

REQUERIMIENTOS DE GASTO



# Sistema de Salud Universal

DOCUMENTO DE TRABAJO

BORRADOR PRELIMINAR

# Salud

## Nuestro Derecho

La **cobertura universal** se alcanza a partir del **acceso universal**, oportuno y efectivo a los servicios de salud.

**Ambos**, constituyen las **condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar**.

**El Art. 4 Constitucional establece que:**

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

**Estado:** Es el garante del derecho a la salud a través del Sistema Nacional de Salud (SNS).

### Salud

Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. *Organización Mundial de la Salud (OMS)*.

Todo ser humano (sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social) tiene derecho al goce máximo de salud, la equidad y la solidaridad. *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*.

### Acceso Universal

Se alcanza a través de la eliminación progresiva de las barreras (geográficas, económicas, socioculturales, de organización y de género) que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que los necesiten.

### Cobertura Universal

Es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de toda la población a través de la disponibilidad de:

- Infraestructura,
- Recursos humanos,
- Tecnología (incluye medicamentos), y
- Financiamiento.

### Cobertura Efectiva

Evalúa el avance de la cobertura universal de los servicios de salud. Proporción de personas que **requieren atención** en salud y hacen **uso** de servicios de **calidad**.

## Diagnóstico

La salud, como derecho humano reconocido y como necesidad esencial de existencia, debería de representar para las naciones una prioridad y su protección una obligación para cualquier Estado (CEAMEG, 2008)<sup>1</sup>

La salud puede entenderse en su forma positiva, la cual implica un incremento en bienestar o capacidades, a nivel físico, mental y social, mediante la prolongación de la vida con una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades individuales. También puede entenderse en su forma negativa, la cual se refiere a la reducción de malestares y enfermedades. (Martínez, 2018; Alcántara, 2008).

La salud es uno de los soportes del futuro del individuo y de su comunidad. Tanto el crecimiento y desarrollo económico están relacionadas directamente con la salud de la población. México ha presentado avances en materia de salud, como el aumento en la esperanza de vida y progresos en cobertura poblacional, sin embargo, enfrenta importantes desafíos en salud. La calidad de atención primaria y de hospitales no son suficientes para atender las tasas elevadas en obesidad y diabetes. Además, persisten barreras de acceso a servicios y elevados gastos de bolsillo para su población. Finalmente, las brechas en recursos y financiamiento de salud prevalecen, sin embargo, existe un potencial para ganancias en eficiencia. (OCDE-Salud, 2019)

Como se verá más adelante, el Sistema Nacional de Salud se encuentra fragmentado y desarticulado, lo que ocasiona inequidad en la atención a la salud. Lo anterior debido a que las instituciones de salud no están vinculadas de manera directa:

- Fuentes de financiamiento diferentes,
- Población objetivo en constante movimiento (entrada y salida del sector formal),
- Paquetes de cobertura diferenciados por tipo de aseguramiento (contributivo y no contributivo), y
- Falta de un sistema de información único que integre información del sector público y privado (padrón de afiliación con duplicidades).

Al respecto, es urgente:

- Crear una cobertura homogénea en los paquetes de beneficios ofrecidos por las diferentes instituciones de salud,
- Fomentar el intercambio de servicios entre las mismas, y
- Incrementar y mejorar el nivel de inversión en infraestructura en todo el sector,

---

<sup>1</sup> Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género

Para avanzar hacia la cobertura universal en salud, es preciso fortalecer el sistema de salud nacional, al respecto la OMS recomienda:

- Promover la cobertura universal, es decir ampliar la afiliación y el acceso a los servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, garantizando una atención equitativa para toda la población,
- Avanzar en la integración de un sistema de salud que reduzca la fragmentación, con una estructura de financiamiento sólida que garantice la disponibilidad, accesibilidad y capacidad de los trabajadores de los trabajadores del sector de proporcionar una atención de calidad centrada en las personas,
- Aumentar la inversión en atención primaria de calidad y oportuna, en función de las necesidades y preferencias de la población para que abarque la totalidad del ciclo vital, y
- Avanzar en el expediente clínico electrónico.

Por su parte el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) también recomienda:

- Atender las brechas de financiamiento entre subsistemas para asegurar el acceso universal efectivo a un sistema de salud de calidad,
- Expandir el gasto público en salud y al mismo tiempo incrementar la eficiencia en los sistemas de salud para garantizar el derecho a la salud en condiciones de calidad, reduciendo el costo a las personas en su expresión más mínima,
- Homologar el gasto público por persona en salud entre las entidades federativas, de acuerdo con las necesidades de salud de la población y considerar de forma prioritaria la calidad de los servicios sin limitar la garantía del derecho, y
- Reducir el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico, especialmente en la población vulnerable.

El Grupo para la Transición Hacendaria sugiere las siguientes líneas de acción para transformar el sistema de salud:

- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, integrados y centrados en las personas, las familias y las comunidades,
- Aumentar y mejorar el nivel de inversión con un enfoque de equidad a través de instrumentos eficientes que permitan reducir el gasto de bolsillo y catastrófico, y
- Fortalecer la coordinación e integración del sistema.

# Acceso a la salud

## Derecho a la Salud

Es un **derecho humano** fundamentado en la dignidad humana y sienta sus bases en las Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en la cual se le considera como un elemento fundamental para acceder a un nivel de vida adecuado. Es el derecho al disfrute del nivel más alto de salud física, mental y social (Pacto Internacional de Derechos Sociales y Culturales).

De acuerdo con la Observación General 14 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), este derecho integra:

- Un **Sistema de protección de la salud** que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar el más alto nivel posible de salud;
- El **Derecho inclusivo** que abarca la atención de salud oportuna y apropiada, además de los principales factores determinantes de la salud como el acceso al agua limpia potable, condiciones sanitarias, suministro de alimentos sanos, nutrición, vivienda, condiciones sanas de trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre la salud, sexual y reproductiva;
- Los elementos necesarios para la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad.

La CPEUM<sup>2</sup> en su artículo 4, señala que el **acceso a la salud** es una garantía individual, por lo que los servicios de salud deben estar disponibles para todos los individuos dentro del territorio nacional, y en su artículo 73, fracción XVI, menciona que es facultad del Congreso de la Unión elaborar leyes sobre salubridad general (Cámara de diputados, 2021).

- El Estado mexicano cuenta con el Sistema Nacional de Salud (SNS) para cumplir con la obligación de garantizar el derecho a la salud.

En el año 2011, México reconoció a nivel constitucional los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. De esta forma, el Estado debe proveer los bienes y servicios con base en dichos principios para que generen las condiciones mínimas de disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y adaptabilidad de los derechos. Estas condiciones son las dimensiones que permiten evaluar el desempeño y la progresividad, en este caso, del derecho al acceso a la salud. (CONEVAL, 2021)

---

<sup>2</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

De acuerdo con estas condiciones mínimas, a continuación se presentan indicadores desarrollados por el CONEVAL para dar cuenta del derecho a la salud en México: (CONEVAL, 2021) (OECD, 2020)

1. **Disponibilidad:** Suficiencia de los recursos humanos, físicos y materiales para la prestación de servicios.
  - **¿Qué se necesita?**
    - **Recursos mínimos indispensables** para el otorgamiento de los bienes y servicios que el Estado debe proveer a la población: Incluye recursos humanos e infraestructura, y
    - **Servicios básicos disponibles** para las personas que pueden contribuir a la preservación de la salud o a su deterioro.
  - **¿Cómo estamos?**
    - **Médicos:** 2.4 médicos por cada mil habitantes, mientras que en la OCDE es de 3.5 médicos.
    - **Camas:** El promedio de los países de la OCDE es de 4.8 camas por cada mil habitantes. México es el segundo país con menor número de camas censables, 1.5 camas.
    - **Personal de enfermería:** México tiene 2.9 enfermeros por cada mil habitantes. En la OCDE el promedio es de 8.8 enfermeros.
    - **Infraestructura:** En 2014 el sector privado contaba con 69% de las unidades hospitalarias para atender a 3.2 millones de personas afiliadas a seguros privados. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contaba con 18.3% para atender a 55.6 millones y el Seguro Popular (SP) con 6.3% para atender a 43.4 millones.
2. **Accesibilidad:** No existen barreras u obstáculos (físicos, económicos o de información) para el acceso a los servicios de salud.
  - **¿Qué se necesita?**
    - Condiciones físicas,
    - Aspectos económicos, y
    - Disponibilidad de información que permita a la población el ejercicio del derecho a la salud.
  - **¿Cómo estamos?**
    - En 2014, el 87.9% de la población derechohabiente **no gastó** en servicios médicos, la última vez que recibió atención médica en instituciones públicas. Para 2018, este porcentaje disminuyó a 84.9%.
    - En 2018, el 30.9% de las localidades del país se encontraba en condiciones de **aislamiento**, lo que provocó que 3.1 millones de personas no tuvieran acceso a salud.

- **Gasto de bolsillo:** La mayor carga financiera continúa siendo soportada por los hogares mediante el gasto privado. El gasto de bolsillo representa el 41% del gasto total que realiza un mexicano en salud. En países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es de 21% y en países (América Latina y el Caribe) LAC es de 34%. En 2016, 6.5% del gasto en salud se realizó a través de seguros privados.
  - **Gasto Público:** México es el tercer país de los miembros de la OCDE, que menos recursos asigna para salud. En 2019 representó el 5.5% del Producto Interno Bruto (PIB), mientras que el promedio de la OCDE es de 8.8% del PIB. El gasto per cápita en nuestro país es de \$1,138 dólares mientras que en la OCDE es de \$3,994 dólares.
3. **Calidad:** Los servicios de salud serán óptimos y tendrán los requerimientos y propiedades que les permitan cumplir con su función de manera efectiva.
- **¿Qué se necesita?**
    - **Oportunidad en la atención:** Evitar lesiones a pacientes como resultado de la atención recibida. Brindar atención necesaria en el momento oportuno, cuando ésta sea requerida, sin retrasos que pongan en riesgo la salud, y
    - **Efectividad de los servicios:** Es el reflejo de la influencia que tienen los servicios e instituciones en el desarrollo sanitario y en el perfil epidemiológico de la población.
  - **¿Cómo estamos?**
    - **Tiempo de espera** promedio para recibir una consulta de urgencia: De 2010 a 2017 aumentó de 23.4 minutos a 30.2 minutos.
    - **Servicios preventivos:** En 2010 el 51.6% de la población derechohabiente recibió el servicio, cifra que disminuyó a 47.8% en 2018.
    - **Medicamentos:** En 2014 el 91.4% de la población derechohabiente no tuvo que pagar medicamentos cuando buscó atención en instituciones públicas. Esta cifra disminuyó a 88.2%.
    - **Mortalidad infantil:** En 2019 el indicador fue de 12.1 muertes por cada mil nacidos vivos, muy lejos del promedio de los países miembros de la OCDE (3.5 muertes).
    - **Perfil epidemiológico:** En México, por cada 100,000 habitantes, mueren 212 personas por causas prevenibles (133 en OCDE) y 155 por causas tratables (75 en OCDE). El 13.1% de la población padece diabetes, el promedio de países OCDE es de 6.4%. México tiene la

segunda más baja esperanza de vida (75.4 años vs 80.7 años en OCDE).

En 2019, se realizaron reformas a la Ley General de Salud (LGS) y a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud para crear el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal (APF) con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud (SS). Con la reforma se transfirieron los recursos humanos, financieros y materiales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular) al INSABI.

A partir de 2020 el INSABI es el encargado de proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos a personas que no cuentan con seguridad social.

## Cobertura Universal de Salud (CUS)

Como ya se mencionó, de acuerdo con la OMS y la OPS, el **acceso universal oportuno y efectivo** es fundamental para que la **cobertura universal** sea una meta alcanzable (OMS, 2014). Al respecto, a partir de la reforma a la Ley General de Salud en 2019, el artículo 77 bis 1 establece **el derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir atención, para todas las personas que:**

- Encontrarse dentro del territorio nacional,
- No ser derechohabiente de la seguridad social, y
- Contar con Clave Única de Registro de Población (CURP), acta o certificado de nacimiento o documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentaria.

La CUS se define como asegurar servicios de salud de calidad para todas las personas que lo necesiten, sin poner en riesgo su situación económica (OMS, 2018). De acuerdo con el CIEP, para alcanzar este objetivo es necesario incluir tres dimensiones o ejes: **afiliación, servicios y gasto**. (CIEP, 2020)

1. **Afiliación:** Otorgar acceso a los servicios de salud a toda la población a través de la inscripción a una institución o programa de salud. Es importante destacar que, **afiliar al 100% de la población** a alguna institución o programa de salud **es una condición necesaria, más no suficiente para el alcance de la cobertura universal.**

**¿quién está cubierto?**



2. **Servicios y capacidad de acceso:** Incluir los paquetes de servicios de salud que demande la población, considerando la situación sociodemográfica nacional.

#### **¿qué servicios están cubiertos?**

3. **Gasto:** Evitar poner en riesgo la situación económica de las personas debido al pago por la atención médica (OMS, 2018). Se hace la recomendación internacional de tener una composición de gasto en salud de 80/20 entre gasto público y gasto privado (OMS, Banco Mundial, 2015).

#### **¿qué proporción de los costos está cubiertos?**

##### **1. Afiliación**

El SNS, de acuerdo con el artículo 5 de la LGS, se conforma por dependencias y entidades de la administración pública federal y local, personas físicas o morales que prestan servicios de salud de los sectores social y privado. Se compone principalmente por:

1. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
2. Instituto de Seguridad y Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
3. Petróleos Mexicanos (Pemex)
4. Secretaría de Marina (Semar)
5. Secretaria de la Defensa Nacional (Sedena)
6. Secretaría de Salud (SSA)
7. IMSS-Prospera
8. Privadas y otras instituciones no gubernamentales

Cada una cuenta con gran diferenciación, no solo presupuestaria sino de cobertura de servicios de salud y población atendida. Es importante mencionar que las características del SNS permiten duplicidades de afiliación y condiciones diferentes de financiamiento.

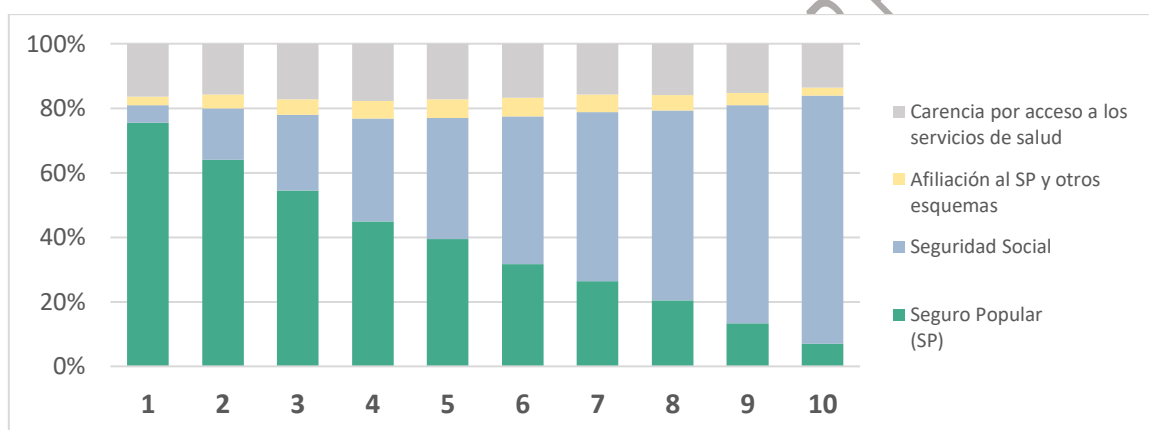
De acuerdo con los Censos de Población y Vivienda del INEGI, entre **2010 y 2015**, el porcentaje de **población que declaró estar afiliada** a los servicios de salud **augmentó de 64.6% a 82.2%** y de **2015 a 2020 disminuyó de 82.2% a 73.5%**. **Actualmente** hay alrededor de **92.6 millones de afiliados y afiliadas** a alguna institución de salud. De éstas, 51.0% (41.2 millones) están afiliadas al IMSS, 35.5% (32.9 millones) al INSABI, 7.7% (7.1 millones) al ISSSTE, 1.0% (925,828) al IMSS Bienestar, 1.1% (1 millón) al ISSSTE Estatal, 2.8% (2.3 millones) a instituciones privadas, 1.3% (1.2 millones) a Pemex, Defensa o Marina y 1.2% (1.1 millones) a otras. (INEGI, 2020)

De 2015 a 2020 la población afiliada disminuyó de 98.2 millones a 92.6 millones de afiliados. Lo anterior debido al cambio de Seguro Popular (Sistema de Protección Social en Salud) a INSABI, en donde la afiliación **disminuyó de 49.0 millones a 32.9 millones de afiliados**.

Por otro lado, en 2010, el **33.8% (38.0 millones) de la población no contaba con alguna afiliación** a servicios de salud (pública o privada). Dicha cifra disminuyó a 17.5% (21.3 millones) en 2017, sin embargo para 2020 el porcentaje de mexicanos sin afiliación a alguna institución aumentó a 26.2% (32.9 millones).

Como se ha observado, el Seguro Popular (SP) era el principal instrumento con el que contaba el Estado Mexicano para disminuir el rezago por el acceso a los servicios de salud y garantizar este derecho humano. La importancia del SP en cuanto al acceso a servicios de salud es mayor para la población con menores ingresos, ya que los deciles más bajos de ingreso estaban mayormente afiliados a este esquema, como se observa en el siguiente gráfico:

**Gráfico 1. Composición de la afiliación a la Seguridad Social y al Seguro Popular por deciles de ingreso corriente per cápita, 2018**



Fuente: CONEVAL. El sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre.

Nota: La categoría de Seguridad Social incluye a aquellos afiliados a algún servicio de salud por relación laboral, contratación propia o contratación de servicios privados.

## 2. Servicios y Capacidad de Acceso

Es la disponibilidad de los **recursos físicos y humanos** que brindan el servicio de atención a la salud. Se mide con base en la amplitud de atención de las **intervenciones y enfermedades** de salud a las que tiene acceso la población afiliada.

La OMS elaboró el Código Internacional de Enfermedades (CIE), el cual permite conocer las causas de mortalidad, enfermedades y otros motivos de atención que afecta a la población. La OMS también presenta 5 clasificaciones de diagnóstico o intervenciones de salud de acuerdo con la enfermedad, las cuales integran cada una de las subcategorías de enfermedades de la CIE:

- Maternas e infantiles: Hemorragia obstétrica, desnutrición, anemia, etc.

- Enfermedades transmisibles: Tuberculosis, VIH, hepatitis, etc.
- Enfermedades no transmisibles: Tumores malignos, diabetes, etc.
- Causas externas: Accidentes y lesiones.
- Salud pública: examen médico, vacunas, nacimientos, etc.

De acuerdo con el CIEP, los recursos físicos y humanos se miden en 4 indicadores por institución: camas censadas, camas totales, médicos y enfermeras.

**Tabla 1. Capacidad y Acceso. Indicadores por Instituciones por cada 1,000 derechohabientes**

Descripción	OCDE	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SP/INSABI	IMSS Bienestar
Camas Censables	3.3	0.7	1.0	2.5	0.7	0.2
Camas Totales	4.8	1.1	1.6	3.7	1.2	0.3
Médicos	3.3	1.7	3.0	7.2	1.8	0.6
Enfermeras	9.1	2.3	3.1	7.5	2.6	1.0
<b>Indicador General</b>	<b>1.0</b>	<b>0.3</b>	<b>0.4</b>	<b>1.0</b>	<b>0.3</b>	<b>0.1</b>

Nota 1. Las variables se calcularon por cada 1,000 habitantes para el caso de la OCDE y por cada 1,000 derechohabientes en el caso de las instituciones o programas.

Fuente: CIEP, con información de DGIS (2016), INEGI (2017).

La LGS busca regular el sector salud con base en el derecho universal de protección de la salud, sin embargo, **no presenta un paquete específico de los servicios de cobertura**. En cambio, las leyes de seguridad social que rigen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) sí lo hacen. Esta configuración tiene como consecuencia la diferenciación en los paquetes de cobertura y atención. Lo anterior representa una desventaja en el acceso y uso efectivo de los servicios de salud para la población que no cuenta con seguridad social y la que tiene una entrada y salida frecuente del mercado laboral formal. (CONEVAL, 2021)

En el caso del acceso a los servicios de salud, la medición de la pobreza realizada por el CONEVAL ha considerado que una persona se encuentra en una situación de carencia por acceso a servicios de salud cuando **no cuenta con afiliación, adscripción o derecho a recibir servicios médicos** de alguna institución pública como el IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Ejército (SEDENA), Marina (SEMAR), SP o los servicios médicos privados. Para atender dicha carencia, se requiere de instituciones y programas con infraestructura y recursos humanos en salud para garantizar el acceso efectivo al servicio.

A excepción de 2018, debido al acelerado crecimiento de afiliados del SP y al moderado, pero constante incremento en los afiliados al IMSS, se ha observado una tendencia decreciente en el indicador al pasar de 29.2% (33.5 millones de personas) de la población

en 2010 a 16.2% (20.2 millones de personas) en 2018. Es importante destacar que este indicador solo da cuenta de la afiliación de las personas a las instituciones de salud y no provee información en términos de acceso oportuno y efectivo a la atención médica y a los servicios de salud. (CONEVAL, 2020)

### 3. Gasto

La capacidad de respuesta de las instituciones de salud depende del nivel de financiamiento con que cuenten. Los sistemas de salud se financian a través de tres mecanismos:

- Impuestos específicos y generales: Dinero recaudado por el Estado.
- Contribuciones de seguridad social: A través de las deducciones o impuestos.
- Pagos privados: Pueden ser de bolsillo, al momento de recibir la atención o por primas de seguros privados.

**La salud universal (acceso y cobertura universales)** significa que todos los mexicanos pueden utilizar los servicios de salud (integrales y de calidad) cuando los necesiten, a lo largo de su ciclo de vida. El acceso y cobertura universales son el fundamento para que nuestro sistema de salud sea equitativo y eficiente. Sin acceso universal, la cobertura universal es una meta inalcanzable, por lo tanto, se requiere eliminar todas las barreras de acceso a los servicios de salud: geográficas, culturales, financieras y de información. El financiamiento adecuado de los sistemas de salud, permiten eliminar las barreras antes mencionadas y progresar hacia el acceso y cobertura universales.

El **gasto de bolsillo** se define como el gasto directo de los consumidores en producto y servicios de atención sanitaria que puede ir desde la compra de medicamentos hasta la hospitalización. Cuando el costo de atención rebasa la capacidad de pago al momento de requerir el servicio, ocurren los **gastos catastróficos**, los cuales tienden a ser potencialmente empobrecedores o pueden ocasionar que la atención requerida se posponga. Un hogar incurre en gasto catastrófico en salud **cuando su gasto de bolsillo en salud representa 30% o más** de su capacidad de pago o ingreso disponible (Méndez, Méndez 2017). De acuerdo con esta definición, en 2010 el 2.2% de hogares (1.9% de personas) incurrieron en gastos catastróficos, mientras que en 2018 fueron 2.1% de hogares (1.8% de personas). (CONEVAL, 2020)

La dimensión de gasto se refiere a la seguridad financiera para evitar que el gasto que realizan las personas en salud ponga en riesgo su situación económica. En otras palabras, es evitar que el **gasto de bolsillo** se convierta en **gasto catastrófico o empobrecedor**.

Es importante resaltar que un sistema financiado con gasto de bolsillo es considerado como el medio menos eficiente y más desigual. El gasto de bolsillo es perjudicial para las familias y para los hogares, ya que existe una relación inversa entre el nivel de desarrollo económico

nacional y el grado en que el sistema de salud está financiado por este tipo de gasto. (Knaul, 2007)

### **Seguro Popular**

*Buscaba contribuir a la disminución del empobrecimiento por motivos de salud de las familias mexicanas lo que las colocaba en un estado de vulnerabilidad. La mayoría de las evaluaciones que se aplicaron al programa, de 2005 a 2019, muestran que el SP tuvo un efecto significativo en la reducción del gasto en salud, principalmente en los primeros años de operación. Lo anterior debido a que **redujo el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico** en los hogares beneficiarios, sobre todo entre los más pobres. Es importante destacar que los efectos del programa fueron cada vez menores conforme se extendió la cobertura, esto debido a que la oferta de servicios no creció en la misma proporción, principalmente por un bajo crecimiento en el nivel de inversión en infraestructura. (CONEVAL, 2020)*

Para incrementar el acceso a los servicios de salud de calidad es necesario **disminuir o eliminar el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico**. Al respecto, la OPS recomienda reemplazarlos con mecanismos mancomunados de prepago, financiados solidariamente a través de impuestos e ingresos fiscales o contribuciones a la seguridad social.

De acuerdo con el CONEVAL, la atención primaria y ambulatoria es el servicio en el cual más gastan las familias mexicanas (60.9%), en segundo lugar se encuentran los medicamentos (35.2%) y en tercer lugar la atención hospitalaria (3.9%).

Para evitar que la población caiga en gastos catastróficos o empobrecedores por motivos de salud, la experiencia internacional sugiere que el gasto total en este rubro debe seguir una tendencia **80 (público)/20 (privado)**. **En México, 51% del gasto es público y 49% es privado**. Sin embargo, como ya se ha mencionado antes, la fragmentación del sistema de salud genera que dicha composición sea diferente para cada derechohabiente, dependiendo de la institución o programa al cual esté inscrito. (CIEP, 2020).

### **3.1 Gasto Público**

El **gasto en Salud** comprende la provisión de servicios de salud pública, investigación aplicada en salud, así como los sistemas de abastecimiento y distribución de medicamentos. Por su parte, el **gasto público en Salud** comprende todos los egresos de todas las unidades institucionales de la administración central, estatal y municipal (sin fines de lucro, controladas y financiadas principalmente por unidades públicas). De esta forma, el Estado redistribuye los recursos públicos en bienes y servicios, para cumplir con la implementación del derecho a la salud.

De acuerdo con la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (DGIS, 2017) y el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), los agentes que integran el gasto público son:

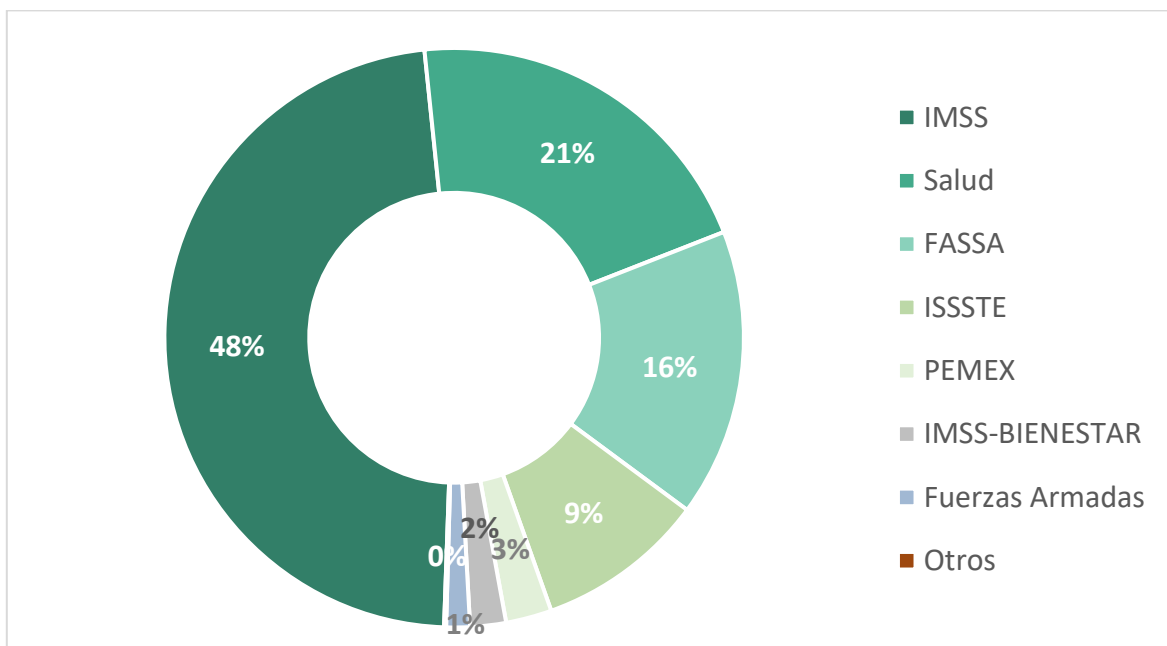
- IMSS: Gasto en atención a la salud y proviene de las aportaciones tripartitas (trabajador, patrón y gobierno federal),
- ISSSTE: Gasto en atención a la salud de trabajadores al servicio del Estado, proviene de las aportaciones del gobierno federal y los servidores públicos.
- Pemex (Petróleos Mexicanos): Gasto destinado a salud del personal de Pemex.
- ISSFAM (Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas): Gasto destinado a salud de los integrantes de la SEDENA (Secretaría de la Defensa Nacional) y SEMAR (Secretaría de Marina), proviene de las aportaciones del gobierno federal y los integrantes de las fuerzas armadas.
- ISSES (Seguridad Social de las Entidades Federativas): Gasto destinado a Seguridad Social de los Estados, proviene de las aportaciones de los gobiernos locales y de los servidores públicos.
- SS: Gasto del gobierno federal asignado a la Secretaría de Salud.
- FASSA (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud): Aportaciones federales para entidades y municipios, ramo 33.
- SEMAR y SEDENA: Gasto en salud dirigido a población sin seguridad social y no a los servicios para las fuerzas armadas.
- IMSS-Prospera: Presupuesto asignado a este programa y proviene de tres fuentes: Aportaciones a seguridad social (ramo 19), recursos de la Comisión Nacional de Protección Social y Salud (CNPSS) que proviene de la SS (ramo 12) y Convenios específicos con diversas comisiones de salud.

Los recursos que México destina a la atención en salud (público y privado) equivalen al 5.5% del PIB, mientras que, en promedio, los países de la OCDE destinan el 8.8% del PIB. Los países que más han avanzado hacia la cobertura universal presentan un gasto público en salud **mayor o igual al 6% del PIB**. Sin embargo, un mayor gasto en salud es una condición necesaria más no suficiente para eliminar las barreras y avanzar hacia la salud universal. A la par se requiere una mejor calidad en el ejercicio del gasto y que éste sea sostenible y fiscalmente responsable. (OPS, 2018)

Para 2021 el presupuesto aprobado para la función de salud en México, es de **680,898 millones de pesos (mdp)**, lo que representa el **2.7% del PIB**. Es importante señalar que

hasta 2020, el sector salud mexicano ya contaba con una brecha presupuestal frente a las recomendaciones internacionales de más de 3 puntos del PIB. Dicha situación empeoró con la llegada de la pandemia.

**Gráfico 2. Distribución porcentual del Presupuesto de Egresos en Salud, 2021**



Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación, SHCP.

Notas: Fuerzas Armadas incluye SEMAR y SEDENA, Otros: Incluye Régimen de incorporación y Seguridad Social a Cañeros.

Del presupuesto total aprobado para salud, el 97.5% es destinado a gasto corriente y 2.5% a inversión física. Es importante destacar que, de cada 100 pesos en salud, 53 pesos son destinados al pago de nómina de los trabajadores del sector, 32 pesos al gasto operativo y 13 pesos a los subsidios.

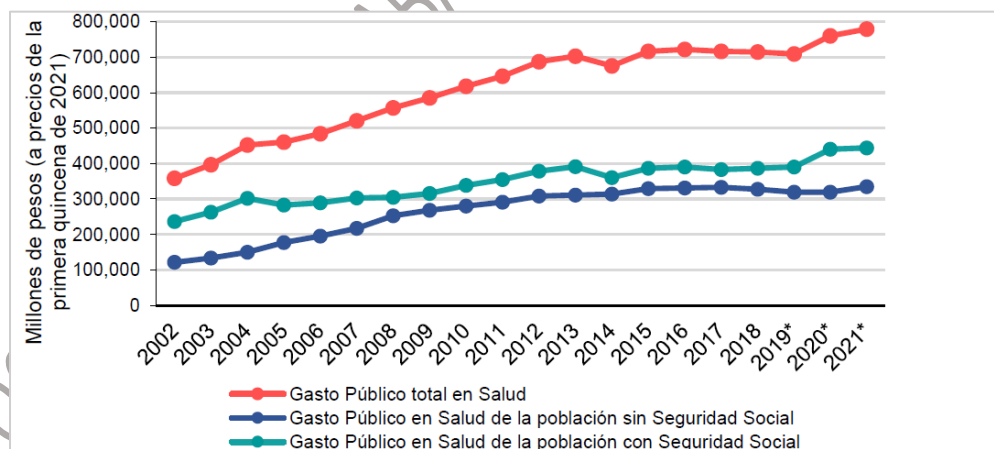
- **Servicios Personales:** Para 2021 se tiene asignado un presupuesto total de **364,083 mdp**, de los cuales el 58.3% (212,355 mdp) es para el IMSS, 19.3% (70,359 mdp) para el FASSA (sistema de salud en los Estados y Municipios), 8.8% (32,205 mdp) para la Secretaría de Salud (SS), 8.6% (31,243 mdp) para el ISSSTE, 3.3% (11,983 mdp) para PEMEX y el 1.6% (5,939 mdp) para las Fuerzas Armadas (SEDENA y Marina).
- **Subsidios:** El presupuesto aprobado para 2021 asciende a **83,438 mdp**, de los cuales, el 69.9% (58,063 mdp) es para la provisión de medicamentos a la población que no cuenta con seguridad social laboral. El 16.3% (13,608 mdp) es para atender a la población sin seguridad social a través del programa IMSS-Bienestar y el 7.5% (6,258

mdp) es para atención a la salud a través del INSABI. El 6.6% (5,509 mdp) restante es para programas preventivos de enfermedades, adicciones, VIH, sobrepeso, obesidad y diabetes, programas de vacunación, salud materna, sexual y reproductiva, así como vigilancia epidemiológica y servicios de atención médica.

- Gasto de Operación:** Se aprobaron recursos por 217,120 mdp, de los cuales, el IMSS conserva el 48.2% (104,715 mdp) y el FASSA absorbe el 17.8% (38,619 mdp). La SS tiene una disponibilidad de 15.8% (34,303 mdp) y el ISSSTE el 14.3% (30,960 mdp). Pemex tiene el 2.5% (5,459 mdp) y las Fuerzas Armadas tienen el 1.4% (3,065 mdp) de los cuales SEDENA concentra 2,519 mdp y Marina 546 mdp.
- Inversión Física:** De la asignación total de 16,257 mdp, el IMSS tiene el 51.9% (8,437 mdp), el INSABI (SS) el 32.6% (5,296 mdp), el ISSSTE el 12.3% (2,000 mdp) y el FASSA el 3.2% (524 mdp).

Durante los últimos veinte años, el gasto público en salud ha mantenido una tendencia creciente, sin embargo, en términos reales, este no sufrido cambios sustanciales e incluso ha disminuido. En la siguiente gráfica se observa la desigualdad que existe entre diferentes sistemas, es decir, el gasto público en salud de la población sin seguridad social ha sido menor al de la población que si cuenta con ella.

**Gráfico 3. Gasto Público en salud, México 2002-2021**  
Millones de pesos de 2021.



Fuente: CONEVAL con información de la Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Boletines de Información Estadística Volumen IV. Recursos financieros Número 38, Año 2018. Disponible en:

[http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p\\_bie\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie_gobmx.html)

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

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



## Cobertura Efectiva (CE)

La Cobertura Efectiva (CE) en los servicios de salud se define como la proporción de personas que, ante una necesidad de atención de la salud, hace uso de servicios de calidad que abonan a su bienestar (OMS, 2017).

A diferencia de la CUS que aborda: afiliación, servicios y gasto del sistema de salud, el CE alude a la necesidad, el uso y la calidad de los servicios a los que se tiene acceso. De acuerdo con el CIEP, la CE de los servicios de salud es una métrica que evalúa el avance de la cobertura universal de los servicios. Su cálculo refleja el porcentaje de la población que ante una necesidad de atención de salud utiliza servicios de **calidad**, la cual se mide por el tiempo de espera y la percepción de calidad de los servicios recibidos.

El uso de los servicios de salud depende de:

- La disponibilidad de los servicios,
- La búsqueda de atención ante alguna necesidad, y
- Que no existan barreras para la atención (CIEP, 2018).

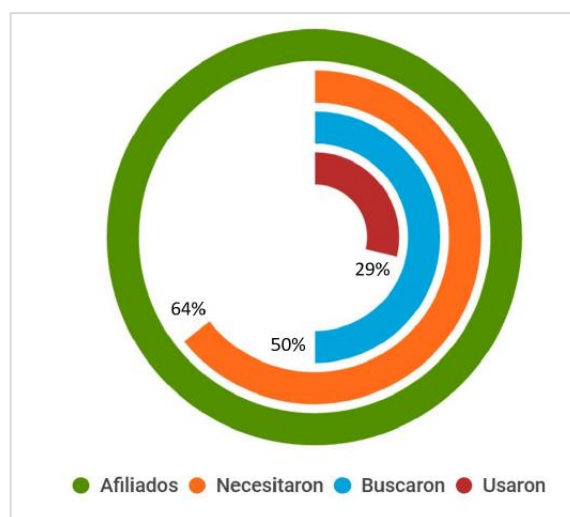
Del total de personas afiliadas a las instituciones públicas de salud que manifestaron haber necesitado atención de salud, 44.8% recibió atención por parte de alguna institución pública. Contrasta el uso de otras instituciones, como las privadas, que tienen una tasa de atención de 212.8% de los no afiliados.

Es decir, existen al menos **14.7 millones de personas** que, a pesar de estar afiliados a alguna institución pública de salud (13.3% del total de afiliados), recibe atención en otro tipo de instituciones.

Esta diferencia, entre la población afiliada y que no utiliza los servicios públicos ante una necesidad, puede deberse a distintos factores, entre ellos, la calidad de los servicios que espera recibir en su institución de afiliación.

El CIEP estima tres enfoques para CE:

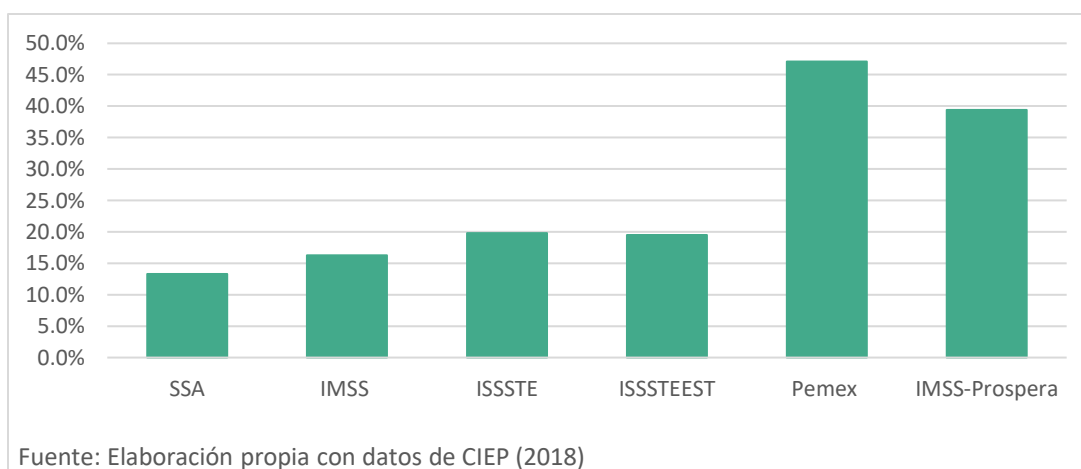
Gráfico 1. Afiliación, necesidad y uso de los servicios públicos de salud, 2017



Fuente: CIEP con información del INEGI

1. **Percepción:** El SNS tiene una cobertura de 30.4%. El sistema público tiene una cobertura de 18.7%.

**Gráfico 4. Cobertura Efectiva por percepción de las instituciones públicas**



2. **Tiempo de espera:** El SNS cuenta con una cobertura de 35.5%. Se distingue el sistema público con 17.3% y el sistema privado con 241.5% (tiempo de espera menor a la meta de UNIFILA)<sup>3</sup>.
3. **Nivel de ingresos:** La población más pobre tiene una cobertura del 36.4%, considerando todo el SNS, mientras que, la población con mayores ingresos tiene una cobertura de 46.2%.

Como se ha visto, aunque existe una **cobertura por afiliación** a las instituciones públicas federales de salud del **89.5%** y una **cobertura universal** del sistema público del **22.5%**, la **cobertura efectiva** por tiempo de espera es de **17.3%** y por percepción de calidad es de **18.7%**. Mientras 89.5% de las personas en México se encuentran afiliado a un sistema público de salud, solo el 17.9% de la población utiliza los servicios de salud cuando lo requiere de manera efectiva.

Finalmente, la CE se encuentra polarizada entre las diferentes instituciones y por el nivel de ingresos de los pacientes. ISSSTE, Pemex y otras instituciones, como las privadas, concentran una cobertura efectiva mayor a la del IMSS, la SS y otras, por la capacidad que tienen de atender a otras poblaciones.

**Si se atiende la fragmentación que tiene el SNS, y al mismo tiempo se alcanza un financiamiento eficiente, la calidad de la atención de salud se elevara y con ello la CE.**

<sup>3</sup>E I IMSS ha implementado el sistema **UNIFILA** para los pacientes sin cita (IMSS, 2017). Tiempo de espera para pacientes con cita de 30 minutos.

## ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE COVID-19 (CIEP, 2020)

Debido a la contingencia por Covid-19 y al ser primero que nada sanitaria ha puesto en evidencia capacidad de respuesta la crisis, las carencias y los restos preexistentes en el SNS. En términos de finanzas publicas ha provocado un replanteamiento de las asignaciones presupuestarias entre sectores y dentro del sector salud (CDG, 2020).

Es necesario recordar que México no cuenta con ninguna de las tres dimensiones que conforman la CUS, es decir, afiliación, servicios y gasto (CIEP, 2018). En cuanto afiliación, México ha mostrado avances significativos disminuyendo la brecha entre la población afiliada y sin afiliación del 33.5% para 2010 al 18.6% para 2018, sin embargo, por no ser la única condición, por sí sola no es suficiente para alcanzar la CUS.

Por su lado, la condición de servicios donde en el país se presenta una heterogeneidad en los paquetes de servicios entre instituciones y en la capacidad física y de recursos humanos, con un sistema tan vasto como Pemex, similar a los parámetros del promedio de la ODDE (CIEP, 2019), y uno bastante inferior como IMSS Bienestar. Por último, el país rompe con la recomendación de composición del gasto en salud, teniendo para 2018 una participación del gasto público y privado de 51% y 49% respectivamente.

Ante la llegada de la pandemia mundial Covid-19 es necesario efectuar una respuesta clara, definida y en el menor tiempo posible, para así transitarla lo más rápido y disminuyendo los diferentes riesgos latentes.

De acuerdo con la OCDE (2020) una respuesta inmediata ante la crisis es atender la salud pública garantizando los recursos presupuestarios disponibles que eviten barreras financieras para los ciudadanos; para cumplir con los objetivos:

- Garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento para todos. El acceso a pruebas de detección depende tanto de barreras físicas, como presupuestarias. Por un lado, las barreras organizacionales y la capacidad física del sistema y, por otro lado, que la prueba sea asequible y existan los recursos disponibles inmediatos.
- Impulsar y optimizar la capacidad del sistema de salud. La respuesta del sistema público de salud se organiza a través de lo que se conoce como tres prioridades:
  - Personal para el diagnóstico y tratamiento,
  - Suministros de equipo y material necesario, y
  - Espacio físico para diagnosticar de forma rápida y segura, aislar casos sospechosos y confirmados, incluyendo el tratamiento a pacientes (CIEP, 2020).

## Respuesta ante Covid-19

- **Personal**

Para 2020 México contaba con 0.55 médicos y 1.14 enfermeras por cada mil habitantes, es decir, el país solo cuenta con alrededor del 15% de médicos y alrededor del 13% d enfermeras con los que cuenta el promedio de la OCDE.

Se estima que para **duplicar durante tres meses el número de médicos generales y enfermeras se requieren 14,210 mdp (0.058% del PIB). Al año significaría 56,840 mdp.**

- **Insumos**

Se debe centrar la política de respuesta en la disponibilidad de pruebas y suministro de emergencias. Los estándares internacionales nos dicen que el país que más pruebas ha aplicado<sup>4</sup> es Islandia con 134.9 pruebas por cada mil habitantes. Mientras que el promedio de la OCDE es de 22.9 pruebas por cada mil habitantes.

Lamentablemente la situación de aplicación de pruebas en México es muy inferior, ya que para igualar el número de pruebas promedio de los países de la OCDE sería equivalente a destinar **6,409 mdp, (0.26% del PIB), sólo para la compra de pruebas de detección** (CIEP, 2020).

- **Capacidad física**

Una parte importante en la lucha contra la pandemia, es contar con camas hospitalarias suficientes y ventiladores o respiradores.

Por cada mil habitantes, el país cuenta con 0.9 camas, contabilizando 117,072 camas al mes de febrero de 2020 (SSa, 2020). **Duplicar temporalmente el número de camas** tendría un impacto presupuestario de **96,412 mdp**. Mientras que el promedio de la OCDE es tres veces mayor al número de camas actual (CIEP, 2020).

Finalmente es necesaria y deseable la creación de un programa presupuestario específico para la respuesta al Covid-19 lo que permitiría mayor eficiencia y transparencia presupuestaria. Dicho fondo podría constituir un seguro destinado a futuras pandemias o crisis sanitarias.

---

<sup>4</sup> Hasta el 20 de abril de 2020

# Requerimientos de Gasto

El espacio fiscal con el que el gobierno cuenta para proveer recursos adicionales es limitado y no contempla un sistema universal en salud. Por lo tanto, es urgente aumentar el espacio fiscal para la salud como condición necesaria sujeta a un proyecto de transformación del SNS. Dicha transformación debe tener como bases la equidad y la eficiencia del gasto, así como la integración de un sistema que brinde servicios y al mismo tiempo fortalezca la promoción y prevención de la salud.

## 1. Propuesta de CONEVAL (CONEVAL, 2021)

El siguiente paso hacia la universalidad en el acceso efectivo a los servicios de salud, es **homologar el gasto en salud para personas con y sin seguridad social**. Por ello, el **CONEVAL propone un presupuesto de 955,076 mdp (3.8% del PIB de 2021)** para equiparar la atención en salud que otorgan el IMSS y el ISSSTE, a aquellas **personas sin seguridad social por relación laboral o privada**.

El escenario considera los siguientes supuestos:

- De acuerdo con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), en 2018 se destinaron en promedio, \$3,978.9 per cápita para derechohabientes del IMSS e ISSSTE. Se estima que para 2021, dicho gasto se incremente a \$4,438.6.
- Solamente aumenta la aportación per cápita para beneficiar a la población sin seguridad social.
- No se afecta el presupuesto aprobado para SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR e ISSFAM.
- Considera la aportación del gasto en salud de las entidades federativas y el gasto a través de los ramos 33 y 19.
- No considera factores como el aumento en la prevalencia de enfermedades de la población y las afectaciones que la pandemia por COVID19 está generando en el corto, mediano y largo plazo.
- Solo considera la cobertura potencial y no la población efectivamente atendida en cada institución de salud. Lo anterior implica que no se esta garantizando mayor calidad en la atención, incluso pudiera ser que esta tuviera repercusiones, tomando en cuenta el incremento en la demanda de los servicios dada la infraestructura actual.

## 2. Propuesta del CIEP (CIEP, 2019)

Cuantificar los costos de un Sistema de Salud no es tarea menor, al respecto el CIEP propone 3 enfoques para brindar servicios de salud a toda la población sin seguridad social con un paquete de servicios ilimitado y cuyo **costo es de: 3.2% del PIB de 2019.**

- **Gasto per cápita por afiliación:**
  - Presupuesto del IMSS en 2018 entre su población afiliada.
    - **Costo: 6,232 pesos (472,304 mdp)**, que al restar la asignación de Seguro Popular y FASSA de 2018, el costo asciende a **302,465 mdp.**
    - **Beneficiarios: 76 millones de afiliados.**
  - Gasto por asegurado al Seguro de Enfermedades y Maternidad.
    - **Costo: 8,068 pesos (611,402 mdp)**, que al restar la asignación de Seguro Popular y FASSA de 2018, el costo asciende a **441,562 mdp.**
    - **Beneficiarios: 76 millones de afiliados.**
- **Gasto per cápita por usuario:**
  - Presupuesto del Seguro Popular en 2018 entre la población que reporta haber usado el servicio.
    - **Costo: 11,495 pesos (569,225 mdp)**, que al restar la asignación de Seguro Popular y FASSA de 2018, el costo asciende a **399,386 mdp.**
    - **Beneficiarios: 50 millones de afiliados.**
  - Presupuesto del IMSS en 2018 entre la población que reporta haber usado el servicio.
    - **Costo: 21,710 pesos (1,075,067 mdp)**, que al restar la asignación de Seguro Popular y FASSA de 2018, el costo asciende a **905,227 mdp.**
    - **Beneficiarios: 50 millones de afiliados.**
- **Gastos de las intervenciones en salud:**
  - Enfermedades más comunes: Cubre 12 enfermedades infecciosas y tiene un **costo de 176,395 mdp.**
  - Prevención: **47,255 mdp** para 9 grupos de edad
  - Paquete Esencial definido por la OMS que incluye intervenciones maternas, infantiles, infecciosas y crónico-degenerativas. **Costo de 331,182 mdp.**

Asimismo, el CIEP desarrolló proyecciones bajo distintos escenarios de universalidad para México. Lo anterior, permitirá la sostenibilidad del gasto en salud bajo una política de cobertura universal como la define la OMS y con un paquete de servicios esenciales que incluya aquellas enfermedades que presentan mayor incidencia en México.

#### 1. Paquete de Servicios

- Atención reproductiva, materna e infantil
  - Planeación familiar
  - Embarazo y postparto
  - Vacunación infantil
  - Tratamiento infantil
- Enfermedades infecciosas
  - Tratamiento de tuberculosis
  - Tratamiento de VIH
  - Prevención de malaria
  - Agua y saneamiento
- Enfermedades crónicas no transmisibles
  - Prevención de enfermedades cardiovasculares
  - Control de diabetes
  - Detección y tratamiento de cáncer
  - Control de tabaco
- Capacidad de servicios y acceso
  - Acceso a hospitales
  - Densidad de trabajadores de la salud
  - Acceso a medicinas esenciales
  - Seguridad en salud

**2. Costo de las enfermedades:** Será con base en los datos sobre la atención y costos de la SS y el IMSS y servirá para dimensionar el monto que debería ser destinado para atender al 100% de las personas que necesitan los servicios médicos esenciales ahora y en el futuro.

- **Tasa de atención actual:** Gasto para la provisión de los servicios esenciales, tomando la tasa de atención actual de 77%.
- **Tasa de atención del 100%:** Cobertura pública universal de los servicios esenciales.

#### Resultados con cifras de 2016:

1. **Paquete OMS + Tasa Actual:** 3.5% del PIB (634,197 mdp).

- Tasa de atención promedio de 77%
- Se requiere alrededor de 6.4% de presupuesto adicional al aprobado en 2016.

2. **Paquete OMS + Tasa 100%:** 4.4% del PIB (890,031 mdp).
  - Cubre al 100% de la población que requiere atención.
3. **Paquete México + Tasa Actual:** 3.2% del PIB (651,642 mdp).
  - Incluye los servicios esenciales de la OMS más las 3 enfermedades crónicas no transmisibles con gran incidencia en la población mexicana (cáncer de próstata, cáncer de mama y depresión).
4. **Paquete México + Tasa 100%:** 4.6% del PIB (915,561 mdp).

En un horizonte a 35 años, se observa que el gasto en salud conserva una tendencia positiva, por lo que los recortes al presupuesto de salud no deberían de ejecutarse.

- **Proyección de gasto con Tasa Actual (77%):**
  - Solo para proveer servicios esenciales a la población ya atendida, el presupuesto debe representar 3.2% del PIB y crecer cada año 4.2% en promedio.
  - En 2035 el gasto en salud debería ser equivalente al 7.2% del PIB.
- **Proyección de gasto con Tasa de 100%:**
  - El gasto para el paquete adaptado al caso mexicano debería ser 53% mayor a lo que se gastó en 2016, es decir 4.4% del PIB y crecer cada año 4.3% hasta llegar en 2035 a 10.2% del PIB de 2016.

En 2016 el gasto total en salud fue insuficiente, incluso para cubrir el paquete adaptado al caso mexicano de servicios esenciales definido en la investigación del CIEP.

- **Se necesitan 0.19 y 1.5 puntos PIB adicionales para lograr la cobertura de 77% y 100 %, respectivamente de dicho paquete.**

A estas estimaciones es necesario sumar el costo de todas aquellas intervenciones, enfermedades y servicios médicos que no han sido incluidos. De acuerdo con las proyecciones, el gasto en salud aumentará a un ritmo de 4.2% anual, considerando la transición epidemiológica y el cambio demográfico. Esto debe ser tomado en cuenta para definir cómo se gastará en los siguientes años, considerando las presiones fiscales actuales y futuras.

Se observa que las enfermedades crónico-degenerativas representan 90% de las estimaciones del gasto. Por lo tanto, es necesario incentivar políticas de prevención y promoción de salud que contengan los niveles proyectados de incidencia de cáncer, hipertensión, diabetes y depresión.



## Conclusiones

El presupuesto aprobado para Salud durante 2021 asciende a **680,898** mdp, lo que representa:

- 2.74% del PIB.
- 10.8% del Gasto Neto Total aprobado para 2021.
- 14.7% del Gasto Programable para el presente periodo.

Como puede observarse, el presupuesto en Salud **no cumple con lo recomendado por la OMS y la OPS** (los países de América Latina deben invertir, **al menos el 6% de su PIB**), y tampoco con lo que establece la Ley General de Salud.

Por lo tanto, para cumplir con la recomendación internacional deseable, se requiere un **incremento de 818,137 millones de pesos, para llegar a una cifra de 1 billón 499 mil 035 millones de pesos.**

**Dentro de este presupuesto se puede incluir:**

- Homologar el gasto en salud para personas con y sin seguridad social. La propuesta del CONEVAL asciende a **955,076 mdp (3.8% del PIB de 2021)** para equiparar la atención en salud que otorgan el IMSS y el ISSSTE, a aquellas personas sin seguridad social por relación laboral o privada.
- De acuerdo con estimaciones del CIEP un primer escenario de funcionamiento del INSABI requeriría **162,063 mdp**, 0.64% del PIB. Con lo cual se ampliaría la afiliación y los servicios de salud de la población que carece de seguridad social.
- El CIEP desarrolló proyecciones que permitirían la sostenibilidad del gasto en salud bajo una política de cobertura universal como la define la OMS y con un paquete de servicios esenciales que incluya aquellas enfermedades que presentan mayor incidencia en México. Las proyecciones van del **3.2% del PIB (634,197 mdp)** y atendiendo al 77% de la población actual, hasta el **4.6% (915,561 mdp)** atendiendo al 100% de la población que requiere el paquete de servicios propuestos.
- Inversión en personal, insumos y capacidad física respondiendo a la Covid-19. Destinando 14,210 mdp para personal, 6,409 mdp para insumos (pruebas de detección niveles OCDE y demás) y 96,412 para la inversión física. Lo cual sería aplicado al SNS con un impacto presupuestario de 0.476% del PIB (CIEP, 2020).

## BIBLIOGRAFÍA

- CIEP. (2019). *Consideraciones de Impacto Presupuestario de la iniciativa que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud*. México.
- CIEP. (2020). *Financiamiento del sistema de salud. Antes, durante y después de COVID-19*. México.
- CIEP. (2020). *Sistema Universal de Salud: Retos de cobertura y financiamiento*. México.
- CONEVAL. (2020). *El Sistema de Protección Social en salud: Resultados y diagnóstico de cierre*.
- CONEVAL. (Mayo de 2021). *Universalidad del derecho a la salud, educación y seguridad social*. Ciudad de México.
- INEE, Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2016-2017). *Tasa de Absorción y Terminación*. México.
- INEGI. (2018). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA POBLACIÓN*. MÉXICO.
- INEGI. (2019). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD*. MÉXICO.
- Knaul, F. M. (2007). *Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México*. Ciudad de México.
- OCDE-Salud. (Noviembre de 2019). *Health at a Glance 2019*. Ciudad de México, México.
- OECD. (2020). *Health at a Glance 2019*. Paris. Obtenido de <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- OPS. (2018). *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. Obtenido de <http://iris.paho.org>