

NOTA INFORMATIVA

Ciudad de México, 5 de octubre de 2022

**EL CONNEVAL PRESENTA EL PRIMER INFORME DE LA EVALUACIÓN
ESTRATÉGICA DE SALUD**

- El CONNEVAL está desarrollando la Evaluación Estratégica de Salud, y como parte de dicha evaluación, presenta este primer informe. En este se expone el diagnóstico de los retos que actualmente enfrenta el Sistema de Salud en México, algunas de las afectaciones por la pandemia de la COVID-19 en el país y el análisis del diseño y coherencia de la oferta gubernamental de la Secretaría de Salud en el marco de las reformas a la Ley General de Salud (LGS) aprobadas en 2019.
- En 2020, 3.9 % de los hogares en México incurrieron en gastos catastróficos en salud, es decir, esos hogares destinaron más de 30 % de su capacidad de pago o ingreso disponible para gastos en salud. Esta cifra incrementó en 1.8 puntos porcentuales respecto de 2018 (2.1 %). En términos del gasto público en salud, en 2019 México destinó alrededor de 2.7 % del Producto Interno Bruto (PIB), cifra por debajo de los umbrales de 6% establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como referencia para avanzar en el objetivo de garantizar el acceso y cobertura universal a la salud; para 2020 se registró un incremento de este gasto al pasar a 3.3%.
- En este mismo sentido, en 2019, el porcentaje del gasto en salud en México, que provenía de instituciones públicas, fue el más bajo (49.3%) de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), siendo Colombia el país con mayor porcentaje de América Latina (77.5 %), seguido de Costa Rica y Chile, con 73.9 % y 60.6 %, respectivamente.
- La pandemia por la COVID-19 generó múltiples desafíos para el sector salud, entre estos, la atención de las secuelas de la enfermedad en la población, el incremento de los problemas de salud mental y los rezagos en salud sexual y reproductiva. De igual manera, los retos derivados de las estrategias de contención del contagio tuvieron un impacto diferenciado en la detección oportuna de enfermedades no transmisibles, en especial de aquellas que afectan principalmente a las mujeres.
- Respecto a las tasas estandarizadas de mortalidad, los registros de fallecimientos prematuros debido a COVID-19 –que en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ocurren entre los 30 y 69 años– registraron en 2020 y 2021 los niveles de mortalidad más altos a nivel nacional; resalta que, para los hombres, en promedio, se identificó una tasa de más de 300 muertes por cada 100,000 habitantes, mientras que para las mujeres fue poco menos de 180.
- Como resultado del análisis del diseño y coherencia de los programas dirigidos a la población sin seguridad social se identificó que aquellos de *Servicios de Salud* son coherentes respecto a las reformas a la Ley General de Salud de 2019, debido a que estas, en su mayoría, están asociadas con los objetivos que tienen los programas en su operación, sin embargo, existen aún temas pendientes en las áreas de *Atención y Prevención, Calidad en la Atención e Investigación y Desarrollo*. Por ello, se requiere

fortalecer el diseño normativo de los programas para evitar incertidumbre en el acceso, ambigüedades en la operación o la permanencia de aspectos que refuercen la desigualdad en la atención.

- **Es necesario mejorar la coordinación interinstitucional de la Secretaría de Salud con las demás instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud, los sectores farmacéutico y privado, así como entre los distintos esquemas de atención y provisión de los servicios de salud, de manera que se prevenga la ambigüedad y confusión en las entidades y se garantice la atención basada en la eficiencia, efectividad y equidad.**
- **Considerando el papel que tendrá el IMSS-Bienestar en el nuevo modelo de salud, es necesario enfatizar la necesidad de que se prevenga la ambigüedad y confusión de su operación en las entidades federativas y que se garantice la atención a los usuarios con base en la eficiencia, efectividad y equidad.**

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) presenta la ***Evaluación Estratégica de Salud. Primer informe***, la cual busca analizar las capacidades del Sistema de Salud en México para garantizar el ejercicio efectivo de este derecho considerando los cambios recientes en la LGS y un contexto permeado por la emergencia sanitaria que trajo profundas transformaciones en el país. En este primer informe se reflejan los resultados del diagnóstico de los retos que enfrenta el Sistema de Salud en México, las afectaciones por la pandemia de la COVID-19 y el análisis del diseño y coherencia de la oferta gubernamental de la Secretaría de Salud, en particular aquellos programas que se dirigen a la atención de población sin seguridad social.

¿Dónde estamos en materia de salud en México?

México ha enfrentado desde hace varias décadas un sistema de salud fragmentado, que conlleva una atención diferenciada por los distintos subsistemas, así como retos asociados a la calidad de los servicios. Por lo anterior, es necesaria la creación y fortalecimiento de mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones de salud. Estos mecanismos, además de unificar los criterios de atención y prestaciones, podrían permitir la creación de un registro de usuarios y derechohabientes, así como de expedientes clínicos electrónicos con criterios estandarizados para facilitar el rastreo de antecedentes médicos y de tratamiento entre los distintos subsistemas de salud.

En términos del gasto público en salud, en 2019 México destinó alrededor de 2.7 % del Producto Interno Bruto (PIB), cifra por debajo de los umbrales de 6% establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como referencia para avanzar en el objetivo de garantizar el acceso y cobertura universal a la salud; para 2020 se registró un incremento de este gasto al pasar a 3.3 %. En este mismo sentido, en 2019, el porcentaje del gasto en salud en México, que provenía de instituciones públicas, fue el más bajo (49.3%) de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), siendo Colombia el país con mayor porcentaje de América Latina (77.5%), seguido de Costa Rica y Chile, con 73.9% y 60.6%, respectivamente.

Adicionalmente, los recursos se destinan de una manera desigual entre los diferentes subsistemas. En 2019, el gasto per cápita total de las personas que no cuentan con seguridad social fue de \$4,421 pesos, en comparación con \$6,408 pesos de las personas que sí cuentan con seguridad social. Los servicios de salud de la seguridad social disponen, por tanto, de más recursos humanos, equipo e insumos. Si bien algunas de estas desigualdades pueden reflejar necesidades diferentes entre las instituciones, tales como la edad de la población que atienden o los padecimientos diferenciados por

grupo etario y poblacional, las diferencias existentes en los presupuestos y, por consiguiente, en los gastos efectuados por cada institución reflejan principalmente diferencias en su financiamiento, e impactan en la capacidad de los subsistemas para proporcionar una atención más efectiva o en la calidad desigual de la atención y su disponibilidad para la población, especialmente la más pobre y vulnerable en sus necesidades de salud.

De acuerdo con la medición multidimensional de la pobreza del CONEVAL en 2020, la carencia por acceso a los servicios de salud a nivel nacional aumentó de 16.2% en 2018 a 28.2% en 2020. Además, al analizar la utilización de los servicios de salud de quienes reportaron tener algún problema y que recibieron atención médica, de acuerdo con el tipo de afiliación, fue posible observar la disminución y segmentación de la capacidad de atención y diversidad en el acceso a servicios de salud entre las instituciones. Los datos de 2016 a 2020 muestran que el porcentaje de personas atendidas al presentar un problema de salud disminuyó de manera generalizada. Para el caso de las personas afiliadas a Pemex el detrimento fue de 8 puntos porcentuales, de 6.4 para las afiliadas al Seguro Popular, y que posteriormente adquirieron derecho a los servicios del INSABI, (SP/INSABI, de aquí en adelante), 5.9 al ISSSTE y 3.1 al IMSS. Si bien, para las personas afiliadas al IMSS-Bienestar el porcentaje aumentó en 11.7 puntos porcentuales de 2016 a 2018, de 2018 a 2020 disminuyó en 2.8 puntos porcentuales.

Aun cuando México no cuenta con una definición oficial de gasto catastrófico, el concepto se estima con los gastos de bolsillo en salud, cuando representan más de 30 % de la capacidad de pago o ingreso disponible de las personas, es decir, del ingreso neto del gasto de subsistencia¹. En 2020, 3.9 % de hogares en México incurrieron en gastos catastróficos, es decir, 1,377,055 hogares. Esta cifra incrementó en 1.8 puntos porcentuales, ya que en el año 2018 este indicador era de 2.1%. El gasto de bolsillo en salud es más grave si se considera el efecto económico que tuvo el confinamiento social en el ingreso de los hogares, al tener repercusiones en las actividades laborales. Asimismo, el gasto catastrófico impacta de manera diferenciada en la población según su nivel de ingreso. En 2020, el 4.6% de los hogares con ingresos por debajo de la Línea de Pobreza Extrema realizaron un gasto catastrófico en salud; en contraste, el 3.7% de los hogares considerados como no vulnerables por ingresos tuvieron que hacer un gasto catastrófico en salud. Según datos de la ENIGH, para 2018, el gasto de bolsillo se concentró en la atención primaria o ambulatoria, 60.9%, no obstante, para 2020 este porcentaje disminuyó a 48.6%, siendo similar al gasto que los hogares realizaron en medicamentos sin receta, el cual incrementó de 35.2% en 2018 a 48.2% en 2020.

Por otra parte, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19, durante ese año el 56% de la población atendió sus problemas de salud en servicios privados: 38.6% en consultorios, clínicas u hospitales privados y 19% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF). Los CAF tuvieron un posicionamiento importante para brindar servicios de primer contacto en la población mexicana, incluso para aquellas personas con acceso a los servicios públicos, pues para 2020 dieron servicio a 13% de los derechohabientes del IMSS, 10% del ISSSTE y 7% de los otros servicios de salud, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública.

Asimismo, prevalece el reto de incentivar la atención primaria y preventiva, así como reforzar la implementación de estrategias orientadas a mejorar la atención a la salud mental, considerando los

¹ Organización Mundial de la Salud (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Discussion paper No. 2. Ginebra, Suiza. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85626>

factores de comorbilidad con enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como los efectos que ha dejado la pandemia por la COVID-19.

Es indispensable el monitoreo y el fortalecimiento de procesos que mejoren la calidad de las instituciones, las unidades médicas y el personal de salud, considerando la efectividad de las acciones en salud, los resultados y las experiencias previas de atención a ciertos usuarios, además de las diferencias culturales y regionales, favoreciendo la continuidad de la atención entre instituciones y entre niveles de atención a lo largo del tiempo.

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

La pandemia por la COVID-19 ha generado múltiples desafíos para el sector salud, entre estos, la atención de las secuelas de la enfermedad en la población, el incremento de los problemas de salud mental y los rezagos en salud sexual y reproductiva, pero también en vacunación, mismos que será necesario atender en el corto, mediano y largo plazo.

Respecto a las tasas de mortalidad estandarizadas para la población entre 30 y 69 años, la referida a la COVID-19 fue, en 2020 y 2021 la más alta a nivel nacional entre las principales causas de muerte; resalta que, para los hombres, en promedio, se identificó una tasa de más de 300 muertes por cada 100,000 habitantes mientras que para las mujeres, en este periodo, fue poco menos de 180. Asimismo, se observa, en comparación con 2019, un incremento en 2021 de las tasas de mortalidad por diabetes mellitus (de 111 a 145 en el caso de los hombres y de 85 a 107 en el caso de las mujeres, por cada 100,000), influenza y neumonía (de 25 a 70 en el caso de los hombres y de 14 a 36 en el caso de las mujeres, por cada 100,000).

Se identificaron efectos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres: 1) en la tasa de mortalidad materna, se estimaron 46.6 defunciones por cada 100 mil nacimientos para la última semana de 2020, lo cual representó un incremento de 37.8% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior, según datos de la Secretaría de Salud; 2) la postergación de la detección oportuna de otras enfermedades, como cáncer cervical o cáncer de mama, la cual tuvo una disminución en el diagnóstico en 2020, pero una intensificación en 2021 a niveles de 2018 y 2019 (Cárdenas, 2020), y 3) la afectación al derecho a la planificación familiar de las mujeres y una discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos.

De acuerdo con la ENSANUT Continua COVID-19, en 2020 el 13% de las mujeres que reportaron que no buscaron atención médica, a pesar de tener una necesidad de salud, fue por miedo a contraer COVID-19, frente a 8 % en el caso de los hombres. Asimismo, 29% de las mujeres que no fueron atendidas, a pesar de sí haber buscado atención, fue porque en la Unidad Médica solo trataban a pacientes con COVID-19, frente a 8% en el caso de los hombres. Es necesario considerar los efectos diferenciados que la pandemia ha generado en la salud de las mujeres, e incorporar la perspectiva de género en el diseño de los programas presupuestarios.

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

En este apartado del informe se analiza la configuración y diseño de los programas a la luz de las reformas de 2019 a la LGS² para identificar la coherencia³ del conjunto de intervenciones, tanto con las propias reformas como con las dimensiones asociadas al ejercicio del derecho a la salud, de manera que sea posible contar con un primer acercamiento a la reconfiguración de la oferta gubernamental que se deriva de la nueva estrategia gubernamental en salud, identificando alcances y retos en su puesta en marcha, desde el ámbito normativo y de diseño de los programas. El análisis se delimita a programas presupuestarios de desarrollo social en el ámbito federal, cuyo objetivo está orientado o considera la garantía del acceso al derecho a la salud de la población sin seguridad social, a partir del cual se encontró lo siguiente:

- Se identificó un mayor grado de coherencia en los cuatro programas presupuestarios que tienen como fin la ejecución de acciones concretas de prestación de servicios de salud dirigidos principalmente a las personas sin seguridad social. El primero es el programa creado a partir de la reforma a la LGS y operado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), el Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social; seguido por el programa que comparte la responsabilidad de financiar y operar los servicios de salud para la población sin seguridad social, el IMSS-Bienestar; el tercero es el Fortalecimiento a la Atención Médica, cuyo objetivo es acercar servicios de salud de primer contacto a través de unidades médicas móviles a personas que habitan en áreas dispersas y marginadas; el cuarto es el de Atención a la Salud, que se constituye como un programa complementario para financiar la atención de alta especialidad en los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencia y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad en coordinación con el Fonsabi.
- El espíritu de la reforma (de acuerdo con los principios propuestos por el Poder Ejecutivo para el sistema de salud) plantea de forma conceptual una lógica para la construcción de un sistema de salud universal.
- Si bien la reforma de noviembre de 2019 a la LGS se planteó con la intención de contribuir a la garantía del acceso efectivo a la protección a la salud, las modificaciones realizadas son limitadas con respecto a la promoción y prevención en salud, y prácticamente inexistentes con relación a la protección contra riesgos sanitarios.
- Las modificaciones a la LGS no establecen mecanismos concretos de política para la reducción de brechas de acceso entre poblaciones con diversas características de derechohabencia y la integración de los distintos subsistemas en un sistema universal que garantice efectividad y equidad.
- La implementación de estas reformas a la LGS se dio durante la emergencia sanitaria por la COVID-19, lo que también amplió los retos para la implementación y la coordinación entre el INSABI y las entidades federativas, lo cual se suma al desconocimiento, tanto de la población como de los propios funcionarios, de cómo iba a operar este nuevo esquema en el que la afiliación ya no es un requisito. Y, de manera inversa, la propia transición pudo haber afectado la respuesta a la pandemia y la capacidad de atención adecuada para el resto de las condiciones existentes en materia de salud.

² Diario Oficial de la Federación (2019). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019

³ La coherencia puede ser entendida como la conexión lógica entre la definición del problema público, los instrumentos implementados, y la solución esperada en una intervención por parte del Estado. El análisis de coherencia de los programas se integra de dos partes, un análisis individual y un análisis integral, que pueden ser consultados con mayor detalle en el documento.

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

Se identificaron algunos hallazgos que pueden fortalecer la política de salud, particularmente para las personas sin seguridad social, de cara a los retos que se vislumbran en el contexto de la recuperación de la pandemia, entre ellos:

- Resulta oportuno hacer explícitos los criterios de gratuidad, calidad e inclusión, y la armonización con otros programas complementarios de las instituciones de seguridad social para considerar el criterio de universalidad.
- Los programas de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social e IMSS-Bienestar resultan centrales para garantizar el acceso efectivo a la salud a personas sin seguridad social, por lo que es necesario fortalecer la coordinación entre instancias ejecutoras para la planeación estratégica de metas que permitan garantizar la atención integral a la salud como un proceso continuo y no desarticulado.
- Los programas del área de *Servicios de Salud* son coherentes respecto a las reformas a la ley –dadas sus características–; no obstante, existen puntos pendientes en las áreas de *Atención y prevención, Calidad en la Atención e Investigación y Desarrollo*, que requieren fortalecer el diseño normativo para evitar ambigüedades en la operación.

Retos por resolver:

- Lograr una coordinación interinstitucional con la Secretaría de Salud y las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como con el sector farmacéutico.
- Homogeneizar las Reglas de Operación de los Programas ante las diferencias en los niveles de atención en los que se adhieron los estados, de manera que se prevenga la ambigüedad y confusión al interior de las entidades y que en todas, independientemente de su tipo de acuerdo se garantice la atención con base en la eficiencia, efectividad y equidad.
- Desarrollar la capacidad institucional para responder a las responsabilidades que deriven de los acuerdos con cada una de las entidades, así como definir mecanismos de operación y acción para lograr la coordinación adecuada entre los actores de todos los niveles.
- Crear un sistema de monitoreo y garantía de la calidad bajo un esquema transversal que considere los distintos tipos de financiamientos y servicios y que sea independiente de las instituciones de salud.
- Asegurar la factibilidad financiera, dado que estará definida por el tipo de servicios que requiera la población sin seguridad social, las transiciones demográficas y epidemiológicas del país, los fondos transferidos a los estados y las aportaciones solidarias.
- Fortalecer la estimación de la demanda en atención médica de alta especialidad con metas de cobertura de mediano y largo plazo, para gestionar los recursos necesarios, brindar la atención necesaria y no limitarse a la demanda histórica que implica concentrarse en los padecimientos de alta complejidad que es factible atender con los recursos disponibles.

IMSS-Bienestar

La coordinación entre la Secretaría de Salud y el recién creado Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) también podría abrir ventanas de oportunidad dentro del Sistema Nacional de Salud para:

- Crear un modelo de atención para el otorgamiento de un servicio efectivo y de calidad con base en las necesidades de la población, y transitar a enfoques compartidos con las otras instituciones para la atención a la salud y la convergencia de capacidades.
- La homologación de los contratos por las prestaciones de servicio de las y los empleados en las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Consulta la ***Evaluación Estratégica de Salud. Primer informe*** en: <https://bit.ly/3xi5ddc>

—oo00o—

SOBRE EL CONEVAL

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

Contactos:

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

Humberto Martínez González
Subdirector de Estrategias de Información y Difusión
hmartinez@coneval.org.mx
54817200 ext. 70158 | Móvil 5548423951



Coneval



@Coneval



conevalvideo



@coneval_mx



blogconeval.gob.mx



PódcastCONEVAL