfuerzos de todos: el gobierno debe redoblar esfuerzos para garantizar el derecho a la salud, evitando tomar decisiones que pongan vidas en riesgo; el Congreso debe aumentar el presupuesto al sector, vigilar su manejo apropiado y legislar para garantizar un acceso a la salud de igual calidad en todo el país; y, la academia, la sociedad civil y los institutos de salud deben continuar promoviendo la investigación e involucrarse en la generación de políticas públicas.

Sen. Mauricio Kuri González

Coordinador del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional (PAN)

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempo de intervención: 1:00:15-1:05:50

El senador **Mauricio Kuri** mencionó que el crecimiento demográfico que está atravesando el país en pocos años se invertirá y el envejecimiento de la población será uno de los mayores retos en materia de salud. Además, revertir el escaso acceso a servicios de salud formales en la población que labora en la economía informal debe ser una

prioridad, por lo que resaltó la utilidad social del Seguro Popular e hizo un llamado a seguirlo manteniendo. Por ello, aconsejó que no se escatimen recursos en materia de salud pública, pues se cuenta

De acuerdo con la consultora KPMG, los principales avances para lograr la cobertura universal han sido (García-Téllez, 2017):

- Conformación del IMSS en la década de 1940.
- Creación ISSSTE a fines de la década de 1950.
- Reconocimiento constitucional del derecho a la salud, a principios de la década de 1980.
- Arranque del Seguro Popular en 2004.

No obstante, aún persiste la necesidad de buscar esquemas para ampliar el acceso para la población a productos y servicios de calidad y costo-efectividad, por lo que, siguiendo las recomendaciones de la OCDE para lograr la cobertura universal, se sugiere:

- Ampliar la coordinación entre instituciones.
- Armonizar la estandarización de procesos.
- Impulsar la competencia entre proveedores.
- Fomentar la eficiencia hospitalaria.

<http://bit.ly/2YgEDI7>

En materia de envejecimiento de la población, el INSP destaca que la expectativa de vida para quienes hoy tienen 60 años es de 22 años, lo que plantea los siguientes retos (Rivera et al., 2018):

- Lograr que los adultos mayores tengan un envejecimiento saludable.
- Hacer menos inequitativo el acceso a servicios de salud y protección financiera.
- Reducir el número de personas mayores que son dependientes económicos.
- Preparar a los servicios de atención primaria para atender correcta e integralmente a una población envejecida.

<http://bit.ly/2ZmBhcD>

con recursos humanos con una gran vocación de servicio que no reciben las herramientas necesarias para desempeñar su trabajo.

Sen. Ricardo Monreal Ávila

Presidente de la Junta de Coordinación Política del Senado de la República y coordinador del grupo parlamentario de Movimiento Regeneración Nacional (MORENA).

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempo de intervención: 1:06:10-1:11:00

El Senador **Ricardo Monreal** cerró el acto inaugural expresando su beneplácito por la celebración del convenio, pues se trata de un asunto de suma importancia, dado que la salud y la educación son el pilar fundamental de los pueblos, las naciones y del desarrollo social. Recalcó que la salud es lo más importante en cualquier ser humano

El 3 de julio de 2019, el Grupo Parlamentario de MORENA presentó la iniciativa de ley para crear el Instituto de Salud para el Bienestar (ISB), donde se propone (Senado, 2019):

- El ISB será un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud que se conformará con los recursos humanos, financieros y materiales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- La Federación se encargará de los servicios de salud en las entidades federativas.
- El objetivo será crear un sistema de acceso universal y gratuito de salud para dotar de medicamentos suficientes a la población carente de seguridad social.
- Se buscará implementar un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.
- La propuesta fue turnada para su análisis a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados con el respaldo del grupo parlamentario de MORENA en el Senado.

<http://bit.ly/2YzNVYN>

y para el Senado de la República no es la excepción. A propósito, resaltó el trabajo realizado por la Comisión de Salud que es presidida por el senador Miguel Ángel Navarro Quintero, quien es médico de formación y posee una destacada trayectoria en el sector salud, siendo delegado del IMSS y el ISSSTE en distintas entidades federativas, por lo que es un experto en la materia y conoce de primera mano la problemática del sistema nacional de salud.

Posteriormente, se refirió al diagnóstico y a las estadísticas presentadas por los panelistas del INSP y de la OPS/OMS que le antecedieron en el uso de la palabra, afirmando que las cifras de las enfermedades que se padecen en México son alarmantes, al igual que los factores de riesgo que las provocan, como mala alimentación, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, etc. Por ello, considera que la firma del convenio de colaboración entre el INSP y el IBD representa también una llamada de atención para el Senado de la República y se comprometió a dar seguimiento puntual a las estrategias que ambas instituciones generen.

Finalmente, cerró su participación expresando que coincide con lo dicho por los coordinadores de los grupos parlamentarios que lo antecedieron en el uso de la palabra en torno a la necesidad de una reforma integral del sistema nacional de salud. Al respecto, afirmó que MORENA está listo para llevar a cabo esa tarea y ser el principal motor para hacer realidad esa reforma, tan indispensable en materia de salud para el país.

V. Mesa de análisis: "Los retos actuales de la salud"

"[...] sí necesitamos una reforma integral [de salud], y MORENA está listo para llevarla a cabo [...]"

MORENA será el principal motor de conducción para poder hacer realidad esta Reforma, indispensable en materia de salud en el país".

Sen. Ricardo Monreal

pública en México”

Tras la firma del convenio entre el IBD y el INSP se llevó a cabo una mesa de análisis en la que un grupo de reconocidos especialistas identificaron y reflexionaron en torno a los principales retos y posibles vías de solución para los problemas que atraviesa México en materia de salud pública. Para tal efecto, las preguntas clave que orientaron la discusión de los participantes fueron:

- ¿Cuáles son los rezagos históricos de la atención a la salud que conviene priorizar en las políticas públicas actuales?
- Además de la fragmentación, las diferencias en el acceso y calidad de los servicios y las debilidades del financiamiento público, ¿qué otros retos se identifican hoy en materia de salud?
- ¿Cómo reconfigurar la organización actual del sistema nacional de salud para garantizar el derecho de protección de la salud de los ciudadanos? ¿Cuál es el futuro del Seguro Popular?
- ¿Qué retos plantea el tránsito, destino y retorno de migrantes al sistema nacional de salud?
- ¿Qué desafíos impone el financiamiento público de la salud?
- ¿Qué potencial tienen los impuestos especiales para la promoción de la salud y el financiamiento público?
- ¿Qué retos plantea el envejecimiento de la población y el incremento en el padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas?

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto

Director de prestaciones médicas del IMSS

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempos de intervención: 1:19:35-1:36:00 y 2:19:45-2:28:40

El primer panelista en abrir la discusión fue el **Dr. Víctor Hugo**

Borja, resaltando que los senadores y especialistas que participaron en el acto inaugural presentaron un buen diagnóstico de los problemas generales para la atención a la salud en México. Aseguró que la meta es construir un sistema que otorgue acceso universal y efectivo a la salud a todos los mexicanos, pero en el presente sexenio no será posible, ya que es una meta a largo plazo imposible de concretar en los próximos cinco años. En su lugar, se plantea un sistema más coordinado donde los sistemas de seguridad social atiendan a los derechohabientes que les corresponda y que el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar se haga cargo de la población sin seguridad social, una vez que sea creado. La lógica de esta medida reside en que se busca organizar de una mejor manera a los sistemas de seguridad social para proveer los servicios de salud que los mexicanos necesiten en el momento y lugar que lo requieran.

Posteriormente, expuso que en el IMSS anualmente hay un 30%

El Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada (CONAEMI) advierte que los desafíos para la transición de un sistema de salud fragmentado hacia uno universal son (Corona, 2017):

- Dificultades en el acceso a los servicios.
- Prestación de servicios de baja calidad técnica.
- Uso irracional e ineficiente de los recursos.
- Incremento innecesario de los costos de producción.
- Baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos.

<http://bit.ly/2ZoqgYh>

de altas y bajas de derechohabientes, de tal manera que se atiende entre 70% y 130% del equivalente nominal de la población, lo que se debe a razones como los empleos temporales, por ejemplo. El IMSS también realizó un estudio sobre diabéticos y concluyó que no se logra controlar dicho padecimiento por deficiencias propias de los servicios, pero también porque quienes lo padecen no cotizan el año completo a la institución. Esas entradas y salidas de dere-

chohabientes hacen urgente una mayor coordinación para atender a la población, tanto en lo preventivo como en lo curativo. Huelga recalcar que el IMSS atiende a 2.7 millones de personas con diabetes anualmente (IMSS, 2018).

También hizo un llamado a generar sistemas únicos de información en los programas preventivos, pues, aunque son sistemas universales, el control no es efectivo. Por ejemplo, es necesario conocer con detalle qué vacunas ha recibido un niño o cuándo fue la última vez que una mujer se realizó una mastografía, independientemente si está o no afiliada a algún sistema de salud. De esa manera, habría una mayor coordinación y se brindaría un mejor servicio, por lo que se propone crear “distritos de salud” o “jurisdicciones sanitarias” que serían unidades que coordinen la atención de los distintos proveedores de salud en un área geográfica determinada.

El Dr. Borja continuó abordando los desafíos para mejorar los servi-

La organización no gubernamental México Evalúa (2011) considera que la distribución del gasto en salud hacia las entidades federativas es desigual y obedece, principalmente, a criterios inerciales por las siguientes razones:

- La distribución no se realiza a través de un fondo único en el que se concentren los recursos.
- No existen reglas únicas (múltiples leyes y reglamentos para asignar el gasto).
- El criterio para distribuir el Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud en las entidades federativas es el número de afiliados al sistema de protección social, por lo que se benefician desigualmente.
- El IMSS y el ISSSTE definen centralmente los presupuestos de clínicas y hospitales, lo que de facto ignora funciones como la organización y administración del cuidado de la salud.

<http://bit.ly/2YIILQC>

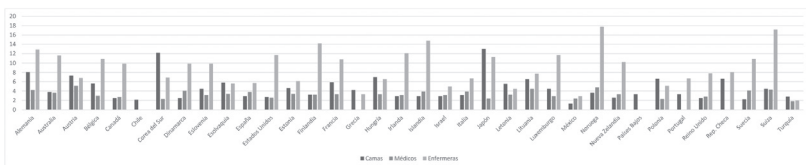
cios de salud ofrecidos en el IMSS. Las inequidades entre entidades federativas son bastante profundas; por ejemplo, en estados como Chiapas el salario base de cotización de la población asegurada es

de menos de la mitad que el de Nuevo León, y el gasto per cápita en medicamentos que recibe Chiapas es muy inferior al de la Ciudad de México o Nuevo León. Esto se debe a que el financiamiento se otorga de acuerdo a consideraciones históricas y no de necesidades, situación que se debe reformar prioritariamente en todas las instituciones. Asimismo, una mayor cobertura no es sinónimo de acceso efectivo a servicios de salud, pues esto último implica que la población reciba la atención en el momento que lo requiera. Y en el caso del IMSS, la capacidad instalada para la atención de los derechohabientes no ha crecido al mismo ritmo que estos, de tal manera que, si se comparan indicadores como camas, médicos o enfermeras por cada mil derechohabientes, han ido disminuyendo a través del tiempo.

Al respecto, México es el país de la OCDE con menor número de camas por cada 1,000 habitantes (1.3); el tercero con menos médicos (2.4), empatado con Japón y Polonia y por encima de Corea del Sur (2.3) y Turquía (1.9); y el segundo con menor cantidad de enfermeras (2.9), superando a Turquía (2.1).

No obstante, afirmó que no es necesario construir nuevos hospitales para mejorar el servicio, pues existen áreas de oportunidad para hacerlos más eficientes, aprovechando la capacidad instalada con que

Gráfica 17: Número de camas, médicos y enfermeras por cada 1,000 habitantes en países de la OCDE (2018).⁴



Fuente: Elaboración propia con información de OCDE (2019).

⁴Nota: No se cuenta con el indicador de médicos para Grecia, Portugal y República Checa. Tampoco se dispone de los indicadores de médicos y enfermeras para Chile y Países Bajos.

se cuenta. En términos generales, los hospitales del país –no solo los del IMSS– e institutos de salud funcionan muy bien por las mañanas, con una capacidad disminuida por la tarde, y mucho menor los fines de semana. Por ello, sugirió que, si se aumentan las capacidades con equipamiento, recursos humanos e insumos, sería posible incrementar hasta en 30% los servicios ofrecidos hoy en día. Como ejemplo citó el programa de Unidades Médicas de Tiempo Completo del IMSS, que tiene como finalidad precisamente que los hospitales y unidades de medicina familiar funcionen las 24 horas de los 365 días del año, lo que dará la oportunidad a los derechohabientes de elegir atenderse en los turnos matutino, vespertino y de fin de semana, considerando que muchos trabajadores no pueden atenderse entre semana en virtud de sus horarios laborales.

Aunado a lo anterior, un reto no menos importante es orientar el

El plan 2018-2024 El IMSS: bienestar para toda la vida tiene seis objetivos para mejorar la eficiencia y aprovechar la capacidad instalada (2019):

- IMSS incluyente: fortalecer y ampliar la cobertura del programa IMSS-BIENESTAR para garantizar la protección de la salud.
- IMSS preventivo e integral: fortalecer el primer y segundo niveles de atención y reducir los tiempos de espera en unidades médicas.
- IMSS cercano: digitalizar trámites y servicios.
- IMSS sostenible y transparente: optimizar las acciones de fiscalización y cobranza.
- IMSS con calidad y evaluación continua: robustecer la evaluación y monitoreo de los servicios de salud y seguridad social.
- IMSS intersectorial: trabajar en conjunto con otras dependencias de forma coordinada.

<http://bit.ly/2YIVnqW>

modelo de atención de manera integral hacia la prevención y brindar los servicios de salud con mayor calidad. Durante años han existido guías de práctica clínica en el sector salud y el IMSS ha participado con la elaboración de cientos de ellas, pero al contrastar su contenido

con la capacidad de los médicos para implementarlas a cabalidad, se presenta una brecha considerable. Por ejemplo, las guías de práctica clínica de diabetes están basadas en las mejores prácticas internacionales y sostienen que los pacientes deben recibir al menos seis sesiones de educación para la salud, pero en la práctica solo se les dan cinco minutos de orientación, pues cumplirlas detalladamente implicaría contar con más promotores de salud, nutriólogos, enfermeros, etc. Del mismo modo, las guías mencionan que los pacientes con diabetes deben visitar al oftalmólogo una vez al año, pero si el IMSS enviara con dicho especialista a sus 3 millones de derechohabientes que padecen esa enfermedad, tardarían cinco años en atender a todos.

Finalmente, hizo un llamado a aprovechar el software y las herramientas tecnológicas actuales desde el tamizaje neonatal para canalizar al segundo nivel de atención únicamente a los recién nacidos a los que se les detecte algún trastorno. Paralelamente, se pueden implementar otras medidas y herramientas como la consulta domiciliaria, la telemedicina e incluso la orientación médica telefónica, toda vez que en el primer nivel de atención el 30% de las consultas de enfermos crónicos son en referencia a alguna duda en su tratamiento.

Dr. René Leyva Flores

Director de área del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempos de intervención: 1:37:15-1:54:20 y 2:28:55-2:34:00

El Dr. **René Leyva** fue el segundo panelista en tomar la palabra y centró su intervención en el tema emergente de migración y salud. Comenzó mostrando fotografías que evidencian las asimetrías entre México y Estados Unidos en la frontera norte, así como con Guatemala y Belice en el lado sur. En diferentes zonas fronterizas de América Latina se presenta una dinámica importante de movilidad poblacional que el INSP ha estudiado para observar los cambios en

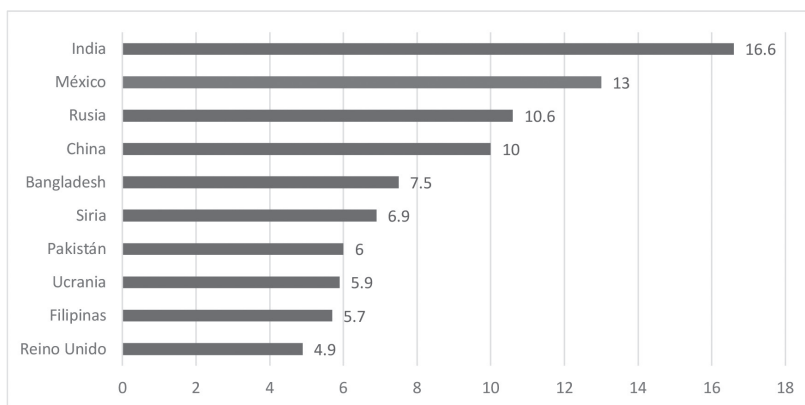
las rutas y movimientos con miras a contribuir en el desarrollo de políticas públicas que respondan al proceso migratorio en la región. Para contextualizar la dimensión del fenómeno migratorio en México, es importante resaltar que, por su posición geoestratégica, es un país de origen, tránsito, destino y retorno de migrantes. De acuerdo con la ONU, en 2017 fue el segundo mayor país de origen de migrantes internacionales, solo por detrás de India (véase gráfica 18). Asimismo, con el incremento sin precedentes de los flujos migratorios a través del territorio nacional en los últimos años, el Instituto Nacional de Migración (INM) ha aumentado considerablemente las deportaciones. Tan solo en el primer semestre de 2019, 108,503 migrantes indocumentados fueron presentados ante el INM y 71,376 fueron regresados a sus países de origen. Honduras, Guatemala y El Salvador concentran prácticamente la totalidad de las deportaciones con 53%, 32% y 11%, respectivamente (INM, 2019). Datos no oficiales estiman que en lo que va de 2019 han ingresado de forma ilegal al menos 460,000 migrantes indocumentados y restando el número de deportaciones (108,503), consideran que aproximadamente 360,000 se encuentran en territorio mexicano o lograron adentrarse en Estados Unidos (Univisión, 2019). La propia Secretaría de Gobernación (SEGOB) proyecta que en 2019 el tránsito de migrantes por México se duplicará y podría superar la cifra de

El 31 de mayo de 2019, la Misión de Observación de la Crisis Humanitaria de Personas Migrantes y Refugiados en el Sureste Mexicano (MODH), una agrupación de 24 organizaciones civiles de México, Centroamérica y Estados Unidos publicó un informe sobre la situación migratoria, llegando a dos conclusiones principales (MODH, 2019):

- La policía militar participa en operativos de control migratorio, sin tener claridad sobre sus funciones y facultades.
- Se ha intensificado y recrudecido la detención migratoria como estrategia de desgaste, control y disuasión de la migración.

<http://bit.ly/2YAJhpb>

Gráfica 18: Principales países de origen de migrantes internacionales en 2017 (millones de migrantes).



Fuente: Elaboración propia con información de ONU (2017).

700,000 personas (SEGOB, 2019).

A raíz de los hallazgos del INSP, el Doctor Leyva señaló que aún persiste una hipótesis que data de la época de Antes de Cristo y que se enseña en universidades de primer nivel como la base para crear políticas públicas aplicables a los países latinoamericanos: “un incremento de los flujos migratorios y rutas migratorias podrían contribuir a la diseminación de infecciones”. Esta hipótesis coloca a la población migrante como un potencial vector de enfermedades –prácticamente equiparándola con mosquitos–, y a partir de ella se han desarrollado diferentes políticas públicas que atentan contra los derechos humanos. Por tanto, existe una especie de convergencia entre esa concepción epidemiológica y la respuesta de política pública que se traduce en prácticas de cuarentena a las poblaciones y cercos epidemiológicos ostensiblemente violatorios de los derechos humanos, siendo su expresión más clara los muros fronterizos construidos a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial en 1945.

En el caso de México, el Dr. Leyva expuso que la reforma constitucional de 2011 reelaboró el artículo 1 para contar con el más amplio marco de derechos humanos, y que desde la década de los ochentas

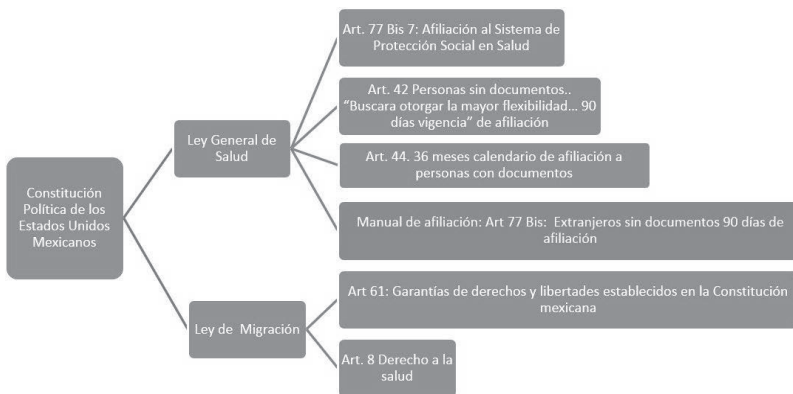
el artículo 4 declara que cualquier persona en territorio mexicano tiene el derecho de protección a la salud (incluidos los migrantes), mientras que el artículo 33 establece que los extranjeros gozan de los derechos humanos y garantías reconocidos en la Constitución. Empero, en términos prácticos ese conjunto de leyes se subordina a un manual operativo del Seguro Popular donde se imponen limitaciones expresivas, clasificando a las poblaciones, a pesar de que la

Véase la investigación Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México (Leyva et al., 2015) donde se estudian:

- Los principales instrumentos jurídico-legales que aseguran el acceso a servicios públicos de salud por parte de migrantes en tránsito por México.
- La situación de 8,236 usuarios de ocho albergues de migrantes en tránsito localizados en puntos estratégicos del país, durante el periodo 2009-2013.

<http://bit.ly/2YCXTZg>

Esquema 9: De las leyes a los reglamentos en el marco jurídico nacional.

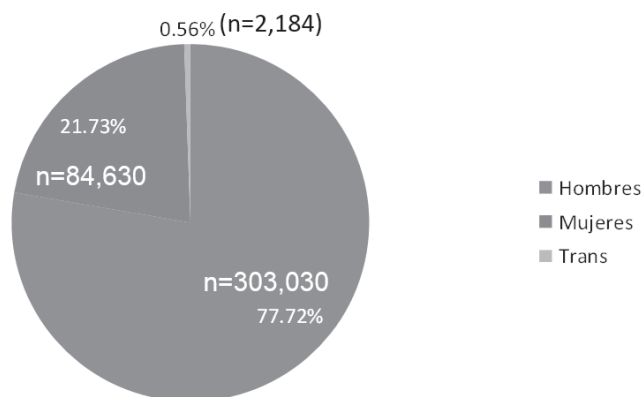


Fuente: Leyva (2019a).

Carta Magna prohíbe ese tipo de propuestas normativas. Concretamente, el artículo 77 Bis del Manual de Afiliación al Seguro Popular (véase esquema 9) estipula la limitación a 90 días de cobertura para extranjeros indocumentados.

En cuanto a los migrantes en tránsito por México a través de la frontera sur, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Migración (INM) en 2014 aproximadamente 390 mil migrantes indocumentados transitan por México, ocho de cada diez son hombres y un segmento muy pequeño corresponde a población trans (véase gráfica 19). En los estudios de campo realizados por el INSP, se estima que, de esos 390 mil migrantes, 32.7% reportan algún problema de salud, y de estos únicamente 64% buscan algún servicio de salud, 81 mil en términos absolutos (véase esquema 10). De hecho, 8 de cada 10 son atendidos por organizaciones de la sociedad civil como las Casas de Migrantes, mientras que los centros de salud únicamente brindan atención al 2.5%, y del total de egresos hospitalarios a nivel

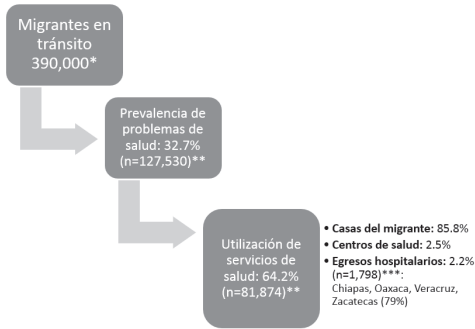
Gráfica 19: Distribución de migrantes en tránsito por México según género.



n= Estimaciones propias basadas en denominador de migrantes en tránsito de la Unidad de Políticas Migratorias, SEGOB, 2014

Fuente: Leyva (2019a).

Esquema 10: Migrantes en tránsito por México: prevalencia de problemas de salud y utilización de servicios de salud, 2014.



Fuente:
Leyva (2019a).

nacional, solo 2.2% corresponde a migrantes, y de esa cifra casi el 80% se concentra en Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Zacatecas. Esto pone de manifiesto que es un mito la noción de que los migrantes saturan y ponen en riesgo financiero a los servicios de salud en México. La tabla 6 enlista los principales problemas de salud que presentan los migrantes. En el primer nivel de atención se trata de enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas, micosis, deshidratación, heridas y accidentes. Y los egresos hospitalarios se deben principalmente a embarazo, parto y puerperio; traumatismos y accidentes; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades infecciosas; y enfermedades genitourinarias. El Dr. Leyva explicó que también se han

Tabla 6: Perfil de problemas de salud atendidos en primer nivel y hospitales, 2014.

Primer nivel de atención		Egresos Hospitalarios 2014	
Problema de salud	%	Problema de salud	%
Enfermedades respiratorias agudas	47.1	Embarazo, parto y puerperio	44.2
Enfermedades diarreicas	8.7	Traumatismos, accidentes	26.2
Micosis	7.0	Enfermedades del sistema digestivo	6.0
Deshidratación	5.0	Enfermedades Infecciosas	3.2
Heridas y accidentes	2.9	Enfermedades Genitourinarias	2.6

Fuente: Leyva (2019a).

hecho esfuerzos en la frontera sur para que los servicios de salud se muestren amigables a los migrantes. Sin embargo, a pesar de la intención de apertura, nunca se ha rebasado la utilización de los servicios más allá de 2%.

Posteriormente, el Dr. Leyva se refirió al significado para la sociedad y el gobierno en términos de política pública de las denominadas Caravanas, pues es necesario responder ante ese desafío de forma ordenada y con respeto a las garantías y derechos humanos establecidos en la Constitución. En ese sentido, se concibe a las Caravanas desde tres perspectivas: 1) traen consigo brotes y problemas infecciosos; 2) generan una sobre-demanda de servicios de salud y saturación de capacidad instalada; y 3) los costos de la respuesta a este tipo de asuntos pueden resultar exorbitantes. Sin embargo, como fue señalado anteriormente, es poco probable una saturación de los servicios de salud ocasionada por migrantes, pues su demanda es racional y puede ser atendida de manera oportuna y ordenada.

Finalmente, el Dr. Leyva hizo un llamado al Poder Legislativo a reformar la regulación del Seguro Popular para revertir el tema de que los manuales estén por encima de las disposiciones de la Constitución. Considera que se requiere un rediseño de la política pública en materia de salud que no solo incluya a los migrantes, sino a la población en general, y propuso la construcción de redes de servicios de salud a nivel de atención primaria como una posibilidad fácil, útil y altamente efectiva.

Mtro. Sergio Bautista Arredondo

Director de área de Economía de la Salud e Investigación de Sistemas de Salud del INSP.

Véase participación: <https://www.youtube.com/watch?v=9jxakF-BWHdk&feature=youtu.be>

Tiempos de intervención: 1:55:00-2:16:00 y 2:34:05-2:40:40.

El último panelista fue el Mtro. **Sergio Bautista Arredondo** e inició su intervención mencionando que identificaría los principales retos que México tendría que enfrentar suponiendo que su objetivo es la

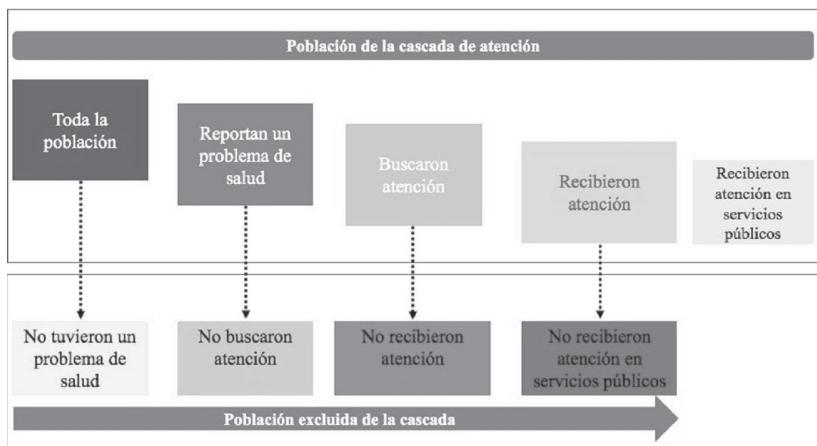
cobertura universal de atención en salud con equidad (atendiendo prioritariamente a la población más desfavorecida) y basada en un sistema de atención primaria de alta calidad con financiamiento público. Para tal efecto, comenzó caracterizando la “cascada” de atención en servicios públicos entre la población más pobre del país. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT), que se recopilaban en localidades de menos de 100 mil habitantes para caracterizar la demanda de servicios públicos en el quintil más bajo de ingreso, es posible representar gráficamente la atención primaria como una “cascada” (véase esquema 11) que va disminuyendo conforme la población va demandando servicios por padecer algún problema de salud. En cada paso de la “cascada” van cayendo proporciones de la población: los que no buscan atención, los que no la reciben, los que se atienden en el sector privado, etc. En términos de brechas, la “cascada” pone de manifiesto que 17% de toda la población reportó haber padecido algún problema de salud

Véase el estudio Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento, donde el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) calcula cuánto costaría tener un sistema de salud universal en nuestro país, así como los retos de cobertura y financiamiento que esto implica, concluyendo que (CIEP, 2018):

- Se necesitaría 4.6% del PIB para cubrir el paquete de 13 servicios esenciales definidos por la OMS y adaptado al caso mexicano.
- Considerando la transición epidemiológica y el cambio demográfico, el gasto en salud aumentará a un ritmo de 4.2% anual.
- Las enfermedades crónico-degenerativas representan 90% de las estimaciones del gasto, por lo que resulta necesario incentivar políticas de prevención y promoción de salud que contengan los niveles proyectados de incidencia de enfermedades crónicas.

<http://bit.ly/2YCXTZg>

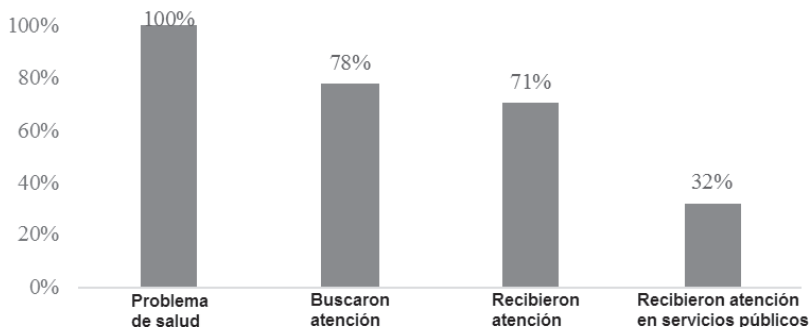
Esquema 11: Cascada de atención.



Fuente: Bautista y Colchero (2019).

(véase gráfica 20). De estos, solo 78% buscaron atención y 22% decidieron no hacerlo. Después, 71% de los que tuvieron un problema de salud recibieron atención, lo que se traduce en una pérdida de siete puntos porcentuales entre el segundo y tercer paso. Y el último paso muestra cuántas personas recibieron atención en los servicios públicos del total que reportaron algún problema de salud, y el resultado es 32%. Esto quiere decir que, de todas las personas en el quin-

Gráfica 20: Cascada de atención en servicios públicos en la población que reportó problema de salud (17%).



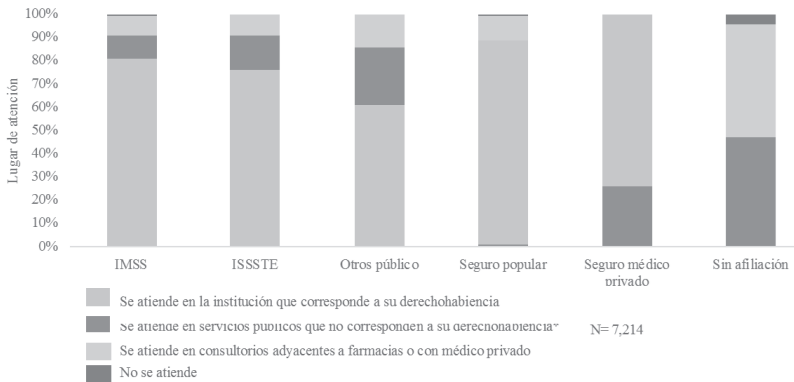
Fuente: Bautista y Colchero (2019).

til más pobre de la población, cuando reportaron tener un problema de salud, solamente a una tercera parte les atendió su problema el sistema público de salud.

La decisión de buscar o no atención médica está relacionada con el tema de la afiliación, pues quienes son derechohabientes de algún sistema de salud buscan atenderse ahí. La gráfica 21 muestra con barras verdes el porcentaje de personas que buscan atenderse en la institución a la que están afiliados y los porcentajes son relativamente altos: entre 60% y 80%.

Sin embargo, cuando se pregunta a las personas ¿dónde se atendieron

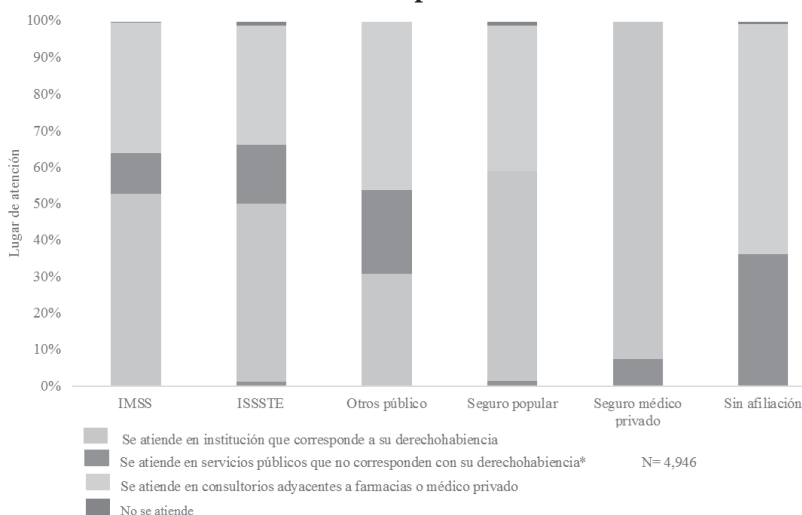
Gráfica 21: Derechohabiencia vs lugar donde se atiende usualmente.



Fuente: Bautista y Colchero (2019).

la última vez que padecieron un problema de salud? la información obtenida es muy distinta. La gráfica 22 evidencia que alrededor del 50% se atendieron en la institución en la que son derechohabientes (barras verdes), pero las barras amarillas representan a quienes se atendieron en consultorios adyacentes a farmacias o con un médico privado. En el caso del IMSS fueron alrededor de 35% y en el caso del Seguro Popular, la mitad. He ahí la razón por la que en la “casca-da” de salud solo 32% recibieron atención en los servicios públicos. A manera de resumen, el sistema de salud público respondió a 32% de las necesidades y esa es su capacidad de respuesta actual. Una

Gráfica 22: Derechohabiencia vs lugar donde se atendió el problema de salud reportado.



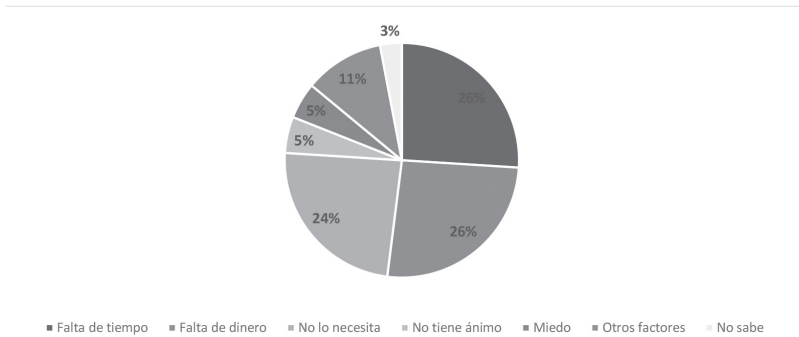
Fuente: Bautista y Colchero (2019).

enorme proporción de la población más pobre se atiende en consultorios adyacentes a farmacias que han crecido en los últimos años de manera exponencial (30% a 50%). Por su parte, 20% de la población en general no recibió atención y esa cifra se incrementa a 30% tratándose de quienes están ubicados en el quintil más bajo. En síntesis, entre quienes no reciben atención y los que acuden a consultorios adyacentes a farmacias está más de la mitad de la población, por lo que el sistema público de salud no está resolviendo las necesidades de los mexicanos.

En línea con lo anterior, la encuesta “Salud de los mexicanos”, aplicada en abril de 2018 concluyó que el 35% de los mexicanos suelen realizarse un chequeo o revisión médica anualmente, y tres de cada 10 reconocieron enfermarse por lo menos una vez al año. Sin embargo, un dato que llama la atención es que 13% de los encuestados respondieron nunca realizarse estudios médicos por razones como falta de tiempo y dinero (De Las Heras, 2018a).

De igual forma, el Mtro. Bautista mencionó que si México pretende

Gráfica 23: Razones por las que los mexicanos no se realizan estudios médicos.



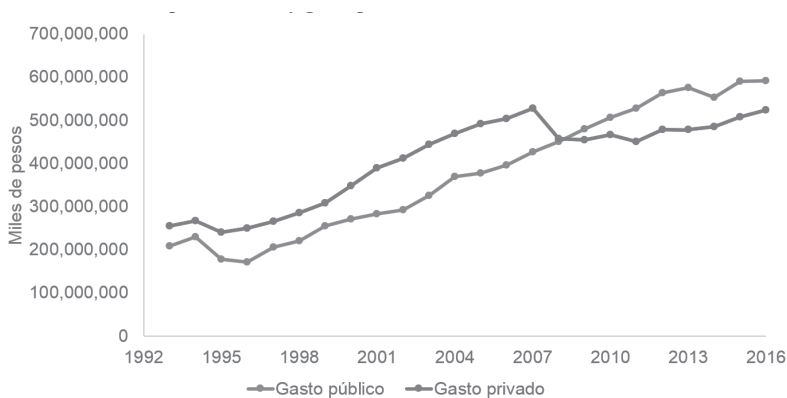
Fuente: Elaboración propia con información de De Las Heras (2018a).

avanzar hacia un sistema de cobertura universal con equidad, se requiere ampliar la oferta, calidad y eficiencia para cubrir las demandas insatisfechas y atraer a la población que se atiende con proveedores privados. Para tal efecto sugirió utilizar y ampliar la capacidad instalada aprovechando que existen turnos y servicios en los que se podrían recibir más pacientes.

Respecto a las implicaciones financieras para cubrir las necesidades de salud de la población, recordó que entre 1992 y 2006 el gasto público de salud en México pasó de \$200 mil a \$600 mil millones de pesos (véase línea azul en gráfica 24), mientras que el gasto privado (línea roja) era superior al público hasta 2008, año en que se creó el Seguro Popular. En términos generales, ambos tipos de gasto han evolucionado de forma paralela y aproximadamente representan la mitad cada uno.

Al enfocarse exclusivamente en la distribución del gasto público, el Mtro. Bautista presentó la gráfica 25 donde se distingue entre el gasto en población con seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.) y sin seguridad social (Seguro Popular, privados, etc.). En ese sentido el gasto no es equitativo, pues una proporción más alta se destina a la población que cuenta con seguridad social con respecto a la que

Gráfica 24: Gasto público total y gasto privado total en México, 1993-2016.



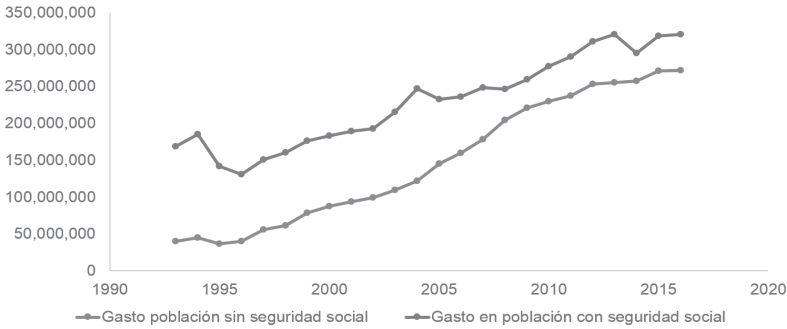
Fuente: Elaboración propia con información de De Las Heras (2018a).

carece de dicha prestación. Esta situación tiene implicaciones de equidad, pues la población sin seguridad social es regularmente más pobre que quienes cuentan con seguridad social.

Posteriormente, el Mtro. Bautista se refirió a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, donde es posible identificar que el gasto de bolsillo en salud es muy regresivo, pues los hogares del quintil más bajo gastan 16.5% de sus ingresos totales en salud, una proporción muy alta, a comparación de los hogares del quintil alto que destinan 3.5% a tal rubro (véase tabla 7, lado izquierdo). No obstante, el hecho de que la población más pobre gaste proporcionalmente más dinero en salud no significa una mayor cantidad en términos monetarios. El lado derecho de la tabla 7 muestra que ese 16.5% del quintil más bajo equivale a únicamente 7.5% del gasto total en salud de todos los hogares. En contraste, en el quintil alto, ese 3.5% de gasto en salud se traduce en 54% del total gastado. Esto quiere decir que, aunque los hogares pobres gastan gran parte de su ingreso en salud, se trata de poco dinero que conlleva menos servicios y de baja calidad.

Para revertir la situación anterior, el Mtro. Bautista propuso una se-

Gráfica 25: Gasto público en población con y sin seguridad social 1993-2016.



Fuente: Bautista y Colchero (2019).

Tabla 7: Distribución del gasto en cuidados de salud.

Proporción del gasto de bolsillo respecto al gasto total		Distribución del gasto de bolsillo por quintil de ingreso	
Quintil	% respecto a gasto total	Quintil	Distribución
Muy bajo	16.5%	Muy bajo	7.5%
Bajo	5.9%	Bajo	9.1%
Medio	4.7%	Medio	12.8%
Alto	3.5%	Alto	16.2%
		Muy alto	54.4%

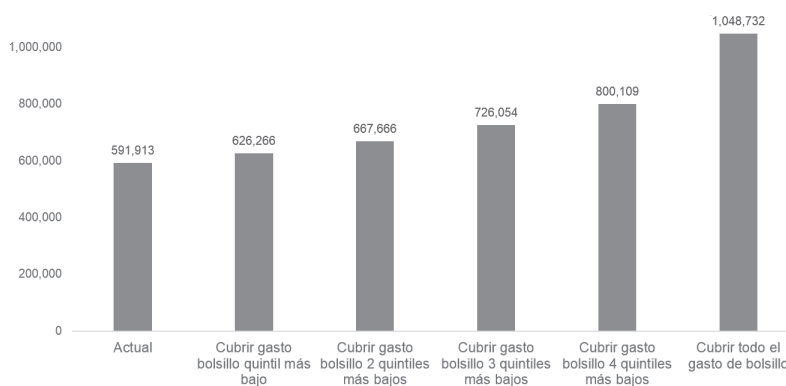
Fuente: Bautista y Colchero (2019).

rie de escenarios sobre las implicaciones presupuestales de que lo que actualmente pagan los hogares sea absorbido por el gobierno. La gráfica 26 en la primera barra de la izquierda muestra el gasto público actual (\$591,913 millones de pesos en 2018). Si se sumara el gasto del quintil más bajo aumentaría el gasto a (\$626,266 millones; segunda barra) y si se incluyera el gasto de todos los quintiles continuaría aumentando hasta \$1,048,732 millones, como lo muestra la última barra. Por tanto, se requeriría duplicar el gasto público para cubrir la totalidad del gasto de bolsillo.

En síntesis, el gasto privado ha evolucionado al mismo ritmo que

el gasto público en las últimas tres décadas, pero con resultados regresivos que afectan desfavorablemente a la población más pobre: el gasto público para población asegurada ha sido más alto y el gasto privado es proporcionalmente más alto entre los más pobres. Si bien el gobierno tendría que duplicar el gasto público para asumir el gasto de bolsillo de toda la población, con un aumento de tan solo el 6% podría cubrir completamente el gasto de bolsillo del 20% más pobre

Gráfica 26: Escenarios del costo de cubrir el gasto de bolsillo (millones de pesos).



Fuente: Bautista y Colchero (2019).

De acuerdo con México evalúa (2011), la desconexión entre el nivel de gasto público realizado y los resultados obtenidos que se reflejan en la falta de calidad y eficiencia en el sector salud se debe a factores como:

- El uso político del presupuesto.
- Un arreglo federal disfuncional y oneroso.
- La falta de mecanismos efectivos de control y rendición de cuentas.
- Escasos indicadores relevantes para medir el impacto real del gasto.

<http://bit.ly/2YIILQC>

(véase segunda barra de la gráfica 26).

Finalmente, el Mtro. Bautista presentó una lista de cuatro temas que se desprenden de las cifras presentadas y podrían configurar una agenda de trabajo para avanzar en líneas de investigación que ayuden a la toma de decisiones:

- 1) Análisis de las necesidades de la población y sus costos.
- 2) Estudios sobre esquemas de financiamiento progresivos de recaudación fiscal que tengan un beneficio doble: impacto positivo en la salud al disminuir el consumo de bienes nocivos y generar una recaudación adicional que permita financiar el sistema de salud.
- 3) Análisis sobre la regulación de la provisión privada de servicios y la prescripción de antibióticos.
- 4) Estudios sobre el acceso universal centrados en los efectos distributivos de las reformas para focalizar el gasto y beneficiar a la población con mayores necesidades.

VI. Reflexiones finales

Es incuestionable que México ha registrado avances en la cobertura de servicios de salud y la protección financiera en las últimas décadas. Sin embargo, aún persisten retos para alcanzar la cobertura universal y garantizar el acceso efectivo. De ahí la importancia del presente Cuaderno de Investigación: pretende incidir positivamente en el debate legislativo en torno a la construcción de un sistema universal de acceso a los servicios de salud basado en las recomendaciones de organismos internacionales como la OPS y la OMS.

La salud pública es esencial para el desarrollo sostenible de un país y el cumplimiento de sus compromisos internacionales, y en el caso de México el desafío más apremiante es avanzar en la calidad y alcance efectivo de los servicios de salud, incluyendo a los millones de personas que laboran en la informalidad o que habitan en zonas de alta marginación social. Por ello, el Estado debe reorganizar el sector a fin de que las coberturas sean homogéneas en todos los sistemas de salud para igualar la calidad en la atención y avanzar hacia la cobertura universal.

Sin embargo, un incremento continuo de las cifras oficiales en el número de derechohabientes en los servicios de salud no es suficiente para afirmar que se ha alcanzado la cobertura universal, pues no basta con afiliar a toda la población (cobertura legal), se requiere instrumentar estrategias para establecer un paquete común de servicios accesible para toda la población y, paralelamente, asegurar la calidad, efectividad, pertinencia y oportunidad de los servicios de salud pública, de manera que disminuya el gasto de bolsillo y catastrófico. Por tanto, un verdadero avance hacia la cobertura universal requiere de incrementos sustantivos en el gasto público en salud y de una mayor eficiencia en su ejecución; en especial, mediante la canalización de recursos hacia intervenciones más costo-efectivas y actividades de prevención, así como a la inversión en infraestructura que ayude a enfrentar la transición epidemiológica (Murayama y Ruesga, 2016). En ese sentido, la tarea para el Poder Legislativo federal es monumental, ya que las reformas al sistema de salud de los últimos 70 años han sido insuficientes en temas como:

- 1) Excesiva fragmentación territorial y funcional del sistema

- 2) Confusión funcional entre el sistema de salud y el de seguridad social
- 3) Deficiencias asociadas a limitaciones de infraestructura, recursos humanos y de calidad en la atención médica
- 4) Persistencia de grupos de población sin cobertura
- 5) Deficiencias en el gasto público
- 6) Elevado gasto privado y de bolsillo
- 7) Falta de articulación entre los niveles de atención
- 8) Ausencia de claridad en el proceso de construcción de un Sistema Nacional Público de Salud

Empero, el mayor reto del Estado mexicano será precisamente diseñar un proceso de transición de largo plazo desde el actual esquema fragmentado de atención a la salud, hacia un sistema nacional público que brinde atención eficiente, integral, de calidad y equitativa. (Martínez y Murayama, 2016).

Aunado a lo anterior, un aspecto central es la incorporación de la perspectiva del derecho a la salud como un derecho humano en todas las instituciones del Estado mexicano, pues, aunque se cuenta con un marco jurídico sólido para garantizarlo, en la práctica persisten barreras en el acceso y brechas entre distintos grupos poblacionales que afectan en mayor medida a la población más desfavorecida. De igual manera para garantizar un respeto pleno al derecho a la salud, es necesario tomar en cuenta la realidad que atraviesa el país marcada por el aumento de los flujos de migrantes indocumentados, pues se han documentado casos y actitudes de rechazo hacia migrantes al solicitar atención médica.

Por último, es importante destacar que tanto el IBD como el INSP son dos instituciones públicas especializadas en la investigación y generación de propuestas de políticas públicas. Mientras el IBD se concentra en el desarrollo de análisis y estudios sobre temas de la agenda legislativa, el foco de atención del INSP es investigar problemas relevantes de salud pública para prevenir y controlar enfermedades, y capacitar a profesionales de la salud. En ese sentido, la labor

de ambos Institutos resulta complementaria y el convenio suscrito permitirá generar sinergias entre los distintos proyectos de investigación en materia de salud, además de ofrecer información estratégica para la toma de decisiones en el Poder Legislativo Federal

VII. Anexo 1: Programa del evento

RETOS ACTUALES DE LA SALUD PÚBLICA: FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP) Y EL INSTITUTO BELISARIO DOMÍNGUEZ (IBD)

Programa del evento

Motivación

La problemática actual de la salud pública en México, compuesta por rezagos históricos y nuevas limitaciones, implica retos importantes en la formulación de las políticas públicas. El perfil de riesgos sanitarios se ha vuelto cada vez más complejo y exige mayores esfuerzos del Estado para mejorar la atención de la salud y asegurar el cumplimiento en el ejercicio del derecho a la salud que tienen todos los mexicanos.

El sistema de salud se enfrenta a problemas estructurales como la

Inauguración

Horario: 11:00 a 12:30 hrs.

Mensaje inau- gural:	Senador Miguel Ángel Osorio Chong Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco Sr. Cristian Roberto Morales Fuhrimann Senadora Sylvana Beltrones Sánchez Senador Miguel Ángel Navarro Quintero	Presidente IBD Director General INSP Representante de OPS/OMS Secretaria Comisión de Salud Presidente Comisión de Salud
-------------------------	--	---

Firma de convenio

Horario:	12:00 a 12:45 hrs.	
Firmantes:	Senador Miguel Ángel Osorio Chong Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco	Presidente IBD Director General INSP
Testigos de honor:	Senadora Sylvana Beltrones Sánchez Senador Miguel Ángel Navarro Quintero	Secretaría Comisión de Salud Presidente Comisión de Salud

fragmentación institucional, la falta de cobertura, las transiciones epidemiológica y demográfica, dificultades financieras, deficiencias en infraestructura, medicamentos y otros insumos; pero también nuevas valoraciones y expectativas de la población sobre su salud y sobre el sistema institucional de salud. A estos asuntos se añaden las limitaciones presupuestales y costos crecientes para su operación apropiada y responder a la necesidad de salud cambiante de la población. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de una reforma integral al sistema de salud, cuyos intentos iniciales se remontan a la década de los ochenta.

La generación de información estratégica, de forma oportuna y con sustento científico para contribuir en la formulación y evaluación de la respuesta a las necesidades para la promoción de la salud, la prevención y manejo de riesgos, y la atención a la enfermedad es de gran trascendencia para el desarrollo nacional, por lo que, el Instituto Belisario Domínguez (IBD) del Senado de la República y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se han propuesto firmar un convenio de colaboración con el objetivo de fortalecer los esfuerzos de investigación, capacitación y difusión del conocimiento, que aporten elementos para la toma de decisiones de la política pública y la deliberación legislativa en salud.

Lugar y fecha

La firma del convenio se celebrará el día 20 de junio de 2019 a las 11:00 en la Sala de la Comisión Permanente del Senado de la República, ubicado en Av. Paseo de la Reforma No. 135, esq. Insurgentes Centro, Col. Tabacalera, en esta Ciudad de México.

Dinámica del evento

En el acto de apertura y firma del evento, los senadores de la República y los participantes ofrecerán reflexiones en torno a la importancia de los temas asociados a la salud pública para el desarrollo nacional. Cada intervención tendrá una duración aproximada de 15 minutos.

Mesa de análisis

Los retos actuales de la salud pública en México

Horario: 12:50 a 14:00 hrs.

Panelistas:	Organización del sistema de salud Dr. Víctor Hugo Borja Aburto	Director de Prestaciones Médicas. IMSS
	Migración y salud Dr. René Leyva Flores	Director de Área del Centro de Inv. Sistemas de Salud. INSP
	Financiamiento y economía de la salud Mtro. Sergio Bautista Arredondo	Director de Área de Economía de la Salud e Inn. de Sistemas de Salud. INSP
	Moderador Dr. Jesuswaldo Martínez Soria	Investigador de la Dirección General de Investigación Estratégica del IBD

La firma del convenio estará acompañada por una mesa de análisis en la que se reflexionará en torno a los principales retos de la salud pública en nuestro país. El objetivo es conocer, a través de la opinión de los especialistas, los principales retos y las posibles vías de solución. Se trata de perfilar, con ello, líneas de trabajo que configuren una agenda de colaboración entre las dos entidades firmantes del convenio. En esta mesa, el moderador del panel introducirá los temas a debatir y planteará preguntas clave que ayudarán a orientar las reflexiones de los panelistas. Los participantes realizarán sus intervenciones iniciales de acuerdo con su especialización y, en una segunda ronda, ofrecerán reflexiones en torno a las preguntas clave realizadas por el moderador. Cada ponente contará con los siguientes tiempos de exposición: exposición inicial (primera ronda): 12 min., reflexiones finales (segunda ronda): 5 min.

Preguntas clave

- ¿Cuáles son los rezagos históricos de la atención a la salud que conviene priorizar en las políticas públicas actuales?
- Además de la fragmentación, las diferencias en el acceso y calidad de los servicios, y las debilidades del financiamiento público, ¿qué otros retos se identifican hoy en materia de salud?
- ¿Cómo reconfigurar la organización actual del sistema nacional de salud para garantizar el derecho de protección de la salud de los ciudadanos? ¿Cuál es el futuro del Seguro Popular?
- ¿Qué retos plantea el tránsito, destino y retorno de migrantes al sistema nacional de salud?
- ¿Qué desafíos impone el financiamiento público de la salud?
- ¿Qué potencial tienen los impuestos especiales para la promoción de la salud y el financiamiento público?
- ¿Qué retos plantea el envejecimiento de la población y el incremento en el padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas?

VI. Referencias

- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2015). “Por unanimidad, ALDF aprueba hacer ley el programa *Médico en tu casa*”. Disponible en: <http://bit.ly/2ypjXII>.
- Aratza, Osvaldo (2013). “Elementos esenciales para la cobertura universal”. En *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://bit.ly/2GC3dSu>.
- Barquera, Simón (2019). *¿Hasta que los kilos nos alcancen?* INSP. Disponible en: <http://bit.ly/2KaGoru>.
- Bautista, Sergio, Colchero, Arantxa (2019). “Acceso a servicios de atención primaria y costos de la cobertura universal”. Presentación en la mesa de análisis: “Retos actuales de la Salud Pública” durante la Firma del Convenio de Colaboración entre el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Belisario Domínguez. Disponible en: <http://bit.ly/3340DhK>.
- Cámara de Diputados (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Disponible en: <http://bit.ly/2IfHwYu>.
- CDC (2019). “Casos de sarampión en el 2019”. Disponible en: <http://bit.ly/2K88mnw>.
- Celis, Fernanda (2018). “Los mexicanos aprueban el servicio de salud pública: encuesta”. Forbes. Disponible en: <http://bit.ly/334NTr0>.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019). *Catálogo universal de servicios de salud*. Disponible en: <http://bit.ly/2LO-CaaT>.
- CONEVAL (2018). Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2OqJyew>.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (2019). Texto vigente. Disponible en: <http://bit.ly/2RGQS3P>.
- De Las Heras Demotecnia (2018). “Podría decirme, por favor, para el 2019 ¿qué le preocupa más?” Encuesta sobre año nuevo y encuesta de enero. Disponible en: <http://bit.ly/2Mq78p5>.
- De Las Heras Demotecnia (2018a). “Salud de los mexicanos”. Dis-

- ponible en: <http://bit.ly/2MEu58t>.
- ENSANUT (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2Ypzz51>.
- Fleury, Sonia; Faria, Mariana; Durán, Juanita; Sandoval, Hernán; Yanes, Pablo; Penchszadeh, Víctor; y Abramovich, Víctor (2013). *Right to health in Latin America: beyond universalization*. Chile, ECLAC, Financing for Development Series, Núm. 249. Disponible en: <http://bit.ly/2ynb2XG>.
- Forbes (2019). “La obesidad le costará 272,000 mdp a México en 2023”. Disponible en: <http://bit.ly/2SXZB23>.
- García-Téllez, Ignacio (2019). “Transitar hacia una cobertura universal de salud en México”. KPMG. Disponible en: <http://bit.ly/2YgEDl7>.
- Gobierno de la Ciudad de México (2019). “El Médico en tu Casa”. Disponible en: <http://bit.ly/2KeH1iw>.
- González, Ixel; Pérez-Stadelmann, Cristina (2011). “¿Qué es el bono demográfico?”. *El Universal*. Disponible en: <http://bit.ly/2YsX-JiX>.
- Hernández, María; López, Rafael; Velarde, Sergio (s.f.). “La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de población”. Consejo Nacional de Población. Disponible en: <http://bit.ly/2SXHFow>.
- IMSS (2018). “IMSS atiende cada año a 2.7 millones de personas con diabetes”. Disponible en: <http://bit.ly/2YEhJDw>.
- IMSS (2019). “El presidente de México y el director del Seguro Social presentan el Plan *IMSS: bienestar para toda la vida*”. Disponible en: <https://goo.gl/uSFKxw>.
- INEGI (2015). “Población total según condición de derechohabencia”. Disponible en: <http://bit.ly/2MSISLh>.
- INEGI (2018). “Características de las defunciones registradas en México durante 2017”. Disponible en: <http://bit.ly/2XpI5sq>.
- INEGI (2019). *Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, cifras durante el primer trimestre de 2019*. Disponible en: <http://bit.ly/2YcM64p>.
- INM (2019). *Boletines estadísticos*. Disponible en: <http://bit.ly/2YcM64p>.

- ly/3397iHI.
- INSP (2019). *Folder institucional*. Disponible en: <http://bit.ly/2Mufa0n>.
- Leyva, René et al. (2015). “Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México”. CANAMID. Disponible en: <http://bit.ly/2YCXTZg>.
- Leyva, René (2019). “La participación de la sociedad civil en la lucha contra el VIH en México”. Instituto Nacional de Salud Pública. Presentación en el conversatorio *El quehacer de las organizaciones de la sociedad civil en la atención y prevención del VIH-Sida (Retos y perspectivas)*. Disponible en: <http://bit.ly/2LUl8Iw>.
- Leyva, René (2019a). “Migración y salud”. Presentación en la mesa de análisis: “Retos actuales de la Salud Pública” durante la *Firma del Convenio de Colaboración entre el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Belisario Domínguez*. Disponible en: <http://bit.ly/3340DhK>.
- Lugo, María (2015). El derecho a la salud en México: *Problemas de su fundamentación*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://bit.ly/2YsA56k>.
- Malkin, Elisabeth (2019). “La OMS alerta que todos los continentes presentan brotes de sarampión”. *The New York Times*. Disponible en: <https://nyti.ms/2Ox7nlc>.
- Martínez, Jesuswaldo; Murayama, Ciro (2016). “El sistema de atención a la salud en México”. En Murayama, Ciro y Ruesga Santos (Coords). *Hacia un sistema nacional público de salud en México*. Instituto Belisario Domínguez y Programa Universitario de Estudios del Desarrollo de la Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://bit.ly/2K1Q7Ak>.
- Masse, Fátima (s.f.). “Obesidad: uno de los mayores retos para México”. IMCO. Disponible en: <http://bit.ly/2YAcAfM>.
- Méndez, Judith (2019). “Gasto en medicamentos”. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. Disponible en: <http://bit.ly/2Muo7a8>.
- México Evalúa (2011). “10 puntos para entender el gasto en salud

- en México: En el Marco de la Cobertura Universal”. Disponible en: <http://bit.ly/2YIILQC>.
- MODH (2019). “La frontera sur es una tortura silenciosa: Misión de Observación”. Disponible en: <http://bit.ly/2yvw9Z>.
- Murayama, Ciro; Ruesga Santos (Coords). (2016). *Hacia un sistema nacional público de salud en México*. Instituto Belisario Domínguez y Programa Universitario de Estudios del Desarrollo de la Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://bit.ly/2K1Q7Ak>.
- OCDE (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators. ¿Cómo se compara México?* Disponible en: <http://bit.ly/2OuIN4f>.
- OCDE (2019). *Health spending*. Disponible en: <http://bit.ly/2ZmF35N>.
- OMS (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Disponible en: <http://bit.ly/2LO8vyE>.
- ONU (2017). *International Migration Report*. Disponible en: <http://bit.ly/2LVkkD3>.
- OPS (2013). *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. Disponible en: <http://bit.ly/2GC3dSu>.
- OPS (2019). *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. Disponible en: <http://bit.ly/2MAxaq7>.
- OPS (2019a). *México amplía el acceso a medicamentos genéricos y reduce el gasto en fármacos de los mexicanos*. Disponible en: <http://bit.ly/314uRiQ>.
- Orozco, Ernesto; Cabestany, Gabriela (s.f.). *Conversatorio: el quehacer de las organizaciones de la sociedad civil en la atención y prevención del VIH-Sida. Retos y perspectivas*. Instituto Belisario Domínguez. Disponible en: <http://bit.ly/2Rz0XzE>.
- Ortuña, Uriel (2015). “¿El Seguro Popular supera los 57 millones de afiliados?”. *Animal Político*. Disponible en: <http://bit.ly/2GO0FRB>.
- Pérez, Mariana (s.f.). “Acceso económico a la salud”. FUNDAR.

- Disponible en: <http://bit.ly/2ymJr96>.
- Presidencia de la República (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Disponible en: <http://bit.ly/2XoDALv>.
- Presidencia de la República (2019a). “No es que falten medicinas; estamos revisando contratos, afirma presidente López Obrador”. Disponible en: <http://bit.ly/2KaXNz0>.
- Presidencia de la República (2019b). Versión estenográfica. Lanzamiento del *Informe de la Comisión de Alto Nivel: Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*. Disponible en: <http://bit.ly/2N1i8JZ>.
- Rivera, Juan *et al.* (2018). Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos. INSP. Disponible en: <http://bit.ly/2ZmBhcD>.
- Rivera, Juan *et al.* (2019). *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*. INSP. Disponible en: <http://bit.ly/2yvPWq8>.
- Salazar, Pedro (2012). “Derechos fundamentales, derechos sociales, ciudadanía y salud”. En Cordera, Rolando y Murayama, Ciro (Coords.) *Los determinantes sociales de la salud*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Saturno, Pedro (2018). *Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria. Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas*. INSP. Disponible en: <http://bit.ly/2Ke1TWY>.
- Save The Children (2017). “Los peligros para la niñez: indicadores para México”. Disponible en: <http://bit.ly/2YcM64p>.
- Secretaría de Salud (2016). “¿Cuentas con Seguro Popular? ¿está vigente?”. Disponible en: <http://bit.ly/2Yf1Vrj>.
- Secretaría de Salud (2019). “¿Qué es el SICUENTAS?”. Disponible en: <http://bit.ly/2B7SQ5M>.
- SEGOB (2019). “Se duplicará migración en 2019: Encinas”. Disponible en: <http://bit.ly/2yz1UQ2>.
- Senado (2019). “Propone Morena crear el Instituto de Salud para el Bienestar”. Disponible en: <http://bit.ly/2YzNVYN>.
- SRE (2019). “Recomendaciones para prevenir sarampión”. Dispo-

nible en: <http://bit.ly/2SVqtjc>.

UNICEF (2019). “Los brotes sarampión han aumentado en todo el mundo debido a que más de 20 millones de niños no han recibido la vacuna en los últimos ocho años”. Disponible en: <https://uni.cf/334Ptcx>.

Univisión (2019). “Flujo migratorio de 2019 en México rompe récord y supera en más de 200% la cifra registrada en 2018”. Disponible en: <http://bit.ly/2YgEmi2>

RETOS ACTUALES DE LA SALUD PÚBLICA:
**FIRMA DEL CONVENIO
DE COLABORACIÓN ENTRE**
EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Y EL INSTITUTO BELISARIO DOMINGUEZ
GRANDES TEMAS NACIONALES 2019



Se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 2019 en los talleres de navegantes de la comunicación gráfica, S.A. de C.V., ubicados en Antiguo Camino a Cuernavaca no. 14, Col. Guadalupana San Miguel Topilejo, alcaldía de Tlalpan 14500, CDMX navegantes0009@gmail.com

La edición estuvo a cargo de
Jesuswaldo Martínez Soria

Se imprimieron 500 ejemplares.

