



UNIVERSIDAD LA SALLE

FACULTAD DE NEGOCIOS

Con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública según acuerdo número 974225 de fecha 25 de julio de 1997

ESTUDIO DE CASO:

PROPUESTA HACIA UNA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD INTEGRADOS, PÚBLICOS Y PRIVADOS EN MÉXICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE INSTITUCIONES DE
SALUD

PRESENTA:
ENRIQUE NEGRETE ESTRADA

Asesor: Dr. Antonio Morales de la Barrera

Ciudad de México, a 28 de Junio de 2024

Ciudad de México, D.F., a 14 de junio de 2024.

MTRO. GABRIEL NUÑEZ GONZÁLEZ
DIRECTOR DE GESTIÓN ESCOLAR
UNIVERSIDAD LA SALLE
P R E S E N T E

Le informo que el (la) C.

ENRIQUE NEGRETE ESTRADA

Egresada (o) de la Facultad de: Negocios

de la **UNIVERSIDAD LA SALLE**, de la Maestría en:

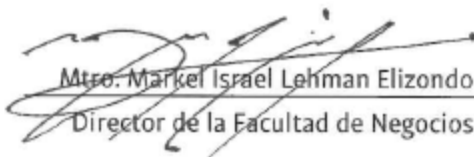
ADMINISTRACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD

Con reconocimiento de validez oficial de estudios de la Secretaría de Educación Pública
según acuerdo número 974225 de fecha 25 de julio de 1997

Ha elaborado el trabajo de Estudio de caso titulado: "PROPUESTA HACIA UNA REFORMA DE LOS
SISTEMAS DE SALUD INTEGRADOS, PÚBLICOS Y PRIVADOS EN MÉXICO."

De conformidad con la modalidad para la obtención de grado aprobada para esta Maestría de
acuerdo a lo establecido en el Reglamento General de las Universidades La Salle Integrantes del
Sistema Educativo de las Universidades la Salle.

Cumplió con todos los requisitos y el trabajo que fue elaborado bajo la conducción del Dr. Antonio
Morales de la Barrera que fungió como asesor, tiene la calidad suficiente para ser la base de
sustentación de su Examen de Grado por lo que se le autoriza presentarlo.


Mtro. Markel Israel Lehman Elizondo
Director de la Facultad de Negocios

Dedicatoria

A Dios, por la vida y por tantas bendiciones, a mi madre que está en el cielo, a mi amada familia, Pily, Dany y Jorge, que han sido mi motor e inspiración detrás de cada esfuerzo de mi vida y que siempre han estado ahí conmigo, brindándome su confianza y apoyándome incondicionalmente en todas mis decisiones y emprendimientos. A los verdaderos amigos, los del pasado que aún permanecen y a los actuales que me han demostrado lealtad y cariño. Esta tesis es un gran testimonio de trabajo y dedicación

Infinitas gracias por tanto y por estar en mi vida

Contenido

Introducción	6
Capítulo I. Generalidades.....	8
1.1 Contextualización del sistema de salud mexicano	8
1.2 Justificación de la necesidad de cambios.....	11
1.3 Elementos que conforman el sistema nacional de salud en México.....	14
1.4 Objetivos.....	16
1.5 Los cambios en el Sistema de Salud Mexicano	16
1.6 Diagnóstico del Sistema de Salud Mexicano.....	18
1.7 Análisis de indicadores de salud.....	20
1.8 Evaluación de la infraestructura y recursos disponibles.....	21
1.9 Examen de la equidad en el acceso y calidad de la atención.....	23
2. Marco Teórico.....	25
2.1 Evolución histórica de los sistemas de salud en México	25
2.1.1 Fundación del Sistema de Salud (1940-1950):	26
2.1.2 Desarrollo Industrial y "Milagro Mexicano" (1950-1970)	28
2.1.3 Desarrollo Estabilizador y Descentralización (1970-1983):.....	29
2.1.4 Reformas y Transformaciones (1983-2020):	30
2.1.5 Transición Económica y Modelos de Salud (1990-2020):	31
2.1.6 Cobertura Universal de Salud.....	32
2.1.7 La cobertura universal de la Salud en México del 2018 a la actualidad	34
2.2 Infraestructura del sector público	36
2.3 Reformas del sector salud en México.....	38
2.3.1 Subsistemas gobernanza, financiamiento, prestación de servicios y cobertura del sistema nacional de salud en México	40
2.3.2 Marco jurídico del Sistema Nacional de Salud en México.....	41
2.4 Realidad del Sistema de Salud en México	42
2.5 Consideraciones presupuestales	46
2.6 Seguro Popular	52
2.6.1 Protección Social en Salud	53
2.6.2 Críticas al Seguro Popular	54
2.6.3 Un paquete básico plus (llamado CAUSES) sin capacidad resolutiva y ciudadanos estigmatizados.....	55

2.6.4 El “derecho” a la salud: Todos a pagar por los mismos servicios que antes eran gratuitos	56
2.7 Principios y características del sistema actual	64
2.8 Comparación internacional de sistemas de salud	65
2.9 Experiencias Internacionales Exitosas	66
Capítulo III. Metodología de la investigación	70
3.1 Proceso de construcción	70
3.2 Metodología de la investigación y justificación	72
3.3 Diseño de la propuesta	74
3.4 Definición y justificación de los instrumentos y fuentes.....	74
3.5 Diseño de la investigación y proceso de recolección y análisis de datos	75
3.6 Universo y población de la muestra.....	79
Capítulo IV: Propuestas de cambio en el Sistema de Salud	81
4.2 Mejoras en la financiación y distribución de recursos	82
4.3 Evaluación y Ajuste del Financiamiento	82
4.4 Implementación de Modelos de Financiamiento Mixto.....	83
4.5 Desarrollo de un Sistema de Pago por Resultados.....	84
4.6 Mejora en la Transparencia y Rendición de Cuentas.....	86
4.7 Divulgación de Información Financiera.....	87
4.8 Estrategias para Incrementar el Presupuesto de Salud	88
4.9 Inversión en Tecnologías de la Información	89
4.10 Evaluación Continua y Ajustes Estratégicos:	90
Conclusiones	97
Evaluación de Impacto	97
Reducción de costos	100
Uso Racional de Recursos.....	103
Acceso Equitativo	106
Beneficios asociados a la implementación de cambios.....	108
Implicaciones a largo plazo	113
Reflexión.....	114
Posibles direcciones para investigaciones futuras	115
Aportaciones generadas a través del caso de estudio	116
Aportaciones adquiridas del caso de estudio	117
Referencias bibliográficas	119

Introducción

La mejora del sistema de salud en México representa un desafío imperativo que requiere un enfoque integral y estratégico. Con el objetivo principal de diseñar y desarrollar propuestas integrales, este caso de estudio se embarca en un análisis profundo de las complejas dimensiones que definen el sistema de salud mexicano. Enfrentando deficiencias y desafíos actuales, se busca identificar áreas prioritarias para intervenciones de mejora, considerando aspectos cruciales como la accesibilidad a los servicios médicos, la distribución equitativa de recursos y la calidad de la atención.

Con objetivos específicos bien definidos, se abordará la tarea de analizar los desafíos presentes, identificando áreas críticas que necesitan atención inmediata. Este análisis minucioso no solo se centrará en aspectos estructurales, como la infraestructura y el financiamiento, sino que también explorará elementos operativos clave, como la gestión de recursos humanos y la integración de tecnologías de la información.

La fase de propuestas se adentrará en la formulación de estrategias concretas que aborden las limitaciones identificadas y promuevan la eficiencia, equidad y calidad en la prestación de servicios de salud. Desde fortalecer la infraestructura sanitaria hasta proponer estrategias financieras sólidas, cada propuesta se elaborará considerando la complejidad y diversidad del sistema de salud mexicano.

Finalmente, se llevará a cabo una evaluación exhaustiva de la viabilidad y efectividad de las propuestas mediante un análisis integral de factores económicos, sociales y políticos. Este proceso crítico tiene como objetivo garantizar no solo la implementación exitosa de las propuestas, sino también su sostenibilidad a largo plazo en el contexto mexicano, reconociendo las dinámicas cambiantes y asegurando que las mejoras efectivas beneficien de manera duradera a la salud y el bienestar de la población. Este caso de estudio se convierte así en un

compromiso detallado y proactivo para transformar el sistema de salud mexicano hacia una dirección más eficiente, equitativa y sostenible.

Palabras clave: Sistema de salud, propuestas integrales, deficiencias, desafíos, accesibilidad, distribución equitativa, calidad de atención, viabilidad, sostenibilidad y transformación del sistema.

Keywords: Health systems, decentralization, health reforms, popular insurance, INSABI, IMSS Well-being, economic model, National Health Institutes, stabilizing development, and universal health coverage.

Capítulo I. Generalidades

1.1 Contextualización del sistema de salud mexicano

La contextualización del sistema de salud mexicano abarca diversas etapas y transformaciones a lo largo del tiempo. Desde su establecimiento en la década de 1940 hasta las reformas más recientes, el sistema ha experimentado cambios significativos en su estructura y funcionamiento (Sesma-Vázquez, 2015).

El sistema de salud en México es un complejo entramado que abarca tanto el sector público como el privado. El sector público está compuesto principalmente por instituciones gubernamentales como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud (SSA) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Estas instituciones proporcionan servicios de atención médica, hospitalaria y de prevención a la población mexicana, especialmente a aquellos que no cuentan con seguridad social o recursos económicos para acceder a servicios privados (González & Rivera, 2012).

El sector público de la salud en México enfrenta diversos desafíos, incluida la falta de recursos, la sobrecarga de pacientes, la disparidad en la calidad de la atención y la infraestructura obsoleta en algunas áreas. A pesar de estos desafíos, el sistema público de salud sigue siendo fundamental para millones de personas en el país, proporcionando atención médica básica y especializada, así como programas de prevención y promoción de la salud (Arreola, 2013).

Por otro lado, el sector privado de la salud en México también desempeña un papel importante en la prestación de servicios médicos. Este sector está compuesto por hospitales, clínicas, consultorios y laboratorios privados que ofrecen una amplia gama de servicios de atención médica, desde consultas generales hasta procedimientos especializados y cirugías de alta complejidad. Muchas personas, especialmente aquellas con seguro médico privado o la capacidad económica para

pagar por servicios de salud, optan por recibir atención médica en el sector privado debido a la percepción de una atención más personalizada, menor tiempo de espera y acceso a tecnología médica de vanguardia (Gómez-Dantés, 2014).

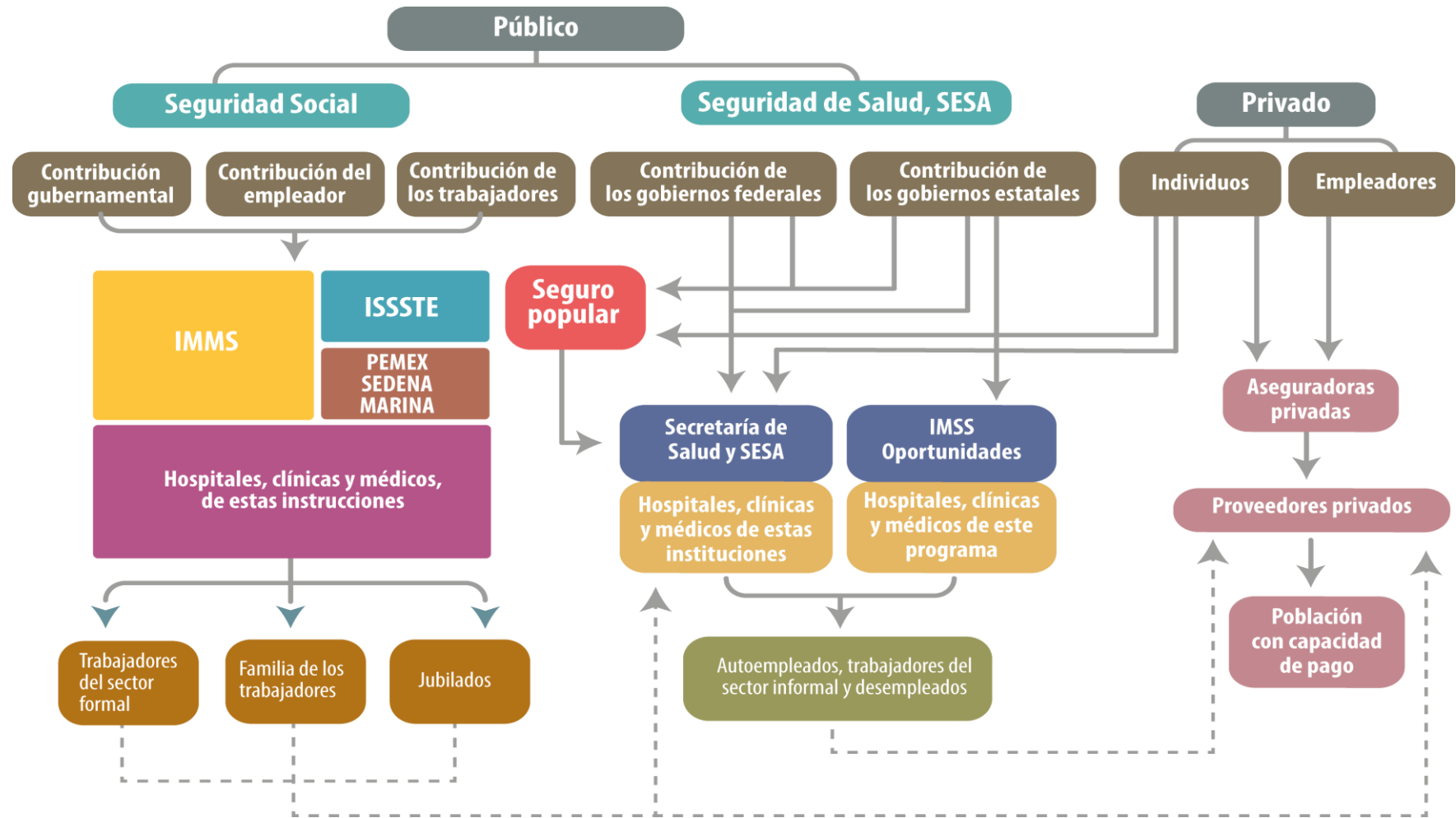
Sin embargo, el acceso a la atención médica en el sector privado puede estar limitado para aquellos que no pueden pagar los costos asociados o no tienen seguro médico. Esta disparidad en el acceso a la atención médica entre el sector público y privado es un tema de preocupación en México y refleja las brechas socioeconómicas en el acceso a los servicios de salud (Méndez, 2015).

El sistema de salud en México es diverso y abarca tanto el sector público como el privado. Ambos sectores enfrentan desafíos únicos, pero juntos trabajan para proporcionar atención médica a la población mexicana en general. Sin embargo, persisten desafíos en términos de equidad, accesibilidad y calidad de la atención médica, que requieren esfuerzos continuos por parte del gobierno, los profesionales de la salud y la sociedad en su conjunto para abordarlos de manera efectiva (González, 2016).

A continuación, la figura 1, muestra la composición del Sistema de Salud Mexicano.

Figura 1.

Composición del Sistema de Salud Mexicano.



Fuente: Enfermeriacelayane, P. (2018, enero 30). Unidad didáctica 2: Sistema Nacional de Salud. Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; Sistema Universitario de Multimodalidad Educativa - Universidad de Guanajuato. <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-2-sistema-nacional-de-salud/>

1.2 Justificación de la necesidad de cambios

La justificación de la necesidad de cambios en el sistema de salud mexicano se sustenta en una serie de desafíos y problemáticas que han emergido a lo largo del tiempo. A continuación, se presenta una argumentación que respalda la necesidad de realizar reformas en el sistema de salud, de acuerdo a lo que menciona la Subdirección de análisis Económico (2022).

Insuficiencias Estructurales: El sistema de salud mexicano presenta deficiencias estructurales en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos. La falta de inversión y actualización ha llevado a limitaciones en la capacidad de respuesta ante emergencias y situaciones de crisis, como la pandemia de COVID-19.

Desigualdades en el Acceso a la Salud: Persisten desigualdades significativas en el acceso a servicios de salud de calidad. Las disparidades se observan entre áreas urbanas y rurales, así como en diferentes estratos socioeconómicos. La falta de equidad compromete la salud de diversos segmentos de la población.

Fragmentación del Sistema: La existencia de múltiples instituciones de salud, como el IMSS, ISSSTE, SSA, INSABI e IMSS Bienestar, ha resultado en una fragmentación que dificulta la coordinación eficiente entre ellas. Esta fragmentación impacta negativamente en la continuidad y calidad de la atención médica.

Escasez de Recursos Financieros: El sistema de salud enfrenta limitaciones financieras que afectan la adquisición de tecnología médica, medicamentos y la mejora de instalaciones. La escasez de recursos compromete la capacidad para proporcionar servicios de salud adecuados y oportunos.

Cambios Demográficos y Epidemiológicos: Las transformaciones demográficas y epidemiológicas, como el envejecimiento de la población y el

aumento de enfermedades crónicas, demandan adaptaciones en la oferta de servicios de salud. Se requieren políticas y estrategias que aborden las necesidades cambiantes de la población.

Estrés en el Personal de Salud: La carga laboral excesiva, la escasez de personal y la falta de reconocimiento han generado estrés en el personal de salud. Esta situación compromete la calidad de la atención y afecta la retención del talento en el sector.

Evaluación de Resultados y Rendición de Cuentas: La necesidad de una evaluación constante de los resultados y la rendición de cuentas es esencial para garantizar la eficacia y eficiencia del sistema. La falta de mecanismos sólidos de evaluación puede contribuir a prácticas ineficientes y opacas.

Adaptación a Nuevos Retos de Salud Pública: La emergencia de nuevos retos de salud pública, como pandemias y enfermedades emergentes, resalta la importancia de contar con un sistema de salud ágil y preparado para abordar situaciones de crisis.

Corrupción en el sistema de salud público y privado en México: La corrupción en el sistema de salud, tanto público como privado, ha sido un problema persistente en México que ha socavado la calidad de la atención médica y ha afectado negativamente a la población. En el sector público, la corrupción se manifiesta de diversas formas, desde el desvío de recursos financieros destinados a la salud hasta la venta ilegal de medicamentos y la manipulación de listas de espera para procedimientos médicos. Esta corrupción no solo debilita la capacidad del sistema para proporcionar atención médica adecuada, sino que también perpetúa la desigualdad y la injusticia social al favorecer a aquellos que pueden pagar sobornos o tienen conexiones políticas (Blanco, 2020).

En el ámbito privado, la corrupción también es un problema significativo, aunque puede manifestarse de manera diferente. Por ejemplo, los sobornos a

médicos o funcionarios de hospitales privados pueden influir en la asignación de recursos médicos o en la calidad de la atención brindada a los pacientes. Además, la falta de regulación efectiva y supervisión gubernamental en el sector privado puede facilitar prácticas corruptas, como la facturación excesiva o la prescripción innecesaria de tratamientos costosos, con el objetivo de obtener mayores ganancias a expensas de la salud de los pacientes (Pérez, 2019).

La corrupción en el sistema de salud también tiene consecuencias más amplias para la sociedad mexicana en su conjunto. Por un lado, contribuye a la erosión de la confianza en las instituciones públicas y privadas de salud, lo que puede desalentar a las personas de buscar atención médica cuando la necesitan. Esto puede resultar en un empeoramiento de las condiciones de salud y en la propagación de enfermedades prevenibles. Por otro lado, la corrupción también puede tener un impacto económico significativo al desperdiciar recursos que podrían destinarse a mejorar la infraestructura de salud o ampliar el acceso a servicios médicos para poblaciones desatendidas (Barreto & Mendoza, 2018).

Abordar la corrupción en el sistema de salud de México requiere un enfoque integral que incluya medidas de supervisión y rendición de cuentas, así como reformas estructurales para fortalecer la transparencia y la ética en todas las áreas de atención médica, tanto públicas como privadas. Esto podría incluir la implementación de sistemas de monitoreo y denuncia de prácticas corruptas, así como el fortalecimiento de la capacitación y la ética profesional para los trabajadores de la salud. Además, es crucial involucrar a la sociedad civil y promover una cultura de integridad y responsabilidad en el ámbito de la salud para construir un sistema más justo y eficiente que realmente sirva a las necesidades de la población (Torres & Ramírez, 2017).

La justificación para llevar a cabo cambios en el sistema de salud mexicano radica en la necesidad imperante de superar desafíos estructurales, promover la equidad en el acceso a la salud, mejorar la coordinación entre instituciones, garantizar recursos financieros adecuados y adaptarse a las dinámicas cambiantes

de la población y los retos de salud pública (Velázquez & Ortiz, 2019).

1.3 Elementos que conforman el sistema nacional de salud en México

Son tres los elementos que conforman el sistema nacional de salud en nuestro país:

- 1) Modelos de seguridad social basados en el empleo formal para las personas derechohabientes
- 2) Servicios de asistencia pública para las personas no derechohabientes
- 3) Sector privado compuesto por Hospitales, laboratorios clínicos, gabinetes de imagenología, proveedores de servicios y terceros pagadores, desvinculados del sector público, así como fabricantes y distribuidores de equipos médicos y de productos farmacéuticos.

El Sistema Nacional de Salud de México (SNS) está conformado por los siguientes elementos:

Instituciones Públicas

Son aquellas encargadas de brindar atención médica a la población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social.

- Secretaría de Salud (SSA): Es la institución rectora del SNS, la cual se encarga de la elaboración de las políticas públicas, la regulación de los servicios de salud y la prestación de servicios de atención médica a toda la población sin seguridad social.
- Servicios Estatales de Salud (SESA): Son los organismos responsables de la prestación de servicios de salud en las entidades federativas.
- Programa IMSS-Oportunidades: Es un programa de salud que brinda atención médica a la población rural y de escasos recursos.

Instituciones de seguridad social

Son aquellas encargadas de brindar atención médica a los trabajadores del sector formal.

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): Es un organismo

descentralizado del Gobierno Federal que forma parte de la Secretaría de Salud, considerado como la institución de seguridad social más grande del país, encargado de brindar servicios de atención médica a los trabajadores y sus familias.

- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE): Es también un organismo del Gobierno Federal, encargado de brindar atención médica, así como satisfacer el bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes.
- Petróleos Mexicanos (PEMEX): Es un organismo descentralizado que cuenta con un régimen constitucional que le otorga personalidad jurídica y patrimonio propios, dedicado a la explotación de los recursos energéticos, en especial petróleo y gas natural. En materia de salud, brinda atención médica a sus trabajadores y sus familias.

Sector privado:

Todos los actores operan de manera independiente del sector público, brindando atención médica a la población que puede pagar por ella.

Todos los elementos del Sistema Nacional de Salud operan de manera coordinada para brindar atención médica a la población mexicana, siendo la Secretaría de Salud la institución encargada de coordinar sus acciones y garantizar que todos los mexicanos tengan acceso a servicios de salud dignos y de calidad.

Reformas al Sistema Nacional de Salud

El sistema de salud en nuestro país ha enfrentado diversos desafíos a través del tiempo, entre los que destacan, el crecimiento demográfico, la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, la carencia de materiales y medicamentos por falta de recursos económicos, así como escasez de recursos humanos en salud, lo cual ha obligado al Gobierno Federal a realizar diversas reformas a los sistemas de salud, todas con el objetivo de brindar una mayor cobertura a la población, implementando modelos de calidad para ofrecer servicios más eficaces y eficientes, entre las que se encuentran el Seguro Popular de Salud, la ampliación de la red de unidades de salud y la mejora de la formación de los recursos humanos en salud.

A pesar de estos avances en materia de los sistemas de salud, en nuestro país aún existen muchos retos importantes por atender y resolver.

1.4 Objetivos

Objetivo principal

Diseñar y desarrollar propuestas integrales que aborden diversas dimensiones del sistema de salud en México en el ámbito financiero con el objetivo de implementar mejoras significativas y sostenibles.

Objetivos específicos

Analizar los desafíos dentro del sistema de salud mexicano en el ámbito financiero, identificando áreas prioritarias para intervenciones de mejora.

Realizar propuestas, considerando tanto aspectos estructurales como operativos, que aborden las limitaciones identificadas y promuevan la eficiencia, equidad y calidad en la prestación de servicios de salud.

Evaluar la viabilidad y efectividad de las propuestas formuladas mediante un análisis de factores económicos, sociales y políticos, con el fin de garantizar su implementación exitosa y sostenibilidad a largo plazo en el contexto mexicano.

1.5 Los cambios en el Sistema de Salud Mexicano

La necesidad de revisar y actualizar los sistemas de salud a nivel mundial se vuelve crucial, especialmente ante eventos inesperados que pueden modificar drásticamente los planes de acción. La pandemia del virus SARS-CoV-2 (COVID-19) ha puesto de manifiesto las carencias en los sistemas de salud en términos de infraestructura, recursos humanos, financiamiento, sistemas no integrados, cobertura, insumos para la salud, y gestión, entre otros aspectos.

El Sistema de Salud Mexicano ha tenido varios cambios, desde la descentralización en la década de los 80 hasta las reformas más recientes, como el sistema de protección social (también conocido como seguro popular), el Instituto

Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) y, en fecha reciente, IMSS Bienestar. Estos cambios deben entenderse en el contexto de la salud como un componente integral del sistema económico, transitando desde un modelo económico estatista en los regímenes de Luis Echeverría y José López Portillo, hacia el neoliberalismo, hasta llegar a una economía social, evidenciada en el ámbito de la salud con IMSS Bienestar.

El primer acercamiento a los sistemas de salud en México se remonta a 1943, con la creación de instituciones fundamentales como la Secretaría de Salubridad y Asistencia (actualmente Secretaría de Salud), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México, considerado el primer Instituto Nacional de Salud.

Posteriormente, surgieron diversos institutos nacionales especializados en áreas médicas específicas, como el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Nacional de Neurología. El IMSS, enfocado en la población obrera, y la Secretaría de Salud, destinada a la población sin seguridad social, coexistieron, y programas como IMSS-Solidaridad se implementaron para atender a la población en el campo.

Con el objetivo de integrar eventualmente los servicios de salud, en 1983 surgieron nuevas iniciativas, incluyendo el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. En este contexto, se inició la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la Secretaría de Salud.

La Dra. Rodríguez Ortiz, en su obra "Contexto socioeconómico y de salud 1940-2010", destaca la coyuntura de la Segunda Guerra Mundial como un momento propicio para desarrollar una política de sustitución de importaciones con economía

proteccionista, sindicatos robustos y una burguesía industrial, comercial y financiera en crecimiento. Este impulso económico, conocido como el "Milagro Mexicano", se vivió durante el sexenio presidencial de Manuel Ávila Camacho hasta Gustavo Díaz Ordaz (1940-1970), con una política gubernamental denominada Desarrollo Estabilizador.

Osvaldo García Martínez, en su obra "Del Milagro Mexicano a la crisis del sistema político 1940-2012", destaca que el desarrollo industrial permitió la transición de una economía exportadora de materias primas a una de sustitución de importaciones. Este proceso se inserta en la coyuntura específica de la Segunda Guerra Mundial, donde la disminución de importaciones de productos de países en guerra llevó a México a impulsar su propia industria. La industrialización y urbanización de las grandes ciudades resultaron en la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, mientras que para las áreas rurales y población no asegurada surgió la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

1.6 Diagnóstico del Sistema de Salud Mexicano

El diagnóstico del sistema de salud mexicano revela una serie de desafíos y fortalezas que influyen en la efectividad y equidad de la atención médica en el país.

Desafíos

La identificación de desafíos y problemas estructurales en el sistema de salud mexicano es esencial para implementar estrategias efectivas y sostenibles que mejoren la atención médica y promuevan la equidad. La persistencia de desigualdades socioeconómicas afecta el acceso a servicios de salud. Las poblaciones con recursos limitados enfrentan barreras financieras y geográficas que limitan su capacidad para buscar atención médica, contribuyendo a disparidades en la salud.

La coexistencia de múltiples instituciones, como el IMSS, ISSSTE y la SSA, ha llevado a una fragmentación que puede afectar la coordinación y continuidad de

la atención. La falta de integración plena puede generar dificultades en la gestión eficiente de recursos y en la prestación de servicios. La financiación insuficiente del sistema de salud impacta negativamente en la disponibilidad de recursos y servicios. La falta de inversión adecuada puede resultar en infraestructuras deficientes, escasez de personal y limitaciones en la adopción de tecnologías médicas modernas.

La distribución desigual de profesionales de la salud, especialmente en áreas rurales, contribuye a brechas en la atención médica. Problemas como la falta de capacitación, retención y motivación del personal médico afectan la calidad y accesibilidad de los servicios. Las barreras culturales y lingüísticas pueden obstaculizar la comunicación efectiva entre proveedores de salud y pacientes, afectando la comprensión de la atención médica y la toma de decisiones informada.

La orientación predominantemente reactiva del sistema de salud hacia el tratamiento de enfermedades en lugar de la prevención puede resultar en costos elevados y limitar la eficacia en la mejora de la salud pública. La falta de coordinación efectiva en la atención primaria puede provocar diagnósticos tardíos, falta de seguimiento de tratamientos y duplicación de esfuerzos, afectando la calidad y continuidad de la atención.

Identificar estos desafíos y problemas estructurales proporciona una base sólida para la implementación de reformas y estrategias efectivas. Abordar estos problemas requerirá un enfoque integral que incluya la mejora de la financiación, la coordinación entre instituciones, la atención preventiva y la promoción de la equidad en el acceso a servicios de salud. La implementación de soluciones efectivas contribuirá a fortalecer y mejorar el sistema de salud en México.

Fortalezas

La presencia de instituciones como el IMSS y el ISSSTE proporciona seguridad social a millones de trabajadores y sus familias, ofreciendo un marco

importante para la cobertura de salud. Iniciativas como IMSS Bienestar han abordado de manera específica las necesidades de poblaciones marginadas, demostrando la capacidad de adaptación del sistema.

Se ha reconocido la importancia de la prevención en la promoción de la salud, y se han implementado programas para abordar enfermedades crónicas y promover estilos de vida saludables. Existen iniciativas que buscan involucrar a las comunidades en la toma de decisiones, reconociendo la importancia de la participación ciudadana en la planificación de políticas de salud.

El diagnóstico del sistema de salud mexicano destaca la necesidad de abordar desafíos persistentes y capitalizar las fortalezas existentes para lograr una atención médica más equitativa, eficiente y de calidad para toda la población. Las reformas propuestas y la continuación de los esfuerzos para mejorar la coordinación, financiamiento y accesibilidad son esenciales para avanzar hacia un sistema de salud más sólido y centrado en el paciente.

1.7 Análisis de indicadores de salud

El análisis de indicadores de salud en México proporciona una visión detallada de la situación actual del sistema de salud y del bienestar general de la población, de acuerdo al INEGI (2021), son los siguientes:

Esperanza de Vida: Aunque ha experimentado mejoras, la esperanza de vida al nacer aún muestra disparidades entre diferentes grupos de población y regiones del país. Un análisis detallado revela la necesidad de abordar factores socioeconómicos y de acceso a la atención médica que influyen en este indicador.

Mortalidad Materna e Infantil: A pesar de las mejoras, las tasas de mortalidad materna e infantil siguen siendo preocupantes. Este análisis destaca la importancia de fortalecer los servicios de salud materno-infantil y abordar las barreras de acceso para mejorar los resultados.

Enfermedades Crónicas: El aumento de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, plantea un desafío significativo para el sistema de salud. El análisis de estos indicadores subraya la necesidad de fortalecer las estrategias preventivas y mejorar la gestión de enfermedades crónicas.

Acceso a Servicios de Salud: A pesar de los esfuerzos, persisten desafíos en el acceso a servicios de salud, especialmente en áreas rurales. El análisis de la disponibilidad y accesibilidad de instalaciones médicas destaca la necesidad de medidas para abordar estas disparidades geográficas.

Cobertura de Seguro de Salud: El análisis de la cobertura de seguros de salud, tanto a través de instituciones públicas como el IMSS, como con programas específicos como IMSS Bienestar, destaca los logros y áreas de mejora en la expansión de la cobertura universal.

Vacunación y Prevención: La evaluación de tasas de vacunación y programas preventivos muestra los éxitos y desafíos en la implementación de medidas preventivas. Este análisis destaca la importancia de fortalecer la infraestructura de atención primaria y la concienciación pública.

Este análisis de indicadores de salud permite identificar áreas específicas que requieren atención prioritaria en el sistema de salud mexicano. Enfocarse en estrategias preventivas, mejorar la equidad en el acceso y fortalecer la coordinación entre instituciones son elementos cruciales para mejorar estos indicadores y avanzar hacia un sistema de salud más eficiente y centrado en la salud integral de la población.

1.8 Evaluación de la infraestructura y recursos disponibles

La evaluación de la infraestructura y los recursos disponibles en el sistema de salud mexicano es esencial para comprender la capacidad y eficacia con la que

se pueden proporcionar servicios médicos a la población. Dentro de esta evaluación, Saldívar (2022), menciona los siguientes:

Infraestructura Hospitalaria: Analizar la cantidad, distribución y capacidad de hospitales y clínicas en todo el país. Evaluar si la infraestructura existente es adecuada para satisfacer las necesidades de la población y si hay disparidades en la disponibilidad de servicios entre áreas urbanas y rurales.

Capital humano: Evaluar la disponibilidad y distribución de profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y especialistas. Identificar posibles brechas en la formación y retención del personal médico, especialmente en regiones remotas y marginadas.

Equipamiento y Tecnología: Examinar la disponibilidad de equipos médicos modernos y tecnología en los centros de salud. Garantizar que los servicios cuenten con la tecnología necesaria para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades, fomentando la actualización y renovación periódica de equipos.

Centros de Atención Primaria: Evaluar la presencia y eficacia de centros de atención primaria en comunidades locales. Estos centros son fundamentales para la prevención, detección temprana y manejo de enfermedades, por lo que es esencial garantizar su accesibilidad y funcionamiento eficiente.

Materiales e Insumos: Revisar la disponibilidad de medicamentos, suministros médicos y otros insumos esenciales en los centros de salud. Asegurarse de que exista un sistema eficiente de gestión de inventarios para evitar escasez y garantizar un suministro constante.

Capacidad de Respuesta a Emergencias: Evaluar la preparación y capacidad del sistema de salud para responder a emergencias y desastres naturales. Esto incluye la existencia de planes de contingencia, capacitación del personal y disponibilidad de recursos críticos en situaciones de crisis.

Esta evaluación integral permitirá identificar áreas de mejora en la infraestructura y los recursos del sistema de salud mexicano. La inversión estratégica en la expansión y modernización de la infraestructura, la formación y retención de profesionales de la salud, así como la adopción de tecnologías innovadoras, son esenciales para fortalecer la capacidad del sistema y garantizar una atención médica eficaz y accesible para todos los ciudadanos.

1.9 Examen de la equidad en el acceso y calidad de la atención

El examen de la equidad en el acceso y calidad de la atención en el sistema de salud mexicano revela una serie de desafíos y áreas de mejora para garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud de calidad, independientemente de su ubicación geográfica o condición socioeconómica. Analizar la distribución de instalaciones médicas para identificar posibles brechas entre áreas urbanas y rurales. Es fundamental abordar las disparidades regionales y garantizar que las comunidades marginadas tengan acceso equitativo a servicios de salud. Evaluar el acceso de grupos vulnerables, como poblaciones indígenas, migrantes y personas en situación de pobreza. Identificar barreras específicas que puedan obstaculizar su acceso a la atención médica y desarrollar estrategias para superar estas barreras (Méndez & Méndez, 2013).

Examinar la efectividad de programas como IMSS Bienestar y Seguro Popular en la expansión de la cobertura universal. Evaluar si estos programas están llegando de manera efectiva a las poblaciones más necesitadas y asegurando que reciban atención de calidad. Analizar la calidad de la atención médica brindada en diferentes instituciones de salud. Evaluar si existen disparidades en la calidad de los servicios entre el sector público y privado, así como entre diversas instituciones gubernamentales. Examinar la disponibilidad de medicamentos esenciales y suministros médicos en todas las regiones. Asegurar que no existan brechas en el acceso a estos recursos, ya que son fundamentales para la continuidad de la atención médica. Evaluar la participación activa de la comunidad en la toma de

decisiones relacionadas con la salud. Asegurar que los ciudadanos tengan voz en la planificación y evaluación de políticas para garantizar una atención médica que refleje sus necesidades y preocupaciones (Nigenda, Machado, Ruiz Larios y Solórzano, 2016).

Este examen de la equidad en el acceso y calidad de la atención permitirá identificar áreas específicas que requieren intervención y estrategias específicas para abordar las disparidades. La implementación de medidas que garanticen un acceso equitativo y una atención de calidad para todos los ciudadanos fortalecerá la equidad en el sistema de salud mexicano y contribuirá a la construcción de una sociedad más justa y saludable.

2. Marco Teórico

2.1 Evolución histórica de los sistemas de salud en México

La evolución histórica de los sistemas de salud en México, ha sido un proceso complejo que ha experimentado diversas transformaciones a lo largo del tiempo. Un hito crucial se dio en 1943 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante la presidencia de Manuel Ávila Camacho. Este instituto surgió con el propósito de proporcionar servicios médicos y seguridad social a los trabajadores y sus familias, marcando el inicio de un enfoque más amplio hacia la cobertura de salud. En 1959, se estableció la Secretaría de Salud (SSA) como un organismo gubernamental destinado a coordinar y supervisar las políticas de salud a nivel nacional. Este paso contribuyó a la integración de los esfuerzos en salud pública y a la creación de estrategias más coordinadas para abordar los desafíos de la salud en México (Knaul, 2014).

Durante las décadas de 1960 y 1970, se intensificaron los esfuerzos para atender las necesidades de grupos vulnerables, con la implementación de programas dirigidos a la infancia y las comunidades rurales. Sin embargo, este período también evidenció desafíos relacionados con la fragmentación del sistema y la inequidad en la distribución de recursos y servicios de salud. En los años más recientes, se han llevado a cabo reformas con el objetivo de mejorar la eficiencia, calidad y equidad en la prestación de servicios de salud. En 2003, se lanzó el Seguro Popular, un programa destinado a ampliar la cobertura a aquellos que carecían de seguridad social. Posteriormente, en 2019, se consolidó el programa IMSS Bienestar, orientado a atender de manera específica a las poblaciones en áreas rurales y marginadas, reforzando el compromiso con la cobertura universal de salud (Arruñada, 2017).

A lo largo de esta evolución, el sistema de salud mexicano ha demostrado adaptabilidad para enfrentar desafíos emergentes. Sin embargo, persisten retos como la mejora en la calidad de la atención, la reducción de las disparidades

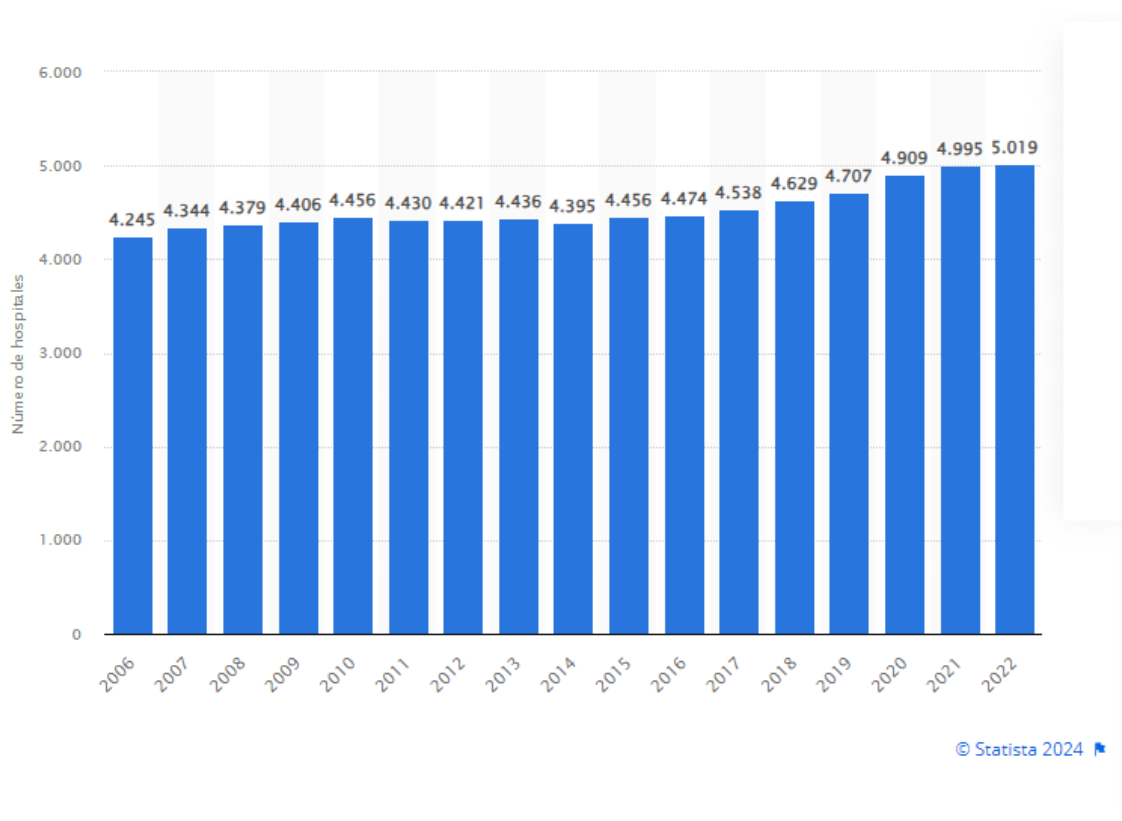
regionales y la optimización de la coordinación entre las diferentes instituciones. La evolución histórica refleja un compromiso continuo por parte de México en mejorar la salud y el bienestar de su población, buscando constantemente estrategias innovadoras y sostenibles para lograr una cobertura universal y equitativa.

Hospitales en México

La figura 2, muestra la gráfica del número de hospitales al 2022.

Figura 2.

Número de hospitales en México.



Fuente: México: número de hospitales 2022. (s/f). Statista. Recuperado el 29 de marzo de 2024, de <https://es.statista.com/estadisticas/1147643/numero-de-hospitales-mexico/>

2.1.1 Fundación del Sistema de Salud (1940-1950):

En 1943, se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México. Estas instituciones marcaron el inicio del sistema de salud en México. Posteriormente, se

establecieron otros institutos especializados, como el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y el Instituto Nacional de Cancerología (Arredondo, Avilés y Orozco, 2009).

La década de 1940 a 1950 fue testigo de un hito significativo en la historia de la salud en México con la fundación de instituciones clave que conformaron el sistema de salud del país. En 1943, se llevó a cabo un cambio trascendental con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México. Estas instituciones no solo representaron un esfuerzo coordinado para abordar las necesidades de salud de la población, sino que también sentaron las bases para un sistema de salud más organizado y accesible (Frenk, 2006).

Este período también vio la creación de institutos especializados adicionales, cada uno enfocado en áreas específicas de la salud. El Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y el Instituto Nacional de Cancerología fueron establecidos para abordar problemáticas particulares y proporcionar atención médica altamente especializada. Estos institutos no solo ampliaron la gama de servicios de salud disponibles, sino que también destacaron el compromiso del gobierno mexicano en la mejora continua de la atención médica y la investigación científica, como lo plantea Frenk (2006).

La fundación del sistema de salud en esta década fue esencial para consolidar una red más amplia y sólida de servicios médicos en México. La creación de estas instituciones no solo abordó la urgente necesidad de atención médica en ese momento, sino que también sentó las bases para la evolución y expansión del sistema de salud en las décadas posteriores. Estos esfuerzos pioneros reflejan un compromiso duradero con la salud pública y han sido fundamentales para la construcción de un sistema de salud más completo y orientado al bienestar de la población mexicana, refiere Knaul (2015).

2.1.2 Desarrollo Industrial y "Milagro Mexicano" (1950-1970)

Durante este período, México experimentó un auge económico conocido como el "Milagro Mexicano". Se desarrolló una política de sustitución de importaciones, llevando a un rápido crecimiento industrial y urbanización.

La industrialización y urbanización dieron lugar a la creación de instituciones como el IMSS para brindar atención a la población obrera y la SSA para atender a la población sin seguridad social. El período de 1950 a 1970 marcó un capítulo destacado en la historia de México, caracterizado por un notable auge económico denominado el "Milagro Mexicano". En este lapso, el país experimentó un significativo desarrollo industrial impulsado por la implementación de políticas de sustitución de importaciones. Esta estrategia económica fomentó el crecimiento acelerado del sector industrial y la consiguiente urbanización, transformando la estructura económica y social del país, mencionan Méndez y Harper (2019).

La industrialización generó una demanda creciente de mano de obra, lo que condujo a una migración masiva desde áreas rurales hacia centros urbanos en busca de empleo en el sector industrial en expansión. Este cambio demográfico y económico planteó nuevos desafíos en términos de atención médica, lo que llevó a la creación de instituciones clave para abordar las necesidades de salud de la población. En este contexto, se establecieron instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para brindar atención médica a la creciente población obrera que formaba parte del desarrollo industrial. Asimismo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) se consolidó como un organismo gubernamental destinado a atender las necesidades de la población que no contaba con seguridad social (Secretaría de Salud, 2020).

Estas instituciones no solo fueron respuestas prácticas a los desafíos de salud derivados del rápido crecimiento industrial y la urbanización, sino que también reflejaron un compromiso significativo del gobierno mexicano con el bienestar social. El "Milagro Mexicano" no solo fue un fenómeno económico, sino también un período en el que se sentaron las bases para la expansión y la consolidación del sistema de

salud en México, reconociendo la importancia de garantizar el acceso a la atención médica en un contexto de cambio acelerado, afirma Frenk (2006).

2.1.3 Desarrollo Estabilizador y Descentralización (1970-1983):

Se implementó la política de Desarrollo Estabilizador, caracterizada por el crecimiento económico y la estabilidad política. En 1983, se inició un proceso de descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada, junto con la modernización administrativa de la SSA. Durante el período de 1970 a 1983, México experimentó una etapa clave en su desarrollo económico y político conocida como el Desarrollo Estabilizador. Esta política estuvo marcada por un enfoque en el crecimiento económico y la estabilidad política, buscando consolidar los logros obtenidos durante el "Milagro Mexicano". La prioridad era mantener un equilibrio en la economía, controlar la inflación y garantizar la estabilidad política, elementos esenciales para el desarrollo sostenido del país, considera Knaul (2015).

En paralelo, en 1983 se inició un proceso significativo de descentralización en los servicios de salud dirigidos específicamente a la población no asegurada. Este cambio estratégico implicó la transferencia de responsabilidades y recursos desde el ámbito central hacia las entidades federativas, buscando una mayor eficiencia y capacidad de respuesta a las necesidades locales en materia de salud. Este proceso se llevó a cabo de la mano de una modernización administrativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), con el objetivo de mejorar la gestión y la calidad de los servicios de salud a nivel nacional. La descentralización no solo respondió a la necesidad de adaptarse a las dinámicas regionales y locales, sino que también reflejó un enfoque más participativo y colaborativo en la administración de la salud pública. Al trasladar la toma de decisiones y la ejecución de programas de salud a nivel local, se buscaba una mayor eficiencia en la atención, así como una mayor capacidad de adaptación a las realidades específicas de cada región, argumentan Frenk, González-Pier y Gómez-Dantés (2006)

En este contexto, el período de Desarrollo Estabilizador y Descentralización

no solo fue testigo de un enfoque continuo en el desarrollo económico y político, sino también de cambios significativos en la gestión y provisión de servicios de salud, marcando una transición hacia un sistema más flexible y adaptativo a las necesidades locales en México.

2.1.4 Reformas y Transformaciones (1983-2020):

Se reconocieron constitucionalmente los derechos a la protección de la salud, y se promulgó la Ley General de Salud en 1983. Surgieron iniciativas para la integración de servicios y descentralización, así como para mejorar la atención en áreas rurales y zonas marginadas. El período de 1983 a 2020 en México fue testigo de reformas y transformaciones significativas en el sistema de salud del país, marcando una evolución clave hacia la garantía de los derechos a la protección de la salud y una mayor atención a la equidad en la prestación de servicios médicos (ASF, 2020).

En 1983, se logró un hito importante con el reconocimiento constitucional de los derechos a la protección de la salud. La promulgación de la Ley General de Salud representó un compromiso formal del gobierno para garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad. Esta medida sentó las bases legales y normativas para la construcción de un sistema de salud más inclusivo y orientado a los derechos de la población mexicana. Durante este período, surgieron diversas iniciativas destinadas a mejorar la eficiencia y accesibilidad de los servicios de salud. Se implementaron estrategias para la integración de servicios y descentralización, reconociendo la importancia de adaptar la atención médica a las realidades específicas de cada región. La descentralización no solo buscaba mejorar la eficiencia administrativa, sino también garantizar una mayor sensibilidad a las necesidades locales, especialmente en áreas rurales y zonas marginadas (Parker, Gakidou, López, Salomon y Murray, 2009).

La atención a áreas rurales y zonas marginadas se convirtió en un enfoque prioritario durante este período. Se desarrollaron programas y políticas específicas para abordar las disparidades en el acceso a la atención médica, implementando

estrategias para llevar servicios de salud a comunidades remotas y mejorar la calidad de vida en estas regiones. La introducción de tecnologías de la información en el ámbito de la salud también fue una característica destacada de estas reformas. La digitalización de registros médicos y la implementación de sistemas de información contribuyeron a una gestión más eficiente de los servicios de salud y facilitaron el monitoreo y la evaluación de programas y políticas de salud (Kuri, Rizo & Seiguer, 2013).

El período de Reformas y Transformaciones (1983-2020) en México no solo estuvo marcado por avances legislativos y constitucionales fundamentales en el ámbito de la salud, sino también por iniciativas prácticas orientadas a mejorar la accesibilidad, equidad y calidad de los servicios de salud en todo el país. Estas transformaciones reflejan un compromiso continuo con la construcción de un sistema de salud integral y centrado en las necesidades de la población.

2.1.5 Transición Económica y Modelos de Salud (1990-2020):

México transitó de un modelo económico estatista hacia el neoliberalismo, experimentando reformas en diferentes administraciones presidenciales. Surgieron nuevos modelos de salud, como el seguro popular, INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar) e IMSS Bienestar, reflejando cambios en la visión económica y social. El periodo de 1990 a 2020 en México estuvo marcado por una significativa transición económica que llevó al país desde un modelo estatista hacia el neoliberalismo. Este cambio se manifestó a través de una serie de reformas implementadas por diferentes administraciones presidenciales, cada una influyendo en la dirección económica y social del país (Cámara de Diputados, 2023).

La transición económica trajo consigo una reconfiguración del sistema de salud mexicano, reflejando la evolución en la visión económica y social del gobierno. En este contexto surgieron nuevos modelos de salud destinados a adaptarse a los cambios en la estructura económica y a abordar las necesidades cambiantes de la población. Uno de estos modelos fue el Seguro Popular, implementado para ampliar

la cobertura de salud a aquellos que no estaban afiliados a un sistema de seguridad social. Este esfuerzo buscaba reducir las brechas en el acceso a la atención médica y garantizar que un mayor número de personas pudiera beneficiarse de servicios de salud básicos (INEGI, 2021).

En 2019, se llevó a cabo una transformación adicional con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Este organismo surgió con la intención de consolidar y ampliar los esfuerzos para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, especialmente para la población que históricamente había estado desatendida. Paralelamente, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) también experimentó cambios significativos. Con la creación de IMSS Bienestar, se buscó mejorar la atención médica en áreas rurales y zonas marginadas, adaptando el modelo de prestación de servicios a las realidades específicas de estas comunidades (Cámara de Diputados, 2023).

Estos modelos de salud, surgidos durante la transición económica hacia el neoliberalismo, reflejan el esfuerzo continuo por garantizar que los servicios de salud sean accesibles, equitativos y eficientes. Sin embargo, también han sido objeto de críticas y ajustes en respuesta a las cambiantes necesidades y desafíos del sistema de salud en México. Este periodo destaca la complejidad y dinamismo inherentes a la intersección entre la economía y la salud pública en el contexto mexicano.

2.1.6 Cobertura Universal de Salud

Se busca avanzar hacia la cobertura universal de salud, garantizando el acceso equitativo a los servicios de salud para toda la población. La evolución del sistema de salud mexicano refleja no solo transformaciones en la atención médica y la infraestructura, sino también cambios en el panorama económico y social del país. La búsqueda de la cobertura universal de salud representa el desafío actual para garantizar un sistema de salud más inclusivo y eficiente. La aspiración hacia la cobertura universal de salud en México implica un compromiso significativo para

garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso equitativo a servicios médicos de calidad, independientemente de su condición socioeconómica. Este objetivo no solo refleja una evolución en el enfoque de la atención médica, sino también una respuesta a los cambios dinámicos en el panorama económico y social del país (IMSS, 2023).

A lo largo de las décadas, el sistema de salud mexicano ha experimentado transformaciones sustanciales en su estructura y enfoque. Desde la creación de instituciones clave hasta la implementación de modelos de salud innovadores, cada cambio ha sido un paso hacia la mejora de la atención médica y el bienestar de la población. Sin embargo, el desafío actual radica en llevar esta evolución un paso más allá, hacia la cobertura universal. La cobertura universal de salud implica superar barreras económicas, geográficas y sociales que han limitado históricamente el acceso a la atención médica. Busca no solo garantizar que todos tengan acceso a servicios de salud esenciales, sino también mejorar la calidad de estos servicios y la eficiencia del sistema en su conjunto. Este enfoque no solo se centra en la curación de enfermedades, sino también en la prevención y promoción de la salud (ASF, 2020)

La equidad es un principio fundamental en la búsqueda de la cobertura universal de salud. Esto implica abordar las disparidades en el acceso a la atención médica, especialmente para poblaciones vulnerables y marginadas. La implementación efectiva de la cobertura universal también implica la participación activa de la sociedad civil, la inversión en infraestructura de salud y la mejora continua de la gestión y administración de los recursos. El desafío de lograr la cobertura universal de salud en México refleja una visión audaz para construir un sistema de salud más inclusivo y eficiente. Requiere la colaboración de múltiples partes interesadas, desde el gobierno hasta el sector privado y la sociedad civil. Además, implica un compromiso continuo con la innovación, la adaptabilidad y la equidad en la distribución de recursos y servicios médicos (Méndez, 2021).

La búsqueda de la cobertura universal de salud en México representa un

paso crucial hacia la realización del derecho fundamental a la salud para todos los ciudadanos. Este camino no solo mejora la atención médica, sino que también contribuye al desarrollo integral de la sociedad, promoviendo la equidad y la justicia en el acceso a los beneficios del sistema de salud.

2.1.7 La cobertura universal de la Salud en México del 2018 a la actualidad

Desde el año 2018 hasta la actualidad, México ha avanzado significativamente en su objetivo de lograr la cobertura universal de salud, un compromiso fundamental para garantizar el acceso equitativo a servicios médicos de calidad para toda su población. Durante este período, se han implementado una serie de políticas y programas destinados a fortalecer el sistema de salud y ampliar su alcance, abordando desafíos históricos y emergentes en el ámbito de la atención médica (Gutiérrez, 2024).

Una de las iniciativas clave ha sido la implementación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2020, que busca asegurar el acceso gratuito a servicios de salud para todos los mexicanos, especialmente aquellos que carecen de seguridad social. El INSABI ha trabajado en estrecha colaboración con las instituciones de salud existentes, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para coordinar la prestación de servicios médicos y garantizar una cobertura más amplia y equitativa (Secretaría de Salud, 2023).

Además, se han implementado programas específicos para abordar las necesidades de grupos vulnerables, como el Programa Nacional de Salud para el Bienestar, que prioriza la atención médica en comunidades marginadas y rurales, así como en áreas con altos índices de pobreza y violencia. Estos esfuerzos se han centrado en mejorar la infraestructura de salud, ampliar la disponibilidad de medicamentos y fortalecer la capacitación del personal médico en estas áreas (INSABI, 2020).

En cuanto a la expansión de la cobertura, se han realizado esfuerzos para incluir servicios de salud mental dentro del espectro de atención médica cubierta, reconociendo la importancia de abordar los problemas de salud mental como parte integral del bienestar general de la población. Asimismo, se han promovido estrategias de prevención y promoción de la salud, con un enfoque en la educación pública sobre hábitos saludables y la detección temprana de enfermedades (Méndez, 2020).

Sin embargo, a pesar de estos avances, persisten desafíos importantes en el camino hacia la cobertura universal de salud en México. La inequidad en el acceso a servicios de salud sigue siendo una preocupación, especialmente en regiones remotas y entre grupos marginados como los pueblos indígenas. Además, la calidad de la atención médica y la infraestructura de salud aún necesitan mejoras significativas para satisfacer las necesidades de una población diversa y en crecimiento (Tapia-Conyer, 2019).

México ha avanzado en su objetivo de lograr la cobertura universal de salud desde 2018 hasta la actualidad, mediante la implementación de políticas y programas dirigidos a ampliar el acceso a servicios médicos de calidad para todos los ciudadanos. Aunque se han logrado progresos importantes, aún quedan desafíos por superar en términos de equidad, calidad y alcance de la atención médica en el país (Villarreal, 2020).

2.2 Infraestructura del sector público

La figura 3, muestra la infraestructura del sector público.

Figura 3.

Recursos públicos disponibles para la atención en salud.



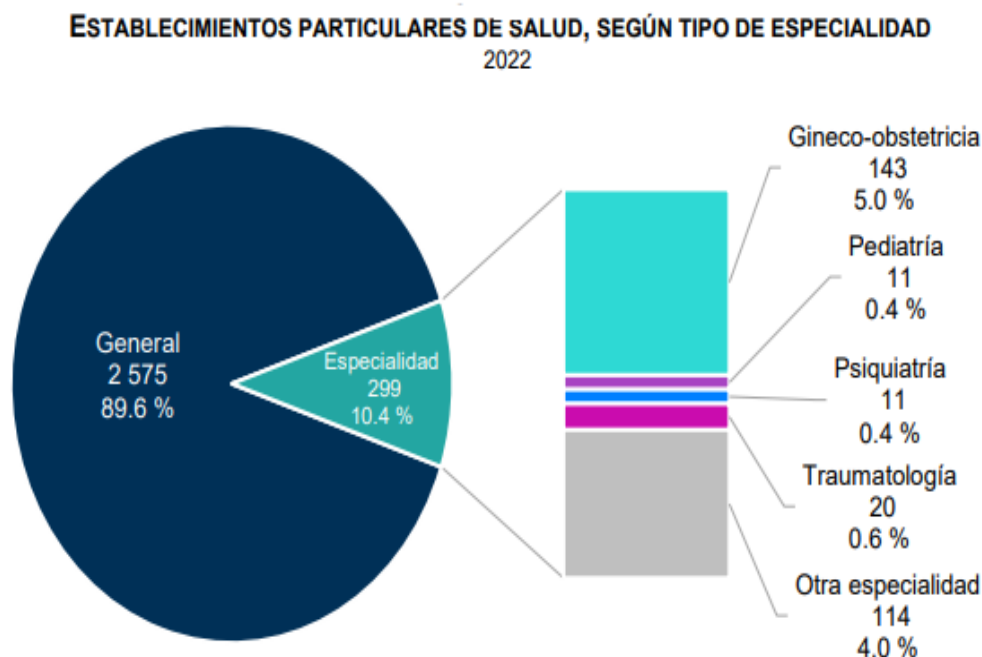
*Datos estimados 2018. Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud

Fuente: Sistema de Información de la Secretaría de Salud. (s/f). Gob.mx:8080. Recuperado el 29 de marzo de 2024, de <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

En México, durante 2022, siete entidades federativas concentraron 53 % de los 2 874 establecimientos particulares que prestaron servicios de salud: estado de México (444), Ciudad de México (259), Jalisco (209), Guanajuato (187), Michoacán de Ocampo (145), Veracruz de Ignacio de la Llave (143) y Puebla (132).

Figura 4.

Establecimientos particulares de salud, según el tipo de especialidad.



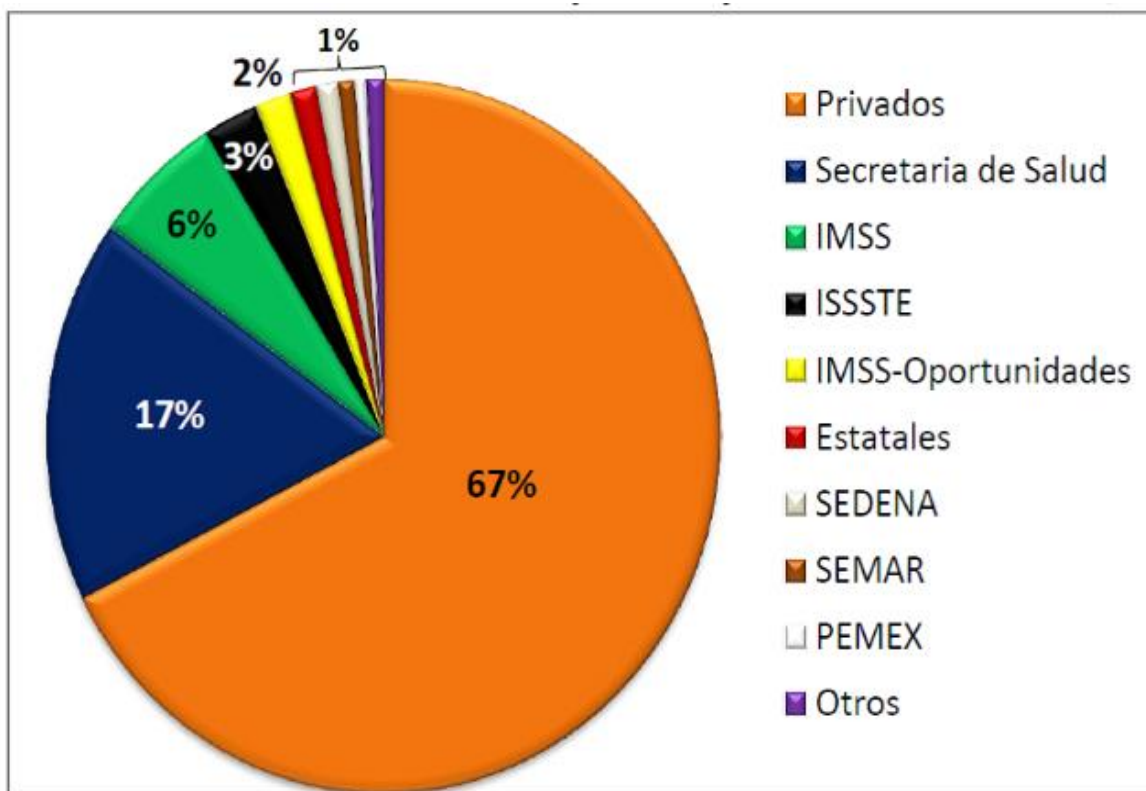
Fuente: INEGI. Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares (ESEP), 2022

Fuente: (S/f). Org.mx. Recuperado el 29 de marzo de 2024, de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ESEP/ESEP2022.pdf>

Según cifras del Sistema Nacional de Salud (DGIS) en 2022, tiene registradas 4 mil 189 unidades de hospitalización, de las cuales aproximadamente 67% son administradas por el sector privado (ver gráfica 5). La mayoría de éstas unidades se tratan de hospitales pequeños dedicados casi exclusivamente a brindar servicios obstétricos.

Figura 5.

Distribución de las unidades de hospitalización por Institución Administradora.



Fuente: De la Cruz Guerrero, J. (2022, octubre 22). Cobertura Universal de la Salud en México: Requerimientos de infraestructura y equipamiento. CIEP. <https://ciep.mx/cobertura-universal-de-la-salud-en-mexico-requerimientos-de-infraestructura-y-equipamiento/>

2.3 Reformas del sector salud en México

Las reformas del sector salud en nuestro país han sido un proceso gradual que ha ocurrido desde el siglo pasado, las cuales han tenido como objetivos principales aumentar la cobertura y mejorar tanto la calidad como la eficiencia de los servicios

Algunas de las principales reformas del sector salud en México son las siguientes:

- **Reforma constitucional de 1983:** La cual estableció el derecho que tienen todos los mexicanos a la protección de su salud.
- **Creación del Seguro Popular de Salud en 2003:** Se trató de un programa de aseguramiento social para otorgar cobertura médica a la población que no cuenta con seguridad social.
- **Descentralización de los servicios de salud en 2004:** Con la intención de ser más eficientes y expeditos en la administración de los temas de salud, se transfirió a los Gobiernos Estatales la responsabilidad de la prestación de servicios de salud
- **Reforma de la Ley General de Salud en 2019:** Su prioridad fue la creación de un Sistema Nacional de Información en Salud, con el objetivo principal de realizar varios cambios para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios

Todas las reformas realizadas al sector salud han tenido buenos resultados a través del tiempo, ya que han generado un impacto positivo en la población, como lo es el aumento sustancial en la cobertura de los servicios. especialmente entre la población rural y de escasos recursos. También se han destinado más recursos económicos para inversión en infraestructura, capacitación de recursos humanos y desarrollo de nuevas tecnologías, lo cual ha mejorado de manera importante la calidad de los servicios

Sin embargo, el sector salud mexicano aún enfrenta grandes desafíos, tales como la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, la falta de recursos financieros y la escasez de recursos humanos en salud. La implementación efectiva y el seguimiento de las reformas del sector salud es fundamental para superar estos desafíos y garantizar que todos los mexicanos tengan acceso a servicios de salud de calidad.

2.3.1 Subsistemas gobernanza, financiamiento, prestación de servicios y cobertura del sistema nacional de salud en México

Gobernanza

La gobernanza del Sistema Nacional de Salud es responsabilidad de la Secretaría de Salud, la cual está encabezada por el Secretario de Salud, quien es designado por el Presidente de la República, y cuyo objetivo principal es coordinar las acciones de los diferentes subsistemas y programas que existen en la materia.

Financiamiento

El financiamiento del SNS proviene de una combinación de fuentes públicas y privadas. Las fuentes públicas incluyen los impuestos, las cuotas del Seguro Popular de Salud y los recursos de los gobiernos estatales. Las fuentes privadas incluyen las cuotas de los seguros de salud privados y los pagos directos de los pacientes.

Prestación de servicios

La prestación de servicios del SNS se realiza a través de una red de unidades de salud que incluye hospitales, centros de salud, unidades de atención primaria y clínicas especializadas. La red de unidades de salud es administrada por las instituciones públicas y privadas del SNS.

Cobertura

La cobertura del SNS ha aumentado significativamente en los últimos años. En 2023, el 95% de la población mexicana tenía acceso a servicios de salud. Sin embargo, aún existen desigualdades en el acceso a los servicios de salud, especialmente entre la población rural y de escasos recursos.

Desafíos

El SNS enfrenta una serie de desafíos, como la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, la falta de recursos financieros y la escasez de recursos humanos en salud. La implementación efectiva de las reformas del sector salud es fundamental para superar estos desafíos y garantizar que todos los mexicanos tengan acceso a servicios de salud de calidad.

2.3.2 Marco jurídico del Sistema Nacional de Salud en México

El marco jurídico del Sistema Nacional de Salud de México (SNS) está conformado por una serie de leyes, reglamentos y normas que regulan su funcionamiento. El marco jurídico del SNS tiene como objetivo principal garantizar el acceso a la salud de todos los mexicanos, sin importar su condición socioeconómica.

El marco jurídico del SNS se basa en los siguientes principios:

- **Universalidad:** Todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud.
- **Equidad:** Los servicios de salud deben ser equitativos, sin distinción de raza, sexo, religión, condición social o económica.
- **Integralidad:** Los servicios de salud deben ser integrales, abarcando la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.
- **Eficacia:** Los servicios de salud deben ser eficaces, logrando resultados óptimos en términos de salud.
- **Eficiencia:** Los servicios de salud deben ser eficientes, utilizando los recursos de manera racional.

Los principales instrumentos jurídicos que conforman el marco jurídico del SNS son los siguientes:

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:** Establece el derecho de todos los mexicanos a la protección de la salud.
- **Ley General de Salud:** Es la ley fundamental del sector salud en México, la cual regula los servicios de salud, la formación de recursos humanos en salud y la investigación en salud.
- **Ley del Seguro Social:** Es la normativa que garantiza la seguridad social de los trabajadores y sus familias, mediante la afiliación obligatoria al seguro social, la prestación de servicios de salud, el otorgamiento de pensiones y la protección ante riesgos laborales.

- **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:** Es la ley que regula la protección social de los trabajadores del Estado, que incluyen servicios de salud, pensiones y prestaciones.
- **Ley del Seguro Popular de Salud:** Es la ley que regula el Seguro Popular de Salud, como un programa de aseguramiento social que brinda cobertura médica a la población sin seguridad social.

Adicionalmente a los instrumentos jurídicos antes mencionados, el marco jurídico del SNS también incluye una serie de reglamentos, normas y acuerdos que regulan aspectos específicos del funcionamiento según el Organismo que los otorgue

2.4 Realidad del Sistema de Salud en México

El Estado ha tenido a través de los años, sistemas de salud orientados a la visión política de la época, que va desde el nacionalismo revolucionario a partir de los regímenes de Lázaro Cárdenas y de Manuel Ávila Camacho, encaminados a la protección de los trabajadores obreros a partir de la industrialización posterior a la 2da Guerra mundial, así como, la atención a las áreas rurales y marginales, que paradójicamente comenzaban a abandonarse por la migración hacia las grandes Ciudades, sucediendo en aquellos tiempos la creación del IMSS y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

En la medida en que todo el país va creciendo de manera desigual, con un segmento en el norte del país orientado hacia la industria, la ganadería y grandes terrenos agrícolas, un centro como área administrativa y concentración de los poderes de la unión, básicamente en la Ciudad de México y un sur, rico en recursos naturales, pero sin justicia social al no ser propietarios de sus propias parcelas o programas específicos de atención a la pobreza.

Surgen entonces grandes Ciudades por todo el territorio nacional, acompañadas de áreas marginadas y en el campo, la atención al área rural con esfuerzos como la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO),

que de origen tenía la intención de un apoyo alimentario y que progresó a otorgar servicios de salud, luego entonces, surge por un lado el programa de salud denominado: Atención a las áreas marginadas y por el otro, el IMSS CONASUPO. Se tienen dos grandes sistemas de salud, uno para la atención de asegurados que parte del trabajo formal, y otro para la atención a la población abierta a cargo de la Secretaría de Salubridad. La población no asegurada, o también conocida como población abierta, es atendida por la propia SS y por los programas de áreas marginadas e IMSS CONASUPO. Es a inicio del régimen de Miguel de la Madrid e impulsado por el Secretario de salud, Guillermo Soberón Acevedo, que se propone la descentralización que involucra funciones y presupuesto a los gobiernos de los Estados, con lo que surgen entonces 32 Secretarías de salud de los gobiernos de los Estados, teniendo como uno de los principales instrumentos de coordinación presupuestal, al Ramo 33 y en específico, el programa de Fortalecimiento a los servicios de salud, denominado también FASSA.

Invertir en Salud siempre ha sido una obligación del Estado, pero después de la pandemia se volvió una necesidad para prevenir futuras crisis. De hecho, desde antes que llegara el COVID 19, los países del mundo estaban buscando activamente brindar acceso a toda la población, tener mejores servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo para lograr la anhelada cobertura universal en salud (CUS). Lo anterior, en atención al cumplimiento de principios bioéticos fundamentales como la justicia, la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia.

En el año 2000, 55.6 millones de personas en México no contaban con afiliación a alguna institución de seguridad social. En el año 2018, con el seguro popular, la cifra se redujo a 22.4 millones de personas sin acceso a los servicios públicos de salud (INEGI 2019); el INSABI proyectaba que para el año 2024, el número de personas sin afiliación a la seguridad social bajaría a 11.8 millones (Diario Oficial de la Federación 2020). (INEGI, 2019). Otro reto importante de acuerdo a la Confederación de Estados para América Latina (CEPAL), es que para el año 2037, la proporción de personas mayores sobrepasará a la de menores de 15 años en la región. Además, la transición demográfica está acompañada de una

transición epidemiológica con las enfermedades crónicas y su consecuencia en la morbilidad y mortalidad.

En Palabras de Diego Guallin, co chair del grupo de trabajo “Valor y acceso a la innovación” de *PHI PHARMA*. El mercado farmacéutico en América latina del 2014 a 2019, creció a una tasa más rápida de doble dígito, que los presupuestos de salud en cada país (Un solo dígito), se estima que esta brecha de crecimiento continuará entre 2019 y 2024 por las nuevas tecnologías, incluyendo Medicamentos, Vacunas, Pruebas diagnósticas y dispositivos médicos. Aquí el gran reto será el gasto en salud de los gobiernos y el enfoque en dicho gasto hacia la prevención y con el objetivo de disminuir el gasto de bolsillo, que para nuestro país representa casi la mitad del gasto en salud.

Existe en la narrativa popular y de los medios de comunicación, generalmente con una agenda privatizadora, que genera una confusión respecto al gasto en salud, por ello considero fundamental la precisión del gasto de los gobiernos, determinado en nuestro país, por el Presupuesto de Egreso de la Federación (PEF) en la función salud y sus distintos ramos como a continuación se detalla:

La construcción del presupuesto público federal para la función salud, se lleva a cabo con un análisis de 8 ramos que componen el PEF (Cámara de Diputados, 2023).

3 son administrativos:

- SEDENA
- Secretaría de Salud
- Secretaría de Marina (SEMAR)

2 son generales

- Aportaciones a seguridad social (Ramo 19)
- Aportaciones federales (Ramo 33)

2 son entidades sectorizadas

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSTE)

Empresa productiva

- Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Un ramo fundamental en su entendimiento y comprensión en el marco del Federalismo del Estado Mexicano, son las aportaciones federales o Ramo 33, del cual se toma el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) que se conforman de 4 sub fondos a saber:

1. Prestación de servicios de salud a la comunidad
2. Prestación de servicios de salud a la persona
3. Generación de recursos para la salud
4. Rectoría del sistema de salud

Los recursos del fondo de aportaciones para los servicios de salud (FASSA) que se transfieren a los servicios de salud de las 32 Entidades Federativas, están orientadas a cubrir las necesidades de salud de la población sin seguridad social. Como antecedente vale la pena recordar que en septiembre de 1996, se suscribió el acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud, mediante el cual se establecieron los lineamientos generales para la descentralización y las bases para la celebración de acuerdos de coordinación integral de los servicios de salud, entre el ejecutivo federal y cada una de las 32 entidades federativas, las cuales se formalizaron entre 1996 y 1997.

El acuerdo de descentralización estableció los objetivos y el alcance de la transferencia de los servicios de salud a los gobiernos Estatales a partir del 1ro de enero de 1998, de acuerdo con el decreto publicado.

Por lo tanto, el fondo de aportaciones para los servicios de salud (FASSA), cuyo sustento se encuentra en el Artículo 4to Constitucional, el cual prevé el

establecimiento de la concurrencia de la Federación y de las Entidades en materia de salud y salubridad general, así como las estrategias y líneas de acción que indican el plan nacional de desarrollo, como el programa de reforma del sector salud de 1995 al 2000, donde se plantea la necesidad de descentralizar y proporcionar recursos para acercar servicios básicos a la población.

En la medida que la Federación pudiera robustecer los planes y proyectos de los gobiernos de los Estados, a través del Fondo de Aportaciones para servicios de Salud (FASSA), los Estados con proyectos eficientes y eficaces, orientados fundamentalmente a la prevención y promoción de la salud, a la mejora e incremento de la infraestructura, y a la formación de recursos humanos vinculados a la investigación, irían paulatinamente robusteciendo cada uno de los 32 sistemas de salud de los Estados, teniendo como eje la gobernanza de la Secretaría de Salud y en la medida de un incremento de la economía del país, aumentaría el empleo formal, en consecuencia su incorporación a la seguridad social, un incremento en la aportación de impuestos para la Hacienda pública y por tanto, una mayor inversión en el ramo 12, es decir, en el sector salud y en específico en el ramo 33.

Situación que no se dio, ya que para el año 2000 con la llegada de un nuevo titular del Ejecutivo Federal, con una visión distinta, agregó al sistema de salud la modalidad del Sistema de Protección Social en Salud, conocido también como Seguro Popular, como un ente de financiamiento sobre la infraestructura en salud ya existente, no como prestadora de los servicios, de lo cual se hablará más adelante.

2.5 Consideraciones presupuestales

El monto de los recursos de este fondo se determina anualmente en el presupuesto de egresos de la Federación, a partir de los elementos establecidos en el Artículo 30 de la ley de coordinación fiscal. Considerando entre otros aspectos, la infraestructura médica y las plantillas de personal, así como las erogaciones de la federación por conceptos de impuestos federales y aportaciones de seguridad

social y muy importante, las previsiones para servicios personales transferidos durante el ejercicio fiscal inmediato anterior, para cubrir el gasto en nómina incluidas las ampliaciones autorizadas por incrementos salariales, prestaciones y medidas económicas (Figura 6)

Figura 6.

Recursos del ramo 33.

Recursos del Ramo 33

(Millones de pesos)

CUENTA PÚBLICA	FONE	FASSA	OTROS*	TOTAL	FASSA/RAMO 33
2016	354,962.7	85,838.8	190,538.8	631,340.30	13.6%
2017	363,338.1	90,930.1	207,388.1	661,656.30	13.7%
2018	375,683.6	92,316.0	227,710.9	695,710.50	13.3%
2019	390,328.2	98,896.5	253,432.4	742,657.10	13.3%
2020	402,879.5	104,165.0	262,112.3	769,156.80	13.5%

FUENTE: Elaborado por la ASF con datos de las Cuentas de la Hacienda Pública Federal 2016 - 2020.

* El monto corresponde a la suma de recursos de fondos del Ramo 33 (FAETA, FAFEF, FAIS, FAM, FASP y FORTAMUN)

Fuente: Auditoría Superior de la Federación, 2020.

Al hablar de inversiones del Estado, en este caso en salud, tendríamos que identificar, por un lado, los recursos disponibles dentro de los ingresos que recibe la Federación y el porcentaje que se destina a los distintos ramos, en este caso el ramo salud y, por otro lado, la voluntad política para dicha toma de decisiones. Mostramos el gasto en salud de los años más recientes, como se muestra en la figura 7.

Figura 7.

Pocos cambios



Fuente: Saldivar, B. (2022). Gasto en salud se estancó en 2021. El Economista.

Se podrá apreciar que en el lapso de 9 años, es decir, del año 2013 al 2021 hubo un incremento de 67,787 millones de pesos, y si comparamos el gasto de los 3 últimos años con el cierre de la administración del presidente Enrique Peña Nieto, en 2018, el gasto fue de 63,917 millones de pesos, podemos observar un incremento de 24,051 millones de pesos, correspondiente al 7% del cierre de Peña Nieto, al cierre del 2021. De acuerdo al presupuesto de egresos de la Federación para el año 2022, la asignación fue de 819,244.80 MDP y para el año 2023 la asignación fue de 874,796 MDP (Subdirección de análisis económico, 2022).

Es posible señalar que existe una voluntad política para incrementar dicho gasto, pero para el análisis consideremos los siguientes elementos:

- Crecimiento de la población
- Efectividad del gasto (Determinar si existieron sub ejercicios)
- La inflación

Se ha mencionado al Ramo 33 como un instrumento en el marco del federalismo para fortalecer los programas de salud de las Entidades Federativas y hemos

documentado cómo de manera paulatina el gasto en salud se ha ido incrementando en los últimos años, y a pesar de la pandemia, comparemos ahora el gasto del Seguro Popular de los años 2016 al 2019 y su transformación al INSABI, como se muestra en la figura 8.

Figura 8.

Evolución del gasto de SP - INSABI

Cuadro 1: Evolución del gasto de SP - INSABI

Programa presupuestario	Seguro Popular				INSABI	
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Seguro Popular	88,185.87	94,889.62	75,771.99	77,211.96		
Seguro Médico Siglo XXI	2,228.63	2,232.20	2,236.11	1,391.07	950.47	
PROSPERA Programa de Inclusión Social	7,707.19	6,914.65	6,803.34	247.54		
FASSA	106,880.72	106,097.94	105,978.70	105,764.36	108,060.08	109,501.00
Medicamentos Gratuitos				5,072.60	109,215.54	74,766.70
Atención a la Salud					388.05	14,066.40
Total	205,002.41	210,134.41	190,790.14	189,687.52	218,614.14	198,334.10
(% PIB)	0.82 %	0.82 %	0.73 %	0.73 %	0.91 %	0.79 %

Nota 1: En 2021 se elimina el programa Seguro Médico Siglo XXI.

Fuente: Elaboración por el CIEP, con información de: SHCP (2021); CNPSS (2020); SHCP (2020).

Fuente: Méndez, J. (2021). De Seguro Popular a INSABI. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria.

Dicha tabla nos muestra un decremento del gasto del Seguro Popular que para el año 2016 era de 88,185.87 MDP y para el año 2019 disminuyó a 77,211.96 MDP, se podrá apreciar que para los años 2021 ya no existe la asignación al Seguro Popular.

En cuanto al Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA), este se encuentra estancado para una cifra de 106,880.72 MDP en el año 2016 a 109,501.00 MDP para el año 2021. Para el año 2019 ingresa el rubro de medicamentos gratuitos, con un presupuesto de 5,072.60 MDP, mostrando un

incremento muy importante para el 2020 a 109,215.54 y para el 2021 74,766.70. Así mismo, se incluye el rubro de atención a la salud con 388.05 MDP para el año 2020 y de 14,066.40 MDP para el 2021.

Queda claro que dicha inversión en gasto de salud es evidentemente insuficiente para cubrir las necesidades de la población. Actualmente en Latinoamérica, únicamente 4 países tienen una inversión pública en salud mayor al 6% a su PIB (Uruguay, Costa Rica, Cuba y Panamá), lo cual es una recomendación de la Organización Panamericana para la Salud (OPS).

En esa misma línea, solo 3 países (Cuba, Surinam y Colombia) tienen un gasto de bolsillo menor del 20%, que es una recomendación de la organización mundial de la salud (OMS) para lograr alcanzar la cobertura universal de la salud, de hecho, en promedio LATAM tiene un gasto de bolsillo del 30%, siendo países como México y Chile, alguno de los que están por arriba de ese promedio. Cuando se habla de gasto público, es la oportunidad para que dichos gastos se realicen con efectividad y eficacia y generen impactos significativos en la salud de la población, por lo que es importante pensar en los “Impuestos saludables”, por ejemplo, al tabaco, bebidas alcohólicas, alimentos procesados “comida chatarra” o bebidas azucaradas. Esto permitirá a los Estados una mayor recaudación que puede ser utilizado como gasto público en salud.

Se ha señalado que una economía más fuerte y una recaudación de impuestos más robusta, permitirá al Estado mexicano mayores ingresos y en consecuencia la posibilidad de un mayor gasto en salud, por ello, es importante analizar la generación de puestos de trabajo registrados ante el IMSS, y vale la pena mencionar que en marzo 2022 por primera vez el registro de trabajadores ante el IMSS rebasó los 21 millones de puestos alcanzando un nuevo máximo histórico.

Al 31 de mayo del 2023 se tienen registrados ante el IMSS a 21,862,907 puestos de trabajo, de estos el 87.3 son permanentes y 13.7% eventuales. Por lo que los primeros 5 meses del año 2023 se han creado 490,013 puestos de trabajo,

y si consideramos los últimos 12 meses, la generación de empleo ha sido de 854,422 puestos de trabajo con un salario promedio de \$534.70 pesos, que representa un incremento anual nominal de 11.3%, el más alto en los últimos 22 años.

Así mismo, al 31 de mayo del 2023 se tiene registrado ante el IMSS 1,070,419 patrones.

(IMSS, 2023)

Con la desaparición del Seguro Popular y la creación del INSABI se crean 4 grandes objetivos a saber.

Objetivos del INSABI:

1. Incremento en la formación de los recursos humanos (Médicos, enfermeras, trabajadores de la salud).
2. Atención médica y medicamentos gratuitos.
3. Mantenimiento y equipamiento de hospitales y creación de nuevos hospitales.
4. Basificación del personal de salud.

Por lo que surgen las siguientes metas que se muestran en la figura 4.

Figura 9.

Metas para el bienestar del INSABI.

Cuadro 2: Metas para el bienestar del INSABI

Meta del bienestar	Unidad	Base 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2024
Personal médico	Por cada mil personas	1.81	1.96	2.00	2.20
Personal de enfermería	Por cada mil personas	2.64	2.81	2.95	3.35
Personas con suministro completo de recetas	%	69.97	ND	ND	92.00
Camas	Por cada diez mil personas	6.20	6.20	6.30	6.50
Equipo de RX	Por cada cien mil personas	2.05	ND	2.06	2.10
Equipo de ultrasonido	Por cada cien mil personas	2.30	ND	2.30	2.34
Mastógrafos	Por un millón de personas	4.83	ND	4.83	5.00
Obras terminadas en los SES (1er y 2do nivel)	%	NA	22.02	54.43	100.00
Centros de salud en mantenimiento y conservación de los SES (obras de 1er nivel)	%	NA	NA	30.00	100.00
Personas que prestan sus servicios bajo contratos eventuales/honorarios en los SES que se han regularizado	%	NA	NA	23.31	100.00
Población con carencias de acceso a los servicios de salud	%	16.19	ND	15.21	9.00
Hogares del primer quintil de ingreso cuyos gastos en salud sean catastróficos	%	4.25	ND	4.10	3.30
Acuerdos de coordinación con los estados aherridos	%	NA	NA	81.25	90.62 - 100.00

Nota 1: El indicador de Rx y equipo de ultrasonido tienen como base 2016, La base del indicador de mastógrafos es 2017.

Nota 2: NA es no aplica y ND cuando la información no está disponible.

Fuente: Elaboración por el CIEP, con información de: DOF (2020).

Fuente: Méndez, J. (2021). De Seguro Popular a INSABI. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria.

- De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), al segundo trimestre de 2021, México cuenta con 305,418 personas ocupadas como médicos, de las cuales 54% son hombres y 46% mujeres.
- De cada 100 personas con esta ocupación, 67 son médicos generales y 33 especialistas en alguna otra rama de la medicina.
- Su trabajo lo realizan principalmente de forma subordinada y remunerada (76%). Los restantes lo hacen por su cuenta (12%) o emplean a otros trabajadores (12%) (INEGI, 2021).

2.6 Seguro Popular

Felicia Knaul, Julio Frenk, Salomón Chertorivski, Guillermo Soberón, Mercedes Juan, Enrique Ruelas, entre otros autores, que después fueron actores fundamentales en el sistema de salud de nuestro país señalaban:

1. México alcanzará la cobertura universal en salud en 2012.
2. El seguro popular garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud integrales, con protección financiera a más de 50 millones de mexicanos, previamente excluidos de la Seguridad social.

El presente informe, analiza el camino hacia la cobertura universal en sus tres dimensiones de protección:

1. Contra riesgos para la salud
2. A través de la garantía de calidad de la atención a la salud.
3. Contra las consecuencias financieras de la enfermedad y las lesiones.

Se señala la transición de una seguridad social, basada en la condición laboral a la protección social en salud. Implica, el acceso a una atención integral a la salud, como derecho universal basado en la ciudadanía, plataforma ética de la reforma mexicana.

Se señala el proceso de implantación a 9 años de iniciado y las evidencias que dieron origen a actualizaciones del programa original.

La evidencia indica, que el seguro popular está mejorando el acceso a servicios de salud y reduciendo la prevalencia de los gastos en salud catastróficos y empobrecedores, especialmente entre los pobres.

- Se observa una mejora en la cobertura efectiva.
- También se discuten los desafíos prevalentes, incluyendo la necesidad de traducir los recursos financieros en servicios de salud más efectivos, equitativos y sensibles a las expectativas de los usuarios.
- Se señala una nueva generación que incluya medidas sistémicas para reorganizar el sistema de salud por funciones.
- El artículo concluye con una discusión que implica la búsqueda del Sistema Universal de Salud en México y su importancia para otros países de ingresos bajos y medios.

2.6.1 Protección Social en Salud

Dimensión: Protección contra riesgos para la salud.

- Acciones:
 - Vigilancia epidemiológica
 - Promoción de la salud
 - Prevención de enfermedades
 - Atenuación del riesgo
- Instrumentos de política de la Reforma Mexicana:
 - Nueva agencia de salud pública
 - Programa de tarjetas de salud con perspectivas de género y ciclo de vida
 - Fondo para servicios de salud comunitaria.

Dimensión: Protección del paciente.

- Acciones:
 - Garantía de calidad:
 - Seguridad
 - Efectividad
 - Trato adecuado
- Instrumentos de política de la Reforma Mexicana:
 - Cruzada nacional por la Calidad

Considerando la evaluación del año 2000 al año 2020, tan sólo de indicadores de salud, señalamos:

- Indicadores de salud
 - Mortalidad infantil (tasa por cada 1000 nacidos vivos):

2000. 18.2
2010: 14.1
2019: 7.86
 - Mortalidad por enfermedades no transmisibles:

2000: 70.7
2010: 74.8
2020: 53.25

Por lo que considero que para alcanzar una cobertura universal de salud se requerirán, los siguientes elementos:

1. Un mayor gasto en salud que paulatinamente puedes ser del 0.5% del PIB anual hasta alcanzar niveles cercanos a 8%.
2. Fortalecimiento del Ramo 12, específicamente en lo señalado en el Ramo 33, enfocado a incrementos al programa de Fortalecimiento a los servicios de salud (FASSA).
3. Compartir la infraestructura ya existente, ejemplo: Infraestructura hospitalaria (camas, quirófanos, equipos) de la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, IMSS bienestar. Otro ejemplo es compartir médicos subespecialistas entre las Instituciones.

2.6.2 Críticas al Seguro Popular

El Seguro se presenta como un subsidio a la atención "médica" de las familias, cuando en rigor, apenas oferta un rudimentario paquete de medidas preventivas mal diseñadas e impuestas desde el centro a las Entidades Federativas. Los servicios son ejecutados (prestados) por esos mismos servicios Estatales con fondos transferidos por la SSA Federal, mediante un mecanismo complejo, basado en los siguientes cuatro componentes:

1. Por familia (recientemente ajustado a la persona);
2. Por ajuste de necesidades;
3. Por el esfuerzo estatal, y
4. Por la componente de desempeño.

Se trata de administraciones paralelas con contrataciones que pesan sobre la nómina de las Entidades Federativas. La SS Federal "compra" servicios a cada uno de los Estados, los cuales reciben pagos por captación. Por su parte, los sistemas estatales de salud (SESAS) transfieren estos recursos a sus unidades por servicio prestado o por presupuesto. Esta situación complica la administración, creando otra paralela al nivel de las jefaturas estatales para inscripción, seguimiento y administración del Seguro Popular.

Los trabajadores están siendo remunerados por honorarios, pero a la larga deberán incorporarse a la nómina y los costos administrativos subirán. Además, las plazas que se contraten son responsabilidad de las secretarías de Salud de los Estados (SESAS), de acuerdo a profesiogramas laborales establecidos por la Federación.

2.6.3 Un paquete básico plus (llamado CAUSES) sin capacidad resolutive y ciudadanos estigmatizados.

El Catálogo Universal de Servicios Esenciales (CAUSES) se atiende en centros de salud y hospitales de los SESAS. Esto plantea un problema conceptual y jurídico, pues legalmente el ciudadano tiene ese derecho aún sin pagar cuota de recuperación o prepago. Además, el Seguro no sólo no cubre todas las enfermedades y riesgos: en rigor, no atiende la patología frecuente que enferma y mata a los mexicanos. En 1999 se reportó en México el fallecimiento de casi 44 mil personas. Aproximadamente la mitad de ellas, se debieron a cinco causas:

1. Enfermedades del corazón
2. Tumores malignos
3. Diabetes mellitus

4. Accidentes
5. Enfermedades del hígado

Pero la estructura de los servicios sí lo hace, aunque no lo materializa por falta de recursos. Así, ahora hay ciudadanos del Seguro Popular y no del Seguro Popular. Es decir, la población ya está estigmatizada. La seguridad social universal se ha transformado en focalizaciones estigmatizantes. Una traición a la tradición sanitaria mexicana.

Además, las intervenciones del CAUSES, así como las mal llamados "gastos catastróficos", podrían ser subsidiadas al sector privado, lo que incrementaría el serio problema de capacidad resolutive que enfrenta el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, toda vez que el sector privado no está listo para atender adecuadamente esa demanda (SSA, 2001).

2.6.4 El “derecho” a la salud: Todos a pagar por los mismos servicios que antes eran gratuitos.

Suponiendo que durante el año 2012 se hubiera alcanzado la anhelada cobertura "universal", resultaría entonces que toda la población sin S.S dispondría de un subsidio, aunque paradójicamente antes de la implantación del Seguro Popular, esa población ya contaba con un "derecho" Constitucional a la salud. ¿Cuál sería la única diferencia? Que ahora, en virtud de esa "universalidad", exactamente los mismos servicios de salud que ya recibían los ciudadanos, usuarios y pacientes que integran la población sin seguridad social, son ofrecidos en peores condiciones, pero pagando por ellos. La única diferencia se llama, pues, prepago o pago diferenciado.

No hay ampliación integral de las intervenciones, ni se aprecia mejora alguna en la capacidad resolutive médico-clínica. La calidad de la atención ha empeorado y los salarios de los equipos de salud no reflejan el extraordinario incremento en las bolsas públicas que el gobierno federal destina al Seguro Popular, vía la afiliación de las Entidades Federativas (Fernández, 2013).

El Seguro Popular no fue diseñado para curar. Aspira a "alinear precios en el sector"; "brindar protección financiera" o financiar "con justicia". Pero ¿a qué paciente le importa cómo se financió el programa que debería atenderlo, cuando padece la enfermedad que lo sitúa en el sufrimiento y el dolor?

Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI)

Objetivos básicos del Instituto:

1. Ampliación progresiva del acceso a servicios de salud en la población sin seguridad social.
2. Eliminar las restricciones en los tratamientos y medicamentos.
3. Cuatro coordinaciones.
 - i. Gestión médica
 - ii. Abasto
 - iii. Infraestructura
 - iv. Administración y finanzas

Funciones básicas del área

- Abasto y distribución de medicamentos, material de curación y equipos médicos.
- Médicos, enfermeras y especialistas en las unidades de atención.
- Construcción y mantenimiento de establecimientos de salud.
- Regularización de todos los trabajadores eventuales y con honorarios por contratos.

Población sin seguridad social

- 7.2 millones (norte)
- 9 millones (occidente)
- 19 millones (centro)
- 15.6 millones (sur)

Como un primer elemento del marco jurídico en salud, hablemos del derecho a la salud como un derecho humano, comenzando por cuestionar el papel tutelar del Estado para garantizar dicho derecho, así como los límites generalmente financieros para que esa garantía se convierta en hechos y los esfuerzos de los

países de Latinoamérica por reformar sus sistemas de salud para garantizar la accesibilidad, la cobertura, la calidad y la universalidad. (Primera fortaleza)

El ciudadano como un ente individual e incluso colectivo, se ve en la disyuntiva de hacer valer sus derechos o permanecer como un sujeto pasivo. Esta pasividad generalmente es producto del desconocimiento, por lo que es importante saber que la sociedad tiene instrumentos que le permiten, tanto al individuo como a la colectividad, acceder a derechos tanto económicos como sociales y culturales. Los estudiosos lo separan de los derechos civiles y políticos porque éstos últimos tienen un carácter de obligatoriedad positiva (Primera debilidad).

Para ello, es necesario señalar primero que el Estado podrá realizar acciones que tienen un carácter obligatorio negativo y que, y aunque parezca contradictorio, se convierte en un derecho para el ciudadano. Ejemplo de ello, que el Estado no debe de utilizar la fuerza pública de manera indiscriminada, que el Estado no debe juzgar a un ciudadano si no ha tenido un debido proceso, que el Estado no debe adquirir deuda pública si no lo ha autorizado el ciudadano a través del Congreso, es decir, la negativa de acción a favor del ciudadano.

Caso contrario, los derechos económicos, sociales y culturales obligan a tomar acciones positivas más fáciles de medir y que casi siempre requieren del erario público, por tanto, deben de ser fiscalizables. Ejemplo de ello, el presupuesto de egresos de la Federación, aprobado por la Cámara de Diputados, el presupuesto al sector salud y su contraparte el presupuesto de ingresos de la Federación, y en todo el proceso la obligación de la fiscalización de dichos presupuestos. (segunda fortaleza)

Como lo señala la Ley orgánica de la administración pública como un segundo elemento jurídico en el rubro social, y me refiero a la salud con la obligación por parte de las Instituciones en salud, de contar con un diagnóstico de situación, un diagnóstico de salud, un plan estratégico, planes y programas en salud, con

objetivos bien definidos como aumentar coberturas, disminuir mortalidades, acciones preventivas, y participación comunitaria, apreciamos el carácter de obligatoriedad desde el individuo, hasta las Instituciones, identificando una segunda debilidad, ya que si bien está estipulada en la ley, en el área operativa, no todos los directivos tienen formación gerencial y se adolece en unidades médicas y hospitalarias de adecuados diagnósticos de salud o diagnósticos situacionales, por lo que en la práctica, la planeación estratégica está divorciada de la planeación operativa.

Lo anterior se encuentra enmarcado en obligaciones jurídicas, como lo es el artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su fracción 10, que nos habla de las garantías individuales, y entre ellas, el derecho a la salud.

Para darle articulación a dicho precepto de la Constitución, se cuenta con leyes, vinculadas entre sí, como la Ley General de Salud, la Ley del Seguro Social y la Ley Federal del Trabajo (tercer, cuarto, quinto elemento jurídico) (tercera fortaleza).

Dichas leyes las podemos apreciar de manera más específica, a través de las Normas Oficiales Mexicanas (sexto elemento jurídico) para las distintas modalidades en la prestación de servicios, así, por ejemplo, tenemos Norma Oficial para la atención médica en casos de cirugía, hospitalización, hemodiálisis, manejo de residuos biológicos infecto contagiosos, etcétera.

Identificando una tercera debilidad en cuanto a que la aplicación real de las normas oficiales mexicanas, si bien es necesario su cumplimiento, su implementación es en muchas de las ocasiones difícil, y cito solo un ejemplo: NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.(séptimo elemento jurídico) su numeral 5.1.8 Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente

capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemo componentes y laboratorio clínico para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año. Si consideramos que hay en el país cerca de 3,000 hospitales públicos y privados, no existen en el país 3,000 bancos de sangre o puestos de sangrado, y en mi experiencia, la interpretación de su cumplimiento está sujeta a la discrecionalidad de los supervisores de COFEPRIS, quienes en ocasiones señalan su cumplimiento con la exhibición de un contrato de colaboración entre hospital y un banco de sangre, pero en otras, su exigencia es que dicha Unidad debe de contar con banco de sangre propio y un responsable sanitario especialista en hematología, de igual manera, no existen hematólogos suficientes en el país. La especificidad de las acciones en cada uno de los procesos médicos, son también marco jurídico (octavo elemento de marco jurídico) quedará expresado en los procedimientos para la atención médica que de igual manera están catalogados en la diversidad de la prestación del servicio médico.

En tal sentido y como ejemplo, en el IMSS se cuenta con el Procedimiento para el Servicio de Hospitalización, en Unidades de 2do. Nivel, Hospitalización 2660 – 003- 056, Procedimiento para los servicios de Urgencias en Hospitales de 2do. Nivel de atención, 2660 – 003 – 045. Entre muchos otros.

Por último, la organización al interior de cada servicio está determinada por los manuales de organización, todos ellos de carácter obligatorio, por lo que encontramos aquí la obligatoriedad positiva, que se traduce en un derecho en beneficio del paciente. Son los manuales de organización elementos jurídicos también. Aquí una cuarta debilidad operativa, los elementos de organización como manuales, procedimientos, normas oficiales mexicanas, he incluso, el derecho a la salud, como lo señala el artículo 4o de la Constitución, se enfrentan a la interpretación del personal de la salud, que por su desconocimiento o por intereses personales, no está de acuerdo en la aplicación del marco jurídico, contando con la protección de autoridades sindicales.

En otro orden de ideas, un ciudadano escucha con frecuencia un verdadero rosario de buenas intenciones, generalmente en momentos electorales que suenan más a retórica simplista que a obligaciones jurídicas para el Estado, hablo entonces de los derechos civiles y políticos. Por ejemplo, la intención de acabar con la pobreza, la lucha contra el hambre, la educación gratuita, servicios universales de salud etc., un ejemplo actual es la aplicación de la Ley en la Reforma Educativa (derecho positivo) sin tener que aplicar un uso innecesario de la fuerza pública en el caso de los “bloqueos al libre tránsito”, que por cierto es el artículo 1 de la Constitución, el no usar la fuerza pública es una obligación negativa que se convierte en derecho para los no agredidos.

Queda clara la responsabilidad del Estado en ambos casos, derecho negativo y positivo, a lo cual se le conoce como derecho comparado (cuarta fortaleza) y existirá generalmente que, para el cumplimiento de las normas al pacto social, se requiere de distintas condiciones políticas, sociales, y económicas, vale la pena en estos momentos revisar el gasto público en salud que es de los más bajos de la OCDE y es del orden del 3.5% de PIB.

La Dra. Felicia Knaul en el Artículo “HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD: PROTECCION SOCIAL PARA TODOS EN MEXICO” Nos señalaba que para el año 2012 México alcanzaría la cobertura universal en salud a través de un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera a más de 50 millones ,lamentablemente tan noble deseo no se cumplió para el año 2012 y está lejos aún en este 2023, sin cumplir también las dimensiones de protección a saber contra riesgos para la salud y máxime en un país con tan alta desigualdad y pobreza, garantía de calidad de la atención a la salud, aún muy distante poniendo como ejemplo el déficit de camas y recursos humanos para la salud y por último la dimensión de consecuencias financieras de la enfermedad, hoy en día, más de la mitad del gasto en salud es de bolsillo, lo que anula la intención de esta dimensión (quinta, sexta y séptima debilidad)

Seguramente éste acto del Estado es consecuencia del contexto más que de una omisión, o hay quien piensa que la disminución de la aportación del estado en el gasto público en salud es una acción deliberada a favor de una mayor participación del sector privado, y aquí nos preguntamos si estamos en un supuesto de carácter de obligaciones negativas, a disminuir el gasto, o si por el contrario, estamos ante un acto de obligaciones positivas y con una intencionalidad bien definida, mi respuesta y el eje de la misma son recursos del erario público, que en el caso que mencionamos y al disminuir dicho gasto, se convertirá en obligaciones negativas, en perjuicio del derecho del ciudadano.

De ser así, ¿en dónde puede expresar el individuo su insatisfacción?, su supuesta violación a sus derechos por lo que el comportamiento del poder público debe estar siempre sujeto al escrutinio. ¿Cómo garantizar el cumplimiento del marco jurídico? México es un país con una economía abierta en un modelo neoliberal, por lo que vale la pena revisar a los pensadores clásicos de la economía política como Adam Smith y David Ricardo cuando hablaban de las obligaciones negativas del estado, en especial en materia de garantía de libre comercio.

Los aranceles o impuestos son un ejemplo de ello, así también hablan de una larga serie de obligaciones positivas, vinculadas con el mantenimiento de las instituciones y la creación de otras nuevas, como en las décadas recientes, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Comisión de Arbitraje Médico, el Instituto Federal Electoral, El Instituto Nacional, Acceso a la Información Federal y Protección de Datos personales, así como la generación de leyes, como la Ley de Transparencia y La ley de Corrupción, todas ellas necesarias para el ejercicio de la libertad individual, el conocerlas y ejercerlas es la manera en que el individuo podrá gozar de éstas obligaciones del Estado .

En el caso de Adam Smith, este le asigna al Estado un papel activo en la creación de las condiciones institucionales y legales, siendo ésta un papel fundamental en el libre mercado, pero en el día a día del ciudadano y sus derechos civiles y políticos, se requieren de leyes e instituciones que garanticen entre otros el

debido proceso, el acceso a la justicia, el derecho de asociación, el derecho de elegir y ser elegido, el DERECHO A LA SALUD. Le corresponde entonces a el Estado generar las condiciones para que las instituciones puedan desarrollar los objetivos para los cuales fueron creados, así como el mantenimiento de tribunales, establecimiento de normas y la generación de ciudadanía. La reflexión anterior se ajusta más a una obligación negativa, es decir, a limitaciones en actividad del Estado y en no interferir en la libertad de los particulares.

En este breve y rápido repaso histórico del Sistema de Salud en México, desde la creación del IMSS y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hemos visto los esfuerzos que ha realizado el Estado a través de los años por alcanzar una cobertura universal en salud, situación que aún no se logra y cuya razón principal se debe a la disposición de un gasto público en salud muy bajo y sin correspondencia con el crecimiento demográfico y en un marco de alta marginación en casi la mitad de la población mexicana.

Entre otras causas encontramos que el sistema de seguridad social no se estrecha con el sistema de población abierta, lo cual genera duplicidad de recursos, casi siempre ubicados en las grandes Ciudades y con poca atención para las áreas marginales de extrema pobreza.

También han sido clave para estos desafortunados resultados, los presupuestos mal empleados, orientados en muchas ocasiones a satisfacer intereses políticos y personales, así como los proyectos carentes de impacto en la salud, enfocados a la curación del daño y no a la medicina preventiva.

También se puede compartir la infraestructura existente en todos los sub sistemas (IMSS, ISSSTE, SESAS, IMSS Bienestar y Sector Privado) para optimizar los recursos con que ya se cuenta. Se debe reconocer al ciudadano como un sujeto activo en la gestión de sus derechos, que cuenta con herramientas para garantizar el derecho a la salud, tales como la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, fundamentalmente el artículo 4to, Fracción X, la Ley General de

salud, Ley del Seguro Social, por citar algunas, así como las Normas Oficiales Mexicanas y procedimientos en Salud. Como recursos administrativos, cuenta con las Instituciones ya mencionadas (IMSS, ISSSTE PEMEX, SEDENA y Secretaría de Marina) y en caso de no ser derechohabiente, con la Secretaría de Salud, y actualmente con el IMSS Bienestar. Por último, y ante las controversias ordinarias en el ámbito de salud, el ciudadano cuenta con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, con las propias Instituciones prestadoras de servicios de salud, así como con el poder judicial, representado de manera máxima por la Suprema Corte de Justicia.

2.7 Principios y características del sistema actual

Los principios y características del sistema de salud actual en México reflejan una combinación de esfuerzos por proporcionar atención médica a la población y enfrentar los desafíos inherentes a un sistema diverso y complejo. Algunos de los principios, de acuerdo a Varela-Mejía (2017), que son fundamentales incluyen:

Universalidad: El sistema de salud en México tiene como principio fundamental la aspiración a la universalidad, buscando que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios médicos esenciales sin importar su condición socioeconómica.

Integralidad: Se busca abordar no solo las enfermedades y sus síntomas, sino también promover la salud en un sentido amplio. Esto implica enfoques preventivos, educación en salud y la atención de diversas necesidades médicas.

Participación Comunitaria: El sistema actual reconoce la importancia de la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud. La inclusión de la perspectiva local contribuye a políticas más efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de cada región.

Gratuidad para Sectores Vulnerables: Se implementan políticas de gratuidad en la atención médica para sectores específicos, como niños, adultos mayores y personas de bajos recursos, con el objetivo de garantizar que no se

excluya a aquellos que más lo necesitan.

Diversidad Institucional: El sistema cuenta con diversas instituciones, tanto públicas como privadas, cada una con su enfoque y responsabilidades específicas. Destacan instituciones como el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud y programas específicos como IMSS Bienestar.

Financiamiento Mixto: El sistema se financia a través de una combinación de contribuciones laborales, impuestos y presupuestos gubernamentales. Esta diversidad de fuentes busca garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.

Descentralización y Desconcentración: Se han implementado estrategias de descentralización y desconcentración para mejorar la eficiencia y agilizar la toma de decisiones a nivel local. Esto busca adaptar las políticas de salud a las particularidades regionales y agilizar la respuesta a necesidades específicas.

Enfoque en la Prevención: Existe un reconocimiento de la importancia de la prevención en la promoción de la salud. Campañas de vacunación, programas de educación en salud y detección temprana de enfermedades son elementos clave en este enfoque preventivo.

A pesar de estos principios, persisten desafíos en el sistema de salud mexicano, como la equidad en la distribución de recursos, la calidad de la atención y la coordinación entre las diversas instituciones. El constante ajuste y mejora de estos principios son esenciales para lograr un sistema de salud que cumpla eficazmente con las necesidades de una población diversa y en constante evolución.

2.8 Comparación internacional de sistemas de salud

La comparación internacional de sistemas de salud destaca las diferencias y similitudes entre distintos países, revelando enfoques diversos para abordar la

atención médica y proporcionar servicios a la población. México, en este contexto, presenta características particulares en relación con otros sistemas de salud alrededor del mundo. En comparación con sistemas de salud de países desarrollados, como el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido o el sistema de salud de Canadá, el sistema mexicano enfrenta desafíos relacionados con la equidad y la accesibilidad. Aunque México ha avanzado en la ampliación de la cobertura, las disparidades entre zonas urbanas y rurales persisten, y la calidad de la atención médica puede variar significativamente (Temes, 2017).

En contraste, sistemas de salud de países como Estados Unidos muestran una marcada orientación hacia el sector privado, con modelos basados en seguros de salud privados. México comparte ciertos rasgos con este enfoque, dado que cuenta con instituciones de seguridad social y atención médica privada, aunque también mantiene una fuerte presencia de servicios de salud públicos a través de instituciones como el IMSS y la SSA. Un aspecto interesante es la inclusión de elementos de atención primaria en sistemas como el de Cuba, donde se ha puesto un énfasis particular en la prevención y la participación comunitaria. Si bien México ha avanzado en la promoción de la atención preventiva, la implementación de estrategias más efectivas en este sentido podría ser un área de mejora (Secretaría de Salud, 2022).

En general, la comparación internacional destaca que ningún sistema de salud es homogéneo o perfecto, y cada país enfrenta desafíos únicos. México se encuentra en un proceso constante de adaptación y mejora para lograr una atención médica más equitativa, accesible y de calidad para su población, tomando en cuenta lecciones aprendidas de sistemas de salud exitosos y abordando sus propias particularidades y desafíos.

2.9 Experiencias Internacionales Exitosas

Explorar experiencias internacionales exitosas en el ámbito de la salud puede proporcionar valiosas lecciones y modelos para mejorar el sistema de salud en

México. Se presentan las siguientes experiencias de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2015).

Sistema Nacional de Salud del Reino Unido: El NHS del Reino Unido es reconocido por su enfoque en la atención universal y gratuita. La centralización del sistema, financiado a través de impuestos, ha permitido ofrecer servicios de salud accesibles y equitativos para todos los ciudadanos.

Sistema de Salud de Singapur: Singapur ha implementado un sistema de salud eficiente y sostenible. Combina un enfoque de mercado para la provisión de servicios con medidas de regulación y financiamiento público. La atención preventiva, la gestión eficiente de recursos y la participación activa del gobierno han contribuido a sus éxitos. Dentro de las características clave, se encuentran el financiamiento mixto con un fuerte componente de ahorro personal, el énfasis en la prevención y la promoción de la salud; la competencia entre proveedores de servicios de salud. Las lecciones para México son explorar modelos de financiamiento mixto para garantizar sostenibilidad y fortalecer estrategias preventivas para reducir la carga de enfermedades crónicas.

Programa de Atención Primaria de Cuba: Cuba ha logrado resultados notables con su enfoque en la atención primaria. La atención preventiva, la participación comunitaria y la formación integral de profesionales de la salud han sido fundamentales para alcanzar indicadores de salud comparables a los de países desarrollados.

Sistema de Salud de Alemania: Alemania destaca por su sistema de seguro de salud obligatorio, que combina la competencia entre aseguradoras con una regulación estricta. Este modelo ha logrado altos estándares de atención, así como una amplia cobertura para la población. Dentro de sus características clave, se encuentran el sistema de seguro de salud obligatorio con opciones de seguros privados y públicos; una fuerte regulación para garantizar la calidad y accesibilidad; la participación activa de los ciudadanos en la toma de decisiones. Las lecciones

para México están en considerar un sistema de seguro de salud obligatorio para asegurar una amplia cobertura e implementar regulaciones efectivas para mejorar la calidad y la accesibilidad.

Sistema de Salud de Japón: Japón ha demostrado éxito en la contención de costos y la mejora de la calidad. Su sistema se basa en la competencia entre proveedores y aseguradoras, junto con una fuerte regulación gubernamental. La atención centrada en el paciente y la eficiencia son características clave, además de un financiamiento público y privado con tarifas reguladas; énfasis en la atención primaria y la coordinación de servicios; los sistemas de gestión de costos eficiente; México debe explorar modelos de financiamiento híbrido para garantizar sostenibilidad financiera y mejorar la coordinación de servicios para optimizar la atención médica.

Sistema de Salud de Australia: Australia ha implementado un sistema de salud que combina financiamiento público y privado. La atención primaria, la prevención y la coordinación entre servicios de salud han contribuido al éxito de su sistema en términos de acceso y calidad. Cuentan con un sistema de seguro de salud público y privado; atención centrada en el paciente y en la comunidad; financiamiento equitativo con subsidios gubernamentales. Las lecciones para México son el considerar estrategias para integrar servicios de seguro público y privado y fortalecer la atención centrada en el paciente y la comunidad.

Estas experiencias internacionales exitosas destacan la importancia de factores como la equidad, la prevención, la coordinación de atención y la combinación adecuada de financiamiento. Al estudiar estos modelos, México puede identificar prácticas efectivas que se alineen con sus características y desafíos específicos, guiando la implementación de reformas para mejorar la atención médica y alcanzar la cobertura universal de salud.

Examinar casos específicos de países con sistemas de salud eficientes brinda valiosas lecciones para la mejora del sistema de salud en México. Estos

estudios de casos resaltan la diversidad de enfoques exitosos en sistemas de salud eficientes en diferentes partes del mundo. México puede aprender de estas experiencias para diseñar estrategias adaptadas a su contexto específico, abordando desafíos particulares y mejorando la eficiencia, equidad y calidad en la prestación de servicios de salud.

Capítulo III. Metodología de la investigación

3.1 Proceso de construcción

El propósito de este capítulo es conocer el procedimiento de construcción y evaluación de la metodología y el diseño de la investigación, reflexionar y clarificar el proceso de investigación para abordar el tema propuesto, la obtención de información y la recolección de datos en torno al área temática de este trabajo, con la finalidad de tener seguro que se alcance el objetivo.

En este sentido la metodología y el diseño representan una combinación de varios elementos tácticos y estratégicos. La metodología y el diseño de la investigación son los planes y programas que se siguen para alcanzar los objetivos que se quieren conseguir a través de la construcción de un objeto de estudio, para poder aportar de una manera clara y sin ambigüedades las respuestas a las preguntas que se plantean dentro de este proceso. Existe un énfasis en la dimensión estratégica del proceso, la metodología y el diseño de la investigación a través de patrones de decisión coherentes, unificadores e integradores que van a determinar y revelar el propósito en términos de objetivos en el largo plazo, programas de acción y las prioridades en la asignación de tiempo y recursos respondiendo de una manera eficaz y eficiente a las oportunidades y amenazas que existen en el entorno (Bernal, 2018).

Al entender por ciencia un cuerpo creciente de ideas las cuales pueden caracterizarse por un conocimiento racional, exacto, verificable y factible que tiene un método que incorpora un procedimiento de investigación de manera ordenada y que se puede repetir y auto corregir para obtener información y tener la capacidad para argumentar diferentes posturas, el uso correcto de metodologías y formulaciones, junto con sus objetivos. Se puede señalar que la metodología es el estudio lógico y sistemático de los principios que van a guiar la investigación. La metodología implica afirmaciones sobre el mundo en tanto objeto y método se afirman y determinan, por lo que el método sirve para acotar y definir lo que es

relevante para el conocimiento (López, 2013).

Existen tres grandes tipos de investigación: las cuantitativas, las cualitativas y los experimentos. Cada una de ellas supone diferentes complejidades y, como todo en la vida, su dominio tiene que ver con la práctica. Las investigaciones cuantitativas son muy valoradas por la comunidad científica y es la que más se publica. La cualitativa se va abriendo paso y los experimentos son raros en la administración, ya que las variables a estudiar suelen ser difícil de controlar en los problemas administrativos (Cegarra, 2011).

En este sentido lo principal es el uso apropiado de las metodologías cualitativa o cuantitativa, el carácter explícito y lo riguroso de las formulaciones, argumentaciones y los objetivos, razón por la que se debe ser muy explícito con los pasos a seguir para alcanzar los objetivos generales y detallar la manera como la información que se necesita será obtenida, explicando a su vez la técnica de recolección de los datos para transformarla en información valiosa (López, 2013).

El análisis y la interpretación de los datos junto con la transformación de éstos, va a depender de los paradigmas desde los cuales se aborde la realidad a estudiar y de la misma manera las conclusiones y recomendaciones, recalcando la interpretación de los datos en función del marco teórico que se ha planteado con anterioridad. Al respecto se debe resaltar la diferencia entre la metodología y análisis cualitativo y cuantitativo que comienza por la distinción entre cantidades y cualidades, por lo que se necesita ser explícito en qué tipo de investigación se hará, el nivel de profundidad al que se trabajará y los procedimientos de muestreo a utilizar. Junto con la metodología que se utiliza, es necesario clarificar el diseño del instrumento para recolectar datos, establecer la unidad de análisis y de observación, el plan para el análisis, el trabajo de campo, el diagnóstico, la evaluación y los procedimientos para poder determinar la validez y la confiabilidad. En relación al análisis se necesita detallar la técnica a utilizar en concordancia con el tipo de estudio a realizar, explicitando el tipo de diseño y el tipo de estudio (Arias, 1999).

3.2 Metodología de la investigación y justificación

La metodología o el enfoque del trabajo personal de investigación del doctorado, será mixta, debido a que se recolectará, analizará y combinarán datos cuantitativos y cualitativos, para posteriormente utilizar esta información de mejor forma utilizando información cualitativa, como complemento.

La presente investigación esta soportada bajos los enfoques de los autores Hernández, Fernández y Baptista (2010), al ser una investigación es del tipo documental y descriptiva. Documental porque existe recopilación de información de diversas fuentes sobre el tema, tendencias y resultados del tema central, y es descriptiva, ya que el propósito en este nivel es el de interpretar realidades de hecho, incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual del tema en investigación.

Documental porque existe recopilación de información de diversas fuentes sobre el tema, tendencias y resultados de la situación actual del Sistema de Salud de México, y es descriptiva, ya que el propósito en este nivel es el de interpretar realidades de hecho, incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual del tema en investigación.

La investigación documental consiste de manera principal en la presentación selectiva sobre un tema determinado y la conexión de ideas entre varios autores con las ideas del investigador. La preparación requiere la interpretación, evaluación y reporte datos e ideas en forma clara.

El alcance descriptivo, busca aspectos que se desean conocer y de los que se pretende obtener una respuesta, con la posibilidad de hacer predicciones, aunque sean incipientes, busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Hernández, Fernández y Batista (2010).

La investigación documental es aquella que se basa en el estudio de todo aquello en lo que ha dejado huella el ser humano; por esta razón la investigación documental es localizable en diversas fuentes de información, las cuales pueden ser instituciones, personas u objetos, que de forma directa o indirecta permitan al interesado obtener información para un mayor conocimiento del tema en cuestión (Valderrábano, Hernández, y Trujillo, 2002).

La investigación documental de este trabajo, implica el análisis de documentos, por tanto, tanto lo personal, como lo subjetivo hacen que el elemento cualitativo se vuelva característico en este tipo de investigaciones. En el caso de esta investigación, al ser de carácter descriptiva, se tiene como objetivo inicial especificar las propiedades importantes del Sistema de Salud en México y evaluar diversos aspectos y dimensiones del tema para integrar las observaciones con el fin de definir cómo es y cómo se manifiesta. Esta investigación, está dirigida hacia un diseño no experimental, ya que el objetivo principal es del describir los fenómenos en su entorno y analizarlos, con una sin manipular las variables, considerando la revisión, descripción e interpretación de la información obtenida. Este diseño no experimental es longitudinal, ya que se recolectó información en diversos puntos en el tiempo, para realizar una descripción del Sistema de Salud en México.

Para cumplir con los objetivos de la investigación es necesario que la información a analizar corresponda a diferentes puntos en el tiempo o periodos. Por ese motivo, el diseño apropiado para el análisis de la evolución que ha experimentado el Sistema de Salud de México. La selección del diseño de investigación está basada en el análisis de las características del diseño longitudinal, el cual es recomendable para el estudio de problemas de investigación que involucren cambios o desarrollo a través del tiempo, buscándose una secuencia temporal de los acontecimientos.

3.3 Diseño de la propuesta

Una vez que se ha realizado el análisis e interpretación de la información que fue recopilada y relacionada con los objetivos que se persiguen, por consiguiente, se deben pensar en diversas alternativas de actuación y sus posibles consecuencias de la situación, tal y como hasta el momento se presenta. Todo este proceso, el cual comenzaría otro ciclo en la espiral de la investigación, va proporcionando evidencias del alcance y las consecuencias de las acciones emprendidas al sobre el Sistema de Salud de México.

3.4 Definición y justificación de los instrumentos y fuentes

La elaboración de instrumentos de investigación debe considerar dos elementos, dentro de los que se deben considerar la fiabilidad, que hace referencia a la medición de una variable o constructo de forma constante y la validez, para especificar que la prueba mide el constructo que debe medir para comprobar la utilidad de la medición que se elabora (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Esta actividad está enfocada en estructurar el método del reporte de resultados de acuerdo a la descripción del tipo de investigación realizada y las fuentes utilizadas, así como exponer la manera en la cual la información obtenida fue procesada como técnica de investigación que permitió llegar a los resultados obtenidos.

Para poder llevar a cabo esta investigación, se recurrió a la obtención de información en fuentes de información, las cuales incluyeron libros, revistas y tesis, así como bases de datos en línea que proporcionaron resúmenes de artículos referentes al tema en cuestión.

3.5 Diseño de la investigación y proceso de recolección y análisis de datos

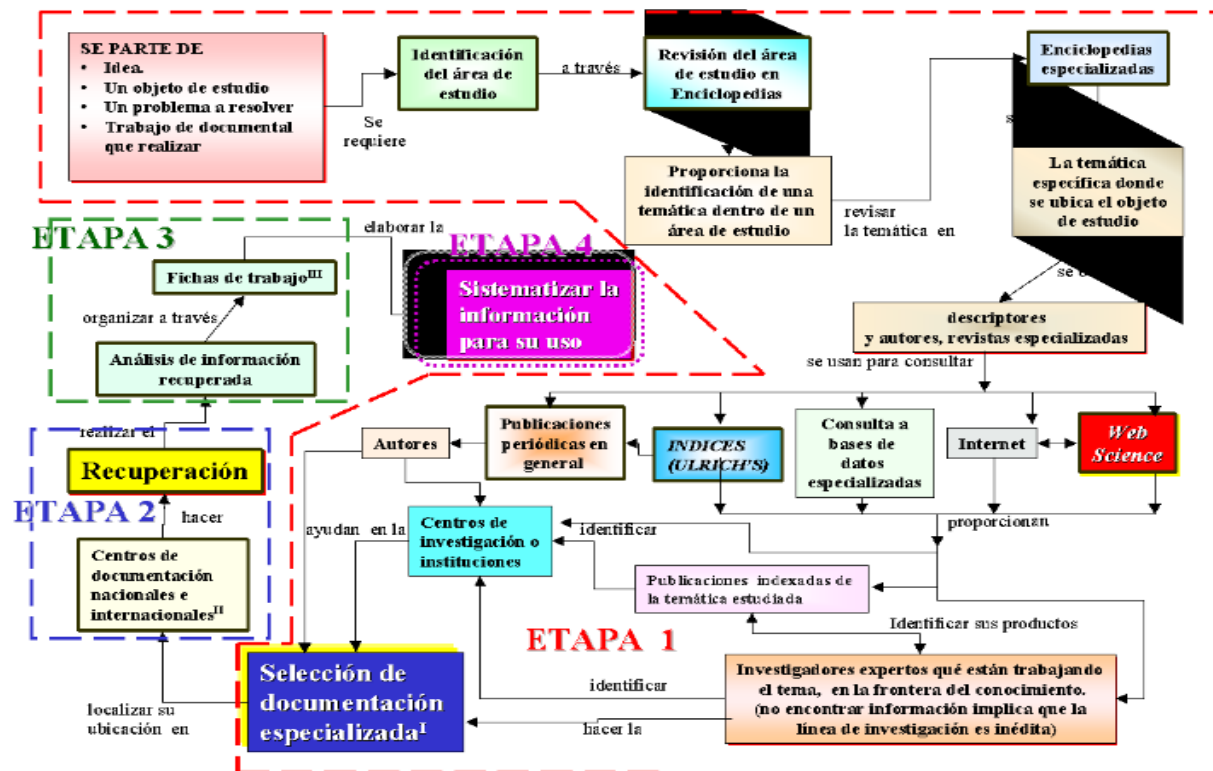
Habiendo seleccionado las fuentes bibliográficas más importantes, se llevó a cabo una revisión de la literatura. Después se clasificó la información por temas y se crearon fichas de resumen en donde se conjuntaron las ideas más importantes de cada una de las fuentes consultadas, lo que permitió una mejor organización de la información. Con la información clasificada se llevó a cabo el procesamiento de la misma, el cual involucró el análisis a consciencia de la información.

La figura 10, muestra de acuerdo a Valderrábano, Trujillo, Mara y Hernández la forma en la que se articularon los elementos de generar el reporte de resultados.

La figura 11 presenta una forma de sistematizar la información con base en fichas escritas en papel o en diferentes archivos electrónicos y la cual se consideró como un instrumento para generar el reporte de resultados.

Figura 10.

Instrumento del Método de investigación documental A.



NOTAS:

- I. Los documentos seleccionados pueden ser:
- Artículos de revistas indexadas,
 - Artículos de Reviews
 - Patentes
 - Normas
 - Libros especializados
 - Monografías
 - Antologías
 - Tesis
 - Conferencias dictadas
 - Tesis (licenciatura, maestría y doctorado)
 - Ponencias
 - Resultados de proyectos de investigación
 - Documentos oficiales

- II Los Centros de documentación pueden ser:
- Bibliotecas especializadas
 - Centros de información
 - Instituciones públicas y Privadas
 - Centros de Investigación
 - Empresas especializadas en servicios de información

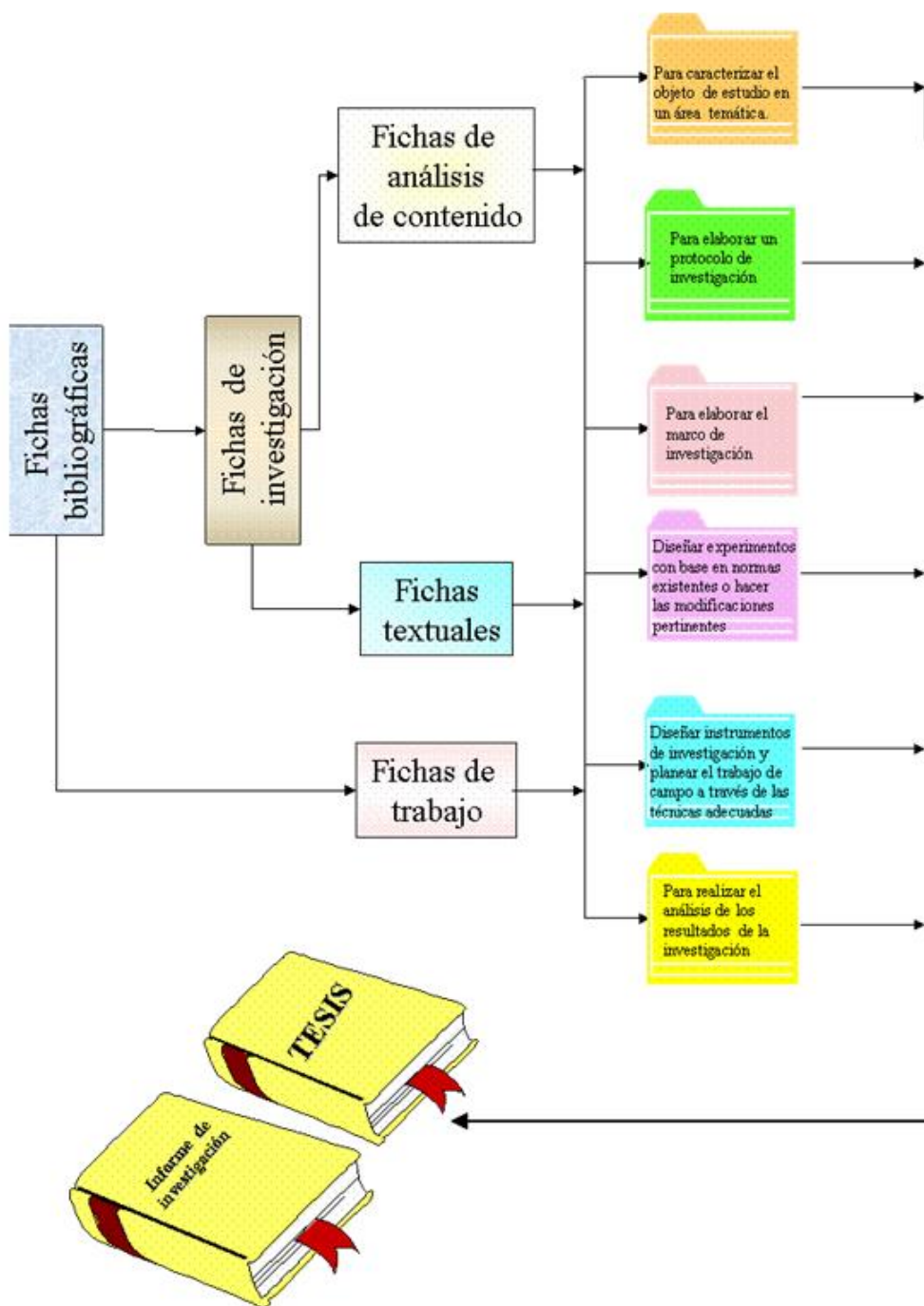
- III Fichas de trabajo
- Bibliográficas
 - De investigación
 - De trabajo

- IV La sistematización puede realizarse en papel o por computadora

Fuente: Valderrábano M., Trujillo F. Mara M., y Hernández, R. (2002). Metodología de la investigación científica. Barcelona, España: Proyecto.

Figura 11.

Instrumento del Método de investigación documental B



Fuente: Valderrábano M., Trujillo F. Mara M., y Hernández, R. (2002). Metodología de la investigación científica. Barcelona, España: Proyecto

Al realizar este trabajo y analizar la forma en la que se estructuró la información, es posible mencionar de todas las fuentes consultadas en la investigación documental, así como la que se va generando en el desarrollo de la misma es muy valiosa y debe manejarse de forma ágil, para sistematizarla con un diseño a la medida del proyecto de investigación; y la información recopilada se clasifica, se ordena y se coloca en una base de datos que permita su actualización permanente.

Cuando el volumen de información es muy elevado, se debe considerar un diseño adecuado de modo que se permita un manejo eficiente, esto facilitará la elaboración de los informes de avance de la investigación. Desde el punto de vista conceptual, la investigación documental termina con el registro de todo el material recuperado y analizado. Al terminar esta fase, el investigador estará en la posibilidad de abordar el problema que se ha propuesto atacar o resolver con la seguridad de conocer las investigaciones que le anteceden.

La finalidad de la investigación documental es proporcionar elementos para justificar la pertinencia de la investigación que se plantea e identificar claramente las oportunidades que otras investigaciones han dejado abiertas en una determinada área de estudio.

El diseño y desarrollo de propuestas integrales para mejorar el sistema de salud en México implica un enfoque holístico que aborde múltiples dimensiones de este complejo sistema. En primer lugar, se requiere una evaluación exhaustiva de las actuales deficiencias y desafíos que enfrenta el sistema de salud mexicano, considerando aspectos como la accesibilidad, calidad de los servicios, distribución de recursos y equidad en el acceso a la atención médica.

La tarea de analizar los desafíos presentes en el sistema de salud mexicano implica una evaluación minuciosa de diversos aspectos que afectan su eficiencia y calidad. Identificar áreas prioritarias para intervenciones de mejora es crucial para direccionar recursos y esfuerzos de manera efectiva. Este análisis debe abordar

cuestiones fundamentales, como la accesibilidad a servicios médicos, la distribución equitativa de recursos, la calidad de la atención proporcionada y los desafíos específicos que enfrentan distintas regiones del país. La identificación precisa de estas áreas críticas permitirá el diseño de estrategias y políticas específicas que apunten a superar obstáculos particulares, contribuyendo así a fortalecer y optimizar el sistema de salud en México de manera integral y orientada hacia el bienestar de la población.

La formulación de propuestas dirigidas a mejorar el sistema de salud en México implica un enfoque meticuloso que abarque tanto los aspectos estructurales como operativos. En el ámbito estructural, se deben considerar iniciativas que fortalezcan la infraestructura sanitaria, asegurando la disponibilidad de recursos adecuados y una distribución equitativa a lo largo del territorio. Además, es esencial proponer estrategias de financiamiento sólidas que respalden la sostenibilidad del sistema a largo plazo.

La evaluación de la viabilidad y efectividad de las propuestas diseñadas para mejorar el sistema de salud en México requiere un análisis integral de factores económicos, sociales y políticos. Este proceso implica considerar cuidadosamente la capacidad financiera del sistema de salud para implementar las propuestas y garantizar su sostenibilidad a largo plazo.

3.6 Universo y población de la muestra

La población considerada en la presente investigación es finita, constituida por información documental de diversas fuentes como: revistas, trabajos de investigación, artículos, libros, reportes informativos, y material documental. Por consiguiente, se define la unidad de análisis comprendida por artículos, documentos, informes, libros, noticias, y trabajos de investigación, publicados en páginas web, así como también las publicaciones impresas.

Se manejan documentos relacionados el tema desarrollado, donde se tienen artículos, trabajos de investigación, documentos, informes, documentos bibliográficos

y reportes de investigación. La muestra de las poblaciones es del tipo censal, significa que la unidad de análisis fue considerada en su totalidad.

Hernández, Fernández y Baptista. (2010), consideran que cuando los elementos no dependen de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación, la muestra es no probabilística. En este sentido el procedimiento no es mecánico ni con bases a fórmulas y depende del proceso de toma de decisiones del investigador, y por ende la muestra tomada obedece a otros criterios de selección. La muestra documental se hizo mediante la aplicación de un procedimiento no probabilístico de carácter intencional.

Capítulo IV: Propuestas de cambio en el Sistema de Salud

4.1 Recapitulación de los principales hallazgos

En la exploración del sistema de salud en México y la propuesta de reformas hacia la cobertura universal, así como en el análisis de diversos aspectos, se han identificado varios hallazgos clave.

El sistema de salud mexicano presenta subsistemas diversos, como el IMSS, el ISSSTE, el Seguro Popular y el recientemente creado INSABI. Estos subsistemas coexisten con desafíos en términos de equidad, accesibilidad y calidad de atención. Desde la creación del IMSS y SSA hasta la implementación del INSABI, el sistema de salud ha experimentado cambios significativos, pero persisten desafíos estructurales que requieren atención.

El sistema de salud enfrenta desafíos en financiamiento, infraestructura, acceso equitativo y calidad de atención. La falta de coordinación entre subsistemas y la variabilidad en la calidad son áreas críticas a abordar. La comparación internacional revela que existen experiencias exitosas en otros países que podrían proporcionar perspectivas para mejorar la eficiencia y equidad en el sistema de salud mexicano.

La falta de financiamiento suficiente, la distribución desigual de recursos, la resistencia al cambio y la falta de integración son desafíos estructurales que requieren soluciones a largo plazo. Los cambios propuestos se centran en avanzar hacia la cobertura universal, mejorar la coordinación entre subsistemas, fortalecer la atención primaria y abordar desafíos fundamentales en el financiamiento y la equidad.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la complejidad del sistema de salud en México, pero también apuntan hacia oportunidades significativas para mejorar la eficiencia, la equidad y la calidad de la atención médica a través de reformas

estratégicas y basadas en la evidencia.

4.2 Mejoras en la financiación y distribución de recursos

Mejorar la financiación y distribución de recursos en el sistema de salud mexicano es crucial para fortalecer la capacidad del sistema y garantizar una atención médica equitativa y eficiente. Aquí se presentan algunas estrategias para lograr mejoras significativas:

4.3 Evaluación y Ajuste del Financiamiento

En el proceso de evaluar y ajustar el financiamiento en el sistema de salud mexicano, es esencial realizar un análisis exhaustivo de los flujos financieros. Este diagnóstico detallado implica una evaluación minuciosa de cómo se asignan y utilizan los recursos en todos los niveles del sistema. Se busca identificar áreas de insuficiencia o desigualdad que puedan estar afectando la capacidad del sistema para brindar atención médica de calidad de manera equitativa.

Este análisis financiero debe abordar no solo la cantidad de recursos disponibles, sino también la eficacia con la que se utilizan. Se examinarán los costos operativos, la distribución de fondos entre las instituciones de salud, los mecanismos de recaudación y cualquier brecha que pueda existir entre la demanda de servicios de salud y los recursos asignados. Este enfoque detallado proporcionará una visión holística de la salud financiera del sistema y permitirá la identificación precisa de áreas que requieren intervención.

La equidad en la distribución del financiamiento es un principio clave para garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso equitativo a servicios de salud. El ajuste equitativo implica una redistribución estratégica de los recursos financieros para abordar las necesidades específicas de poblaciones vulnerables y áreas geográficas desfavorecidas.

Para lograr este ajuste, es crucial desarrollar mecanismos de asignación que consideren no solo la densidad poblacional, sino también indicadores de salud y factores socioeconómicos. Las poblaciones vulnerables, como aquellos en situación de pobreza o marginados geográficamente, deben recibir una asignación proporcionalmente mayor para superar las disparidades existentes. Además, es fundamental implementar medidas de transparencia y rendición de cuentas para garantizar que los fondos se utilicen de manera efectiva y que el ajuste equitativo cumpla con su propósito.

Este proceso de ajuste equitativo no solo busca corregir desigualdades presentes, sino también prevenir su aparición futura. Se basa en la comprensión de que la equidad financiera es esencial para lograr una cobertura universal de salud y, por lo tanto, debe ser una prioridad en el diseño y ejecución de políticas de financiamiento en el sistema de salud mexicano.

4.4 Implementación de Modelos de Financiamiento Mixto

La implementación de modelos de financiamiento mixto en el sistema de salud mexicano representa un enfoque estratégico para garantizar la sostenibilidad y mejorar la calidad de los servicios médicos. La primera fase de este proceso implica la exploración de alternativas, evaluando la viabilidad de modelos que integren contribuciones tanto del sector público como del privado. Este análisis exhaustivo considerará factores económicos, sociales y de salud para determinar la mejor combinación de recursos financieros.

El modelo de financiamiento mixto busca aprovechar las fortalezas de ambas esferas, capitalizando la capacidad de inversión del sector privado y la misión de servicio público del sector estatal. La diversificación de fuentes de financiamiento puede contribuir a una mayor estabilidad financiera y a la reducción de la dependencia exclusiva de fondos gubernamentales. Además, esta estrategia puede generar oportunidades para la innovación y el acceso a recursos adicionales para mejorar la

infraestructura y la calidad de la atención médica.

Una vez identificada la viabilidad del modelo de financiamiento mixto, la siguiente etapa crucial implica diseñar incentivos que impulsen la eficiencia en la gestión de recursos y promuevan la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Estos incentivos deben alinearse con los objetivos estratégicos del sistema de salud, fomentando prácticas que optimicen el uso de los recursos y mejoren los resultados para los pacientes.

Entre los posibles incentivos se encuentran mecanismos que premien la eficacia en la atención médica, la implementación de prácticas basadas en evidencia, la adopción de tecnologías innovadoras y la optimización de los costos operativos. Es esencial establecer indicadores de rendimiento claros y evaluar regularmente el impacto de estos incentivos para ajustar y mejorar continuamente el sistema.

La implementación exitosa de modelos de financiamiento mixto no solo fortalecerá la base financiera del sistema de salud, sino que también contribuirá a una prestación de servicios más eficiente y orientada a resultados. Este enfoque estratégico refleja un compromiso con la innovación y la adaptabilidad en la búsqueda constante de un sistema de salud equitativo, sostenible y de alta calidad para la población mexicana.

4.5 Desarrollo de un Sistema de Pago por Resultados

La adopción de un sistema de pago por resultados representa un cambio paradigmático en la forma en que se financia y evalúa la prestación de servicios de salud en México. Este enfoque innovador busca implementar un sistema de remuneración que no solo valore la cantidad de servicios proporcionados, sino que premie los resultados positivos en salud y la eficiencia en la atención médica. Al vincular directamente los pagos a los resultados obtenidos, se crea un incentivo poderoso para que los proveedores de servicios se enfoquen en la mejora continua de

la calidad de la atención y la salud de los pacientes.

Este sistema de pago por resultados puede abordar desafíos clave en el sistema de salud, como la variabilidad en la calidad de la atención y la falta de incentivos para la prevención de enfermedades. Al priorizar los resultados en salud, se fomenta la adopción de prácticas basadas en evidencia y la implementación de intervenciones efectivas, contribuyendo así a la optimización de los recursos y la mejora significativa en los indicadores de salud poblacional.

Un componente esencial del desarrollo de un sistema de pago por resultados es la incorporación de incentivos específicos para promover la prevención y reducir la carga de enfermedades crónicas. Tradicionalmente, los sistemas de salud han enfrentado desafíos al tratar enfermedades crónicas debido a su naturaleza prolongada y a menudo prevenible. Al introducir incentivos económicos para la prevención, se busca cambiar este paradigma y reducir la carga de enfermedades a largo plazo.

Estos incentivos pueden dirigirse a medidas preventivas, como exámenes de detección, programas de vacunación, educación sobre estilos de vida saludables y seguimiento continuo de pacientes en riesgo. Además, se pueden establecer mecanismos para monitorear y evaluar la efectividad de estas intervenciones preventivas, asegurando que los recursos se utilicen de manera eficiente y que se logren mejoras mensurables en la salud de la población.

El desarrollo de un sistema de pago por resultados en el ámbito de la salud tiene el potencial de transformar la prestación de servicios, alineando los intereses económicos con los resultados en salud y creando un enfoque más centrado en el paciente y en la prevención. Este enfoque no solo busca optimizar el uso de los recursos, sino también mejorar significativamente la salud y el bienestar de la población mexicana.

4.6 Mejora en la Transparencia y Rendición de Cuentas

La mejora en la transparencia y rendición de cuentas en el sistema de salud mexicano comienza con la divulgación transparente de información financiera. Es imperativo establecer mecanismos que permitan la divulgación clara y accesible de los datos financieros relacionados con el sistema de salud. Esto incluye informes detallados sobre los ingresos, gastos, asignación de recursos y cualquier transacción financiera relevante.

La divulgación de información financiera transparente no solo promueve la apertura y la confianza en el sistema, sino que también brinda a la sociedad la capacidad de supervisar y evaluar el uso de los recursos. Mecanismos como informes anuales, auditorías externas y plataformas en línea accesibles pueden ser herramientas efectivas para garantizar que la información financiera sea comprensible y esté disponible para la sociedad en general.

La rendición de cuentas es un pilar fundamental en la gobernanza efectiva del sistema de salud. Reforzar los mecanismos de rendición de cuentas implica establecer responsabilidades claras y garantizar que las instituciones de salud sean responsables por el uso eficiente de los recursos. Esto implica la implementación de medidas que aseguren que las acciones de las instituciones estén alineadas con los objetivos estratégicos del sistema de salud.

La rendición de cuentas puede lograrse a través de mecanismos como auditorías internas y externas, evaluaciones de desempeño, revisiones regulatorias y la participación activa de organismos independientes. Estos mecanismos no solo sirven como herramientas de supervisión, sino que también establecen consecuencias para la mala gestión financiera o prácticas indebidas, fomentando así la responsabilidad y la mejora continua.

La mejora en la transparencia y rendición de cuentas es esencial para fortalecer

la gobernanza en el sistema de salud mexicano. Al proporcionar información financiera clara y establecer mecanismos efectivos de rendición de cuentas, se crea un entorno en el que la sociedad puede confiar en la gestión eficiente de los recursos y donde las instituciones de salud son responsables por sus acciones, contribuyendo así a un sistema de salud más sólido y confiable.

4.7 Divulgación de Información Financiera

La necesidad de establecer mecanismos transparentes para la divulgación de información financiera en el sistema de salud responde a la importancia de construir una base sólida de confianza entre las instituciones de salud y la sociedad. Este proceso va más allá de cumplir con la simple publicación de cifras; implica un compromiso continuo con la claridad y accesibilidad de los datos financieros. Implementar informes financieros detallados y comprensibles, disponibles en línea y en diversos formatos, es esencial para que la sociedad pueda entender y participar activamente en la evaluación de la gestión financiera del sistema de salud.

Además de la divulgación cuantitativa, es vital incorporar elementos cualitativos que expliquen las decisiones financieras y estratégicas. Esto incluye la transparencia en las políticas de asignación de recursos, la explicación de inversiones significativas y la justificación de las estrategias financieras adoptadas. Al hacerlo, se fomenta una cultura de apertura y participación informada, permitiendo que la sociedad comprenda la complejidad del sistema de salud y contribuya con su conocimiento y perspectivas.

El refuerzo de los mecanismos de rendición de cuentas se erige como un componente crucial para garantizar que las instituciones de salud sean responsables por el uso eficiente de los recursos. Esto implica no solo la implementación de auditorías regulares, sino también el establecimiento de mecanismos que vinculen las acciones de las instituciones con resultados tangibles y positivos para la salud de la población.

La rendición de cuentas puede extenderse más allá de los informes financieros, involucrando a la sociedad en procesos de evaluación y toma de decisiones. La participación ciudadana en comités de supervisión, encuestas de satisfacción y foros de discusión no solo fortalece la transparencia, sino que también asegura que las instituciones de salud estén en sintonía con las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirven.

La consolidación de la transparencia y rendición de cuentas en el sistema de salud mexicano no solo fortalece la relación entre las instituciones de salud y la sociedad, sino que también contribuye a la eficiencia operativa y a la toma de decisiones más informada y colectiva. Estos principios son fundamentales para garantizar un sistema de salud robusto y centrado en el bienestar de la población.

4.8 Estrategias para Incrementar el Presupuesto de Salud

La realización de campañas de sensibilización se presenta como una estrategia clave para resaltar la trascendental importancia de incrementar el presupuesto asignado a la salud en México. Estas campañas no solo buscan informar a la sociedad sobre la necesidad de mayores recursos para el sector de la salud, sino que también tienen como objetivo generar conciencia sobre cómo un aumento en el presupuesto se traduce directamente en mejoras en la calidad de la atención médica, infraestructura hospitalaria y, en última instancia, en el bienestar general de la población.

Esto implica no solo informar, sino también movilizar a la sociedad civil, profesionales de la salud y otros actores clave para abogar por un compromiso financiero más sólido hacia el sistema de salud. Esta estrategia busca crear una base de apoyo sólida y sostenible que presione a los responsables de la toma de decisiones para asignar recursos adecuados y sostenibles a la salud.

La exploración de asociaciones público-privadas se erige como otra estrategia innovadora para incrementar el presupuesto de salud en México. Al involucrar al sector

privado en esfuerzos financieros, se crea una fuente adicional de ingresos que puede ser utilizada para fortalecer y complementar los recursos gubernamentales. Estas asociaciones pueden adoptar diversas formas, desde donaciones directas hasta acuerdos más complejos que involucren la participación activa del sector privado en la prestación de servicios de salud.

Además de la contribución financiera, estas asociaciones pueden aportar experiencia, tecnología y eficiencia operativa al sistema de salud. Es crucial, sin embargo, establecer marcos regulatorios claros y mecanismos de supervisión robustos para garantizar que estas asociaciones sean transparentes, éticas y estén alineadas con los objetivos de salud pública.

En conjunto, estas estrategias no solo buscan asegurar un aumento en el presupuesto de salud, sino también construir una base sostenible y diversificada de financiamiento que garantice la resiliencia y la mejora continua del sistema de salud mexicano. La combinación de sensibilización y participación del sector privado puede catalizar un cambio significativo hacia un sistema más robusto, equitativo y financieramente sostenible.

4.9 Inversión en Tecnologías de la Información

La inversión en sistemas de información integrados representa un paso crucial hacia la modernización y eficiencia del sistema de salud mexicano. Estos sistemas permiten la gestión centralizada y eficiente de datos, desde la recolección hasta el análisis y la interpretación. La implementación de plataformas integradas proporciona a los profesionales de la salud acceso instantáneo a información crucial del paciente, historiales médicos completos y datos epidemiológicos, lo que optimiza la toma de decisiones clínicas y estratégicas.

Además, la interoperabilidad de estos sistemas facilita la coordinación entre diferentes niveles de atención médica y entidades de salud, mejorando la continuidad

de la atención y reduciendo redundancias. La inversión en sistemas de información integrados no solo agiliza los procesos administrativos, sino que también fortalece la base para implementar políticas basadas en evidencia y estrategias de salud pública.

La promoción de tecnologías innovadoras, con un enfoque destacado en la telemedicina, se presenta como una estrategia clave para ampliar el acceso a servicios médicos y optimizar la distribución de recursos. La telemedicina ofrece la oportunidad de superar barreras geográficas y mejorar el acceso a la atención médica, especialmente en regiones remotas o con limitaciones en infraestructura de salud.

La implementación de plataformas de telemedicina no solo permite consultas médicas a distancia, sino también la monitorización remota de pacientes, la educación médica a distancia y la rápida transmisión de información entre profesionales de la salud. Además, la introducción de tecnologías innovadoras, como aplicaciones móviles para la gestión de la salud y el monitoreo de enfermedades crónicas, contribuye a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

La inversión en tecnologías de la información, especialmente en sistemas integrados y telemedicina, no solo optimiza la prestación de servicios de salud, sino que también posiciona al sistema de salud mexicano en la vanguardia de la atención médica moderna. Al adoptar estas tecnologías, se impulsan la eficiencia, la equidad en el acceso y la calidad de la atención, contribuyendo así a un sistema de salud más resiliente y centrado en el paciente.

4.10 Evaluación Continua y Ajustes Estratégicos:

El establecimiento de procesos de monitoreo continuo se erige como un elemento esencial para evaluar de manera efectiva el impacto de las mejoras implementadas en el sistema de salud mexicano. Estos procesos no solo implican la recolección regular de datos, sino también un análisis crítico y detallado de indicadores clave de desempeño. El monitoreo periódico permite una evaluación constante de la

eficacia de las intervenciones, identificando áreas de éxito y aquellas que requieren ajustes.

La implementación de sistemas de monitoreo robustos abarca desde la evaluación de la calidad de la atención y la satisfacción del paciente hasta la medición de resultados en salud a nivel poblacional. Además, este proceso debe ser participativo, involucrando a profesionales de la salud, expertos en políticas de salud y, lo más crucial, a la propia comunidad. La retroalimentación continua de diversas perspectivas garantiza una evaluación holística y precisa del desempeño del sistema. La realización de ajustes estratégicos emerge como la respuesta dinámica a los resultados obtenidos y a las cambiantes necesidades de la población. Estos ajustes no solo se basan en la identificación de áreas de mejora, sino que también consideran factores externos, como avances tecnológicos, cambios demográficos y pandemias. La flexibilidad estratégica es clave para garantizar que el sistema de salud esté preparado para enfrentar nuevos desafíos y aprovechar oportunidades emergentes.

La adaptabilidad estratégica implica la capacidad de ajustar políticas, procesos y recursos en función de la evolución del entorno de atención médica. Esto podría implicar la redistribución de recursos según las necesidades identificadas, la incorporación de nuevas tecnologías y enfoques innovadores, o la revisión de políticas de salud pública en respuesta a cambios en la epidemiología de enfermedades.

En conjunto, la evaluación continua y los ajustes estratégicos no solo son esenciales para mantener la relevancia y eficacia del sistema de salud, sino que también reflejan un compromiso con la mejora continua y la adaptación a un entorno de atención médica en constante cambio. Estos procesos son fundamentales para construir un sistema de salud resiliente, centrado en el paciente y capaz de responder de manera efectiva a las necesidades cambiantes de la población. Estas estrategias buscan abordar los desafíos de financiamiento y distribución de recursos en el sistema de salud mexicano, orientándolo hacia la equidad, la eficiencia y la mejora continua. Implementar estas mejoras requiere una planificación cuidadosa, colaboración

interinstitucional y un compromiso sostenido con la mejora de la atención médica en el país.

4.11 Análisis FODA del Sistema de Salud Mexicano

El análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) del sistema de salud en México ofrece una visión integral de su situación actual, permitiendo identificar áreas clave para mejorar y potenciar su eficacia en la prestación de servicios médicos a la población. A continuación, se presenta un análisis detallado:

Fortalezas

Cobertura universal: México ha avanzado en la ampliación de la cobertura de salud a través de programas como el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que busca brindar atención médica gratuita a quienes carecen de seguridad social.

Infraestructura hospitalaria: El país cuenta con una amplia red de hospitales y centros de salud, tanto públicos como privados, que abarcan desde unidades básicas hasta hospitales de alta especialidad.

Profesionales de la salud capacitados: México cuenta con un número significativo de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud altamente capacitados y con experiencia en diversas áreas médicas.

Programas de prevención y promoción de la salud: Se han implementado programas para fomentar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades, como el programa "PrevenIMSS" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Tratamientos especializados: Existen centros especializados en enfermedades complejas como el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), que ofrecen tratamientos avanzados en sus respectivas áreas.

Oportunidades

Innovación tecnológica: El avance tecnológico ofrece oportunidades para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, mediante la implementación de sistemas de información médica electrónica y telemedicina.

Alianzas público-privadas: La colaboración entre el sector público y privado puede fortalecer el sistema de salud, aprovechando la experiencia y recursos de ambas partes para mejorar la accesibilidad y calidad de la atención médica.

Turismo médico: México tiene el potencial de convertirse en un destino de turismo médico, atrayendo a pacientes internacionales en busca de tratamientos de calidad a precios competitivos.

Investigación médica: El país puede impulsar la investigación médica para desarrollar tratamientos y tecnologías innovadoras, aprovechando la experiencia de sus profesionales de la salud y centros de investigación.

Educación y capacitación: Se pueden implementar programas de educación y capacitación continua para el personal de salud, mejorando así la calidad y eficacia de los servicios médicos.

Debilidades

Desigualdad en el acceso: A pesar de los esfuerzos por mejorar la cobertura de salud, persisten disparidades en el acceso a servicios médicos entre zonas urbanas y rurales, así como entre diferentes grupos socioeconómicos.

Corrupción y mala gestión: La corrupción y la mala gestión son problemas sistémicos que afectan al sistema de salud, comprometiendo la eficiencia y

transparencia en la asignación de recursos y la prestación de servicios médicos.

Falta de financiamiento adecuado: El sistema de salud enfrenta limitaciones financieras que dificultan la adquisición de equipamiento médico, la contratación de personal y la expansión de la cobertura de servicios.

Escasez de personal y sobrecarga laboral: Existe una falta de personal de salud en algunas áreas y una sobrecarga de trabajo en otras, lo que afecta negativamente la calidad de la atención y la satisfacción laboral del personal.

Infraestructura obsoleta: Algunos hospitales y centros de salud carecen de infraestructura adecuada y equipamiento médico moderno, lo que limita su capacidad para brindar atención de calidad.

Amenazas

Emergencias y desastres naturales: México está expuesto a desastres naturales como terremotos y huracanes, que pueden afectar la infraestructura de salud y aumentar la demanda de servicios médicos en momentos de crisis.

Enfermedades emergentes y reemergentes: La aparición de nuevas enfermedades o la reemergencia de enfermedades prevenibles representan una amenaza para la salud pública y pueden sobrecargar el sistema de salud.

Envejecimiento de la población: El envejecimiento de la población mexicana plantea desafíos en términos de demanda de servicios de salud, especialmente para el tratamiento de enfermedades crónicas y el cuidado a largo plazo.

Inestabilidad económica: La inestabilidad económica puede afectar el financiamiento del sistema de salud y reducir la capacidad del gobierno para invertir en infraestructura y programas de salud.

Desconfianza pública: La falta de transparencia y la percepción de corrupción en el sistema de salud pueden erosionar la confianza pública en las instituciones médicas y en los profesionales de la salud, afectando la utilización de los servicios de salud por parte de la población.

El sistema de salud en México enfrenta desafíos significativos, pero también cuenta con fortalezas y oportunidades para mejorar. La identificación y abordaje de las debilidades y amenazas son cruciales para avanzar hacia un sistema de salud más eficiente, equitativo y resiliente que satisfaga las necesidades de toda la población.

De manera gráfica, se presenta esta misma información en la figura número 12.

Figura 12.

FODA del Sistema de Salud Mexicano.

Fortalezas: 1. Cobertura universal: México ha avanzado en la ampliación de la cobertura de salud a través de programas como el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que busca brindar atención médica gratuita a quienes carecen de seguridad social. 2. Infraestructura hospitalaria: El país cuenta con una amplia red de hospitales y centros de salud, tanto públicos como privados, que abarcan desde unidades básicas hasta hospitales de alta especialidad. 3. Profesionales de la salud capacitados: México cuenta con un número significativo de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud altamente capacitados y con experiencia en diversas áreas médicas. 4. Programas de prevención y promoción de la salud: Se han implementado programas para fomentar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades, como el programa "PrevenIMSS" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). 5. Tratamientos especializados: Existen centros especializados en enfermedades complejas como el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), que ofrecen tratamientos avanzados en sus respectivas áreas.	Oportunidades: 1. Innovación tecnológica: El avance tecnológico ofrece oportunidades para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, mediante la implementación de sistemas de información médica electrónica y telemedicina. 2. Alianzas público-privadas: La colaboración entre el sector público y privado puede fortalecer el sistema de salud, aprovechando la experiencia y recursos de ambas partes para mejorar la accesibilidad y calidad de la atención médica. 3. Turismo médico: México tiene el potencial de convertirse en un destino de turismo médico, atrayendo a pacientes internacionales en busca de tratamientos de calidad a precios competitivos. 4. Investigación médica: El país puede impulsar la investigación médica para desarrollar tratamientos y tecnologías innovadoras, aprovechando la experiencia de sus profesionales de la salud y centros de investigación. 5. Educación y capacitación: Se pueden implementar programas de educación y capacitación continua para el personal de salud, mejorando así la calidad y eficacia de los servicios médicos.
Debilidades: 1. Desigualdad en el acceso: A pesar de los esfuerzos por mejorar la cobertura de salud, persisten disparidades en el acceso a servicios médicos entre zonas urbanas y rurales, así como entre diferentes grupos socioeconómicos. 2. Corrupción y mala gestión: La corrupción y la mala gestión son problemas sistémicos que afectan al sistema de salud, comprometiendo la eficiencia y transparencia en la asignación de recursos y la prestación de servicios médicos. 3. Falta de financiamiento adecuado: El sistema de salud enfrenta limitaciones financieras que dificultan la adquisición de equipamiento médico, la contratación de personal y la expansión de la cobertura de servicios. 4. Escasez de personal y sobrecarga laboral: Existe una falta de personal de salud en algunas áreas y una sobrecarga de trabajo en otras, lo que afecta negativamente la calidad de la atención y la satisfacción laboral del personal. 5. Infraestructura obsoleta: Algunos hospitales y centros de salud carecen de infraestructura adecuada y equipamiento médico moderno, lo que limita su capacidad para brindar atención de calidad.	Amenazas: 1. Emergencias y desastres naturales: México está expuesto a desastres naturales como terremotos y huracanes, que pueden afectar la infraestructura de salud y aumentar la demanda de servicios médicos en momentos de crisis. 2. Enfermedades emergentes y reemergentes: La aparición de nuevas enfermedades o la reemergencia de enfermedades prevenibles representan una amenaza para la salud pública y pueden sobrecargar el sistema de salud. 3. Envejecimiento de la población: El envejecimiento de la población mexicana plantea desafíos en términos de demanda de servicios de salud, especialmente para el tratamiento de enfermedades crónicas y el cuidado a largo plazo. 4. Inestabilidad económica: La inestabilidad económica puede afectar el financiamiento del sistema de salud y reducir la capacidad del gobierno para invertir en infraestructura y programas de salud. 5. Desconfianza pública: La falta de transparencia y la percepción de corrupción en el sistema de salud pueden erosionar la confianza pública en las instituciones médicas y en los profesionales de la salud, afectando la utilización de los servicios de salud por parte de la población.

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Evaluación de Impacto

La evaluación de impacto es un componente crucial en cualquier reforma del sistema de salud, ya que permite analizar y medir los resultados, efectividad y consecuencias de las intervenciones implementadas. Aquí se presentan las etapas clave para llevar a cabo una evaluación de impacto efectiva en el contexto de la reforma del sistema de salud en México:

El establecimiento de procesos de monitoreo continuo se erige como un elemento esencial para evaluar de manera efectiva el impacto de las mejoras implementadas en el sistema de salud mexicano. Estos procesos no solo implican la recolección regular de datos, sino también un análisis crítico y detallado de indicadores clave de desempeño. El monitoreo periódico permite una evaluación constante de la eficacia de las intervenciones, identificando áreas de éxito y aquellas que requieren ajustes.

La implementación de sistemas de monitoreo robustos abarca desde la evaluación de la calidad de la atención y la satisfacción del paciente hasta la medición de resultados en salud a nivel poblacional. Además, este proceso debe ser participativo, involucrando a profesionales de la salud, expertos en políticas de salud y, lo más crucial, a la propia comunidad. La retroalimentación continua de diversas perspectivas garantiza una evaluación holística y precisa del desempeño del sistema.

La realización de ajustes estratégicos emerge como la respuesta dinámica a los resultados obtenidos y a las cambiantes necesidades de la población. Estos ajustes no solo se basan en la identificación de áreas de mejora, sino que también consideran factores externos, como avances tecnológicos, cambios demográficos y pandemias. La flexibilidad estratégica es clave para garantizar que el sistema de salud esté preparado para enfrentar nuevos desafíos y aprovechar oportunidades emergentes.

La adaptabilidad estratégica implica la capacidad de ajustar políticas, procesos y recursos en función de la evolución del entorno de atención médica. Esto podría implicar la redistribución de recursos según las necesidades identificadas, la incorporación de nuevas tecnologías y enfoques innovadores, o la revisión de políticas de salud pública en respuesta a cambios en la epidemiología de enfermedades.

En conjunto, la evaluación continua y los ajustes estratégicos no solo son esenciales para mantener la relevancia y eficacia del sistema de salud, sino que también reflejan un compromiso con la mejora continua y la adaptación a un entorno de atención médica en constante cambio. Estos procesos son fundamentales para construir un sistema de salud resiliente, centrado en el paciente y capaz de responder de manera efectiva a las necesidades cambiantes de la población.

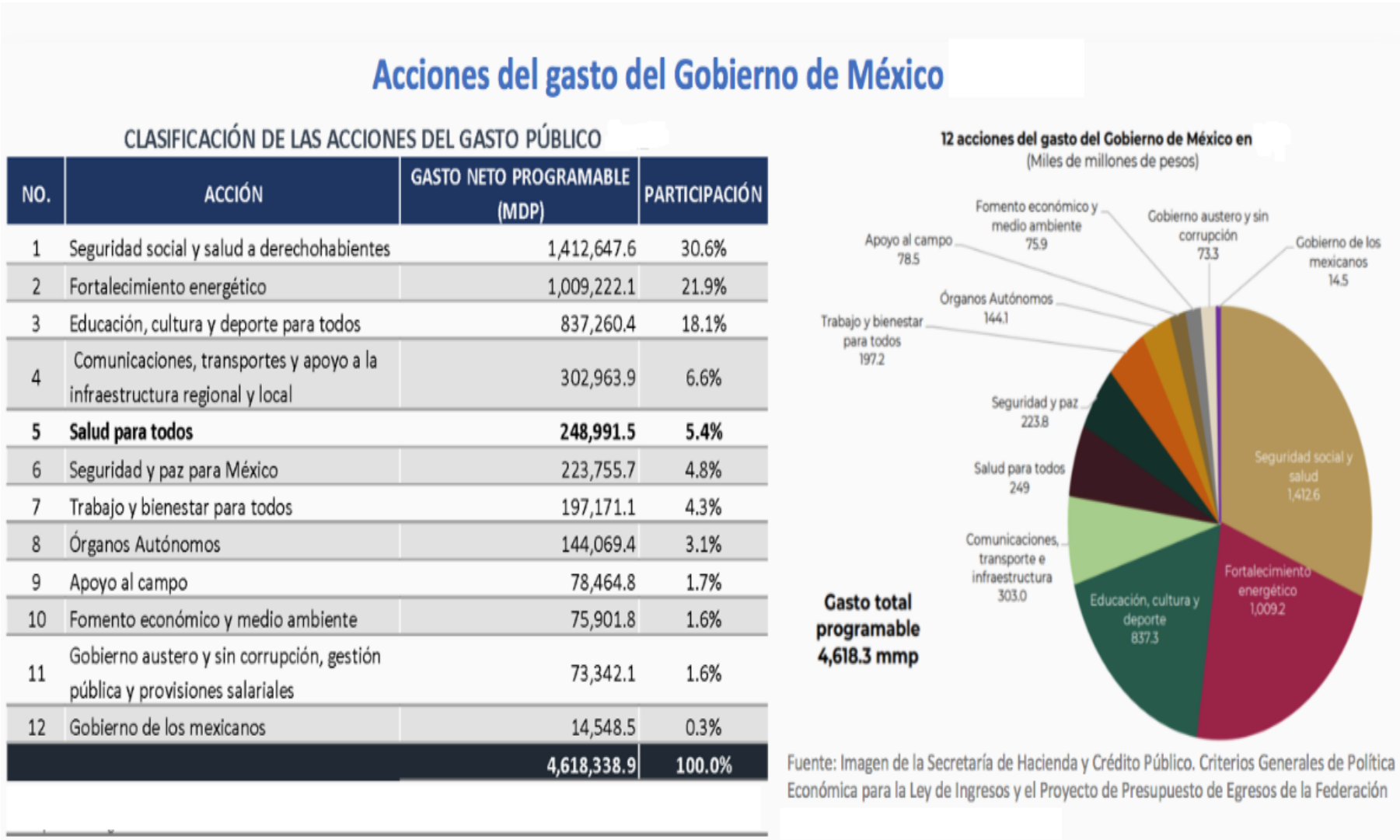
Medir el éxito de los cambios en el sistema de salud implica la utilización de métodos robustos que evalúen la eficacia, eficiencia y equidad de las intervenciones implementadas.

Gastos del Sistema de Salud en México

La figura 12, muestra las acciones del gasto de Gobierno de México en el Sector Salud.

Figura 12.

Acciones del Gasto de Gobierno de México.



Fuente: Presupuesto público para salud. (s/f). Código F. Recuperado el 29 de marzo de 2024, de <https://codigof.mx/presupuesto-publico-para-salud/>

Reducción de costos

Analizar cambios en los costos asociados con la prestación de servicios de salud, con la elaboración de estrategias de reducción de costos implica un análisis minucioso de los cambios en los costos vinculados a la prestación de servicios de salud en México. Este proceso no solo implica la identificación de los factores que contribuyen a los costos, sino también una evaluación crítica de cómo las reformas implementadas impactan estos aspectos financieros. La implementación de sistemas de monitoreo y análisis de costos a lo largo del tiempo permite identificar tendencias, áreas de aumento o disminución de gastos, y comprender cómo las intervenciones específicas afectan los costos operativos.

Es esencial considerar tanto los costos directos, como los asociados con la atención médica y los servicios hospitalarios, como los costos indirectos, incluyendo los derivados de la gestión administrativa y logística. Además, el análisis de los cambios en los costos debe considerar la relación costo-beneficio, asegurando que cualquier reducción de costos no comprometa la calidad de la atención médica ni genere impactos negativos en la salud de la población.

El análisis de los cambios en los costos asociados con la prestación de servicios de salud en México es fundamental para garantizar la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud. Este proceso requiere una evaluación minuciosa de los factores que contribuyen a los costos, así como de cómo las reformas y políticas implementadas afectan estos aspectos financieros.

En primer lugar, es crucial examinar los costos directos asociados con la atención médica y los servicios hospitalarios. Esto incluye gastos relacionados con personal médico y de enfermería, medicamentos, equipos médicos, procedimientos quirúrgicos, hospitalización, y otros servicios médicos especializados. Identificar las tendencias en estos costos permite entender cómo están evolucionando los recursos financieros asignados a la prestación de servicios de salud.

Además de los costos directos, también es necesario considerar los costos

indirectos, que abarcan aspectos administrativos, logísticos y de gestión. Esto incluye gastos relacionados con la administración de hospitales y centros de salud, mantenimiento de infraestructura, adquisición de suministros y materiales, gestión de recursos humanos, y otros aspectos operativos.

La implementación de sistemas de monitoreo y análisis de costos a lo largo del tiempo es fundamental para identificar tendencias y áreas de aumento o disminución de gastos. Esto permite a las autoridades de salud y a los administradores de hospitales tomar decisiones informadas sobre la asignación de recursos y la implementación de estrategias de reducción de costos.

Sin embargo, es importante destacar que cualquier estrategia de reducción de costos debe ser cuidadosamente evaluada para asegurar que no comprometa la calidad de la atención médica ni genere impactos negativos en la salud de la población. Es fundamental mantener un equilibrio entre la eficiencia financiera y la prestación de servicios de salud de calidad, garantizando que los recursos disponibles se utilicen de manera óptima para beneficiar a la población en general.

El análisis de los cambios en los costos asociados con la prestación de servicios de salud en México es un proceso complejo que requiere una evaluación detallada de los costos directos e indirectos. La implementación de sistemas de monitoreo y análisis de costos a lo largo del tiempo es esencial para identificar tendencias y áreas de mejora, y garantizar la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud en el país. Para proporcionar una descripción más concreta, consideremos cifras en dinero que reflejen los costos asociados con la prestación de servicios de salud en México:

Costos Directos:

Personal médico y de enfermería: Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el salario promedio mensual de un médico en México es de alrededor de \$25,000 MXN, mientras que el de una enfermera oscila entre

\$12,000 y \$15,000 MXN.

Medicamentos y suministros médicos: El gasto anual en medicamentos en México supera los \$15,000 millones de dólares, con un aumento significativo en los últimos años debido a la introducción de tratamientos farmacéuticos avanzados y el incremento en el precio de los medicamentos.

Equipos médicos y procedimientos quirúrgicos: La adquisición de equipos médicos y la realización de procedimientos quirúrgicos pueden representar un gasto significativo para los hospitales y centros de salud. Por ejemplo, el costo de un equipo de resonancia magnética puede superar los \$2 millones de dólares, mientras que una cirugía de reemplazo de cadera puede costar entre \$100,000 y \$200,000 MXN.

Costos Indirectos:

Administración y gestión: Los costos asociados con la administración y gestión de hospitales y centros de salud incluyen salarios de personal administrativo, gastos operativos, mantenimiento de infraestructura y equipos, entre otros. Estos costos pueden representar una parte significativa del presupuesto total de salud de una institución.

Logística y suministros: El transporte de suministros médicos, almacenamiento de medicamentos y materiales, y otros aspectos logísticos también generan costos indirectos para el sistema de salud. Por ejemplo, el costo de mantener un almacén de medicamentos puede superar los \$500,000 MXN al año.

Es importante destacar que estas cifras son solo estimaciones y pueden variar según la región, el tipo de institución de salud y otros factores. Sin embargo, proporcionan una idea general de los costos asociados con la prestación de servicios de salud en México y la importancia de realizar un análisis detallado de estos aspectos financieros para garantizar la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud.

Uso Racional de Recursos

Evaluar el uso racional de los recursos se convierte en una pieza clave para determinar la eficiencia de las reformas implementadas en el sistema de salud. Este componente implica examinar si las intervenciones han mejorado la utilización eficiente de los recursos disponibles, evitando desperdicios y redundancias. La evaluación debe considerar la asignación de recursos financieros, humanos y tecnológicos, asegurando que estén alineados con las necesidades reales de la población y los objetivos de salud pública.

La implementación de prácticas de uso racional de recursos implica la adopción de enfoques basados en evidencia, la estandarización de procesos clínicos y administrativos, y la incorporación de tecnologías que mejoren la eficiencia operativa. Además, la evaluación debe abordar la equidad en la distribución de recursos, garantizando que diferentes regiones y poblaciones tengan acceso a recursos adecuados de manera justa.

La reducción de costos y el uso racional de recursos no solo son elementos financieros, sino también estratégicos para construir un sistema de salud mexicano más eficiente y sostenible. Estos enfoques contribuyen no solo a la optimización financiera, sino también a garantizar que los recursos limitados se utilicen de manera efectiva para mejorar la salud y el bienestar de la población.

El uso racional de recursos en el contexto de la atención médica se refiere a garantizar que los recursos disponibles se utilicen de manera eficiente, efectiva y ética para lograr los mejores resultados en salud para la población. Implica optimizar la asignación de recursos financieros, humanos y materiales para satisfacer las necesidades de atención médica de manera equitativa, sin desperdiciar recursos o generar costos innecesarios. Aquí hay algunas estrategias clave para promover el uso racional de recursos en el sistema de salud:

Evidencia basada en la práctica: Promover la adopción de prácticas clínicas basadas en evidencia científica sólida. Esto implica utilizar tratamientos, procedimientos y prácticas médicas que se hayan demostrado ser efectivos a través de la investigación clínica.

Priorización de intervenciones costo-efectivas: Identificar y priorizar intervenciones de salud que proporcionen el mayor beneficio para la salud al menor costo. Esto implica evaluar el costo-efectividad de diferentes tratamientos y programas de salud para garantizar que los recursos se asignen a aquellas intervenciones que generen el mayor retorno en términos de salud.

Prevención y promoción de la salud: Invertir en programas de prevención y promoción de la salud que ayuden a prevenir enfermedades y reducir la carga de enfermedades crónicas. Esto puede incluir campañas de vacunación, educación sobre estilos de vida saludables, detección temprana de enfermedades y programas de control de enfermedades crónicas.

Uso prudente de medicamentos: Promover el uso racional de medicamentos mediante la prescripción adecuada, el uso de medicamentos genéricos cuando sea posible y la promoción de prácticas de prescripción basadas en la mejor evidencia disponible.

Optimización de recursos humanos: Garantizar una adecuada distribución y capacitación del personal de salud para maximizar su eficiencia y productividad. Esto puede incluir la implementación de políticas de asignación de personal, programas de capacitación continua y promoción de prácticas de trabajo en equipo.

Gestión eficiente de la infraestructura: Mantener y gestionar adecuadamente la infraestructura médica y los equipos para garantizar su disponibilidad y funcionalidad. Esto implica realizar mantenimiento preventivo y planificación adecuada para garantizar que los recursos estén disponibles cuando se necesiten.

Monitoreo y evaluación continua: Establecer sistemas de monitoreo y evaluación para evaluar el uso de recursos y los resultados en salud. Esto permite identificar áreas de mejora y tomar medidas correctivas para optimizar el uso de recursos a lo largo del tiempo.

El uso racional de recursos en el sistema de salud es fundamental para garantizar la sostenibilidad y la calidad de la atención médica. Al adoptar estrategias que promuevan la eficiencia, la efectividad y la equidad en la asignación de recursos, es posible maximizar los beneficios para la salud de la población y optimizar el funcionamiento del sistema de salud en su conjunto.

Para ilustrar el concepto de uso racional de recursos en el contexto de la atención médica en México, podemos proporcionar cifras concretas que reflejen la importancia de esta práctica:

Costo del medicamento: Por ejemplo, consideremos el costo de un medicamento específico utilizado para el tratamiento de una enfermedad común, como la hipertensión arterial. El uso racional de recursos implica prescribir medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marca cuando ambos tienen la misma eficacia terapéutica. Un medicamento de marca puede costar hasta cinco veces más que su equivalente genérico, lo que representa un ahorro significativo para el sistema de salud y los pacientes.

Costo de la hospitalización: El uso racional de recursos también se aplica a la hospitalización de pacientes. Por ejemplo, una estadía hospitalaria promedio puede costar alrededor de \$10,000 a \$20,000 pesos mexicanos por día, dependiendo del tipo de hospital y los servicios proporcionados. Garantizar una gestión eficiente de camas hospitalarias y una alta rotación de pacientes puede ayudar a reducir los costos asociados con la hospitalización.

Costo de las pruebas diagnósticas: Las pruebas diagnósticas, como análisis

de laboratorio, radiografías y estudios de imagen, pueden representar un gasto significativo para el sistema de salud. Por ejemplo, una tomografía computarizada puede costar entre \$3,000 y \$10,000 pesos mexicanos, dependiendo del centro médico y la región. El uso racional de recursos implica solicitar pruebas diagnósticas solo cuando sean necesarias y utilizar métodos más económicos cuando sea posible.

Costo de la atención preventiva: Invertir en programas de prevención y promoción de la salud puede generar ahorros significativos a largo plazo al prevenir enfermedades y reducir la necesidad de tratamientos costosos. Por ejemplo, el costo de una campaña de vacunación puede ser mucho menor que el costo de tratar una enfermedad prevenible en etapas avanzadas.

Costo del personal de salud: El personal de salud representa uno de los mayores costos en el sistema de salud. Por ejemplo, el salario promedio de un médico en México es de aproximadamente \$30,000 a \$50,000 pesos mexicanos al mes, mientras que el salario de una enfermera puede oscilar entre \$15,000 y \$30,000 pesos mexicanos al mes. Optimizar la distribución y la capacitación del personal de salud puede ayudar a maximizar su eficiencia y productividad.

Acceso Equitativo

La evaluación del acceso equitativo se convierte en un indicador fundamental para medir el éxito de la reforma en el sistema de salud mexicano. Este análisis implica examinar si las intervenciones implementadas han contribuido a una distribución más justa y equitativa de los servicios de salud, reduciendo las disparidades que históricamente han afectado a diferentes grupos de la población. Se deben considerar factores clave como la accesibilidad geográfica, la disponibilidad de servicios, la asequibilidad económica y la calidad de la atención médica.

La implementación de políticas y estrategias que aborden las barreras tradicionales al acceso es esencial. Esto puede incluir la expansión de servicios en

áreas geográficamente remotas, el establecimiento de clínicas móviles, la implementación de programas de educación para la salud y la eliminación de barreras económicas mediante esquemas de financiamiento equitativos. La evaluación del acceso equitativo no solo se centra en la igualdad numérica, sino también en garantizar que los servicios sean culturalmente sensibles y adaptables a las diversas necesidades de la población.

Evaluar el impacto en la atención de poblaciones vulnerables es un componente esencial para garantizar que ninguna parte de la sociedad quede rezagada en el acceso a servicios de salud de calidad. Las poblaciones vulnerables, como personas de bajos ingresos, indígenas o con discapacidades, históricamente han enfrentado desafíos significativos en el acceso a la atención médica. La reforma debe abordar específicamente las necesidades de estos grupos, garantizando que reciban una atención equitativa y culturalmente competente.

La evaluación debe considerar la implementación de políticas de salud específicas que aborden las disparidades existentes, así como la efectividad de los programas destinados a mejorar la salud y el bienestar de estas poblaciones. Se debe prestar especial atención a la eliminación de barreras lingüísticas y culturales, la adaptación de servicios para abordar las condiciones de salud prevalentes en estas comunidades, y la promoción de la participación activa de estas poblaciones en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.

El acceso equitativo y la inclusión de poblaciones vulnerables son elementos críticos para construir un sistema de salud mexicano verdaderamente inclusivo y equitativo. Estos enfoques no solo abordan disparidades históricas, sino que también contribuyen a la creación de un sistema de salud que reconoce y respeta la diversidad de la población, garantizando que todos tengan acceso a servicios de salud de calidad, independientemente de su origen o circunstancias.

Beneficios asociados a la implementación de cambios

La implementación de reformas en el sistema de salud puede llevar consigo una serie de beneficios significativos, pero también conlleva riesgos y desafíos. Es crucial considerar tanto los aspectos positivos como los posibles riesgos para asegurar que la reforma sea exitosa y sostenible. Aquí se presentan algunos beneficios potenciales y riesgos asociados a la implementación de cambios en el sistema de salud:

Mejora en el Acceso y Cobertura

La mejora en el acceso y cobertura de servicios de salud representa un logro significativo en la transformación del sistema de salud mexicano. Este beneficio se manifiesta en la ampliación de la accesibilidad a servicios esenciales, asegurando que un mayor número de individuos pueda beneficiarse de atención médica de calidad. Además, se logra la extensión de la cobertura para incluir a poblaciones previamente no atendidas, marcando un avance crucial hacia la realización del principio de atención universal y equitativa.

La ampliación de la accesibilidad a servicios de salud es esencial para garantizar que las personas puedan buscar atención médica cuando la necesiten, independientemente de su ubicación geográfica, nivel socioeconómico o grupo demográfico. Esto puede lograrse mediante la implementación de estrategias que mejoren la distribución de instalaciones de atención médica, la introducción de servicios móviles y la promoción de la atención primaria de salud. La inclusión de poblaciones previamente no atendidas implica un compromiso activo con la equidad, abordando las disparidades históricas y garantizando que todos tengan acceso a servicios de salud esenciales.

La expansión de la cobertura también implica la implementación de políticas inclusivas que reconozcan y aborden las necesidades específicas de diversas

comunidades. Esto puede incluir la adaptación de servicios para comunidades indígenas, la consideración de factores culturales en la prestación de atención médica y la eliminación de barreras económicas para grupos vulnerables. Al extender la cobertura, se logra un avance significativo hacia la construcción de un sistema de salud más equitativo y centrado en las necesidades de la población.

En conclusión, la mejora en el acceso y cobertura no solo es un beneficio tangible, sino también un indicador clave del progreso en la reforma del sistema de salud en México. Este logro no solo impacta positivamente la salud individual, sino que también contribuye a la construcción de un sistema de salud más justo, inclusivo y orientado al bienestar general de la población.

Mejora en la Calidad de Atención

La mejora en la calidad de atención se erige como un beneficio fundamental de la reforma del sistema de salud en México, marcando un avance significativo hacia la prestación de servicios médicos excepcionales. Este beneficio se materializa a través de la implementación de prácticas y políticas diseñadas para elevar los estándares de calidad, reducir errores médicos y, en última instancia, aumentar la satisfacción del paciente.

La implementación de prácticas destinadas a mejorar la calidad de atención abarca diversos aspectos, desde la formación continua del personal médico hasta la incorporación de tecnologías innovadoras en la prestación de servicios de salud. La capacitación constante del personal garantiza que estén al tanto de las últimas prácticas y avances médicos, promoviendo una atención actualizada y basada en evidencia. Además, la introducción de tecnologías avanzadas, como sistemas de registro electrónico de salud y herramientas de telemedicina, contribuye a una gestión más eficiente de la información del paciente y facilita la coordinación del cuidado.

La reducción de errores médicos se convierte en un componente crítico de esta mejora, enfocándose en la seguridad del paciente y la prevención de eventos

adversos. La implementación de protocolos de seguridad, revisiones sistemáticas de prácticas clínicas y la promoción de una cultura de seguridad en el entorno de atención médica contribuyen a minimizar riesgos y mejorar los resultados para los pacientes.

A su vez, el aumento de la satisfacción del paciente se logra a través de la atención centrada en el paciente, la comunicación efectiva entre el personal médico y los pacientes, y la consideración de las preferencias individuales. La medición continua de la satisfacción del paciente proporciona retroalimentación valiosa para ajustar y mejorar constantemente la calidad de atención.

La mejora en la calidad de atención no solo impacta positivamente la experiencia del paciente, sino que también garantiza la entrega de servicios médicos seguros, efectivos y centrados en las necesidades individuales. Este beneficio representa un pilar esencial en la construcción de un sistema de salud mexicano que aspire a estándares de calidad elevados y a la excelencia en la atención médica.

Eficiencia en el Uso de Recursos

La eficiencia en el uso de recursos se destaca como un beneficio central en la reforma del sistema de salud en México, representando la búsqueda continua de maximizar el rendimiento y la sostenibilidad del sistema. Este beneficio se materializa a través de la optimización tanto de los recursos financieros como de los recursos humanos, garantizando una gestión eficiente que permita enfrentar los desafíos actuales y futuros del sistema de salud.

En el ámbito financiero, la optimización implica una gestión cuidadosa de los recursos económicos asignados al sistema de salud. Esto puede incluir la implementación de estrategias de financiamiento que busquen maximizar el impacto de cada peso invertido, la eliminación de prácticas ineficientes que generen desperdicio financiero, y la exploración de modelos de financiamiento mixto que diversifiquen las fuentes de ingresos para el sistema. La introducción de tecnologías

de información y sistemas de gestión financiera avanzados también desempeña un papel crucial al proporcionar datos precisos y oportunidades para la toma de decisiones informadas.

En términos de capital humano, la eficiencia se logra a través de una asignación estratégica de personal médico y administrativo. Esto implica asegurar que el personal esté debidamente capacitado y colocado en áreas donde sus habilidades se aprovechen al máximo. La implementación de tecnologías de salud digital puede contribuir a una mayor eficiencia en la gestión de la carga de trabajo, permitiendo una distribución más equitativa de responsabilidades y mejorando la coordinación entre diferentes profesionales de la salud.

La sostenibilidad del sistema de salud se convierte en un resultado directo de esta eficiencia, ya que garantiza que los recursos estén disponibles para satisfacer las necesidades actuales sin comprometer la capacidad de enfrentar desafíos futuros. La mejora en la eficiencia también contribuye a reducir la carga sobre el personal médico, mejorando su satisfacción laboral y promoviendo un entorno de trabajo más efectivo.

La eficiencia en el uso de recursos no solo representa una gestión prudente de los activos del sistema de salud, sino también un paso esencial hacia la sostenibilidad y la capacidad de adaptación a medida que evolucionan las demandas de la atención médica. Este beneficio no solo impacta positivamente en la salud financiera del sistema, sino que también contribuye a una prestación de servicios más efectiva y centrada en el paciente.

Reducción de Desigualdades en la Salud

La reducción de desigualdades en la salud se erige como un beneficio crucial de la reforma del sistema de salud en México, marcando un avance significativo hacia la construcción de un sistema que garantice el acceso equitativo y universal a la atención médica. Este beneficio se manifiesta en la disminución de disparidades en la

prestación de servicios de salud, asegurando que todos los individuos, independientemente de su ubicación geográfica, condición socioeconómica o grupo demográfico, tengan acceso a una atención de calidad.

La garantía de acceso equitativo a servicios de salud comienza con la identificación y abordaje de las disparidades existentes. Esto implica analizar detenidamente factores como la distribución de instalaciones de atención médica, la disponibilidad de servicios especializados y la accesibilidad financiera para diferentes poblaciones. La implementación de estrategias específicas, como la apertura de centros de salud en áreas desatendidas, el establecimiento de programas de atención móvil y la eliminación de barreras económicas para grupos vulnerables, contribuye a cerrar las brechas en el acceso.

La calidad de la atención también se convierte en un foco clave para reducir desigualdades. Asegurar que todos los individuos, independientemente de su ubicación o condición socioeconómica, reciban servicios médicos de calidad implica la implementación de estándares uniformes en todas las instalaciones de atención médica. La formación continua del personal, la implementación de prácticas clínicas basadas en evidencia y la inversión en tecnologías de salud contribuyen a elevar los estándares de calidad y a garantizar que todos los pacientes reciban un cuidado médico excepcional.

La reducción de desigualdades en la salud también aborda específicamente las necesidades de poblaciones vulnerables, como comunidades indígenas, personas de bajos ingresos o aquellos que residen en áreas rurales y remotas. La adaptación de servicios para abordar las necesidades culturales y socioeconómicas específicas de estas poblaciones es esencial para garantizar que todos los ciudadanos reciban una atención equitativa.

La reducción de desigualdades en la salud no solo representa un beneficio en sí mismo, sino que también es un indicador clave del éxito de la reforma del sistema

de salud. Al garantizar un acceso más equitativo y una atención de calidad para todos, se avanza hacia la construcción de un sistema de salud que coloca la equidad en el centro de su misión y que trabaja activamente para cerrar las brechas que han existido históricamente. Este beneficio refleja el compromiso con la justicia y la igualdad en la entrega de servicios de salud en México.

Implicaciones a largo plazo

Las implicaciones a largo plazo de las reformas propuestas en el sistema de salud de México son significativas y abarcan diversas áreas críticas y una implementación exitosa de reformas debería traducirse en una mejora sustancial en la accesibilidad y equidad en la atención médica. Esto podría significar una distribución más justa de los recursos de salud y una reducción de las disparidades en la calidad de la atención entre diferentes segmentos de la población.

El objetivo de lograr la cobertura universal implica que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud esenciales sin enfrentar barreras financieras. Esto no solo mejoraría la salud de la población, sino que también podría tener impactos positivos en la productividad económica y el bienestar social. La mejora en la coordinación entre los diferentes subsistemas y niveles de atención conduciría a una mayor eficiencia en la prestación de servicios de salud. La optimización de los procesos, la gestión eficaz de recursos y la reducción de la duplicación de esfuerzos podrían generar ahorros a largo plazo.

Un sistema de salud más eficiente y equitativo puede tener impactos económicos positivos a largo plazo. La mejora en la salud de la población podría reducir los costos asociados con enfermedades evitables y aumentar la productividad laboral. El desarrollo de indicadores de salud es esencial para evaluar la efectividad y el impacto de los cambios propuestos en el sistema de salud de México. Estos indicadores proporcionarán información cuantitativa y cualitativa para medir el rendimiento, identificar áreas de mejora y tomar decisiones informadas.

- La implementación de reformas permitiría el desarrollo de indicadores de salud más sólidos, que no solo midan la calidad de la atención sino también el impacto a largo plazo en la salud de la población.

En resumen, las reformas propuestas no solo tendrían impactos inmediatos en la eficiencia y equidad del sistema de salud, sino que también establecerían las bases para mejoras sostenibles a largo plazo, contribuyendo al bienestar general de la población mexicana. La visión a largo plazo debe ser guiada por un compromiso continuo con la adaptabilidad, la innovación y la mejora continua.

Reflexión

La propuesta de cambios en el área financiera para avanzar hacia la cobertura universal en el sistema de salud de México requiere un enfoque integral y estratégico. Al explorar la evolución histórica, los principios actuales, el diagnóstico actual, y al comparar experiencias internacionales, hemos identificado desafíos y oportunidades cruciales. A través del análisis de indicadores de salud, evaluación de recursos y consideraciones éticas, se ha delineado un camino hacia la mejora del sistema.

La realidad actual del sistema de salud mexicano muestra una compleja red de subsistemas, desigualdades en el acceso y desafíos estructurales. La comparación internacional revela que existen modelos exitosos que podrían inspirar estrategias de mejora. El diagnóstico del sistema actual destaca áreas críticas de intervención, incluyendo la necesidad de financiamiento adecuado, una atención primaria fortalecida y una mayor equidad en el acceso.

Los cambios propuestos se centran en abordar estos desafíos, avanzando hacia la cobertura universal, fortaleciendo la atención primaria, mejorando la eficiencia y promoviendo la equidad. Además, se han explorado lecciones aprendidas de experiencias internacionales exitosas, brindando ideas valiosas para el contexto mexicano. Las recomendaciones finales enfatizan la importancia del liderazgo

comprometido, la comunicación transparente, la adaptabilidad continua y la colaboración intersectorial. Se destaca la necesidad de monitoreo constante, evaluación iterativa y una gestión efectiva de la resistencia al cambio.

La implementación exitosa de estos cambios no solo transformaría el sistema de salud, sino que también tendría implicaciones a largo plazo, mejorando la accesibilidad, equidad y calidad de la atención médica. A través de un enfoque ético y sostenible, México podría aspirar a un sistema de salud más resiliente y centrado en las necesidades de su diversa población.

Posibles direcciones para investigaciones futuras

Realizar estudios exhaustivos para evaluar el impacto a largo plazo de las reformas propuestas, analizando indicadores de salud, económicos y sociales. Esto permitiría comprender mejor la efectividad a lo largo del tiempo y ajustar estrategias según sea necesario.

Investigar las barreras culturales y sociales que podrían influir en la aceptación de las reformas propuestas. Comprender cómo los valores culturales y las percepciones sociales afectan la implementación es esencial para el éxito a largo plazo.

Realizar estudios detallados sobre la implementación de tecnologías de la información en el sistema de salud, evaluando su impacto en la eficiencia, la coordinación de la atención y la satisfacción del paciente.

Investigar la efectividad de las estrategias para aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre salud. Comprender cómo involucrar a la comunidad en el diseño y la evaluación de políticas puede mejorar la aceptación y efectividad de las reformas.

Realizar evaluaciones detalladas de las estrategias de prevención

implementadas. Analizar la efectividad de programas preventivos y su impacto en la incidencia de enfermedades podría proporcionar información valiosa sobre el enfoque de salud pública.

Aportaciones generadas a través del caso de estudio

El caso de estudio ha generado una serie de valiosas aportaciones que ofrecen perspectivas significativas sobre diversos aspectos relacionados con la gestión y mejora de la atención médica en México. Una de las principales contribuciones radica en el análisis detallado de los costos asociados con la prestación de servicios de salud, lo que proporciona una comprensión más profunda de cómo se asignan y utilizan los recursos financieros en el sistema de salud mexicano. Este análisis ha permitido identificar áreas de gasto significativas y áreas donde se podrían implementar estrategias de reducción de costos para optimizar la eficiencia y la sostenibilidad del sistema.

El estudio ha destacado la importancia del uso racional de recursos en la atención médica, subrayando la necesidad de adoptar prácticas basadas en la evidencia y priorizar intervenciones costo-efectivas que maximicen los beneficios para la salud de la población. Esta perspectiva es fundamental para garantizar que los recursos limitados disponibles se utilicen de manera óptima para mejorar los resultados en salud y satisfacer las necesidades de atención médica de manera equitativa y efectiva.

Otra contribución significativa del caso de estudio es la identificación de áreas de mejora en la gestión de recursos humanos y logísticos en el sistema de salud. Al analizar los costos asociados con la administración y gestión de hospitales y centros de salud, así como los costos logísticos relacionados con la adquisición y distribución de suministros médicos, se han identificado oportunidades para optimizar la asignación de recursos y mejorar la eficiencia operativa en el sistema.

El caso de estudio ha resaltado la importancia de invertir en programas de

prevención y promoción de la salud para reducir la carga de enfermedades y mejorar los resultados en salud a largo plazo. Esta perspectiva recalca la necesidad de adoptar un enfoque holístico de la atención médica que no solo se centre en el tratamiento de enfermedades, sino que también priorice la prevención y el fomento de estilos de vida saludables.

Las aportaciones generadas a través del caso de estudio ofrecen una visión integral de los desafíos y oportunidades en la gestión de recursos en el sistema de salud mexicano. Estas contribuciones son fundamentales para informar políticas y estrategias que permitan mejorar la eficiencia, equidad y calidad de la atención médica en el país.

Aportaciones adquiridas del caso de estudio

El caso de estudio ha proporcionado una serie de valiosas aportaciones que han enriquecido nuestra comprensión sobre la gestión y mejora de la atención médica en México. Entre las principales contribuciones adquiridas del caso de estudio se incluyen:

Comprensión detallada de los costos en el sistema de salud: El análisis exhaustivo de los costos asociados con la prestación de servicios de salud ha brindado una visión más clara sobre cómo se distribuyen los recursos financieros en el sistema de salud mexicano. Esto nos ha permitido identificar áreas de gasto significativas y áreas potenciales de mejora en términos de eficiencia y sostenibilidad financiera.

Importancia del uso racional de recursos: El caso de estudio ha resaltado la importancia del uso racional de recursos en la atención médica, destacando la necesidad de adoptar prácticas basadas en la evidencia y priorizar intervenciones costo-efectivas que maximicen los beneficios para la salud. Esta comprensión es fundamental para garantizar que los recursos limitados se utilicen de manera óptima para mejorar los resultados en salud de la población.

Identificación de áreas de mejora en la gestión de recursos humanos y logísticos: El análisis de los costos administrativos y logísticos ha revelado oportunidades para optimizar la asignación de recursos y mejorar la eficiencia operativa en el sistema de salud. Esto incluye la identificación de áreas donde se podrían implementar estrategias para reducir costos y mejorar la gestión de recursos humanos y logísticos.

Énfasis en la prevención y promoción de la salud: El caso de estudio ha subrayado la importancia de invertir en programas de prevención y promoción de la salud para reducir la carga de enfermedades y mejorar los resultados en salud a largo plazo. Esta perspectiva recalca la necesidad de adoptar un enfoque holístico de la atención médica que priorice la prevención y el fomento de estilos de vida saludables.

Información para la toma de decisiones políticas y estratégicas: Las aportaciones adquiridas del caso de estudio ofrecen información valiosa para informar la toma de decisiones políticas y estratégicas en el ámbito de la salud en México. Esto incluye la identificación de áreas prioritarias de intervención y la formulación de políticas y estrategias que permitan mejorar la eficiencia, equidad y calidad de la atención médica en el país.

Las aportaciones adquiridas del caso de estudio son fundamentales para enriquecer nuestra comprensión sobre la gestión de recursos en el sistema de salud mexicano y proporcionar información clave para informar la toma de decisiones y la formulación de políticas en el ámbito de la salud.

Referencias bibliográficas

- Arias, F. (1999). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica*. 5ta. Edición.
- Arredondo, A., Aviles, R., & Orozco, E. (2009). Servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 51(Supplement 2), S212-S219.
<https://www.scielosp.org/article/spm/2009.v51n2s/S0036-36342009000800006/>
- Arredondo, A., Orozco, E., & González, L. (2009). Financiamiento de la salud en México. En A. Arredondo, E. Orozco, & L. González (Eds.), *Financiamiento de la salud en México* (pp. 13–23). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Arreola, H. (2013). La Reforma en el sistema de salud de México. Financiamiento y protección social en salud para todos en México. *Gaceta Médica de México*, 139(3), 209-216.
- Arreola-Ornelas, H., & Serván-Mori, E. (2015). Vulnerabilidad económica y gasto catastrófico en salud de los mexicanos mayores de 50 años. *Salud Pública de México*, 57(3), 131–137. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i3.7441>
- Arruñada, B. (2017). Bases para la profesionalización de la sanidad pública». En: *La regulación de los servicios sanitarios en España*. López-Casasnovas, G. y Rodríguez Palenzuela, D. Editorial Civitas, 1997; 157-212.
- Auditoria Superior de la Federación. (2020). Marco de referencia (FASSA). Auditoria Superior de la Federación.
- Barreto, R., & Mendoza, E. (2018). La corrupción en el sector salud en México: Un análisis desde la perspectiva de la ética y la responsabilidad social. *Ética y Praxis*, 21(2), 155-170.
- Blanco, J. (2020). Corrupción y fraude en el sistema de salud mexicano: Una revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública de México*, 62(6), 753-763.
- Becerril-Montekio, V., & Knaul, F. M. (2016). Informal health workers: paid and unpaid caregivers and paid domestic workers in the health systems of 20 Latin American countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(2), e170–e186. <https://doi.org/10.1002/hpm.2337>

- Becerril-Montekio, V., & Kuri-Morales, P. (2017). Reforma del sistema de salud en México: marco normativo e institucional. *Salud Pública de México*, 59(6), 650–657. <https://doi.org/10.21149/9464>
- Bernal, C. (2018). *Investigación en metodologías virtuales, redes sociales y comunicación*, España: Octaedro.
- Cámara de Diputados. (2023). *Proyecto Presupuestario Público Federal para la función salud 2022-2023*. CDMX: Cámara de Diputados.
- Cegarra, J. (2011). *Metodología de la investigación científica y tecnológica*, España: Díaz, de Santos.
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., & González-Pier, E. (2005). Un enfoque integral de la reforma a la salud en México. *Salud Pública de México*, 47(Suplemento 1), S5-S19.
<https://www.scielosp.org/article/spm/2005.v47s1/5-19/>
- Fernandez, L. (2013). ¿PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD? NI "SEGURO", NI "POPULAR". México: ESTUD. POLÍT.
- Frenk, J. (2006). Bridging the Divide: Global Lessons from Evidence-Based Health Policy in Mexico. *The Lancet*, 368(9539), 954–961.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69376-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69376-8)
- Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2017). Health system transition in Mexico: Towards universal health coverage. *Health Systems & Reform*, 3(2), 78–87.
<https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1293458>
- Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2019). La nueva propuesta para el sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 61(3), 321–325.
<https://doi.org/10.21149/10158>
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Knaul, F. (2014). The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Health Affairs*, 33(7), 1129–1136. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1409>
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A., Knaul, F. M., & Arreola-Ornelas, H. (2006). Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*, 368(9546), 1524–1534.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69564-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69564-0)

- Frenk, J., Knaul, F. M., Gómez-Dantés, O., & Méndez-Carniado, O. (2015). The democratization of health in Mexico. Financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(11), 670–676. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.163360>
- Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O., & Knaul, F. (1989). Evidence-based health policy: Three generations of reform in Mexico. *The Lancet*, 333(8666), 1113–1118. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(89\)92409-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(89)92409-3)
- Gakidou, E., & King, G. (2006). Death by survey: estimating adult mortality without selection bias from sibling survival data. *Demography*, 43(3), 569–585. <https://doi.org/10.1353/dem.2006.0039>
- Gakidou, E., Lozano, R., González-Pier, E., Abbott-Klafter, J., Barofsky, J. T., Bryson-Cahn, C., ... & González-Medina, D. (2006). Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *The Lancet*, 368(9550), 1920–1935. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69568-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69568-8)
- García-Saisó, S., & Gutiérrez, J. P. (2006). A qualitative assessment of the Mexican Family Medicine Programme. *Health Policy and Planning*, 21(5), 333–342. <https://doi.org/10.1093/heapol/czl021>
- Gómez-Dantés, O. (2014). Salud pública en México. El México que queremos para el siglo XXI: hacia una estrategia nacional de salud. *Gaceta Médica de México*, 150(Supl.1), 12-18.
- Gómez-Dantés, O., et al. (2013). Sistema de Salud Universal y Cobertura Universal de Salud en México. *Salud Pública de México*, 55(Supplement 2), S180-S194. <https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55n2s/S0036-36342013000800015/>
- Gómez-Dantés, O., et al. (2015). The implications of hierarchical, risk-based classification systems in public health: an analysis using Mexico's National Health Information System. *BMC Public Health*, 15(1), 782. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2084-6>
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., & Becerril, V. M. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento 2), S220-S232. <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53s2/S0036-36342011000200015/>

36342011000800008/

Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., & Knaul, F. M. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(Supplement 2), S220-S232. [https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53s2/S0036-](https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53s2/S0036-36342011000800008/)

36342011000800008/

González, A., & Rivera, L. (2012). De los planes de salud al sistema de salud: construcción social de la política pública en México. *Salud Pública de México*, 54(4), 431-440.

González-Block, M. Á., & Gutiérrez-Calderón, E. (2017). La gestión de recursos humanos en la atención primaria a la salud en México: desafíos y oportunidades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e160. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.160>

González-Block, M. Á., & Sesma, S. (2013). Análisis del proceso de cambio en el sistema de salud de México: tensiones, contradicciones y desafíos. *Salud Pública de México*, 55(Supplement 2), S271-S276. [https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55n2s/S0036-](https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55n2s/S0036-36342013000800020/)
36342013000800020/

González, E. (2016). La salud en México. *Salud Pública de México*, 48(Suplemento 1), S3-S4.

González-Robledo, M. C., & Sesma, S. (2014). La política de medicamentos en el primer nivel de atención en el IMSS: innovaciones y contradicciones. *Salud Pública de México*, 56(1), 45–53. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i1.7451>

Gutiérrez, J. (2024). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Gutiérrez, J. P., Bertozzi, S. M., & Conde-Glez, C. J. (2009). Sistemas de salud en Latinoamérica: desafíos para la universalización de la salud. *Salud Pública de México*, 51(Supplement 2), S155-S160. [https://www.scielosp.org/article/spm/2009.v51n2s/S0036-](https://www.scielosp.org/article/spm/2009.v51n2s/S0036-36342009000800009/)
36342009000800009/

Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., & Espinosa-de la Peña, R. (2008). Accessibility and distribution of primary health care facilities in México. *Health Policy and*

- Planning, 23(4), 236–245. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn015>
- Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., & Orozco, E. (2017). Developing evidence-informed policy options for the Mexican Social Protection System in Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(9), 638–648. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.185421>
- Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., Dolci, G. F., & Hernández-Ávila, M. (2002). Reforma del sector salud en México: marco normativo e institucional. *Salud Pública de México*, 44(6), 590–602. <https://www.scielosp.org/article/spm/2002.v44n6/590-602/>
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., & Romero-Martínez, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ensanut_2012_resultados_nacionales.pdf
- Hernández-Ávila, M., & Palacio-Mejía, L. S. (2004). Una década de reformas en salud en México. *Salud Pública de México*, 46(5), 471–480. <https://www.scielosp.org/article/spm/2004.v46n5/471-480/>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista P. (2010). Metodología de la investigación. Ciudad de México, México: McGraw-Hill.
- IMSS. (2023). Puestos de trabajo afiliados al IMSS, No. 260/2023 (2023). IMSS Gobierno de México. Gobierno de México.
- INEGI. (2019). Informe INEGI 2019. Diario Oficial de la Federación.
- INEGI. (2021). COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 580/21. INEGI.
- Instituto de Salud para el Bienestar (2020). Informe de actividades 2019-2020. Ciudad de México: INSABI.
- Knaul, F. M., & Frenk, J. (2006). Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Affairs*, 25(6), 1467–1476. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.6.1467>
- Knaul, F. M., & González-Pier, E. (2005). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Health Affairs*, 24(6), 1467–1477.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.6.1467>

Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., & Méndez-Carniado, O. (2015). Atención primaria de la salud: su importancia en la agenda de la salud en México. *Salud Pública de México*, 57(3), 341–343. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i3.7467>

Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Bryson-Cahn, C., Barofsky, J., Maguire, R., ... & Frenk, J. (2006). Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet*, 368(9549), 1828–1841. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69565-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69565-2)

Knaul, F. M., Bhadelia, A., Atun, R., Frenk, J., Arreola-Ornelas, H., & Parker, R. (2015). Response of a leading academic health center to the Ebola outbreak. *Health Systems & Reform*, 1(2), 93–98. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1039622>

Knaul, F. M., et al. (2014). Informe de la Comisión Global de Alto Nivel sobre la Enfermedad de las Personas por el VIH. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/globalhivreport2013_es_1.pdf](<https://www.unaids>

Knaul, F. M., et al. (2015). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 385(9974), 1449–1459. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61458-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61458-9)

Knaul, F. M., et al. (2015). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 385(9974), 1449–1459. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61458-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61458-9)

Knaul, F. M., et al. (2016). Alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud: qué hay que hacer, por qué es difícil y cómo se puede hacer. *Salud Pública de México*, 58(2), 110–116. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i2.7789>

Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., ... & Sandoval, R. (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259–1279. <https://doi.org/10.1016/S0140->

6736(12)61068-X

- Knauth, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Saisó, S., García-Anaya, A., Arreola-Ornelas, H., ... & Frenk, J. (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259–1279. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)
- Kuri-Morales, P., & González-Robledo, M. C. (2008). Desafíos éticos de los sistemas de salud en la construcción de un nuevo contrato social. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(1), 1–9.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubnut/spn-2008/spn081a.pdf>
- Kuri-Morales, P., et al. (2019). Cobertura universal de salud para México: la propuesta del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar. *Salud Pública de México*, 61(3), 293–302. <https://doi.org/10.21149/9847>
- Kuri-Morales, P., Rizo-Baeza, M., & Seiguer Gorstein, J. (2013). Evaluación externa del desempeño de los sistemas de salud en México con base en la cobertura universal. *Salud Pública de México*, 55(Supplement 2), S138-S144.
<https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55n2s/S0036-36342013000800009/>
- Laurell, A. C. (2007). La salud-enfermedad como proceso social. *Salud Pública de México*, 49(Suplemento 4), S418-S424.
<https://www.scielosp.org/article/spm/2007.v49s4/S0187-893X2007001600004/>
- López, M. A. (2013). El recurso de la metodología. *Camino a la Investigación*, México: Reims ediciones.
- Lozano, R., et al. (2013). Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *The Lancet*, 381(9879), 1609–1623. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60693-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60693-1)
- Lustig, N. (2020). El caso de México Trimestre con vol 74 no. 296. *Salud y desarrollo económico*.
- Martínez, O. G. (2014). Del Milagro Mexicano a la crisis del sistema político. *Actas Revista De Historia De La Universidad Autónoma De Nuevo León*, (9), 30–37.

- Méndez, O. (2020). Avances y desafíos de la cobertura universal de salud en México: Un análisis de políticas públicas. *Gaceta Médica de México*, 156(2), 192-198.
- Méndez, O. (2015). Sistema de salud en México: hacia una cobertura universal. *Salud Pública de México*, 47(1), 56-66.
- Méndez, C. A., & Knaul, F. M. (2017). Reforma estructural del sistema de salud en México: análisis de acceso y equidad. *Gaceta Médica de México*, 153(6), 793–801. <https://doi.org/10.24875/GMM.17001929>
- Méndez, J. (2021). DE SEGURO POPULAR A INSABI: MAYOR POBLACIÓN CON MENOR ATENCIÓN. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria.
- Méndez, O. A., & Harper, S. (2014). Achievements and challenges of Mexico's 21st century primary care health system. *Health Policy and Planning*, 29(6), 757–766. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt060>
- Méndez, O. A., & Harper, S. (2019). Health and health care in Mexico: progress and challenges. *The Lancet*, 393(10188), 1407–1418. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30941-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30941-X)
- Méndez, O. A., & Méndez-Galván, J. F. (2013). Challenges for the Mexican health care system: The role of a universal pension for the elderly. *Health Policy*, 113(1-2), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.016>
- Nigenda, G., et al. (2011). Catastrophic health expenditures and impoverishment of households of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*, 31(11), 1579–1585. <https://doi.org/10.1007/s00296-010-1483-4>
- Nigenda, G., Machado, M. H., Ruiz-Larios, J. A., & Solórzano, A. (2016). A trajetória da política de recursos humanos para a saúde no México: análise de mudanças e tendências. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), e00090115. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00090115>
- Nigenda, G., Wirtz, V. J., González-Robledo, M. C., Reich, M. R., & Knaul, F. M. (2016). Access to medicines by Seguro Popular beneficiaries: pending tasks towards universal health coverage. *PLOS ONE*, 11(6), e0157638. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157638>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, DC: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Análisis de los sistemas de salud. El desafío de la atención primaria en salud. Washington, D.C.: OPS.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/sps-informe-analisis-sistemas-salud.pdf>
- Ortiz, A. R. (2012). Contexto económico y de salud 1940-2010.
- Pan American Health Organization. (2017). Health in the Americas+, 2017 Edition. Retrieved from https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_id=13
- Pan American Health Organization. (2017). Health in the Americas+, 2017 Edition. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_id=13
- Parker, R. M., Gakidou, E., Lopez, A. D., Salomon, J. A., & Murray, C. J. (2009). An assessment of the feasibility and impact of a global health initiative on mortality from conditions requiring surgery. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 394–402. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.057075>
- Penchaszadeh, V. B., Sepúlveda, J., Knaul, F., de Almeida, C., & Ribeiro, S. (2004). Universal Health Coverage: The Case of Argentina, Brazil, Chile, and Mexico. *Salud Pública de México*, 46(6), 684–687.
<https://www.scielosp.org/article/spm/2004.v46n6/684-687/>
- Pérez, J. (2019). La corrupción en el sector salud en México: Un análisis de sus principales manifestaciones y consecuencias. *Revista de Investigación Científica*, 24(2), 87-98.
- Saldivar, B. (2022). GASTO EN SALUD SE ESTANCÓ EN EL 2021. *El Economista*.
- Secretaría de Salud. (2020). Sistema de Salud Universal en México: Avances y Desafíos. Retrieved from <https://www.gob.mx/salud/documentos/sistema-de-salud-universal-en-mexico-avances-y-desafios>
- Secretaría de Salud. (2020). Sistema de Salud Universal en México: Avances y Desafíos. <https://www.gob.mx/salud/documentos/sistema-de-salud-universal-en-mexico-avances-y-desafios>
- Secretaría de Salud (2022). Informe de Avance de Actividades. México, Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, septiembre de 2022.
- Secretaría de Salud (2023). Programa Sectorial de Salud 2018-2024. México:

Secretaría de Salud.

- Sesma, S., Becerril-Montekio, V., Reyes-Martínez, A., & Knaul, F. M. (2011). Health care utilization and health-related quality of life perception in older adults: a study of the Mexican Social Security Institute. *Salud Pública de México*, 53(Supplement 2), S220-S232.
<https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53s2/S0036-36342011000800008/>
- Sesma-Vázquez, S. (2015). La política de salud en México en la primera década del siglo XXI: avances y desafíos. *Salud Pública de México*, 57(1), 54-64.
- Sesma-Vázquez, S., & Pérez-Salgado, D. (2017). Health and social determinants in Mexico: a border perspective. *Frontiers in Public Health*, 5, 78.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00078>
- Subdirección de análisis económico. (2022). Presupuesto Público para la función Salud 2021-2022. Cámara de Diputados.
- Tapia-Conyer, R. (2019). Cobertura universal en salud y medicamentos: El caso de México. *Salud Pública de México*, 61(6), 718-723.
- Tapia-Conyer, R., et al. (2006). Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015: una respuesta innovadora de Mesoamérica a los desafíos de salud. *Salud Pública de México*, 48(5), 447–467. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000500009>
- Temes, J. (2017). *El Sistema Nacional de Salud*. Madrid, McGraw-Hill/ Interamericana.
- Torres, L., & Ramírez, V. (2017). Corrupción y desigualdad en el acceso a la salud en México: Un análisis desde la perspectiva de los derechos humanos. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 28(1), 78-93.
- Valderrábano M., Trujillo F. Mara M., y Hernández, R. (2002). *Metodología de la investigación científica*. Barce-lona, España: Proyecto
- Varela-Mejía H. (2017). Una necesidad inaplazable. La conveniencia de la norma en la calidad del expediente clínico. *Rev CONAMED*, 2(5):9-14
- Velázquez, R., & Ortiz, P. (2019). La corrupción en el sistema de salud mexicano: Un análisis comparativo de las prácticas corruptas en el sector público y privado. *Gestión y Política Pública*, 22(2), 345-360.

Vega, J., Bedregal, P., García-Cavazos, R., García-Guerrero, V., & Castañeda, R. (2015). La salud pública y la seguridad social en México. *Salud Pública de México*, 57(3), 271-277.

<https://www.scielosp.org/article/spm/2015.v57n3/271-277/>

Villarreal, E. (2020). La cobertura universal de salud en México: Un análisis desde la perspectiva de los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, 62(4), 475-48

World Health Organization. (2019). Health Systems.

<https://www.who.int/healthsystems/en/>

World Health Organization. (2019). Health Systems. Retrieved from

<https://www.who.int/healthsystems/en/>