

ESTUDIO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD 2023: UN ANÁLISIS CUALITATIVO



18
AÑOS

coneval
Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide
se puede mejorar



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo

Primera edición, agosto de 2023

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle, CP 03100,
Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.

Hecho en México

Consulte el catálogo de publicaciones en www.coneval.org.mx

Publicación a cargo de la Coordinación General de Evaluación del CONEVAL. El contenido de esta obra es propiedad del CONEVAL. Se autoriza su reproducción por cualquier sistema mecánico o electrónico para fines no comerciales.

Citación sugerida: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo*. Ciudad de México: CONEVAL, 2023.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

CONSEJO ACADÉMICO

- Armando Bartra Vergés**
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
- María del Rosario Cárdenas Elizalde**
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
- Guillermo Cejudo Ramírez**
Centro de Investigación y Docencia Económicas
- Claudia Vanessa Maldonado Trujillo**
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
- Salomón Nahmad Sittón**
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur
- John Roberto Scott Andretta**
Centro de Investigación y Docencia Económicas

SECRETARÍA EJECUTIVA

- José Nabor Cruz Marcelo**
Secretario Ejecutivo
- Karina Barrios Sánchez**
Coordinadora General de Evaluación
- José Manuel Del Muro Guerrero**
Coordinador General de Monitoreo, Entidades Federativas y Fortalecimiento Institucional
- Alida Marcela Gutiérrez Landeros**
Coordinadora General de Análisis de la Pobreza
- Daniel Gutiérrez Cruz**
Coordinador General de Administración

COLABORADORES

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

EQUIPO TÉCNICO

- Karina Barrios Sánchez
Janet Zamudio Chávez
Osmar Marco Medina Urzúa
David Guillén Rojas
César Gómez Rivera
Jesús David Aban Tamayo
Nadeshda Pastrana Carrillo
Angélica Saharai Nava Contreras
José Miguel Yáñez Reyes
Miguel Ángel López Parra
Héctor Álvarez Olmos
Ruth Elizabeth Aldama Rosas

EQUIPO REVISOR

- Orbelin Soberanis Santamaria
Erika Lozano Orozco
Guillermo Ayala Correa
Cynthia González Camacho

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

- Álvaro Velarca Hernández
Vanessa Stoehr Linowski
Laura Monserrath Oropeza Ortega
Crisna Cuchcatla Méndez
José Noé Rizo Amézquita

EQUIPO TÉCNICO

- Gustavo Adolfo Olaiz Fernández
María Victoria Castro Borbonio
Miguel Ángel González Guadarrama
Ixchel Beristáin Mendoza
Octavio Daniel Ríos Lázaro
Félix Jesús Vicuña De Anda
Marcela Agudelo Botero
Mario Enrique Rojas Russell
Gustavo Olaiz Barragán
Gloria Cervantes Belausteguigoitia

Contenido

Índice de gráficas y cuadros	5
Introducción	6
Antecedentes	10
La federalización de los servicios estatales de salud a través del IMSS-Bienestar.....	15
Análisis del gasto público en salud.....	21
Análisis sobre el derecho a la salud	28
Marco analítico.....	29
Análisis de las dimensiones del derecho a la salud	32
Accesibilidad.....	32
Disponibilidad.....	36
Calidad	40
Metodología del estudio exploratorio	44
Selección de la muestra de análisis.....	44
Resultados del trabajo de campo	49
Estrategia de análisis cualitativo.....	50
Resultados del estudio exploratorio sobre el derecho a la salud	51
Accesibilidad.....	51
Disponibilidad.....	56
Calidad	61
Implementación de las reformas normativas en los sistemas estatales de salud	65
Hallazgos sobre la implementación del INSABI.....	66
Hallazgos sobre la implementación del IMSS-Bienestar	73
Consideraciones finales sobre el análisis cualitativo	78
Conclusiones	82
Anexo 1	88
Referencias bibliográficas	95

Índice de gráficas y cuadros

Gráfica 1. Infraestructura física del IMSS-Bienestar	20
Gráfica 2. Porcentaje del gasto público y privado en salud con relación al PIB, México 1993-2021	22
Gráfica 3. Gasto público en salud para la población sin seguridad social, México de 2018 a 2021, (millones de pesos de 2013) ..	24
Gráfica 4. Presupuesto público del Programa IMSS-Bienestar (Ramo 19) de 2012 a 2023, miles de pesos a precios de 2013 y variación porcentual anual.....	27
Gráfica 5. Consultas médicas del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM), 2016-2021	34
Gráfica 6. Gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud, México,.....	35
Gráfica 7. Gasto público per cápita en salud en población con y sin seguridad social, México, 2012-2021	36
Gráfica 8. Consultas de medicina de especialidad por cada 1,000 habitantes, México, 2012-2021	39
Gráfica 9. Intervenciones quirúrgicas en el sector público por cada 1,000 habitantes, México, 2012-2020	39
Gráfica 10. Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por cada 100,000 habitantes, México, 2012-2021 ...	42
Gráfica 11. Porcentaje de surtimiento completo de medicamentos a la primera vez por institución en el primer nivel de atención, México, 2018-2021	43
Gráfica 12. Proporción de claves reportadas como recibidas por los estados, respecto a las claves emitidas por INSABI y UNOPS para atender la demanda en las entidades federativas, México, 2021 y 2022	70
Gráfica 13. Proporción de piezas reportadas como recibidas por los estados, respecto de las piezas emitidas por INSABI y UNOPS para atender la demanda en las entidades federativas, México, 2021 y 2022	71
Cuadro 1. Modificaciones al Sistema Nacional de Salud.....	17
Cuadro 2. Presupuesto de los programas y acciones federales de desarrollo social correspondientes al Ramo 12 de 2019 a 2023, México, (millones de pesos a precios constantes de 2013)	25
Cuadro 3. Subdimensiones de la accesibilidad consideradas para la elaboración del instrumento y análisis de las entrevistas ...	30
Cuadro 4. Subdimensiones de la disponibilidad consideradas para la elaboración del instrumento y análisis de las entrevistas ...	31
Cuadro 5. Subdimensiones de la calidad consideradas para la elaboración del instrumento y análisis de las entrevistas.....	31
Cuadro 6. Indicadores de la dimensión de accesibilidad	32
Cuadro 7. Indicadores de la dimensión de disponibilidad	37
Cuadro 8. Indicadores de la dimensión de calidad.....	40
Cuadro 9. Tasa de afiliación a servicios de salud por tipo de institución por entidad federativa en México en 2020 por cada 100,000 mil habitantes	44
Cuadro 10. Porcentaje de población que en la cascada de atención reportó recibir atención en servicios públicos o en servicios privados, 2020-2021	46
Cuadro 11. Matriz de criterios de selección para las entidades federativas.....	47
Cuadro 12. Municipios y localidades seleccionadas para las entrevistas a personas usuarias de los servicios de salud	48
Cuadro 13. Características demográficas de las personas usuarias entrevistadas	49
Cuadro 14. Indicadores de la dimensión de accesibilidad	89
Cuadro 15. Indicadores de la dimensión de disponibilidad	90
Cuadro 16. Indicadores de la dimensión de calidad	91

Introducción

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) y la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) sientan las bases para una política de desarrollo social de Estado basada en el ejercicio de derechos. Al respecto, el artículo 81 de la LGDS estipula que el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) tiene por objeto normar y coordinar la evaluación de las políticas y programas de desarrollo social, así como establecer los lineamientos y criterios para definir, identificar y medir la pobreza.

El derecho a la salud es reconocido en los instrumentos internacionales que México ha suscrito y ratificado en el marco de la Carta Internacional de Derechos Humanos; en particular, adopta lo señalado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), donde se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Además de los retos preexistentes en el Sistema Nacional de Salud y las afectaciones por la pandemia por la COVID-19, el Gobierno federal, desde 2019, instrumentó una serie de reformas para reestructurar los servicios de salud en el país. En el marco de estas iniciativas, la reforma de 2019 a la Ley General de Salud (LGS) creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) con el objetivo de organizar, proveer y garantizar las acciones para la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos que requirieran las personas sin seguridad social; dicho instituto fue extinguido en 2023 (DOF, 2023b).

Además, a inicios de 2022 se anunció el proceso de federalización de los servicios estatales de salud (SESA) concentrados y liderados por el organismo público descentralizado (OPD) denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), como parte de una nueva reestructuración normativa del sistema de salud. En específico, a partir de esta última modificación y mediante Acuerdos de Coordinación, algunas entidades federativas emprendieron una serie de procesos para transferir al IMSS-Bienestar tanto su infraestructura y personal como sus recursos presupuestarios, materiales y financieros para la prestación de servicios de salud gratuitos a la población sin seguridad social.

La federalización de los SESA plantea un rediseño institucional que busca fortalecer las acciones de rectoría de la Secretaría de Salud (SSA) sobre todo el sistema, con el fin de impulsar la articulación de los servicios de salud y diseñar un marco normativo para la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar). Este sustituye al Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) y plantea un esquema de cuidados integrales con énfasis en las personas sin seguridad social, basado en los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad y calidad (DOF, 2022a). Para lograr sus objetivos, el modelo establece que las secretarías de Salud —tanto la federal como las estatales— dejen de operar los servicios de atención médica para fortalecer su estructura rectora y de coordinación sectorial, traspasando al IMSS-Bienestar la operación funcional de las unidades de atención médica locales.

El Programa Anual de Evaluación 2020 (PAE) estableció en su numeral 68¹ que el CONEVAL debía realizar la Evaluación Estratégica sobre el Derecho a la Salud y los cambios hacia una política de acceso universal, en la que se incorporara el análisis sobre el diseño de los programas de nueva creación que se encuentren en su primer año de operación, a fin de evaluar la capacidad del sistema de salud en México para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a partir de los cambios a la LGS, con especial interés en la población sin seguridad social.

Al respecto, el CONEVAL publicó en 2022 un informe de la evaluación, denominado *Evaluación Estratégica de Salud. Primer informe*, el cual incluye un diagnóstico de los retos que enfrenta el sistema de salud en México y las afectaciones por la pandemia de la COVID-19, así como un análisis del diseño y la coherencia de la oferta gubernamental de la Secretaría de Salud en el marco de las reformas a la LGS en 2019.²

En este contexto, se realizó un análisis cualitativo que explora el acceso al derecho a la salud para las personas sin seguridad social en distintos contextos, en el marco de los cambios en los servicios de salud instrumentados a partir de las reformas a la LGS, el INSABI y la federalización de los SESA. En este sentido, se identifican los factores que limitan o posibilitan el acceso a los servicios para esta población, tanto desde la perspectiva de las personas usuarias como de las personas funcionarias responsables de proveer los servicios, a partir de las dimensiones del derecho a la salud, accesibilidad, disponibilidad y calidad, examinadas en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* (CONEVAL, 2018).

El estudio se realizó con trabajo de gabinete y de campo, a partir de una metodología cualitativa que incluyó la realización de entrevistas a profundidad a personas usuarias de los servicios de salud, públicos y privados y a personas funcionarias en posiciones estratégicas para la toma de decisiones en la provisión de los servicios de salud, cuya participación fue definida a partir de una muestra seleccionada para el análisis. La estrategia de muestreo fue intencional³ y consideró diferentes variables de interés para seleccionar las unidades de análisis en los siguientes grandes rubros: afiliación y utilización de servicios de salud (Institución de Seguridad Social, INSABI, IMSS-Bienestar o servicios privados); presencia de IMSS-Bienestar y federalización de los SESA y grado de rezago social.

¹ Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/NME/Documents/PAE_2020.pdf

² Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *Evaluación Estratégica de Salud. Primer informe*. Ciudad de México: CONEVAL, 2022. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Evaluacion_Estrategica_Salud_Primer_Informe.pdf

³ El muestreo intencional o por conveniencia es un tipo de muestreo no probabilístico en el que la parte investigadora decide qué elementos integraran la muestra considerando aquellas unidades típicas de población que desea conocer (López, 2004).

Cabe mencionar que la realización del presente estudio y el trabajo de campo implementado para la recolección de datos (segundo semestre de 2022) se sitúa en un contexto de transición hacia la adopción de la nueva estrategia para atender a las personas sin seguridad social a través del OPD IMSS-Bienestar y la publicación del modelo MAS-Bienestar. La recolección de información se realizó antes de la publicación del decreto por el que desaparece el INSABI y la integración de sus funciones al IMSS-Bienestar en mayo de 2023. En este sentido, el presente estudio no muestra hallazgos referentes a esta nueva estrategia de atención, por lo que será necesario continuar con el análisis del sistema de salud en México y el impacto que estos cambios tendrán en el mediano plazo.

El informe está conformado por tres capítulos. El primero consiste en una revisión general de los retos del Sistema Nacional de Salud para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud, las principales reformas que estructuran la base operativa de la federalización de los servicios de salud a través del OPD IMSS-Bienestar y un análisis general del gasto público en salud. El segundo capítulo presenta el análisis sobre el derecho a la salud que parte del marco analítico para su realización y los elementos metodológicos de este, y muestra los principales resultados. Al final, se presentan las conclusiones del análisis.

Antecedentes

El Sistema Nacional de Salud en México se caracteriza por una configuración fragmentada y desarticulada, conformado por un sistema de instituciones que muestran escasa vinculación operativa y normativa entre sí —con fuentes de financiamiento diversas, poblaciones y objetivos en continuo intercambio (por ejemplo, trabajadores que frecuentemente entran y salen del mercado laboral formal)—, contar con paquetes de cobertura diferenciados y desiguales por sistema de aseguramiento (contributivo y no contributivo) y carecer de un sistema único que concentre la información proveniente de todas las instituciones de salud, tanto del sector público como privado. Esta estructura ha dificultado las acciones de coordinación entre instituciones y subsistemas, así como el abastecimiento de la información epidemiológica indispensable para la planeación estratégica. De ahí la necesidad de crear y fortalecer los mecanismos de coordinación entre las diversas instituciones de salud.

Según la metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o afiliación a las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pémex, Sedena o Semar),⁴ a servicios médicos privados, al Seguro Popular, o bien no reportó tener derecho a recibir los servicios que presta el INSABI.⁵ En este sentido, con base en datos censales,⁶ esta carencia se redujo 42 puntos porcentuales del 2000 al 2015 (de 58.6 a 16.7%); no obstante, esta disminución continua en el país se interrumpió en 2018. De tal manera que la carencia por acceso a los servicios de salud a nivel nacional pasó de 16.2% en 2018 a 28.2% en 2020 (CONEVAL, 2022).

⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pémex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar).

⁵ De acuerdo con la "Nota técnica sobre la medición multidimensional de la pobreza, 2018-2020" publicada el 1 de agosto de 2021, debido a la creación del INSABI a partir de las modificaciones a la LGS en 2019, en el cuestionario de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2020, en la pregunta relativa a la afiliación o inscripción al Seguro Popular se incluyó el derecho a los servicios del INSABI, específicamente, en los cuestionarios "Personas de 12 o más años" y "Personas menores de 12 años". Esta adecuación en el fraseo involucró un cambio en el nombre de la variable de identificación, la cual pasó de ser *seggpop* a *pop_insabi*, entre 2018 y 2020. En este caso, si bien el INSABI no sustituye formalmente la estructura operativa del Seguro Popular, se convirtió en la institución responsable de que las personas sin seguridad social accedieran a los servicios de salud. De la misma manera, cuando se pregunta en qué institución está inscrito o tiene atención médica la persona, se modificó el fraseo de las opciones de respuesta IMSS-Prospera, a la cual se le añadió IMSS-Bienestar. Asimismo, se contemplan las estimaciones de población con base en el Marco de Muestreo de Viviendas y los resultados del Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, conforme a la actualización de los Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza del 30 de octubre de 2018.

⁶ Estimaciones realizadas con base en los Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000, la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010, la Encuesta Intercensal 2015 y la muestra del Censo de Población y Vivienda 2020, disponible en https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_medicion_multidimensional_de_la_pobreza_2018_2020.pdf.

Estimaciones del CONEVAL (2022) apuntan que 3.9% de hogares en México incurrió en gastos catastróficos en salud en 2020, es decir, 1,377,055 hogares.⁷ Esta cifra se incrementó en 1.8 puntos porcentuales, ya que en 2018 tal indicador fue de 2.1%. En el contexto de la pandemia por la COVID-19, y el confinamiento social asociado a las medidas de contención de los contagios, el impacto del gasto de bolsillo en salud fue más grave si se tiene en cuenta el efecto que el aislamiento tuvo en el ingreso de los hogares. El gasto catastrófico impacta de manera diferenciada en la población según su nivel de ingreso. En 2020, 4.6% de los hogares con ingresos por debajo de la Línea de Pobreza Extrema realizó un gasto catastrófico en salud; en contraste con 3.7% de los hogares considerados no vulnerables por ingresos que incurrieron en este tipo de gasto (CONEVAL, 2022).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2021 sobre COVID-19 reporta que 56% de la población que buscó servicios de salud se atendió en el sector privado (INSP, 2022). Destaca que 22.2% fue atendido en consultorios médicos privados ubicados en domicilios particulares y 19.9% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF) (INSP, 2022). En los años recientes, los CAF experimentaron un auge en el rubro de los servicios de primer contacto para la población mexicana, incluidas las personas con acceso a los servicios de seguridad social, pues para 2021 dieron servicio a 11% de derechohabientes del IMSS, 11% del ISSSTE, 11% de otros servicios de salud públicos, 29% de personas con seguro médico privado y 24% de personas sin derechohabiencia a instituciones de seguridad social (ISS) (INSP, 2022).

Aunado a que el uso de los CAF ha aumentado en las personas derechohabientes y no derechohabientes, también se observa un incremento en el número de estas unidades en los últimos años. En 2016, el porcentaje de farmacias a nivel nacional que contaba con este modelo fue de 9.5, mientras que para 2021 aumentó a 11.5, es decir que se sumaron 1,865 consultorios durante este periodo (INEGI, 2022; SSA, s.f.-a).

Asimismo, pese a la importancia de la protección de la salud como derecho fundamental, se evidencia inequidad en las condiciones de salud de las personas, particularmente para las mujeres, las cuales podrían haberse acentuado durante la pandemia. Si bien la razón de mortalidad materna en México se ha reducido en décadas recientes, no se logró alcanzar la meta comprometida de 22.2 muertes maternas para 2015 establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En 2019, previo al inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, la razón de muerte materna era de 33.8 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, indicador que aumentó a 53.9 defunciones en 2020 y que aún no ha alcanzado los niveles prepandemia (SSA, 2023a). El Informe de Notificación Inmediata de Muerte Materna señala que para la semana 52 de 2021 la razón de mortalidad materna calculada fue de 53.1 defunciones por cada 100,000 nacimientos estimados: un incremento de 7.18% respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior (CONEVAL, 2022). No obstante, para la misma semana de 2022, la razón disminuyó a 37.8%, es decir, 30.4 defunciones por cada 100,000 nacimientos estimados (SSA, 2022), quedando todavía una diferencia de 8.2 muertes para lograr la meta señalada para siete años antes, en 2015, como parte de los ODM. En comparación con otros países,

⁷ Aunque no se cuenta con una definición oficial de gasto catastrófico, el concepto es estimado a partir de los gastos de bolsillo en salud, cuando estos representan más del 30% de la capacidad de pago o ingreso disponible de las personas, es decir, del ingreso neto del gasto de subsistencia. Cfr. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005).

durante 2020 la razón de mortalidad materna en México se encontró por debajo de Honduras (58), Ecuador (57.6) y Brasil (74.7), pero muy distante de Estados Unidos, Chile y Canadá con 23.8, 21.0 y 6.97, respectivamente (OPS, 2022).

Por otro lado, en relación con los efectos de la COVID-19, se identificó que la severidad con la que afectó la pandemia, tanto en contagios como en defunciones, a las entidades federativas fue heterogénea, lo cual podría estar asociado a las características variadas de los SESA y a la manera en la que enfrentaron la contingencia, además de la desigualdad territorial de los determinantes de la salud y acceso a los servicios médicos. Asimismo, la pandemia generó múltiples desafíos para el sistema de salud, asociados a la atención de las secuelas de la enfermedad, los problemas de salud mental y los rezagos en la salud sexual y reproductiva (CONEVAL, 2022).

En cuanto a las tasas de mortalidad estandarizadas para la población entre 30 y 69 años, la referida a la COVID-19 fue la más alta a nivel nacional entre las principales causas de muerte en 2020 y 2021. Resalta que, para los hombres, en promedio, se identificó una tasa de más de 300 muertes por cada 100,000 habitantes, mientras que para las mujeres fue de poco menos de 180 en este periodo. Asimismo, en comparación con 2019, se observa un incremento en 2021 de las tasas de mortalidad por diabetes mellitus (de 111 a 145 por cada 100,000 en el caso de los hombres y de 85 a 107 en el caso de las mujeres),⁸ influenza y neumonía (de 25 a 70 por cada 100,000 en el caso de los hombres y de 14 a 36 en el caso de las mujeres) (CONEVAL, 2022).

Otra de las principales causas de mortalidad son las enfermedades del corazón. Esta categoría comprende las enfermedades isquémicas, las cuales se mantuvieron como la primera causa de muerte en hombres desde 2012 hasta 2019, y pasaron a un segundo lugar durante 2020 y 2021. En cuanto a las mujeres, desde 2016, salvo en 2020, esta enfermedad se ha mantenido como la segunda causa de muerte (INEGI, s.f.).

Además de los efectos de la COVID-19, hubo otras causas de defunciones persistentes en algunos grupos de edad. Por ejemplo, en 2020 y 2021, en el grupo de 5 a 9 años, las principales causas de muerte fueron los accidentes, seguidos de los tumores malignos (INEGI, s.f.). Estas causas persistieron en el grupo de 10 a 19 años, tanto en 2020 como en 2021 (INEGI, s.f.). Por lo anterior, se deben considerar acciones que ayuden a reducir accidentes y otras enfermedades garantizando los tratamientos y medicamentos requeridos, así como a asegurar la atención oportuna a todos los grupos etarios y a ambos sexos.

⁸ La tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo II por cada 100,000 habitantes es mayor en las mujeres que en los hombres; 428.5 y 320.0 respectivamente, en 2021 (SSA, s.f.-b).

Por otro lado, se identificaron efectos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en las siguientes áreas: 1) tasa de mortalidad materna; 2) postergación de la detección oportuna de otras enfermedades como cáncer cervical o cáncer de mama, esta última tuvo una disminución en su diagnóstico para 2020, pero una intensificación en 2021 —a niveles de 2018 y 2019— (Cárdenas, 2022), y 3) afectación al derecho a la planificación familiar de las mujeres, así como una discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos.

La ENSANUT refleja que, en 2020, el 13 % de las mujeres que reportaron que no buscaron atención médica, a pesar de tener una necesidad de salud, actuó así por miedo a contraer COVID-19, frente a 8% en el caso de los hombres. Asimismo, 29% de las mujeres que no fueron atendidas, a pesar de haber buscado atención, fue porque en la unidad médica solo trataban a pacientes con COVID-19, frente a 8% en el caso de los hombres (CONEVAL, 2022). Esto es consistente con que en 2020 las consultas de embarazo trimestral gestacional y embarazo adolescente disminuyeron 37.2 y 35.4%, respectivamente (Llanos y Méndez, 2021). Por lo tanto, es preciso tener presentes los efectos diferenciados que la pandemia ocasionó en la salud de las mujeres, e incorporar la perspectiva de género en el diseño de los programas presupuestarios.

Por añadidura, este entorno repercutió en el Programa de Vacunación, al presentar un cumplimiento efectivo de metas en 2020 de 20%, categorizado como un desempeño deficiente.⁹ El programa fue afectado por las medidas adoptadas para prevenir y contener la propagación de la COVID-19 que ocasionaron una baja demanda de los biológicos en las unidades de salud, la reasignación del personal de vacunación de los Centros de Salud a los módulos de aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2 y la falta de disponibilidad de biológicos por parte de los laboratorios productores (SHCP, 2021).

Sumado a los elementos señalados antes, es conveniente considerar los cambios en los instrumentos normativos y las intervenciones públicas, los cuales comenzaron unos meses antes de la declaratoria de la pandemia, por lo que implicaron un proceso de implementación y ajuste mucho más complejo¹⁰. Una serie de reformas a la LGS y a los instrumentos normativos asociados modificaron la estructura institucional para brindar la atención médica. Tales cambios a la ley dieron origen al INSABI como el organismo encargado de proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, dando lugar a un nuevo subsistema que sustituyó institucionalmente al Seguro Popular (DOF, 2020a). La transición hacia un nuevo modelo de salud durante la pandemia amplió los retos para el ejercicio efectivo del derecho a la salud y, a su vez, la complejidad de la contingencia sanitaria obstaculizó la implementación de este esquema de rectoría.

⁹ El análisis del cumplimiento efectivo de metas se fundamenta en tres grandes elementos: i) el cumplimiento de metas considerando la planeación de estas; ii) la calidad de los indicadores, y iii) la congruencia en el ajuste de las metas ante modificaciones presupuestales. Cfr. CONEVAL (2021a).

¹⁰ Para más información sobre estos cambios en las intervenciones públicas en materia de salud, consultar: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Evaluacion_Estrategica_Salud_Primer_Informe.pdf y https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/ANALISIS_PEF_2020_2021.pdf

En estas circunstancias, como ya se dijo, a finales de 2022, el CONEVAL publicó la *Evaluación Estratégica de Salud. Primer informe*, donde se muestra el alcance acotado de la reforma al presentar modificaciones limitadas en la promoción y prevención en salud, y prácticamente inexistentes respecto a la protección contra riesgos sanitarios. Asimismo, de las reformas a la LGS no se derivan mecanismos concretos para el desarrollo de acciones enfocadas en la reducción de las brechas de acceso entre poblaciones con diversas características de derechohabencia ni sobre la integración de los distintos subsistemas en un sistema universal que garantice efectividad y equidad, a pesar de que la reforma enfatiza la relevancia de esta última.

La federalización de los servicios estatales de salud a través del IMSS-Bienestar

Las modificaciones a la LGS de 2019 establecieron un nuevo marco hacia la universalización de los servicios de salud, a partir de la redefinición operativa de las competencias entre el Gobierno federal y los estados para la prestación gratuita de dichos servicios, medicamentos e insumos asociados a la atención de la población sin seguridad social. La reforma promovió la creación de Acuerdos de Coordinación entre las entidades federativas y el INSABI, con el fin de brindar la atención de los servicios de salud a la población sin seguridad social.

Asimismo, el 29 de noviembre de 2019 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) una reforma a la LGS que incorporó la garantía de gratuidad en los servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención para las personas sin seguridad social, al establecer la obligación, por parte de la autoridad de salud, de garantizar el acceso gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios de salud, que procuren de manera integral la atención de la población (DOF, 2019); la definición de gratuidad en el modelo SABI consiste en el “no pago al momento de requerir los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados por parte de las personas sin seguridad social que se encuentren en territorio nacional” (SSA e INSABI, 2020).

No obstante, la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por la COVID-19 amplió los retos para la consolidación del modelo SABI y el fortalecimiento de la coordinación entre el INSABI y las entidades federativas, aunado al desconocimiento, tanto de la población como de las personas funcionarias, sobre cómo operaría el modelo de salud en el que la afiliación no era un requisito. Y de manera inversa, la propia transición afectó la respuesta a la pandemia y la capacidad de cumplir con los objetivos normativos que fueron establecidos con las reformas a la ley.

En este contexto, los objetivos y acciones del INSABI se orientaron a atender la emergencia sanitaria a través de tres grandes acciones: 1) la firma de convenios de colaboración con diferentes dependencias gubernamentales para apoyar con infraestructura y preparar espacios físicos para la atención de pacientes enfermos de COVID-19; 2) la contratación de personal de salud para cubrir las necesidades de los hospitales en donde se requería para hacer frente a la emergencia sanitaria —en algunos casos transfirió recursos financieros a instituciones de salud para la contratación de personal—, y 3) el financiamiento de la compra de vacunas contra la COVID-19 (INSABI, 2022a). De esta manera, el INSABI vio interrumpido su proyecto de mejoramiento del sistema de salud por la urgencia de direccionar gran parte de sus recursos financieros a atender la emergencia sanitaria.

En diciembre de 2021, el Gobierno federal anunció que el Sistema Nacional de Salud iniciaría la transición hacia un modelo integral con enfoque preventivo para incorporar la atención a personas sin seguridad social mediante el modelo del Programa IMSS-Bienestar, cuyo comienzo fue en los estados de Tlaxcala y Nayarit. De este modo, mediante Acuerdos de Coordinación con los gobiernos estatales, empezó el proceso para ceder al IMSS-Bienestar la infraestructura y el personal, además de los recursos presupuestarios, materiales y financieros, con el cometido de que esta institución proveyera los servicios de salud gratuitos a la población sin seguridad social.

Para formalizar este proceso, el 31 de agosto de 2022 se publicó en el DOF el *DECRETO por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)*, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica, operativa y de gestión. El objetivo de la institución, asentado en el artículo 2° del citado decreto es:

... brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de universalidad e igualdad, en condiciones que les permitan el acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna, ya sea mediante el Modelo Atención Integral a la Salud, del Instituto del Instituto Mexicano del Seguro Social o, en su caso, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, mismo que debe considerar la atención integral que vincule los servicios de salud y la acción comunitaria, según lo determine su Junta de Gobierno. (DOF, 2022b)

Para alcanzar este objetivo, el Gobierno federal planteó tres etapas subsecuentes orientadas a federalizar los servicios de salud: 1) el levantamiento de diagnósticos para conocer la oferta existente de servicios en cuanto a personal, equipamiento y situación de los inmuebles; 2) la organización de mesas de trabajo para compartir información, aclarar dudas, construir cronogramas y operar la transferencia de los servicios laborales, infraestructura, finanzas, área médica y conservación, y 3) la firma de acuerdos para brindar certeza jurídica sobre el proceso de ampliación de los servicios de IMSS-Bienestar (IMSS, 2022a).

La federalización es la estrategia del Estado para operacionalizar la reforma de mayo de 2020 al artículo 4° constitucional, la cual determina que la ley “definirá un *sistema de salud para el bienestar*, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuentan con seguridad social” (DOF, 2020b). Con este nuevo esquema de rectoría, el Estado busca que la prestación de los servicios de atención médica a las personas sin seguridad social, en este momento a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, se transfieran al IMSS para ser administrados y operados a través del IMSS-Bienestar.

De acuerdo con el Programa Estratégico de Salud 2022, esta estrategia parte de un diagnóstico que señala que la debilidad de las estructuras del Estado mexicano, encargadas de la función rectora

de la salud pública en nuestro país, es resultado de “la segmentación de la atención médica en varias instituciones prestadoras de servicios de salud y la fragmentación institucional de la atención a la población sin seguridad social, derivada de la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas” (DOF, 2022c).

El fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud marca la pauta para alejarse del modelo descentralizado del Sistema Nacional de Salud, institucionalizado en 1996 con el *ACUERDO Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud*, y que establecía las bases normativas para transferir los recursos humanos, materiales y presupuestales hacia los gobiernos estatales (DOF, 1996). En este contexto, la descentralización en el sistema fue un proceso incremental con más de una década de negociaciones y ajustes entre las estructuras administrativas federales y estatales, iniciada en los setenta, e intensificada en el sexenio de Miguel de la Madrid en los ochenta con la promulgación de la Ley General de Salud, que distribuía las competencias sanitarias entre la federación y los estados (Cabrerero, 2000; López, 2021; Del Carmen, 2014). El siguiente cuadro presenta las principales reformas al Sistema Nacional de Salud.

Cuadro 1. Modificaciones al Sistema Nacional de Salud

Período	Modificación	Descripción
1940-1970	Conformación del sistema de salud en México desde un enfoque centralizado.	1943. Se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), encargado de la atención médica para el sector obrero. Asimismo, se expidió el decreto para la creación de la Secretaría de Asistencia Pública para brindar asistencia médica a todos los sectores de la población. 1960. Se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para dar atención a los trabajadores del sector público.
1970-2003	Acciones para la descentralización del Sistema Nacional de Salud	1971. Se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), como mecanismo para extender la cobertura de los servicios de salud a la población rural. 1973. Modificación a la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su margen de acción hacia los núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y condiciones de marginación. 1979. Creación del IMSS-Coplamar 1983. Cambios a la Constitución que establecieron, en el artículo 4º, el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos, transitando de un derecho laboral a uno ciudadano. 1984. Ley General de Salud que dio origen a los servicios estatales de salud. 1988. IMSS-Coplamar se transforma en IMSS-Solidaridad 1995. Programa de Ampliación de Cobertura, componente de salud en Progresá y Programa de Cirugía Extramuros para aumentar la cobertura de los servicios. 1996. ACUERDO Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. 1997. Instauración del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), para establecer criterios y regularizar la transferencia de recursos del gobierno federal a las entidades federativas.
2003-2019	Sistema de Protección Social en Salud (revitalizar la descentralización)	2002. IMSS-Solidaridad cambia de nombre a IMSS-Oportunidades. 2003. Reforma a la LGS que dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo fue el Seguro Popular. La atención médica pasó a ser responsabilidad de los servicios estatales de salud. 2014. IMSS-Oportunidades se convierte en IMSS-Prospera.

Periodo	Modificación	Descripción
2019-2023	Federalización de los servicios de salud	<p>2018. Reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que atribuye a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público realizar las compras de medicamento y otros insumos para la salud.</p> <p>2019. Reforma a la LGS que desaparece al Sistema de Protección Social en Salud, y lo sustituye por el INSABI.</p> <p>2020. Se firman los Acuerdos de Coordinación entre las entidades federativas y el INSABI para la operación de los servicios de salud del INSABI en las entidades federativas.</p> <p>2022. Creación del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.</p> <p>2023. Decreto por el que se extingue el INSABI.</p>

Fuente: elaboración del CONEVAL con información de (Cabrero, 2000; López, 2021; Del Carmen, 2014; Gómez-Dantés y Frenk, 2019).

Por consiguiente, el nuevo modelo plantea un rediseño institucional dirigido a fortalecer las acciones de rectoría de la Secretaría de Salud sobre todo el sistema, a fin de impulsar la articulación de los servicios de salud y diseñar un marco normativo para la instauración del nuevo modelo de salud. En consecuencia, el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, publicado el 31 de agosto de 2022, expresa los “objetivos, estrategias y acciones que definirán la actuación de las entidades coordinadas del sector y de los organismos federales que participan en la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud” (DOF, 2022c).

El Programa Estratégico de Salud establece que la Secretaría de Salud fungirá como eje rector del sistema, estableciendo los mecanismos para el financiamiento de las estrategias y acciones de servicios de salud que permitan la cobertura sanitaria del IMSS-Bienestar. Mientras que, por su parte, las tareas del INSABI fueron asignadas a la planeación de la adquisición de medicamentos, vacunas, material de curación, de laboratorio y otros insumos para las instituciones públicas del sector salud: definir el catálogo de insumos para las compras consolidadas, la construcción de obras nuevas de infraestructura y su dotación con los equipos necesarios; elaborar y ejecutar planes de conservación, mantenimiento y reparación de establecimientos de salud, y colaborar en los procesos de reclutamiento de personal profesional de salud (DOF, 2022c; INSABI, 2022b).

En cuanto a las fuentes de financiamiento para procurar el acceso universal y gratuito de la atención para las personas sin seguridad social, se identifica, por un lado, el presupuesto anual que reciben directamente la Secretaría de Salud y el IMSS-Bienestar de los Ramos 12, la primera, y 19, el segundo; por el otro, el nuevo esquema plantea la transferencia de recursos presupuestarios federales a través de convenios de colaboración entre la Secretaría de Salud, el IMSS, el INSABI y los gobiernos de las entidades federativas para operar durante su administración los servicios de salud transferidos. Asimismo, la Ley de Ingresos de la Federación del Ejercicio Fiscal 2022 faculta al IMSS para celebrar Acuerdos de Coordinación con las entidades federativas sobre el proceso de federalización de los servicios de atención a la salud. En estos se precisarán los montos que los gobiernos de las entidades federativas transferirán al IMSS, para su aplicación en el IMSS-Bienestar, con cargo a recursos propios o de libre disposición, o bien, a los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33 (DOF, 2022c).

Asimismo, como parte constitutiva del Programa Estratégico de Salud, el 8 de septiembre de 2022 entró en vigor el MAS-Bienestar, cuyo principio angular es la Atención Primaria de Salud (APS), un

...enfoque de salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas (DOF, 2022a).

El MAS-Bienestar se plantea como el esquema de cuidados integrales que conjunta los recursos, herramientas, estrategias, procesos y procedimientos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar los servicios a toda la población, con énfasis en las personas sin seguridad social, de acuerdo con los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad y calidad (DOF, 2022a). Para lograr sus objetivos, el modelo busca que las secretarías de Salud —tanto la federal como las estatales— dejen de operar los servicios de atención médica para fortalecer su estructura rectora y de coordinación sectorial, permitiendo al IMSS-Bienestar encargarse de la operación funcional de las unidades de atención médica locales.

Por último, en este marco normativo, el 29 de mayo de 2023 se publicó en el DOF el *DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar*, en el cual se ordena la desaparición del INSABI y se establece el marco normativo, en la LGS, para la operación de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar). Entre las modificaciones adicionales destaca que las personas beneficiarias de la prestación gratuita de los servicios de salud deberán empadronarse en los registros del Sistema de Salud para el Bienestar, lo cual modifica el precepto de no afiliación planteado por el INSABI (DOF, 2023a). Asimismo, el decreto suscribe las características del Servicio Nacional de Salud Pública en la LGS, el cual se introdujo en el MAS-Bienestar, como el brazo operativo de la Secretaría de Salud para la implementación y ejecución de las funciones esenciales de la salud pública, en coordinación con las autoridades estatales y locales (DOF, 2022d, 2023a).

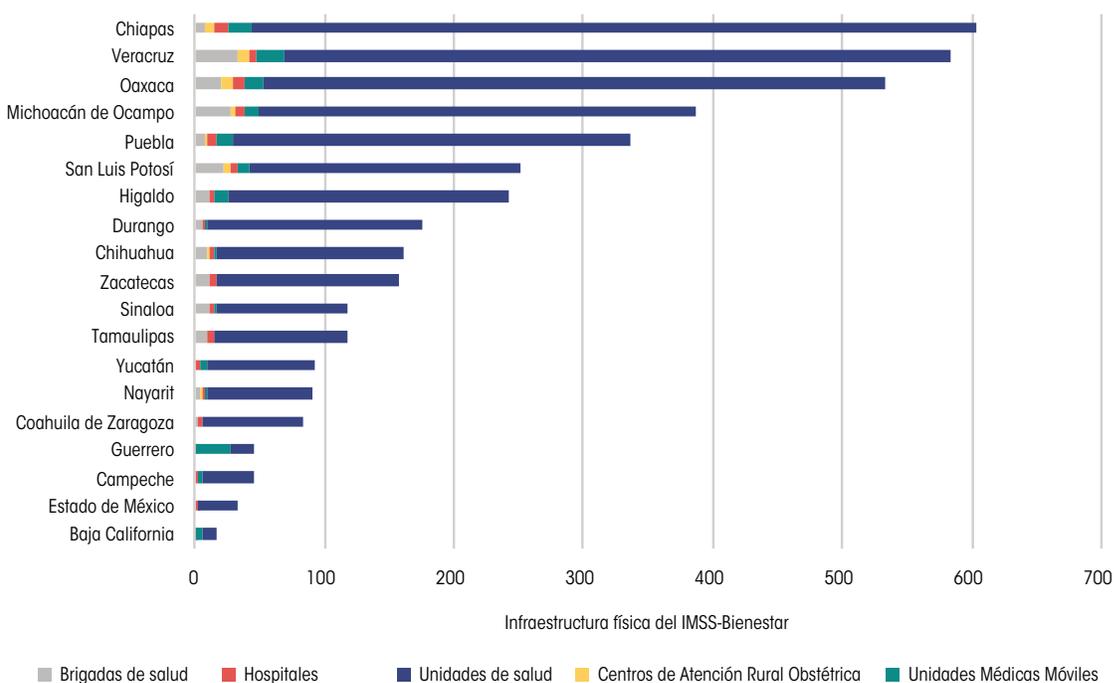
El IMSS-Bienestar es un programa del Gobierno federal que tiene el objetivo de proporcionar servicios integrales de salud a la población sin seguridad social, mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAS-Bienestar), el cual vincula la prestación de los servicios y la acción comunitaria en las entidades donde opera. Los apoyos permanentes en especie que ofrece incluyen servicios de salud en las unidades médicas, así como asesorías y orientación a la red comunitaria a la que cubre (parteras, voluntarios de salud y otros voluntarios) (CONEVAL, 2022). Los servicios son gratuitos y abiertos a la población que lo solicite, sin condicionamiento alguno o criterios de elegibilidad.

El programa tiene su primer antecedente en 1973, con la modificación a la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su margen de acción hacia los núcleos de población sin capacidad contributiva, en extrema pobreza y condiciones de marginación (IMSS, s.f.). De ahí surge el Programa

IMSS-Coplamar el 25 de mayo de 1979, con la firma de un convenio entre el IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (Coplamar), cuyo propósito fue extender los servicios de salud en el territorio. En 1989 cambió su nombre a IMSS-Solidaridad; en 2012, a IMSS-Oportunidades; en 2014, a IMSS-Prospera y en 2018, a IMSS-Bienestar.

Previo al proceso de federalización, el Programa IMSS-Bienestar contaba con presencia en 19 entidades federativas del país, en las que atendía a 11.7 millones de personas beneficiarias de los servicios de salud, con un total de 22,226 recursos humanos en los servicios médicos de la institución (IMSS, 2021). Asimismo, su infraestructura física incluye 80 hospitales para el segundo nivel de atención y 3,993 establecimientos para el primer nivel —3,622 unidades de salud, 184 brigadas de salud, 146 unidades médicas móviles y 41 Centros de atención rural y obstétrica— (gráfica 1).

Gráfica 1. Infraestructura física del IMSS-Bienestar



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en IMSS (2021).

La federalización de los servicios de salud, pactada en los Acuerdos de Coordinación con las entidades federativas, busca expandir la capacidad operativa del IMSS-Bienestar para contribuir a la construcción de un sistema de salud único en el territorio nacional, en particular para la población que no cuenta con seguridad social (DOF, 2022b). A tal efecto, en las entidades donde hay presencia del Programa IMSS-Bienestar, las acciones se centrarán en ampliar la cobertura, mientras que en aquellas en las que aún no existe la capacidad instalada, se implementará por primera vez. Según el Gobierno federal, la estrategia de federalización de los SESA parte de tres principales necesidades: equipamiento, infraestructura y personal médico en el primer nivel de atención (IMSS, 2022b).

La meta operativa de la federalización del Programa IMSS-Bienestar es atender a los 65.6 millones de personas que reportan no tener afiliación a los servicios de seguridad social, incorporando paulatinamente a las entidades federativas al nuevo esquema de rectoría de los servicios de salud (IMSS, 2023). Previo al cambio de estrategia para la atención de población sin seguridad social, el programa ya cubría a 11.7 millones de personas (18.8% del objetivo planteado) y, al 30 de junio de 2022, el Gobierno federal había suscrito Acuerdos de Coordinación para formalizar la prestación de los servicios de salud a través del Programa IMSS-Bienestar con Nayarit, Tlaxcala y Colima, con la transferencia de 534 unidades médicas (IMSS, 2022b).

Durango, Yucatán, Chihuahua, Jalisco, Nuevo León, Guanajuato y Querétaro determinaron no participar en la estrategia de federalización a través del IMSS-Bienestar (IMSS, 2023). Pero, a pesar de no suscribir Acuerdos de Coordinación, en el Programa Estratégico se señala que "las entidades federativas que no estén implementado el proceso de federalización no pueden quedarse afuera de esta estrategia. Por ello, como factor de cambio organizacional, dichas entidades también deberán impulsar en sus territorios la aplicación del MAS-Bienestar" (DOF, 2022a). Las entidades federativas adicionales iniciaron, desde finales de 2022, con las etapas de diagnóstico y mesas de trabajo para adherirse al Plan de Salud IMSS-Bienestar.

En este sentido, el remanente en la cobertura señalado por el Plan de Salud IMSS-Bienestar es de 18.08% de la población sin seguridad social en estados que no transferirían sus servicios de salud al OPD IMSS-Bienestar. Es importante mencionar que la información que utiliza dicho plan para calcular su cobertura se basa en el número de personas que no tienen acceso a la seguridad social o que son atendidas en los SESA (IMSS, 2023).

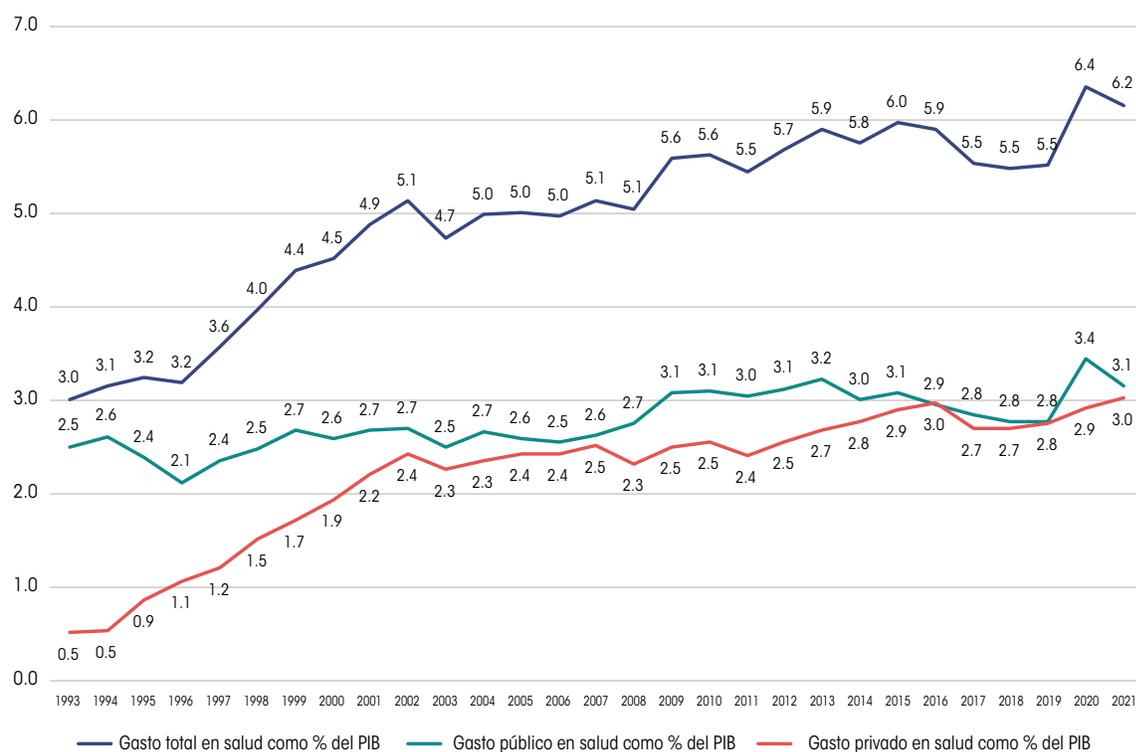
Análisis del gasto público en salud

El gasto público en salud¹¹ permite observar la manera en la que el Estado redistribuye los recursos públicos hacia el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, cómo se priorizan los objetivos del Gobierno federal para la provisión de la atención médica y cuál es la corresponsabilidad que existe en el financiamiento para la salud entre los diferentes niveles de gobierno. En este sentido, uno de los principales indicadores para reflejar la acción gubernamental es el gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB). En 2009, este porcentaje superó el 3% del PIB, y se mantuvo así hasta 2015. Después de 2015 y hasta 2019, este indicador ha experimentado una tendencia decreciente, al pasar de 3.1% del PIB a 2.8% (ver gráfica 2). El indicador alcanzó en 2020 su punto más alto en las últimas décadas, con un 3.5% del PIB, lo cual respondió a la reasignación presupuestal para atender las prioridades derivadas de la pandemia; no obstante, en 2021 obtuvo niveles similares a 2015, donde el porcentaje se situaba en 3.1%, aunque aún por encima de los porcentajes de 2016 a 2019 (SSA, s.f.-c). Por otro lado, en 2021, el gasto privado en salud a nivel nacional¹² aumentó a 3% del PIB, como parte de un incremento constante que ha experimentado este rubro a partir de las últimas décadas.

¹¹ El gasto público en salud está compuesto por las siguientes fuentes de financiamiento: Secretaría de Salud (Ramo 12), Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA-Ramo 33), Gasto Estatal, IMSS-Bienestar, IMSS, ISSSTE, Pémex, Sedena, Semar, ISSFAM e Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas. Para el año 2020, la cuenta pública incorpora la información de recursos propios y terceros del Ramo 12, de los organismos descentralizados; además de las universidades y el Conacyt que ejercen gasto público en salud. Y el Instituto para Devolverle al Pueblo lo Robado que transfirió en el año 2021, 2,000 millones de pesos para la compra de vacunas.

¹² El gasto privado en salud comprende las siguientes fuentes de financiamiento: gasto de bolsillo, instituciones sin fines de lucro y seguros médicos privados.

Gráfica 2. Porcentaje del gasto público y privado en salud con relación al PIB, México 1993-2021



Fuente: elaboración del CONEVAL con información de la Secretaría de Salud.

En 2020 el gasto para las personas sin seguridad social tuvo un incremento en términos reales¹³ de \$52,778 millones de pesos, respecto a lo recibido en 2019 —mostrando una variación positiva de 21.9% para esta subpartida del gasto—. Este cambio responde al fortalecimiento del programa Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral, a cargo del INSABI y la cancelación de los programas Seguro Popular y la vertiente en salud de Prospera Programa de Inclusión Social.¹⁴ La reasignación implicó las reducciones a los programas Proyectos de Infraestructura Social de Salud, Proyectos de Inmuebles y Rectoría en Salud, los cuales se redujeron en más del 40% del gasto ejercido para 2020, y responden a actividades que paulatinamente comenzó a financiar el INSABI.

¹³ En pesos constantes base 2013.

¹⁴ Un año después fue cancelado el programa Seguro Médico Siglo XXI que en 2020 comenzó a ser operado por el INSABI. Para el ejercicio fiscal 2021, se determinó que, como el objetivo del INSABI era garantizar de forma progresiva la atención médica a toda la población sin seguridad social, mediante la prestación de servicios de salud en las entidades federativas adheridas, el Programa S201 se fusionaría con el programa E023 Atención Médica.

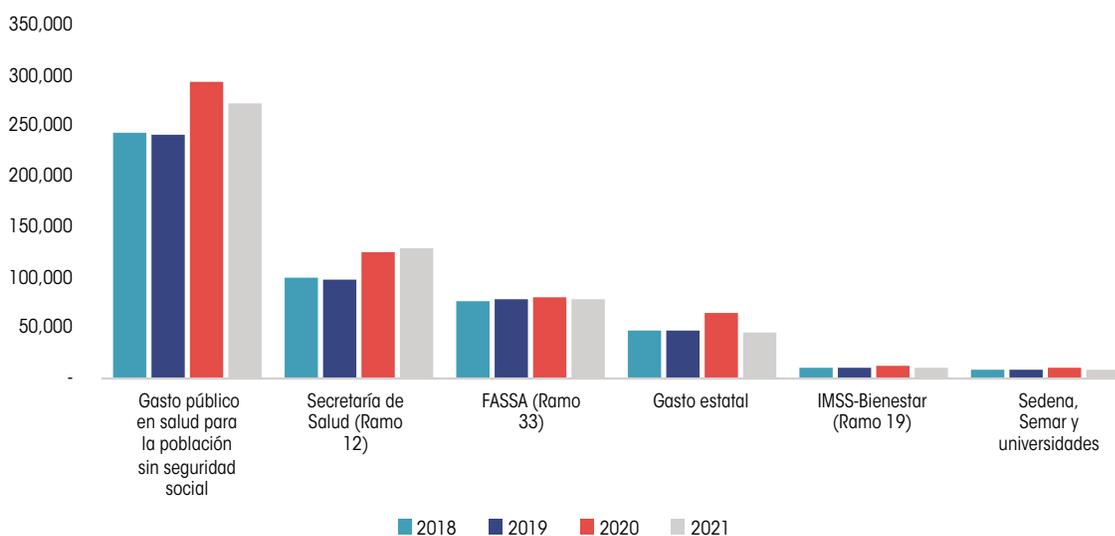
Asimismo, es posible identificar afectaciones presupuestales en 2020 y 2021 para los programas comprendidos en el área de *Calidad en la Atención*. Por ejemplo, el Programa Fortalecimiento de los SESA, cuya finalidad es transferir recursos para cubrir el pago de las provisiones que permitan mantener la homologación salarial del personal que fue regularizado y formalizado, fue suspendido en 2019. Además, en esta misma área, el Programa de Calidad en la Atención Médica, a cargo de disminuir la heterogeneidad en la calidad de la atención de los problemas de salud pública prioritarios en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, vio reducido su presupuesto para 2020 en 82%, y no ejerció recursos en 2021 (CONEVAL, s.f.-a, 2022).

Por otro lado, durante 2020 el Programa de Vacunación tuvo un incremento en términos reales de 109% del gasto público asignado, en línea con los retos derivados de la pandemia y la necesidad de inmunizar al mayor número de personas en el menor tiempo posible. En ese año, también se detectan aumentos mayores de 10% para cuatro programas presupuestarios: Atención a la Salud, Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS, Protección Contra Riesgos Sanitarios y Servicios de Asistencia Social Integral (SHCP, 2021). Asimismo, se identifica un incremento del gasto estatal en salud en 35.7% en términos reales, al pasar de 47,836 a 64,912 millones de pesos de 2019 a 2020, lo cual significa 22.1% del financiamiento para las personas sin seguridad social en 2020, solo detrás del porcentaje que representa el Ramo 12 y del FASSA (gráfica 3).

En 2021, el gasto público en salud para la población sin seguridad social tuvo una disminución de 7.3%, respecto a 2020, aunque con niveles mayores a 2018. Para el Ramo 12, se identifica un aumento desde 2020, aunque a una menor tasa en 2021, mientras que el FASSA del Ramo 33 mantiene niveles muy similares a 2018, con una ligera disminución en 2021; el gasto estatal y el IMSS-Bienestar ejercieron menos recursos en 2021 que en años anteriores. Los principales aumentos en el gasto público del Ramo 12 se dieron a través de los programas Atención a la Salud, Fortalecimiento a la Atención

Médica (FAM), el Programa de Vacunación y Servicios de Asistencia Social Integral —este último con un incremento de 94% del gasto ejercido en el año anterior— (SSA, s.f.-c).

Gráfica 3. Gasto público en salud para la población sin seguridad social, México de 2018 a 2021, (millones de pesos de 2013)



Fuente: elaboración del CONEVAL con información de la Secretaría de Salud.

En relación con el gasto público en salud del Ramo 12, hasta 2022 el INSABI era la institución con mayor presupuesto para el financiamiento de los servicios en los diferentes niveles de atención. El instituto estableció como objetivos prioritarios garantizar que no faltara personal médico, de enfermería ni técnico; procurar el abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipamiento médico; mejorar la inversión en la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, y asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de salud. Para tal efecto, del presupuesto que se le asignó desde el 2021, 90% se destinó al programa U013 Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social, mientras que el restante 10.0% se distribuye entre los programas E023 Atención a la Salud, S200 Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM) y M001 Actividades de apoyo administrativo.¹⁵

El Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social, que en 2021 ejerció 58.0% del gasto público del Ramo 12, tiene el propósito de transferir recursos a las entidades federativas para contribuir al acceso y continuidad en la prestación de servicios de salud con calidad. De los recursos asignados para 2021, 52% fue destinado a las aportaciones al Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), mientras que el remanente se destinó a los Acuerdos de Coordinación con las 32 entidades federativas para la prestación de servicios de salud, compra de medicamentos, material de curación e insumos (INSABI, 2022a; SSA, s.f.-c).

¹⁵ Para 2022, se incorporó a la estructura programática del Instituto el Programa Nacional de Reconstrucción, el cual cuenta con el objetivo de dar atención a los municipios afectados por los sismos ocurridos los días 7 y 19 de septiembre de 2017 y el 16 de febrero de 2018, en beneficio de la población para el impulso de proyectos y acciones de infraestructura de salud.

En el caso del programa E023 Atención a la Salud en 2021 la mayor parte del financiamiento otorgado por el INSABI se destinó al pago de la nómina del personal médico, paramédico y afín que prestó atención en la pandemia por la COVID-19; así como para cumplir con los convenios de colaboración para brindar servicios de salud gratuitos de primer y segundo nivel, y al mantenimiento y conservación de unidades médicas. Adicionalmente, se erogaron recursos del INSABI para la adquisición de medicamentos y material de curación, así como para el pago de operadores logísticos para su distribución (INSABI, 2022a). En 2022, el presupuesto ejercido por el programa Atención a la Salud incrementó 8%, frente a lo ejercido en 2021, de los recursos asignados a través del Ramo 12; mientras que para 2023 el presupuesto aprobado para el programa se incrementó en 56% respecto del monto ejercido de 2022 (SHCP, 2023).

Por otro lado, a través del programa S200 Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM), se contribuye con las entidades federativas para brindar de forma efectiva acceso y prestación de los servicios de atención primaria a la salud en localidades menores a 2,500 personas carentes de servicios de salud. En 2021, el presupuesto del INSABI se utilizó para la adquisición de unidades médicas móviles, así como para el pago de nómina del personal que opera el programa en las diferentes entidades federativas (INSABI, 2022a, 2022b). Asimismo, si bien el programa FAM tuvo un incremento en el presupuesto en este año, para 2022 regresó a niveles inferiores a los de 2020, pues registró una disminución de 29.0% respecto de 2021 (SHCP, 2023).

Cuadro 2. Presupuesto de los programas y acciones federales de desarrollo social correspondientes al Ramo 12 de 2019 a 2023, México, (pesos a precios constantes de 2013)

Modalidad y clave	Programa presupuestario	2019	2020	2021	2022	2023*
E023	Atención a la Salud	\$17,035,252,602.71	\$19,094,262,101.24	\$29,562,001,800.20	\$31,999,901,704.82	\$49,881,491,307.08
U013	Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral	\$3,586,475,896.75	\$76,470,497,084.38	\$70,023,991,648.50	\$63,058,246,312.13	\$51,450,292,563.28
S201	Seguro Médico Siglo XXI	\$983,527,755.77	\$665,498,799.62	-	-	-
U005	Seguro Popular	\$54,591,145,529.94	-	-	-	-
-	Prospera Programa de Inclusión Social	\$175,015,193.88	-	-	-	-
S202	Calidad en la Atención Médica	\$53,053,688.57	\$9,800,843.73	-	-	-
E010	Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud	\$3,069,811,622.65	\$3,155,949,318.91	\$3,334,455,071.11	\$3,636,824,046.36	\$4,860,376,843.16
S200	Fortalecimiento a la Atención Médica	\$597,158,235.54	\$561,983,239.32	\$789,239,283.02	\$562,395,540.80	\$554,292,926.95
U012	Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud	-	-	-	-	\$1,134,853,780.54
E022	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	\$1,672,058,613.95	\$1,705,028,063.62	\$1,699,883,254.07	\$1,597,404,768.95	\$1,642,401,276.30
E025	Prevención y Atención contra las Adicciones	\$980,573,787.57	\$960,260,499.94	\$929,286,645.21	\$899,270,206.71	\$964,877,044.78
U008	Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	\$371,591,672.38	\$349,418,498.33	\$349,559,098.80	\$238,759,663.70	\$387,052,540.04
S039	Programa de Atención a Personas con Discapacidad	\$17,802,350.36	\$17,628,802.27	\$15,426,844.71	\$16,154,190.96	\$17,732,089.06
S251	Programa de Salud y Bienestar Comunitario	-	\$52,711,577.66	-	-	-

Modalidad y clave	Programa presupuestario	2019	2020	2021	2022	2023*
E036	Programa de Vacunación	\$1,783,947,003.26	\$3,727,549,922.79	\$4,931,379,473.56	\$4,886,101,109.98	\$8,807,136,268.45
E041	Protección y Restitución de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes	\$69,014,713.04	\$63,633,156.69	\$60,383,436.95	\$59,529,303.14	\$62,333,342.13
E040	Servicios de Asistencia Social Integral	\$756,709,155.36	\$1,040,116,260.67	\$2,013,358,642.72	\$1,680,238,556.49	\$1,924,516,753.97
U009	Vigilancia Epidemiológica	\$403,542,075.28	\$382,659,956.99	\$357,258,650.13	\$325,166,605.53	\$376,956,851.33

* En el caso de 2023, se trata del presupuesto aprobado, de acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación, deflactado con el índice de precios implícitos del PIB (2013 = 100).

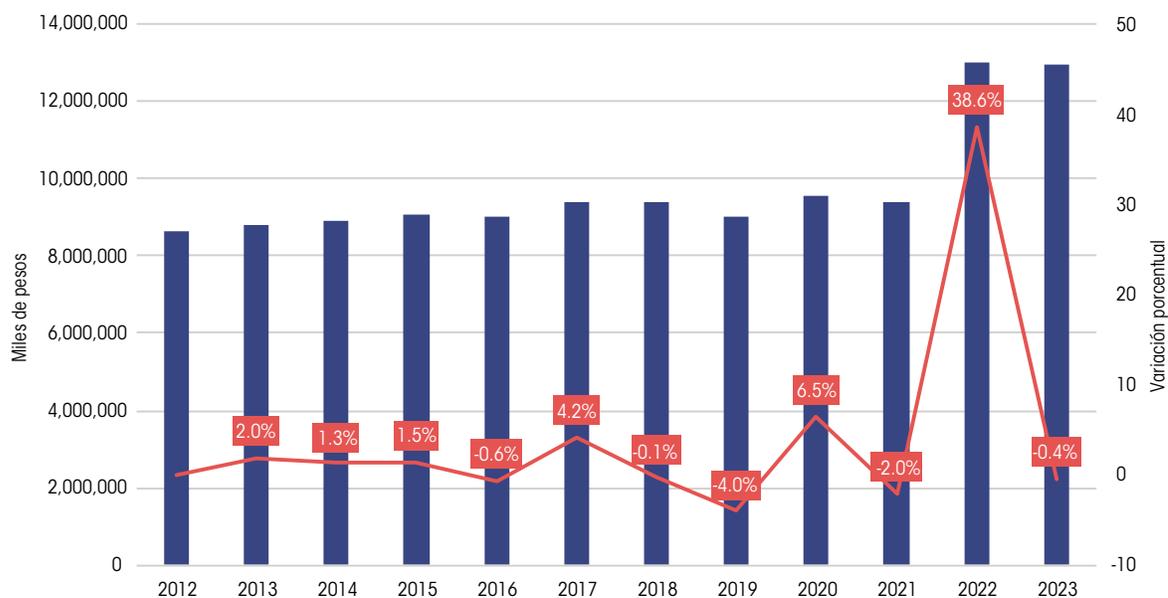
Nota: El 19 de enero de 2024 se sustituyó el formato de presentación de los montos de los presupuestos anuales para dar mayor claridad a su lectura.

Fuente: elaboración del CONEVAL con información de la SHCP.

Otra fuente importante para el financiamiento de los servicios de salud para la población sin seguridad social es la asignada al Programa IMSS-Bienestar, el cual recibe recursos del Ramo 19 Aportaciones a la Seguridad Social, y dispone de recursos adicionales del FONSABI, a partir de un Convenio específico de colaboración para apoyar el fortalecimiento de la infraestructura de hospitales del Programa IMSS-Bienestar (DOF, 2020c; IMSS, 2022b) (gráfica 4). De ahí que gran parte del presupuesto del Programa IMSS-Bienestar se destine al fortalecimiento de primer y segundo niveles de atención, en tanto que las obras de infraestructura se financien primordialmente por los subsidios recibidos del programa U013 Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social administrado por el INSABI, y que será transferido al OPD IMSS-Bienestar de conformidad con el *Acuerdo por el que se emiten las bases para la transferencia de recursos y desincorporación por extinción del organismo público descentralizado denominado Instituto de Salud para el Bienestar* (DOF, 2023b; SSA, 2023b).

La federalización de los servicios de salud también implica una reasignación presupuestal para fortalecer la operación del OPD IMSS-Bienestar, con el objetivo de ampliar su margen de acción en la atención a la población sin seguridad social. Como resultado, el Programa IMSS-Bienestar experimentó un incremento en 2022 de 38.6% del presupuesto real ejercido, en relación con 2021, y el presupuesto aprobado en 2023 se mantiene en niveles similares (gráfica 4). Asimismo, se instrumentan acciones para fortalecer la operatividad de la estrategia de atención a la salud; en concordancia con el artículo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2023, la Secretaría de Salud y el INSABI deberían realizar las acciones conducentes para transferir del programa presupuestario U013 Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral al OPD IMSS-Bienestar, los recursos que correspondan para la atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin afiliación a las ISS (DOF, 2022d, 2023b).

Gráfica 4. Presupuesto público del Programa IMSS-Bienestar (Ramo 19) de 2012 a 2023, miles de pesos a precios de 2013 y variación porcentual anual



* En el caso de 2023, se trata del presupuesto aprobado, de acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Fuente: elaboración del CONEVAL con información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, deflactado con el índice de precios implícitos del PIB (2013 = 100).

Análisis sobre el derecho a la salud

El propósito del estudio es analizar el ejercicio al derecho a la salud considerando diversos contextos asociados a la rectoría de los servicios estatales. El eje del análisis es la población sin seguridad social y el objetivo es identificar posibles brechas en el acceso efectivo al derecho mencionado a partir de la puesta en marcha de las reformas. Para examinar el ejercicio al derecho a la salud se retoman las dimensiones accesibilidad, disponibilidad y calidad consideradas en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* (CONEVAL, 2018). Además, se analizan los principales cambios en los servicios de salud instrumentados a partir de las reformas a la LGS, el INSABI y la federalización de los SESA. En este sentido, el desarrollo del análisis parte de una estrategia metodológica que incorpora técnicas de recolección de información cualitativa para conocer a profundidad la perspectiva tanto de personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados como de personas funcionarias estratégicas en la provisión de los servicios de salud.

Marco analítico

De acuerdo con el CONEVAL (2018), y retomando la *Observación general N°14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), el derecho a la salud no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino además una serie de factores determinantes derivados de los siguientes elementos esenciales:

- a. *Accesibilidad*: la ausencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender;
- b. *Disponibilidad*: suficiencia de los servicios, instalaciones y equipos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población;
- c. *Calidad*: el grado mediante el cual los servicios de salud, para los individuos y poblaciones, incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional más actual (CONEVAL, 2018).

En relación con la accesibilidad, Frenk (1985) señala que existe una sucesión de acontecimientos desde que surge la necesidad de la atención médica hasta que los servicios de salud son utilizados. En este intervalo se suscitan factores que pueden posibilitar o impedir la accesibilidad a estos. Levesque, Harris & Russell (2013) definen la accesibilidad como un concepto sistémico y multinivel que depende tanto de la capacidad de oferta de los sistemas de salud como de las características

y capacidades de la demanda poblacional, mismas que le permitirán buscar, alcanzar y obtener los servicios que demandan. En consecuencia, el análisis se centra en los factores que obstaculizan o facilitan los procesos de búsqueda y satisfacción de la necesidad descrita; así como en las capacidades de la población para superar tales obstáculos. Dichos obstáculos se asocian a las acciones gubernamentales, pues estas se pueden modificar en el corto plazo mediante la instrumentación adecuada de políticas públicas, dado que las características socioeconómicas y demográficas de la población permanecen relativamente fijas en el tiempo y su modificación requiere intervenciones de largo plazo. De esta forma, la dimensión de accesibilidad incluye tres subdimensiones que se busca explorar: física, económica y a la información (CONEVAL, 2018) (cuadro 3).

Cuadro 3. Subdimensiones de la accesibilidad consideradas para la elaboración del instrumento y análisis de las entrevistas

Subdimensión	Descripción
Física	Conjunto de características que considere la localización geográfica de acceso razonable o por medio de tecnología moderna a los servicios de salud.
Económica	Conjunto de características relativas a la capacidad de pago de las personas y sus hogares para obtener los bienes y servicios de salud, así como de los medios para conseguirlos, públicos o privados, de tal forma que los distintos costos no sean prohibitivos para gozar de los beneficios provistos por el sistema o impedimento para mantener la continuidad de los tratamientos con la misma oportunidad, suficiencia y calidad entre todas las regiones, y sin estar vinculadas a una condición laboral.
A la información	Conjunto de medios que facilitan la adquisición de información relevante sobre acciones de prevención, promoción y condición de salud de una persona o conjunto de personas.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en CONEVAL (2018).

En su caso, la disponibilidad considera subdimensiones asociadas a los recursos, tanto humanos como físicos, para que el Sistema Nacional de Salud cumpla con sus atribuciones para garantizar el derecho a la salud (cuadro 4). La primera subdimensión se refiere a las personas que reciben algún entrenamiento para ejecutar las tareas vinculadas a los servicios de salud personales y poblacionales, en cumplimiento a lo recomendado en la *Observación general N°14* sobre la importancia de contar con personal médico y profesional capacitado (CONEVAL, 2018). La infraestructura física se mide a partir de los recursos materiales de los que dispone el Sistema Nacional de Salud para su correcto funcionamiento y capacidad resolutoria (por ejemplo, hospitales y unidades médicas existentes, medicamentos o servicios especializados para una población específica, etc.).

Cuadro 4. Subdimensiones de la disponibilidad consideradas para la elaboración del instrumento y análisis de las entrevistas

Subdimensión	Descripción
Recursos humanos	Se refiere al personal sanitario, formado y competente
Infraestructura física y servicios médicos	Disponibilidad de infraestructura o establecimientos, bienes y servicios suficientes para la atención a la salud.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en CONEVAL (2018).

Por último, la dimensión de calidad alude a que la atención médica y hospitalaria sea otorgada de manera oportuna a la población, que los procesos sean seguros, efectivos y con respeto a la dignidad y autonomía de las personas (CONEVAL, 2018). En este sentido, se busca identificar si las personas reciben la atención necesaria en el momento oportuno cuando son afectadas por alguna condición que ponga en riesgo su vida, el grado en el que mejora la salud de las personas a partir de los servicios de atención médica y, por último, la experiencia de las personas usuarias en tanto el personal médico da prioridad a sus necesidades, respetando sus preferencias sociales (cuadro 5).

Cuadro 5. Subdimensiones de la calidad consideradas para la elaboración del instrumento y análisis de las entrevistas

Subdimensión	Descripción
Seguridad	Evitar lesiones a pacientes como resultado de la atención que pretende ayudarles y a que el paciente reciba la atención necesaria en el momento oportuno cuando es afectado por alguna condición que ponga en riesgo su vida.
Efectividad	Prestar servicios basados en conocimientos científicos a todos aquellos que se puedan beneficiar y abstenerse de ofrecerlos a las personas que tienen pocas probabilidades de recibir un beneficio.
Atención centrada en la persona	Dar prioridad a las personas durante todo el proceso de la atención médica; hace referencia a la recepción de la atención cuando es requerida, sin retrasos que pongan en riesgo la salud, con una secuencia lógica y sin interrupciones, de acuerdo con las necesidades del paciente/usuario.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en CONEVAL (2018).

Análisis de las dimensiones del derecho a la salud

Conforme al marco analítico expuesto, se revisaron los indicadores asociados a cada una de las dimensiones del derecho a la salud, con arreglo a la información disponible; el objetivo fue informar sobre su estado actual, al igual que contextualizar y complementar los hallazgos del estudio exploratorio. Con estos resultados se da continuidad a algunos de los principales indicadores y hallazgos asociados del *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* (CONEVAL, 2018).

Accesibilidad

Con fundamento en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* (CONEVAL, 2018), en el siguiente cuadro se presentan los indicadores correspondientes a la dimensión de accesibilidad (los datos de cada uno de los indicadores se presentan en el Anexo 1, al final de este documento).

Cuadro 6. Indicadores de la dimensión de accesibilidad

Subdimensión	Indicador
Física	Tiempo de traslado a unidades médicas
	Consultas médicas anuales del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM)
	Unidades de consulta externa por tipo de localidad (rural y urbano)
	Unidades de hospitalización por tipo de localidad (rural y urbano)
	Carencia por acceso a servicios de salud
	Tiempo promedio de traslado reportado al lugar donde se atendió la última vez debido a problemas de salud
	Porcentaje de farmacias que operan con modelo de CAF
	Número de centros de salud donde opera el servicio de telesalud
Económica	Gasto total en salud como porcentaje del PIB (México)
	Gasto público en salud como porcentaje del PIB (México)
	Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud
	Gasto público en salud en la población con y sin seguridad social como porcentaje del gasto total en salud
	Gasto público per cápita en salud en la población con seguridad social (pesos constantes de 2013)
	Gasto público per cápita en salud en la población sin seguridad social (pesos constantes de 2013)
A la información	Porcentaje de personas que no buscan atención médica a pesar de presentar un problema de salud, según los motivos que declaran

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018 (CONEVAL, 2018).

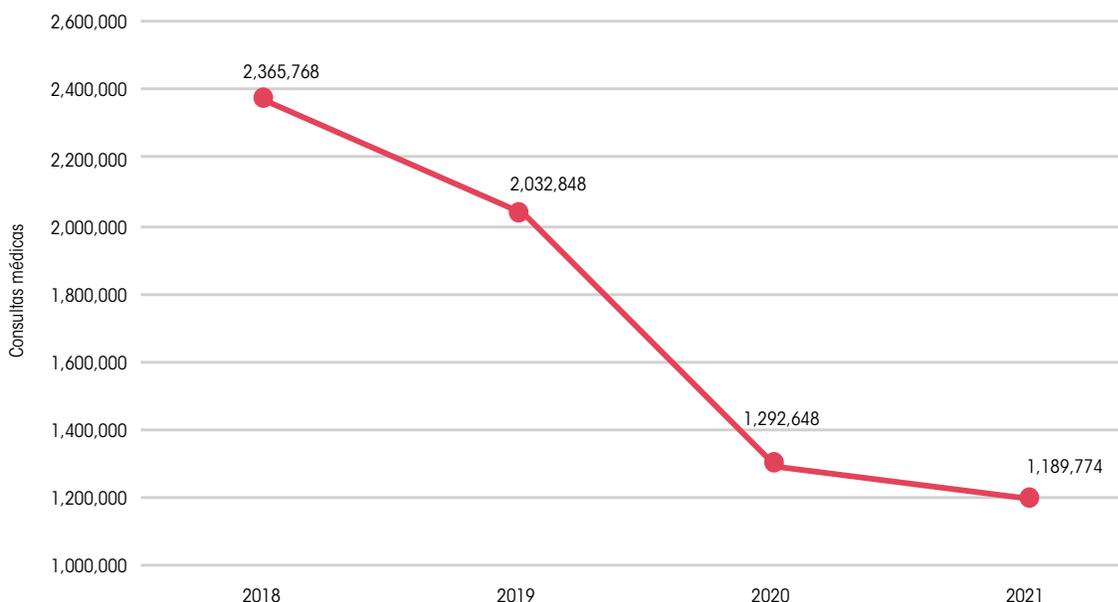
En esta dimensión, es posible rescatar algunos hallazgos relevantes:

Sobre la accesibilidad física

- Entre 2018 y 2020, el porcentaje de personas con [carencia por acceso a los servicios de salud](#) mostró el incremento más elevado en los años recientes: 12 puntos porcentuales, al pasar de 16.2 a 28.2% (CONEVAL, 2021b).¹⁶ Las causas que subyacen a este aumento obedecen a la transición administrativa y operativa entre la extinción del Seguro Popular y la creación del INSABI, a la par de las presiones al sistema de salud ocasionadas por la pandemia de la COVID-19 (CONEVAL, 2021c). Ambos factores pueden haber influido en la percepción de las personas sobre su afiliación y acceso efectivo a los servicios de salud al momento de ser encuestadas en la ENIGH 2020. En términos absolutos, en 2018 había 20.1 millones de personas con esta carencia, mientras que para 2020 la cifra ascendió a 35.7 millones de personas, lo que significa que en dos años 15.6 millones de personas más reportaron no tener acceso o derecho a recibir servicios de salud en una institución pública o privada (CONEVAL, 2021b).
- En 2020, el [tiempo promedio de traslado](#) reportado al lugar, ya sea público o privado, donde las personas se atendieron la última vez que presentaron problemas de salud fue de 31 minutos (INEGI, 2021a). En ese mismo año, en caso de emergencias 93.8% de la población reportó que tardaría menos de dos horas en llegar a un hospital (CONEVAL, s.f.-b). Un factor que influye en los tiempos de traslado son los niveles de atención pues, dependiendo del padecimiento, el paciente deberá trasladarse a la unidad médica dotada de infraestructura, personal y equipo necesarios para su atención. En 2020, 84.9% de la población tardaba menos de 30 minutos en llegar a pie a la unidad médica de primer nivel más cercana y 95.9% demoraba menos de 10 minutos en automóvil (CONEVAL, s.f.-c). No obstante, el tiempo de traslado aumenta cuando a unidades de segundo y tercer nivel se refiere, pues el porcentaje de la población que puede llegar a estas unidades médicas en menos de 30 minutos en automóvil es de 89.1 y 50.6%, respectivamente, y un porcentaje importante de la población, 13.7, tarda tres horas o más en llegar en automóvil a la unidad de tercer nivel más cercana (CONEVAL, s.f.-c).
- El [Programa Fortalecimiento a la Atención Médica \(FAM\)](#) tiene el objetivo de contribuir con las entidades federativas a garantizar el acceso efectivo a servicios de atención primaria a la salud en localidades con menos de 2,500 habitantes que carecen de estos servicios, mediante la transferencia de recursos federales, personal y unidades médicas móviles (DOF, 2021). A pesar de la relevancia de este programa para llevar servicios médicos a comunidades remotas, las consultas otorgadas han mostrado una disminución, ya que proporcionó 49.7% menos consultas en 2021 que en 2018, al pasar de 2.3 millones de consultas en dicho año a solo 1.2 millones en 2021 (CONEVAL, 2021d).

¹⁶ El CONEVAL publicó la medición de pobreza y la carencia por acceso a los servicios de salud para 2022, en agosto de 2023 y está disponible en la siguiente página: www.coneval.org.mx.

Gráfica 5. Consultas médicas del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM), 2016-2021



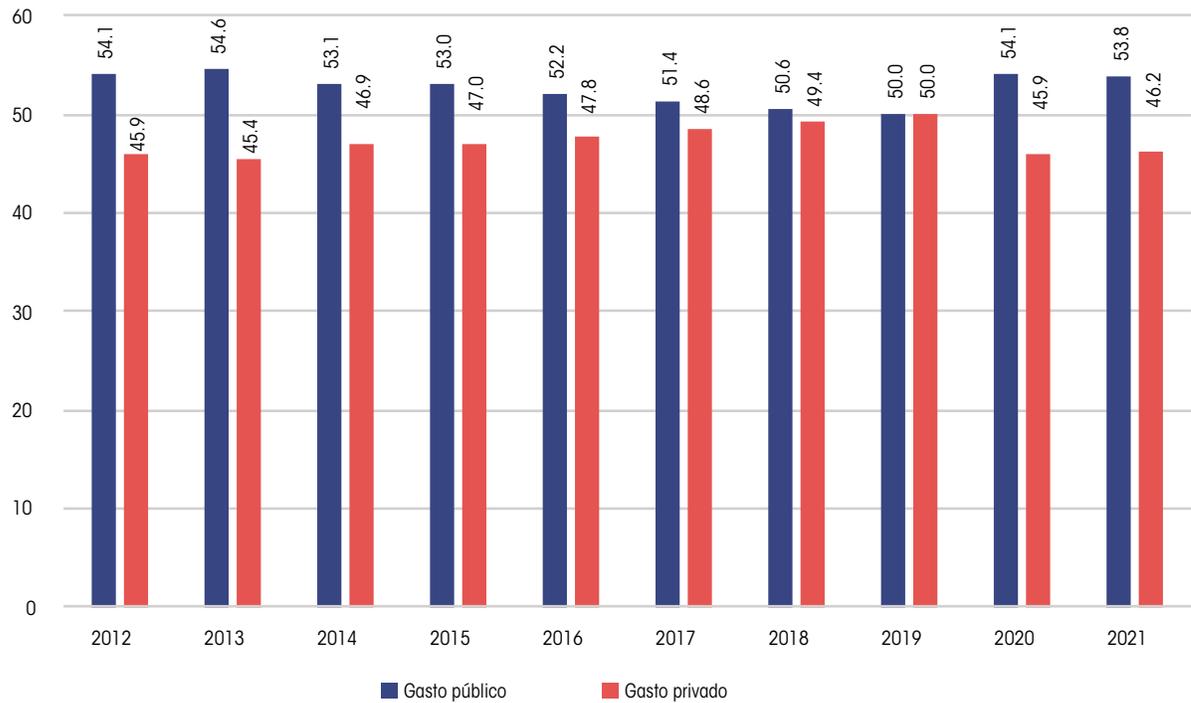
Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la información del Sistema de Monitoreo de la Política Social (SIMEPS), Módulo de indicadores de los programas y acciones de desarrollo social (SIPS).

- Las farmacias que operan con modelo de CAF crecieron 35.0% en 2021 respecto a 2016, al pasar de 5,324 a 7,189. En 2021, alrededor de 11.5% de las farmacias en México contó con un consultorio médico adyacente (INEGI, 2022; SSA, s.f.-a).
- Las unidades médicas donde opera el [servicio de telesalud](#) crecieron 127.2% respecto de 2012, al pasar de 228 centros en 2012 a 519 en 2021, pero aún el número de unidades con este servicio es muy pequeño, ya que solo el 2.4% de las unidades a nivel nacional cuentan con este servicio (SSA, s.f.-e). De enero a diciembre de 2021, los SESA realizaron 8,102,465 acciones de telesalud, de las cuales 1,384,415 fueron asesorías médicas a distancia asociadas a pacientes con COVID-19: 951,155 fueron asesorías de triage o filtro a distancia por COVID-19, y 71,567 teleconsultas de especialidad (CENETEC, 2021).

Sobre la accesibilidad económica

- El [gasto total en salud](#) mostró un comportamiento estable en el periodo de 2012 a 2021, oscilando entre el 5.5 y 5.9% del PIB, a excepción del año 2020 en el que este gasto ascendió a 6.4%, la proporción más alta del periodo (SSA, s.f.-c). Cabe mencionar que un monto significativo del gasto total en salud corresponde al gasto privado que realizan las instituciones sin fines de lucro, el gasto de las personas por el pago de primas de seguros privados y el gasto de bolsillo. La importancia del gasto privado es tal que, en 2021 representó 46.2% del gasto total en salud, en tanto que el gasto público constituyó 53.8% (SSA, s.f.-c).

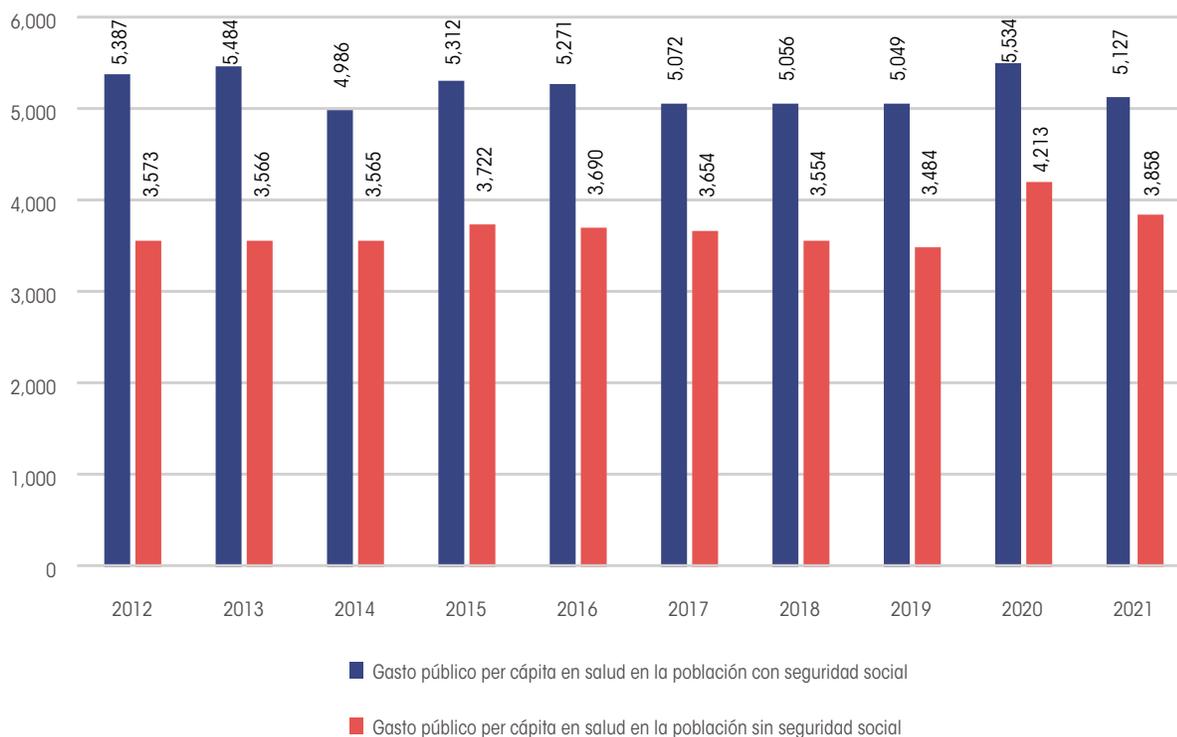
Gráfica 6. Gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud, México, 2012-2021



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal de la SSA (SICUENTAS).

- En 2021, el **gasto público per cápita en salud** destinado a las personas sin seguridad social (esquema no contributivo) fue de 3,858 pesos, cifra menor que los 5,127 pesos per cápita que se asignan a las personas que sí cuentan con seguridad social (esquema contributivo) (SSA, s.f.-c). Esto significa que las instituciones que pertenecen al subsistema de salud de seguridad social erogan mayores recursos públicos en recursos humanos, infraestructura, insumos, etc., lo cual impacta directamente en la calidad y eficacia en la atención de la población con seguridad social, más que en la población que carece de ella (CONEVAL, 2022).

Gráfica 7. Gasto público per cápita en salud en población con y sin seguridad social, México, 2012-2021.



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal de la SSA (SICUENTAS).

Sobre la accesibilidad a la información

- Una alta proporción de **personas que no buscan atención médica**, pese a presentar un problema de salud, se automedican. Dicha proporción se ha mantenido constante en los últimos años y, en 2020, 64.2% de las personas se encontraron en este supuesto (INEGI, 2021a). Otro porcentaje muy importante de la población que prefiere no atenderse es porque no quiso hacerlo o porque no consideró que fuera necesario, 37.5% declaró esta situación en 2020 (INEGI, 2021a). Otros usuarios que no buscan atención médica, aunque tengan afecciones de salud, es por falta de recursos económicos. En 2020, el 4.6% de la población mencionó no haber buscado atención porque no tenía dinero para costearla (INEGI, 2021a).

Disponibilidad

Con fundamento en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* (CONEVAL, 2018), en el siguiente cuadro se presentan los indicadores correspondientes a la dimensión de disponibilidad (los datos de cada uno de los indicadores se exponen en el Anexo 1).

Cuadro 7. Indicadores de la dimensión de disponibilidad

Subdimensión	Indicador
Recursos humanos	Personal médico en contacto con el paciente por cada 1,000 habitantes
	Médicos generales y familiares por cada 1,000 habitantes
	Médicos especialistas por cada 1,000 habitantes
	Porcentaje de la población que acudió a algún servicio público de salud y no se le brindó atención porque no había médico
Infraestructura física y servicios médicos	Unidades de consulta externa por tipo de localidad (rural o urbano)
	Unidades de hospitalización por tipo de localidad (rural o urbano)
	Total de unidades de consulta externa y hospitalización en el sector público
	Camas censables por cada, 1000 habitantes
	Intervenciones quirúrgicas por cada 1,000 habitantes en el sector público
	Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas públicas
	Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de un año
	Consultas de medicina de especialidad por cada 1,000 habitantes
	Porcentaje de surtimiento completo de medicamentos a la primera vez en el primer nivel de atención

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018 (CONEVAL, 2018).

En esta dimensión, es posible rescatar algunos hallazgos relevantes:

Sobre la disponibilidad de recursos humanos

- En 2021, el [personal de salud en contacto con el paciente por cada 1,000 habitantes](#) fue de 4.4, lo cual representa un aumento de 17.7%, en contraste con 2012, pues en dicho año había aproximadamente 3.7 trabajadores de la salud por cada 1,000 habitantes (CONAPO, 2018; SSA, s.f.-d). Lo anterior significa que, en promedio, durante este periodo, cada año se incorporaron al sistema de salud más de 14,000 médicos generales, familiares, especialistas, personal médico en formación y personal de enfermería que tiene contacto directo con las y los pacientes (SSA, s.f.-d).¹⁷
- En 2021 había 1.1 [médicos generales y familiares por cada 1,000 habitantes](#) (CONAPO, 2018; SSA, s.f.-e). Sin embargo, tomando como referencia el año 2012, esta cifra aumentó, ya que en ese año solo había 0.8 médicos generales y familiares por cada 1,000 habitantes (CONAPO, 2018; SSA, s.f.-e). Por otro lado, los [médicos especialistas por cada 1,000 habitantes](#) también se incrementaron, aunque a un ritmo menor, pues en 2012 había 0.7 médicos especialistas por cada 1,000 habitantes, mientras que para 2021 esta proporción tuvo una ligera alza a 0.8 (CONAPO, 2018; SSA, s.f.-e).

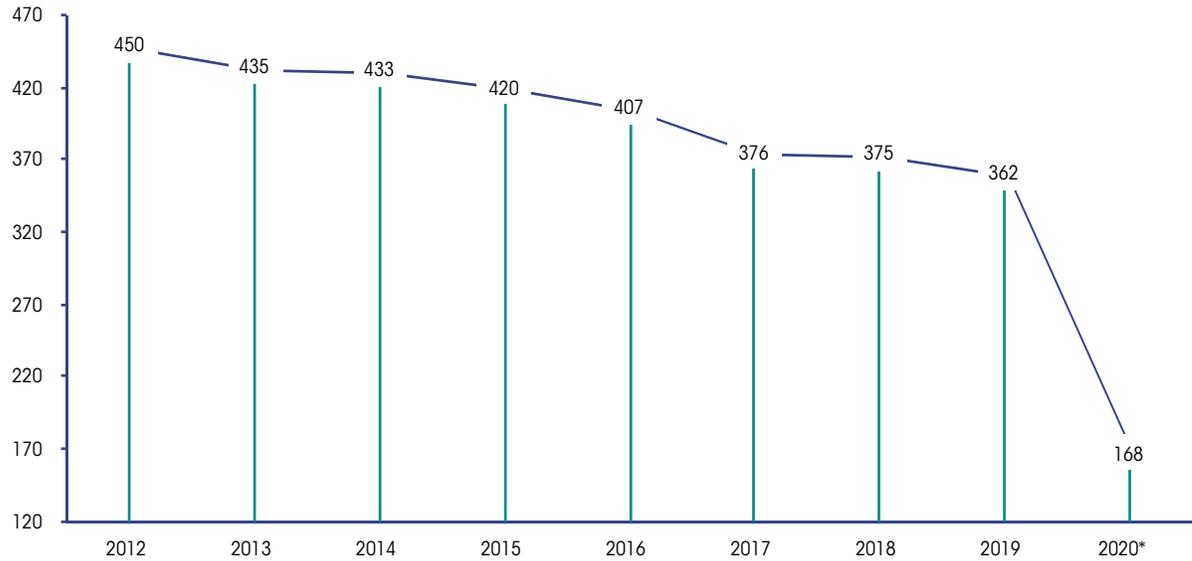
¹⁷ En el cálculo no se incluye a los/as odontólogos/as, a los/as odontólogos/as especialistas ni a los/as pasantes de odontología.

- En 2020, a 17.7% de las personas que acudieron a algún servicio público de salud y no se les brindó atención, fue porque **no había médico disponible** (INEGI, 2021a). Si bien, esta proporción ha descendido respecto a 2016, año en el que 25.3% de la población entrevistada aseveró tal circunstancia, el hecho de que no haya médico es la segunda razón más importante en el año 2020 por la que no se recibe atención en las unidades de salud visitadas.

Sobre la disponibilidad de infraestructura física

- Una forma de observar el fortalecimiento de la infraestructura de salud es a través de la construcción de nuevas **unidades de consulta externa y hospitalización**. En 2021 había 20,176 unidades de consulta externa, mismas que presentan una tendencia a la baja a nivel nacional desde 2017, pues en este año funcionaban 21,160 (SSA, s.f.-d). Referente a las unidades de hospitalización, estas han mostrado un crecimiento constante desde 2012, al pasar de 1,307 a 1,442 en 2021. Es importante destacar que en 2020 se presentó el mayor incremento, hasta alcanzar 1,494 unidades (SSA, s.f.-d), indispensables para afrontar la demanda por la crisis sanitaria de la COVID-19.
- La **cama censable** también refleja la fortaleza en la infraestructura del sistema de salud y se utiliza como unidad funcional para medir la capacidad de atención, cobertura y productividad en la prestación de servicios hospitalarios, ya que su instalación se acompaña de los recursos de espacio, materiales y personal necesarios para generar egresos hospitalarios (SSA, 2011). Así, las camas censables por cada 1,000 habitantes se mantuvieron casi constantes desde 2012 hasta 2021, dado que oscilaron entre 0.71 y 0.74 en este periodo (SSA, s.f.-d).
- En 2020 solo se otorgaron 168 **consultas de medicina de especialidad por cada 1,000 habitantes** (SSA, s.f.-e). Aunque en este año el número de consultas se vio afectado porque los servicios hospitalarios se centraron en afrontar la contingencia de la COVID-19, el número de consultas ya tenía una tendencia decreciente desde 2012, cuando se brindaban alrededor de 450 consultas por cada 1,000 habitantes (SSA, s.f.-e) (gráfica 8).

Gráfica 8. Consultas de medicina de especialidad por cada 1,000 habitantes, México, 2012-2021

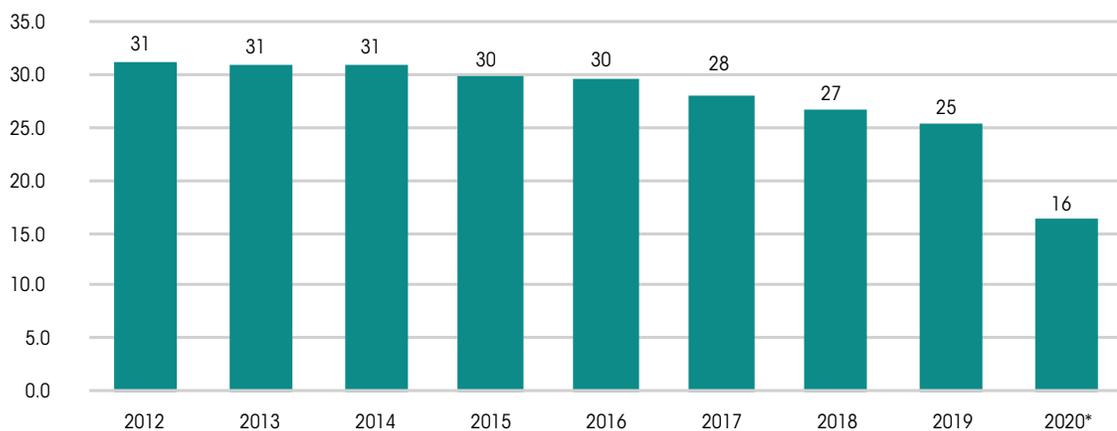


* La cifra de 2020 aún se encuentra en revisión por la Secretaría de Salud en su sistema de indicadores de resultados. La consulta de medicina de especialidad se refiere al total de consultas especializadas que se otorgan en unidades médicas por un especialista o residente, excepto las consultas odontológicas y de urgencias.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en los Indicadores de resultado de los Sistemas de Salud de la SSA.

Por su parte, el número de **intervenciones quirúrgicas por cada 1,000 habitantes** realizadas en el sector público también resultó afectado por la COVID-19. Estas intervenciones han disminuido desde 2014, pero la baja más importante se observa en 2020, al efectuarse únicamente 16 cirugías por cada 1,000 habitantes, cuando en 2019, antes de la pandemia, se realizaron 25 (SSA, s.f.-e).

Gráfica 9. Intervenciones quirúrgicas en el sector público por cada 1,000 habitantes, México, 2012-2020



* La cifra de 2020 aún se encuentra en revisión por la Secretaría de Salud en su sistema de indicadores de resultados.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en los Indicadores de resultado de los Sistemas de Salud de la SSA.

- En 2020, año en el que la pandemia por la COVID-19 llegó a su punto más álgido, el porcentaje de niños menores de un año que tuvieron su esquema básico de vacunación completo abarcó apenas 64.8 (SSA, s.f.-e). Dicho porcentaje es significativamente bajo si se considera que en 2016 se logró una cobertura de 91.2%. Esto puede asociarse a las medidas adoptadas de prevención y contención de la propagación de la COVID-19 que repercutieron en una baja demanda de los biológicos en las unidades de salud, a la reasignación del personal de vacunación de los centros de salud a los módulos de aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2, así como a la poca disponibilidad de biológicos por parte de los laboratorios productores (CONEVAL, 2022).

Calidad

Con fundamento en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* (CONEVAL, 2018), en el siguiente cuadro se presentan los indicadores correspondientes a la dimensión de calidad (los datos de cada uno de los indicadores se exponen en el Anexo 1).

Cuadro 8. Indicadores de la dimensión de calidad

Subdimensión	Indicador
Seguridad	Promedio anual del porcentaje de pacientes con infección nosocomial con respecto al total de egresos en el periodo
	Tiempo de espera promedio para recibir consulta en urgencias por institución (minutos)
Efectividad	Principales causas de mortalidad
	Principales causas de mortalidad por sexo
	Principales causas de mortalidad por grupos de edad
	Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por cada 100,000 habitantes
	Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por cada 100,000 habitantes
	Tasa general de incidencia de diabetes mellitus tipo II, por cada 100,000 habitantes
	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por cada 100,000 habitantes
	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos, por sexo
	Razón de mortalidad materna (defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos)
	Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por enfermedades diarreicas agudas (defunciones por cada 100,000 menores de cinco años)
	Tasa de cesáreas (cesáreas por cada 100 partos)

Subdimensión	Indicador
Atención centrada en la persona	Porcentaje de usuarios de servicios médicos públicos que respondieron que el médico les dio explicaciones fáciles de entender, por institución
	Porcentaje de usuarios de servicios médicos públicos que respondieron que el médico les dio explicaciones fáciles de entender
	Porcentaje de usuarios que respondieron que los atendieron con respeto durante su visita a consulta externa de primer nivel en unidades médicas públicas
	Porcentaje de usuarios que respondieron que los atendieron con respeto durante su visita a consulta externa de primer nivel en unidades médicas públicas, por institución
	Porcentaje de usuarios que respondieron haber recibido todos los medicamentos que necesitaban en el primer nivel de atención en unidades médicas públicas
	Porcentaje de surtimiento completo de medicamentos a la primera vez por institución en el primer nivel de atención
	Razón de consultas prenatales por embarazo
	Porcentaje de la población portadora del VIH que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales
	Prevalencia de VIH en población de entre 15 y 49 años
	Tasa de mortalidad por VIH/sida por cada 100,000 habitantes

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018 (CONEVAL, 2018).

En esta dimensión, es posible rescatar algunos hallazgos relevantes:

Sobre la seguridad

- En 2021, el [tiempo de espera promedio para recibir atención en el área de urgencias](#) en las instituciones de salud rondó los 16 minutos (SSA, s.f.-h), lapso considerablemente menor que el registrado hace algunos años, pues en promedio las instituciones de salud públicas y privadas pasaron de demorarse 26 minutos en 2018 a 16 en 2021 (SSA, s.f.-f). Sin embargo, los tiempos de espera son diferenciados según el tipo de institución. Las dependientes de los gobiernos estatales y el ISSSTE registraron el mayor tiempo de espera promedio anual en ese periodo, 45 y 32 minutos respectivamente, mientras que las universidades, Pémex y las unidades médicas del IMSS-Bienestar reportaron menos de 15 minutos de espera en promedio en dicho periodo (SSA, s.f.-f).

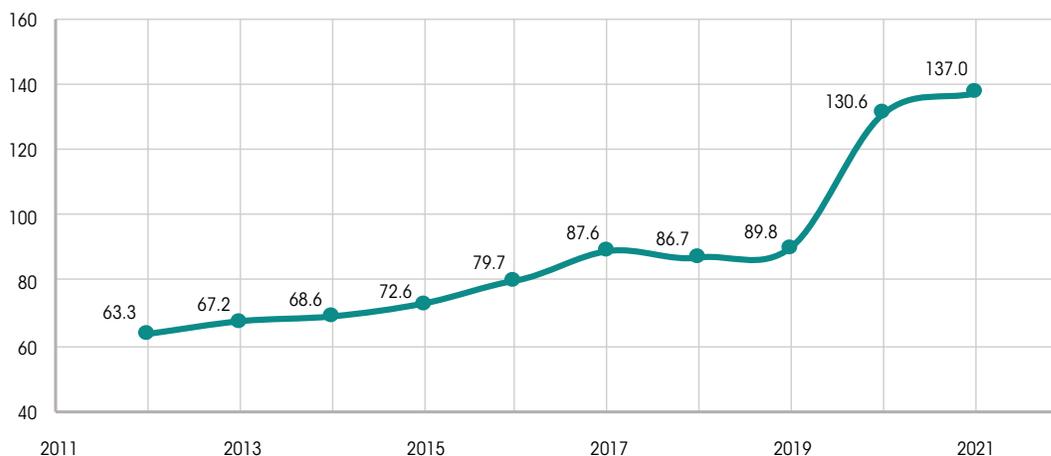
Sobre la efectividad

- Se estima que en 2030 la diabetes será la séptima causa de muerte en el mundo (OMS, 2011); sin embargo, en México, dicha enfermedad supera esta expectativa desde hace tiempo. La tasa de mortalidad por [diabetes mellitus](#) incrementó 50.0% de 2012 a 2021, al pasar de 72.7 a 109.1 muertes por cada 100,000 habitantes, por lo que se posicionó como la segunda causa de muerte entre 2012 y 2019, solo detrás de las enfermedades del corazón y fue desplazada al tercer lugar en 2020 y 2021 por las defunciones ocasionadas por la COVID-19 (INEGI, s.f.). Es preciso subrayar que la diabetes mellitus afecta en mayor medida a las mujeres, al contrario de los hombres, quienes se ven más afectados por las enfermedades

isquémicas del corazón. Asimismo, la diabetes mellitus es más recurrente en las personas de 40 a 64 años, pues fue la primera causa de muerte, desde 2012 hasta 2019, para este grupo de edad (INEGI, s.f.).

- Fortalecer los servicios públicos de salud centrados en la atención de **enfermedades del corazón** es determinante para prevenir y mejorar la atención de las personas que ya las padecen, debido a que esta es la causa de mortalidad número uno en México desde hace varios años. Entre 2012 y 2020, las enfermedades del corazón fueron la principal causa de muerte, solo desplazadas al segundo lugar por las defunciones de la COVID-19 en 2021 (INEGI, s.f.). Además, la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón aumentó 116.3% de 2012 a 2021, al pasar de 63.3 a 137.0 muertes por cada 100,000 habitantes (INEGI, s.f.). Cabe resaltar que en 2020 y 2021, la tasa de mortalidad aumentó a 130.6 y 137.0, respectivamente (INEGI, s.f.). El alza podría explicarse por los efectos adversos de la COVID-19, dado que la OMS señala la posibilidad de que el corazón resulte afectado por el virus SARS-CoV-2 causante de esta enfermedad y tener secuelas a largo plazo (OMS, 2020).

Gráfica 10. Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por cada 100,000 habitantes, México, 2012-2021



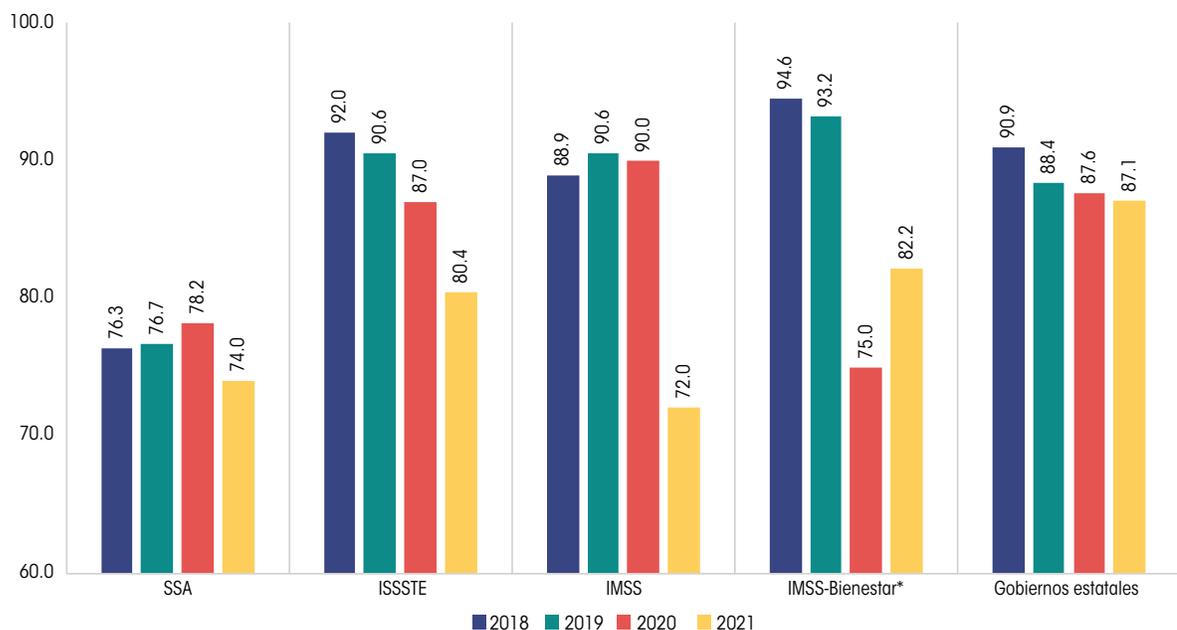
Fuente: elaboración del CONEVAL con base en las Estadísticas de Defunciones Registradas 2012-2022 del INEGI.

Sobre la atención centrada en la persona

- Las mujeres embarazadas acudieron, en promedio, a 4.9 **consultas de control prenatal** en 2020 (SSA, s.f.-e). En México, de 2012 a 2020, las consultas de atención prenatal han oscilado alrededor de 5.2 consultas promedio por mujer embarazada, a excepción de 2019, año en el que las consultas promedio bajaron a 2.6 (SSA, s.f.-e), lo cual podría estar asociado a la eliminación del Programa Prospera y las corresponsabilidades de su componente de salud. Aunque las consultas prenatales cumplen con lo requerido en la NOM-007-SSA2-2016, que establece un mínimo de cinco consultas, la OMS amplió la recomendación en 2016 a mínimo ocho consultas prenatales (OMS, 2016).

- En 2021, de acuerdo con lo que reporta Aval Ciudadano,¹⁸ 49.2% de los usuarios de servicios públicos respondieron haber recibido todos los medicamentos que necesitaban en el primer nivel de atención (SSA, s.f.-h).¹⁹ Este indicador disminuyó gradualmente desde 2018, al pasar de 74.5% en dicho año a 65.1 % en 2019 y 59.3% en 2020. Asimismo, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) de la Secretaría de Salud muestra que el **porcentaje de surtimiento completo de medicamentos por primera vez en el primer nivel** de atención declinó en los años recientes para distintas instituciones públicas. Por ejemplo, en 2018, el ISSSTE surtía 92.0% de los medicamentos, pero 80.4% en 2021; análogamente, el IMSS pasó de proveer 88.9% de las recetas médicas a los usuarios en 2018 a surtir 72.0% en 2021 (SSA, s.f.-f). Por su parte, las unidades médicas que pertenecen al sistema del IMSS Bienestar disminuyeron el porcentaje de medicamentos surtidos en 2021, en comparación con 2018, pues en dicho año el IMSS Bienestar suministraba 94.6% de los medicamentos a la primera vez, en tanto que en 2021 se surtió 82.2% (SSA, s.f.-f).

Gráfica 11. Porcentaje de surtimiento completo de medicamentos a la primera vez por institución en el primer nivel de atención, México, 2018-2021



* Antes de 2018 IMSS-Bienestar era IMSS-Prospera y antes de 2014 era IMSS-Oportunidades.

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) de la SSA. Se considera el promedio cuatrimestral de cada año.

¹⁸ Aval Ciudadano es una figura creada por la SSA que faculta a ciertos grupos y organizaciones civiles con prestigio y credibilidad entre la población a visitar unidades de salud para avalar las acciones en favor del trato digno y garantizar que los informes emitidos por las instituciones de salud se apeguen a la realidad (SSA, s.f.-g).

¹⁹ Para el cálculo de este indicador se tuvo en cuenta a las unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud, del ISSSTE, de la Semar, del DIF, de los servicios médicos estatales y de los hospitales de alta especialidad.

Metodología del estudio exploratorio

A partir del marco analítico descrito previamente, se construyó un instrumento semiestructurado para realizar entrevistas a actores considerados en el estudio cualitativo en campo. Por un lado, se entrevistó a personas usuarias de los servicios de salud a fin de explorar las estrategias y acciones que utilizan para acceder al derecho, ya sea en los espacios públicos habilitados para la atención o en los servicios privados. Así también, se entrevistó a personas funcionarias con el objetivo de identificar los mecanismos utilizados para la implementación de las reformas a la LGS, y el contexto donde ocurre la federalización de los SESA en las entidades federativas.

Selección de la muestra de análisis

Para el análisis se construyó una muestra intencional²⁰ de entidades federativas que consideró los siguientes elementos: 1) población derechohabiente y usuaria de los servicios de salud (ISS, INSABI, IMSS-Bienestar o servicios privados); 2) Índice de Rezago Social, y 3) presencia de IMSS-Bienestar y federalización de los SESA. En primer lugar, se consideró la distribución del porcentaje de afiliación a los servicios de salud en las entidades federativas, a fin de identificar aquellos casos *representativos* en la afiliación para cada subsistema del Sistema Nacional de Salud (cuadro 9).

Cuadro 9. Tasa de afiliación a servicios de salud por tipo de institución por entidad federativa en México en 2020 por cada 100,000 habitantes

Entidad federativa	Instituciones de Seguridad Social*	INSABI	IMSS-Bienestar	Institución privada	No afiliados
Aguascalientes	61,748	19,079	118	2,230	18,384
Baja California	59,649	13,687	527	3,501	22,189
Baja California Sur	65,618	17,452	448	1,545	16,190
Campeche	41,469	35,259	964	802	21,899
Ciudad de México	55,669	13,071	230	4,823	27,175
Chiapas	17,496	45,788	3,056	595	32,735
Chihuahua	60,262	18,405	848	3,406	15,343
Coahuila	72,884	5,778	391	2,633	18,984
Colima	57,921	24,570	379	1,278	16,827
Durango	51,596	22,075	911	915	25,176
Guanajuato	42,168	35,380	369	1,520	20,678
Guerrero	24,034	49,277	1,025	403	25,192
Hidalgo	32,783	35,586	745	810	30,120
Jalisco	52,768	14,535	208	2,928	29,378
Estado de México	43,032	20,299	389	1,625	33,383
Michoacán	31,935	28,893	882	928	37,580
Morelos	39,614	31,370	315	1,239	28,007
Nayarit	48,578	28,037	1,725	1,048	22,100
Nuevo León	66,474	9,650	174	5,707	18,544
Oaxaca	22,268	46,014	2,349	463	29,428
Puebla	27,294	41,333	835	1,372	29,194

²⁰ El muestreo intencional o por conveniencia es un tipo de muestreo no probabilístico en el que la parte investigadora decide qué elementos integraran la muestra considerando aquellas unidades típicas de población que desea conocer (López, 2004).

Entidad federativa	Instituciones de Seguridad Social*	INSABI	IMSS-Bienestar	Institución privada	No afiliados
Querétaro	51,746	24,784	391	3,712	20,539
Quintana Roo	51,158	20,667	400	1,804	25,220
San Luis Potosí	45,890	34,083	1,557	2,302	17,372
Sinaloa	59,463	20,793	624	1,371	19,000
Sonora	63,761	15,796	344	2,761	18,600
Tabasco	31,931	33,085	590	897	31,444
Tamaulipas	56,380	20,854	462	1,697	20,236
Tlaxcala	30,854	39,560	336	1,150	26,556
Veracruz	35,566	35,088	1,341	865	27,640
Yucatán	48,314	27,063	1,145	2,589	21,763
Zacatecas	39,790	39,506	887	473	20,112

*IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar.

Fuente: elaboración del CONEVAL con información de INEGI (2021b).

En el caso de la condición de afiliación a los servicios de salud, de acuerdo con el INEGI, en 2020 45.0% de la población estaba afiliada a alguna de las ISS en el país (IMSS, ISSSTE, ISSSTE-estatal, Pemex, Sedena o Semar); 26.1 % manifestó contar con acceso a servicios de salud a través del INSABI –o, en su momento, del Seguro Popular–; 0.8%, a través del Programa IMSS-Bienestar, y el remanente de otras instituciones públicas o privadas. Por otra parte, 26.2% de la población no estaba afiliada a alguna institución (INEGI, 2021b).

Al analizar la información por entidad federativa, en 2020 las tasas de afiliación más altas por cada 100,000 habitantes para ISS se verificaron en Coahuila, Nuevo León y Baja California Sur; para las instituciones que cubre el INSABI, en Guerrero, Oaxaca y Chiapas; en el caso del IMSS-Bienestar, en Chiapas, Oaxaca y Nayarit; y para instituciones privadas, en Nuevo León, Ciudad de México y Querétaro. Asimismo, las entidades con tasas de población no afiliada más altas por cada 100,000 habitantes fueron en Michoacán, Estado de México y Chiapas (INEGI, 2021b) (cuadro 10).

Del mismo modo, se considera el estimado del porcentaje de la población por entidad federativa que tuvo necesidades de salud y la cascada de atención²¹ en los servicios públicos y privados (cuadro 5). Según la ENSANUT-Continua 2020 y 2021,²² de las 79,827 personas entrevistadas (36,103 en 2020 y 43,724 en 2021), 20 % mencionó haber tenido una necesidad de salud; de este grupo 84 % buscó atención y recibió atención (43.1 % en instituciones públicas frente a 56.9% en instituciones privadas). En este caso, los estados con los porcentajes más altos de utilización de servicios públicos fueron Coahuila, Tlaxcala y Zacatecas. Michoacán, Morelos y Tamaulipas destacaron con los porcentajes más altos de utilización de los servicios privados (INSP, 2022) (cuadro 10).

²¹ La cascada de atención permite saber qué parte de la población que tuvo alguna necesidad de salud en los últimos tres meses buscó atención; de estos, cuántos fueron atendidos y, por último, cuántos se atendieron en servicios públicos o privados. Cfr. INSP (2022).

²² La ENSANUT pasa de una encuesta sexenal a cinco encuestas anuales, de manera continua, de tal forma que al final del periodo de los cinco años (2020-2024) sea posible obtener una muestra con alcance nacional, urbano y rural y, principalmente, por entidad federativa. En adición, se busca que a lo largo de cada año se consolide una muestra con diferentes coberturas.

Cuadro 10. Porcentaje de población que en la cascada de atención reportó recibir atención en servicios públicos o en servicios privados, 2020-2021

Entidad federativa	Público (%)	Privado (%)
Coahuila	57.6	42.4
Tlaxcala	57.2	42.8
Zacatecas	56.4	43.7
Durango	52.5	47.5
Aguascalientes	52.3	47.7
Chihuahua	52.2	47.8
Nuevo León	51.2	48.8
Sonora	49.6	50.4
Jalisco	48.5	51.5
Yucatán	47.2	52.8
Chiapas	47.0	53.0
Baja California Sur	46.7	53.3
San Luis Potosí	46.0	54.0
Guanajuato	45.9	54.1
Ciudad De México	44.6	55.5
Quintana Roo	44.4	55.6
Colima	44.4	55.6
Baja California	44.2	55.8
Sinaloa	43.5	56.5
Hidalgo	43.3	56.7
Oaxaca	43.3	56.7
Guerrero	43.3	56.7
Querétaro	43.2	56.8
Nayarit	40.8	59.2
Campeche	39.8	60.2
Tabasco	38.6	61.4
Veracruz	37.9	62.1
México	37.5	62.5
Puebla	37.0	63.0
Morelos	36.6	63.4
Tamaulipas	36.4	63.6
Michoacán	33.9	66.1
Nacional	43.1	56.9

Fuente: elaboración del CONEVAL con información de INSP (2022).

Con base en esta información, la primera etapa para la definición de la muestra consistió en clasificar a las entidades federativas más *representativas* para cada una de las tasas de afiliación o no afiliación —al menos tres por cada rubro—, y dos relativas a la utilización de servicios públicos o privados según la cascada de atención (cuadro 11). Además, para aportar variabilidad a la muestra, los estados se categorizaron de acuerdo con el Índice de Rezago Social 2020 del CONEVAL.

Cuadro 11. Matriz de criterios de selección para las entidades federativas

Alta tasa de afiliación a los servicios de salud	Índice de Rezago Social			Cascada de atención	
	Bajo y muy bajo	Medio	Alto y muy alto	Alto porcentaje de utilización de servicios privados	Alto porcentaje de utilización de servicios públicos
Instituciones de Seguridad Social	Coahuila Nuevo León Baja California Sur				
INSABI			Guerrero Oaxaca Chiapas	Michoacán	Coahuila
IMSS-Bienestar		Nayarit	Chiapas Oaxaca	Tamaulipas Morelos Puebla	Tlaxcala Zacatecas
Servicios privados	Nuevo León Ciudad de México Querétaro				
No afiliados	Estado de México		Michoacán Chiapas		

*Entidades seleccionadas en la muestra en letra azul.

Fuente: elaboración del CONEVAL con datos del INEGI (2020) para la tasa de afiliación, CONEVAL (2021e) para el Índice de Rezago Social y del INSP (2022) para la cascada de atención.

La población de interés se encuentra, en su mayoría, en entidades federativas con altas tasas de afiliación al INSABI y al Programa IMSS-Bienestar, así como en aquellas en donde la población reporta con mucha frecuencia no encontrarse afiliada a alguno de los subsistemas de salud o utilizar servicios privados, en particular por el alto riesgo de incurrir en gastos de bolsillo para cubrir sus necesidades de atención. Ahora bien, las entidades federativas con altas tasas de afiliación a ISS aportan variabilidad a los escenarios, sobre todo en circunstancias en las que la pandemia por la COVID-19 pudo haber afectado el acceso efectivo al derecho a la salud.

En este sentido, y partiendo de las agrupaciones generadas, la definición de las seis entidades federativas para el análisis fue intencional, fundamentada tanto en criterios de accesibilidad para las entrevistas a personas funcionarias y usuarias de los servicios de salud, como en el contexto del cual parte el análisis: las reconfiguraciones al sistema de salud para transferir los servicios al IMSS-Bienestar. Las entidades federativas con grado de rezago social bajo o muy bajo seleccionadas fueron Baja California Sur y Querétaro, las cuales representan a los grupos de ISS y servicios privados. El estado de Chiapas fue seleccionado del grupo del INSABI, por contar con una de las tasas de afiliación más altas a este subsistema, y por su frecuencia en otros grupos característicos de la población sin seguridad social: IMSS-Bienestar y no afiliados.

En cuanto al grupo IMSS-Bienestar, Nayarit fue seleccionado por la alta tasa de afiliación a este subsistema, y por el compromiso firmado el 17 de marzo de 2022 para transferir los servicios de salud al IMSS-Bienestar (IMSS, 2022c, marzo). El estado de Michoacán fue incluido como parte del grupo con tasas altas de población no afiliada y por mostrar una elevada frecuencia en la cascada de atención propensa a demandar servicios privados. Por último, se seleccionó el estado de Tlaxcala con el propósito de representar el porcentaje de utilización de servicios públicos en 2020 y 2021, y también por el convenio marco firmado en febrero de 2022 para establecer en los servicios de salud de la entidad el MAS-Bienestar (IMSS, 2022d, febrero).

Asimismo, fueron seleccionados dos municipios por cada entidad federativa para la realización de entrevistas a personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. En el caso de Baja California Sur, debido a la factibilidad operativa y coordinación con la entidad, solo se entrevistó a las autoridades estatales y locales encargadas de proveer los servicios públicos de salud, mientras que, en el caso de Nayarit, se incorporaron dos municipios adicionales en donde se llevaron a cabo entrevistas con personas usuarias.

La selección de los municipios consideró como punto de partida tres criterios: 1) accesibilidad para el trabajo de campo, es decir, que fueran municipios con más de 40,000 habitantes —para evitar localidades remotas que pudieran presentar problemas de seguridad e incurrir en riesgos para el equipo de personas entrevistadoras—; 2) las mayores razones de mortalidad materna, como un indicador indirecto de la capacidad de los servicios de salud, y 3) existencia de unidades médicas urbanas de al menos dos núcleos básicos (dos profesionales de medicina y cuatro de enfermería) o tres núcleos básicos (tres profesionales de medicina, tres de enfermería y un/a cirujano/a dentista). No obstante, en algunos casos no fue posible cubrir alguno de los criterios, por lo que se buscó sustituir al municipio priorizando el criterio de la unidad médica —pues en este escenario se localizarían las personas a entrevistar— (cuadro 12).

Cuadro 12. Municipios y localidades seleccionadas para las entrevistas a personas usuarias de los servicios de salud

Grupo para entrevistas a usuarios	Entidades federativas	Municipios	Localidades
INSABI	Chiapas	Chenalhó La Concordia	Chenalhó El Ámbar Echeverría
IMSS-Bienestar	Nayarit	Del Nayar Santiago Ixcuintla Xalisco* Compostela* Jala*	Jesús María La Presa Xalisco Zacualpan Jomulco
Servicios privados	Querétaro	Cadereyta de Montes Colón**	Cadereyta Colón
No afiliados	Michoacán	Ecuandureo*** Jacona de Plancarte***	Ecuandureo Jacona
Federalización de los SESA	Tlaxcala	Apizaco** Tlaxco**	Apizaco San José Atotonilco

* Municipios incluidos en la muestra para sustituir las entrevistas de Baja California Sur, a fin de buscar variabilidad entre regiones. El municipio de Xalisco situado en el centro de Nayarit, muy cerca de la capital, Del Nayar en la sierra nayarita y Santiago Ixcuintla en la costa.

** Municipios con razón de mortalidad materna igual a cero en 2020, elegidos de acuerdo con los otros criterios. En el caso de Querétaro, se buscó agregar municipios que estuvieran fuera de la zona metropolitana a la capital, por lo que no se incluyó San Juan del Río ni El Marqués. En el caso de Tlaxcala, se decidió excluir el municipio de San Pablo del Monte por accesibilidad.

*** En un primer filtro de la muestra se seleccionaron los municipios de Chilchota y Sahuayo, sin embargo, no cuentan con unidades médicas de dos núcleos básicos, por lo que se decidió seleccionar a Ecuandureo y Jacona, municipios que también pertenecen a la Jurisdicción Sanitaria de Zamora.

Fuente: elaboración del CONEVAL.

Por último, para ubicar a los informantes de los servicios públicos se acudió a las unidades médicas de cada una de las localidades seleccionadas en la muestra. Las personas usuarias de los servicios privados se localizaron en sus domicilios, mediante la identificación de la jefa o el jefe del hogar para ser entrevistado. En lo que se refiere a la oferta de los servicios de salud, se recabó información de las personas clave del sector público de salud (ámbitos federal, estatal y local) que intervienen

en la prestación del servicio a la población sin acceso a la seguridad social, a través del INSABI, el IMSS-Bienestar y los SESA. Al respecto, se contactó directamente a las secretarías de Salud de cada estado seleccionado para agendar entrevistas.

Resultados del trabajo de campo

El trabajo de campo tuvo una duración de siete semanas, de septiembre a noviembre de 2022, en el que se llevaron a cabo un total de 124 entrevistas²² en las seis entidades seleccionadas. Se entrevistaron a 81 personas usuarias de servicios de salud, de las cuales 36 (44.4%) acudían a instituciones públicas de salud y las restantes 45 (55.6%), a establecimientos del ámbito privado (cuadro 13). Las personas entrevistadas, 65.4% de mujeres y 34.6% de hombres, tenían una edad promedio de 51.8 años (cuadro 13).

Cuadro 13. Características demográficas de las personas usuarias entrevistadas

Distribución por entidad federativa			
Entidad	Público	Privado	Total
Total	36	45	81
Chiapas	6	8	14
Michoacán	6	8	14
Nayarit	12	13	25
Querétaro	6	8	14
Tlaxcala	6	8	14
Grupos de edad (por grupo etario)			
Años	Mujeres	Hombres	Total
18 a 30	10	8	18
31 a 44	12	2	14
45 a 64	14	8	22
65 o más	16	10	26
No sabe	1	0	1
Escolaridad			
Escolaridad	Total	(%)	
Preescolar o sin educación	9	11.1	
Primaria terminada	36	44.4	
Secundaria terminada	20	24.7	
Educación media superior terminada	10	12.3	
Estudios superiores	6	7.4	

Fuente: elaboración del CONEVAL.

²² Considerando la estrategia de muestreo intencional que se utilizó para el diseño cualitativo del estudio, la selección de informantes está orientada a explorar elementos del derecho a la salud en el contexto actual, por lo que no se busca establecer generalizaciones, sino identificar particularidades del derecho en las entidades seleccionadas.

Por lo que se refiere a la oferta de los servicios de salud, se entrevistaron a 43 personas funcionarias. Del total, dos estaban adscritas a instituciones públicas federales: INSABI e IMSS-Bienestar, mientras que 41 personas corresponden a los SESA. Durante el trabajo de campo, el estado de Michoacán tuvo Declaratoria de Emergencia por un sismo en cinco municipios, lo que dificultó ampliar el número de entrevistas realizadas en el periodo contemplado para el trabajo de campo.

Estrategia de análisis cualitativo

La estrategia de análisis cualitativo comprendió un proceso de codificación abductivo²³ que toma como punto de partida las dimensiones del derecho a la salud sobre accesibilidad, disponibilidad y calidad —consideradas en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* (Coneval, 2018)— (aproximación deductiva), e integra categorías de análisis que surgen de los datos cualitativos en las respuestas obtenidas con los instrumentos para probar la teoría (aproximación inductiva). Esta combinación de enfoques permite explorar cualitativamente la complejidad de los factores asociados a la garantía del derecho a la salud.

En paralelo, se implementó un esquema de triangulación que involucra la convergencia entre múltiples fuentes de información para caracterizar las dimensiones del derecho a la salud (Creswell y Miller, 2000; Nowell y Albrecht, 2018). En este sentido, el análisis integra la evidencia proporcionada a partir de las percepciones recogidas de las personas usuarias de los servicios de salud —públicos y privados—, y la perspectiva de las personas funcionarias sobre las acciones que llevan a la práctica los SESA para que la población pueda acceder efectivamente a los servicios. Asimismo, y para algunas afirmaciones realizadas en cada subdimensión del derecho, se agregan indicadores y estadísticas que complementan la evidencia proporcionada.

Los hallazgos del análisis permiten identificar los principales obstáculos que encara la población sin seguridad social para hacer efectivo su derecho a la salud en los diferentes niveles de atención, proporcionando evidencia sobre los puntos focales para el desarrollo de políticas públicas en las entidades federativas seleccionadas; no obstante, es necesario señalar que el diseño metodológico no permite la generalización de los resultados.

En el caso de las personas funcionarias, se agregó una sección en la entrevista para abordar los principales cambios en los servicios de salud, instrumentados a partir de las reformas a la LGS, el INSABI y la federalización de los SESA. Para este caso, la sistematización de las respuestas dependió de si las afirmaciones dadas coadyuvaban al ejercicio del derecho a la salud (alcances), representaban una complejidad en términos de obstaculizar el acceso efectivo (limitaciones) o se situaban como áreas de oportunidad para la prestación de servicios de salud (retos).

²³ La aproximación abductiva combina elementos deductivos e inductivos para encontrar explicaciones que se ajusten mejor a la realidad estudiada. Así, mientras que los procesos inductivos parten de una orientación empírica, y los deductivos de entendimientos teóricos, el método abductivo utiliza los dos (Ashworth, McDermott y Currie, 2019).

Resultados del estudio exploratorio sobre el derecho a la salud

Las reformas a la LGS en 2019, y las modificaciones subsecuentes, establecieron un esquema dirigido a la universalización y gratuidad de la atención médica a partir de la redefinición operativa de las competencias del Gobierno federal y los estados para la prestación de los servicios de salud, medicamentos e insumos asociados a la atención de la población sin seguridad social. No obstante, esta serie de cambios ocurrió durante los primeros registros de contagio del virus SARS-CoV-2, situación que agudizó los retos para la implementación de las reformas y la provisión de los servicios de salud a la población sin seguridad social.

Con base en lo antes expuesto, se analizaron las dimensiones del derecho a la salud, a partir del marco analítico establecido en el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* (CONEVAL, 2018), a la par de los alcances, limitaciones y retos de los cambios organizacionales, en función de dos esquemas de rectoría: la coordinación de las entidades federativas con el INSABI y el entorno de la federalización de los SESA con el IMSS-Bienestar.

Al respecto, la primera parte de este apartado presenta los resultados del análisis del ejercicio del derecho a la salud, fundamentado en la información cualitativa recolectada. Para ello, se sistematizaron las respuestas de los usuarios de los servicios públicos y privados. La información se complementó con las entrevistas realizadas a las personas funcionarias estratégicas para la provisión de los servicios de salud en las entidades federativas seleccionadas. Adicionalmente, en cada subdimensión del derecho se retomaron indicadores y estadísticas que complementan los hallazgos.

Accesibilidad

La accesibilidad es entendida como la ausencia de barreras u obstáculos para obtener los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de los establecimientos y los problemas que pueden atender (CONEVAL, 2018).

La ubicación de las unidades médicas en las localidades donde se realizaron las entrevistas permite a las personas usuarias llegar a pie —lo cual toma de 10 a 30 minutos— para recibir la atención de primer nivel. Sin embargo, en algunos casos las personas deben transportarse en algún vehículo para llegar a los establecimientos físicos en virtud del estado de salud del o la paciente (por ejemplo, personas adultas mayores o con alguna discapacidad). Por otro lado, algunas personas señalan que asistir a los CAF es más accesible, y suelen utilizarlo principalmente para recibir atención a enfermedades que no presentan complicaciones o solo requieren revisiones de *rutina*. En el caso de la localidad de Jesús María, en Nayarit, las personas entrevistadas no acuden a los servicios de salud privados, debido a que se trata de una comunidad indígena Cora aislada que carece de esta modalidad de atención.

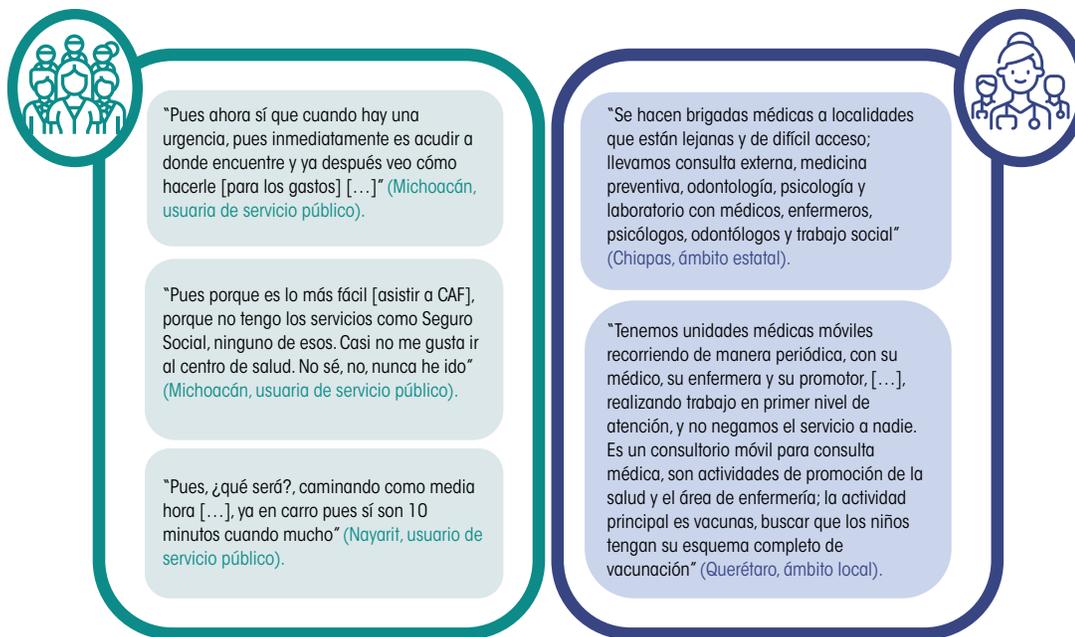
Algunas personas funcionarias a nivel estatal señalan que existen estrategias desarrolladas desde dicho ámbito para ampliar la cobertura de los servicios de salud. Para las zonas alejadas y de difícil acceso, las entidades federativas se apoyan en el Programa FAM, caracterizado por contar con Caravanas de la Salud y unidades móviles de atención, dirigido a la prestación de servicios de atención

primaria a la salud en localidades que no cuentan con unidades de salud fijas, clínicas o centros de salud para otorgar atención permanente que provea de servicios. En adición, se organizan actividades como brigadas médicas, ferias de salud y campañas de vacunación, entre otras.

El FAM ha funcionado como brazo operativo de los SESA para llevar los servicios de salud a las comunidades más alejadas en las entidades federativas. Sin embargo, el programa ha experimentado una baja constante del número de consultas de atención médica otorgadas a la población que habita en localidades aisladas menores de 2,500 personas, sin acceso físico a servicios de salud. En 2017, el programa otorgó 2,536,886 consultas, mientras que para 2021 el número disminuyó a 1,189,774, lo cual representó un cumplimiento de 48.8 % de su meta relativa esperada (2,365,768) (CONEVAL, 2021d). De acuerdo con la Cuenta Pública 2021, esta disminución deriva de que el programa se sumó a las acciones de atención a la contingencia sanitaria, originada por la pandemia. Asimismo, mencionan que algunas entidades refieren mantener las unidades médicas móviles ancladas o fijas por falta de gastos para la operación y vigencia de vida útil de los vehículos (SHCP, 2022).

La accesibilidad física a los servicios de salud solo es más visible en la atención de primer nivel para la población sin seguridad social. Ante una necesidad de atención más compleja o especializada, las personas acuden a las localidades más cercanas que cuenten con el servicio que requieren —o a la capital del estado—, lo cual tiene un impacto importante en la accesibilidad física y económica. Sobre este tema, en la Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza, se estima que en 2020 a 117,416 habitantes residentes en 6,193 localidades del país les tomó más de una hora de traslado llegar a una de las unidades de salud de primer nivel de atención (CONEVAL, 2022). Además, 3.4 millones de habitantes residentes en 40,413 localidades tardaron más de una hora en llegar a los servicios de salud de segundo nivel, y por último, a 46.9 millones de personas, en 144,985 localidades, el traslado hacia infraestructura pública de tercer nivel les llevaba más de una hora (CONEVAL, 2022).

Ante estos escenarios, las entidades federativas han optado por diversas estrategias para acercar los servicios a la población sin seguridad social, como la adaptación de las unidades de salud disponibles o la adopción de tecnologías para acercar los servicios especializados. Por ejemplo, en el caso de Baja California Sur, se menciona que no cuentan en el estado con un hospital de tercer nivel, por lo que no se brinda la atención y, en consecuencia, deben adaptar las unidades de segundo nivel con especialidades que cubran los principales padecimientos de tercer nivel. En el estado de Querétaro refieren que utilizan la telemedicina como mecanismo para "acercar a los especialistas a la gente que no tiene la posibilidad de acercarse a la capital, mediante una consulta vía telemedicina y, además les mandamos los insumos especializados que les está recetando el especialista". No obstante, en México el acceso a unidades médicas con telesalud aún es limitado, siendo que solo 2.4% de las unidades médicas cuentan con este servicio (SSA, s.f.-d).



"Pues ahora sí que cuando hay una urgencia, pues inmediatamente es acudir a donde encuentre y ya después veo cómo hacerle [para los gastos] [...]" (Michoacán, usuaria de servicio público).

"Pues porque es lo más fácil [asistir a CAF], porque no tengo los servicios como Seguro Social, ninguno de esos. Casi no me gusta ir al centro de salud. No sé, no, nunca he ido" (Michoacán, usuaria de servicio público).

"Pues, ¿qué será?, caminando como media hora [...], ya en carro pues sí son 10 minutos cuando mucho" (Nayarit, usuario de servicio público).

"Se hacen brigadas médicas a localidades que están lejanas y de difícil acceso; llevamos consulta externa, medicina preventiva, odontología, psicología y laboratorio con médicos, enfermeros, psicólogos, odontólogos y trabajo social" (Chiapas, ámbito estatal).

"Tenemos unidades médicas móviles recorriendo de manera periódica, con su médico, su enfermera y su promotor, [...], realizando trabajo en primer nivel de atención, y no negamos el servicio a nadie. Es un consultorio móvil para consulta médica, son actividades de promoción de la salud y el área de enfermería; la actividad principal es vacunas, buscar que los niños tengan su esquema completo de vacunación" (Querétaro, ámbito local).

Por otro lado, en lo relativo a la accesibilidad económica, las personas usuarias de los servicios de salud públicos señalan que en ocasiones incurren en gastos de bolsillo cuando es necesaria una atención médica de mayor complejidad o especializada, en particular por aquellos gastos asociados al traslado, la alimentación y el hospedaje en la localidad donde acuden mientras dura el tratamiento. Por ejemplo, en Michoacán, cuando las personas usuarias requieren estudios de laboratorio son canalizadas al Hospital General de Zamora para su revisión de médicos especialistas; sin embargo, aun cuando los servicios son gratuitos, estas deben solventar gastos diferenciados de alimentación y transporte de manera diferenciada: para los habitantes del municipio de Ecuandureo los costos son por lo menos de 70 pesos para un viaje de ida y vuelta, mientras que los de Jacona deben gastar 20 pesos para ir y regresar. De conformidad con la ENIGH, 4.6% de la población en México indicó en 2020 no haber buscado atención médica debido a que no tenía dinero para atenderse (INEGI, 2021a).

Las personas funcionarias enfatizaron que se desarrollan esfuerzos continuos a fin de acercar los servicios de salud a las poblaciones marginadas. Por ejemplo, en cuanto a las distancias para el traslado, en Chiapas utilizan las ferias de salud como una opción para los usuarios que no tienen recursos para asistir a las unidades médicas. Sin embargo, uno de los retos que persiste en los estados ha sido la falta de personal especializado que acepte ir a las áreas más alejadas de la entidad. Asimismo, en Querétaro, por ejemplo, indican hacer uso del programa "Caravanas" complementado con unidades del propio estado, para proporcionar consultas en comunidades carentes de centros de salud, las cuales acuden una o dos veces al mes.



"[Me hago los estudios] en el hospital general; si no hubiera ahí, no los asumiría [los costos] porque están muy caros, y si están muy caros, pues no me los hago" (Querétaro, usuario de servicio privado).

"A veces sí, a veces no, porque una medicina muy cara es la de diabetes. [El doctor] le quitó la que nos dan aquí y le recetó otra que me cuesta 1,200 [pesos]; a veces completamos y a veces no" (Nayarit, usuaria de servicio privado).

"La pravastatina y el bezafibrato no los hay; hay que comprarlos [...]. Pues sí me afecta, ¿verdad?, porque pues soy sola, entonces [...] pues ese dinero ya lo gasté en medicamentos en vez de otra cosa de mi casa" (Nayarit, usuaria de servicio público).



"El costo no es para el paciente, el costo sería en cuanto al familiar, que tiene que trasladarse; es gasto en compra del alimento, ver dónde se van a quedar" (Querétaro, ámbito estatal).

"La gente dejó de ir a los centros de salud porque no estaba el médico, porque a lo mejor se paralizó todo y no tenían el medicamento, y prefirió ir a las farmacias económicas para recibir una atención porque sabían que el médico estaba ahí [...]. La población optó ir por los lugares a donde tenían una atención segura, y nuestras consultas se desplomaron totalmente. Entonces, ahorita estamos trabajando en volver a ganar, acercar al paciente al centro de salud" (Nayarit, ámbito estatal).

De igual manera, en las entidades federativas mencionan que se ha procurado mantener y garantizar una atención y acceso completamente gratuitos al derecho; por ejemplo, destacan la gratuidad en los servicios de salud durante la pandemia por la COVID-19, cuando las personas recibieron atención médica sin costo para su cuidado y tratamiento. Y sobre los avances que han tenido las reformas a la ley, en algunos estados se reconoció la gratuidad de los servicios, ya que se han erradicado las cuotas de recuperación en los servicios de salud.

Por otro lado, en torno al acceso a la información, se identificaron casos en los que existe desconocimiento sobre los derechos que tienen las personas usuarias en materia de salud. En general, las personas usuarias entrevistadas no tienen claridad sobre las funciones del sistema de salud IMSS-Bienestar, e incluso en algunas regiones existe la percepción de que el Seguro Popular continúa vigente. Algunas personas usuarias de consultorios particulares consideran que no pueden acceder a los servicios públicos para la población sin seguridad social, al no estar afiliados a los esquemas del IMSS o del ISSSTE, de modo que piensan que deben pagar por consultas o medicamentos. Este desconocimiento del derecho tiene consecuencias en la asistencia a las unidades médicas para el control y prevención de enfermedades. Por ello se requiere una estrategia de comunicación a la población sobre los servicios que puede recibir.



"Aquí se maneja lo que es Seguro Popular" [al preguntar con cuáles servicios médicos cuentan los miembros del hogar] (Chiapas, usuario de servicio privado).

"No lo sabía" [al preguntar sobre la atención gratuita que ofrecen las unidades médicas públicas a personas sin esquema de seguridad social] (Michoacán, usuario de servicio privado).

"No, fíjese que ni idea. Tiene como dos meses que a mi hija le dieron una tarjetita de no sé de qué, y de que es gratuito, y no he ido para lo que es gratuito, igual y todo: para los ojos, para la dentadura, para todo" (Tlaxcala, usuario de servicio privado).



"Cuando terminó el Programa de Prospera, principalmente mi unidad médica, dábamos alrededor de 2,500 consultas al mes; entonces fue un bajón que yo dije: '¿qué está pasando?'. Aquí bajó como [a] 1,500 al mes, entonces era mucho" (Baja California Sur, ámbito estatal).

"Sí, tuvo mucho impacto [la eliminación del Programa Prospera], porque con aquel sistema o con Prospera se tenía de alguna manera a la población más cautiva, porque se les daban algunos incentivos de tipo económico, aparte de algunas otras prestaciones. Entonces, de pronto se les retiraron y la comunidad o la población como que perdió interés por la atención" (Michoacán, ámbito local).

Al respecto, las personas funcionarias entrevistadas mencionan que la terminación de Prospera Programa de Inclusión Social impactó en los mecanismos existentes para la difusión relevante sobre los servicios de salud disponibles. De acuerdo con la información proporcionada, la conclusión del programa provocó que las personas que acudían a los centros de salud para consultas o pláticas de prevención ahora asistan solo cuando están enfermas y demandan la atención médica, lo que afecta particularmente a mujeres embarazadas, niñas y niños, y personas con alguna enfermedad crónica.

Para subsanar esta discontinuidad en la información, el personal médico utiliza diferentes estrategias para dar a conocer el derecho a la salud, principalmente sobre el acceso que hay a los diferentes servicios y niveles de atención. Algunas de las estrategias empleadas por el personal médico son las redes sociales y páginas oficiales, transmisiones de radio, reuniones con las personas usuarias e incluso pláticas en las salas de espera según el contexto en cada entidad o municipio. En los sitios más alejados, la difusión se realiza mediante carteles, con el apoyo tanto de las entidades municipales o escuelas como de la misma población para transmitir la información. Así también, cuando realizan las Caravanas, brigadas de atención médica o campañas del FAM, se informa a la población sobre la atención y servicios que brindan y los derechos en salud.



“Se ha hecho mucha actividad de promoción en escuelas, en otras instituciones de atención pública y demás, incluidas las de salud. Se hace campaña, trabajamos con los municipios y con los ayuntamientos para que nos ayuden a promover en ciertas localidades, sobre todo las más lejanas” (Querétaro, ámbito local).

“Tenemos, dentro de nuestros modelos de atención, reuniones con grupos, con comités, con regidurías de salud de los municipios, y ahí les exponemos los derechos del paciente, los derechos de salud, los derechos del binomio, los lineamientos interculturales, los códigos de ética y conducta, porque muchos de ellos no están; entonces nosotros vamos por las comunidades, difundimos los derechos que como pacientes tienen y la accesibilidad a los servicios” (Tlaxcala, ámbito local).

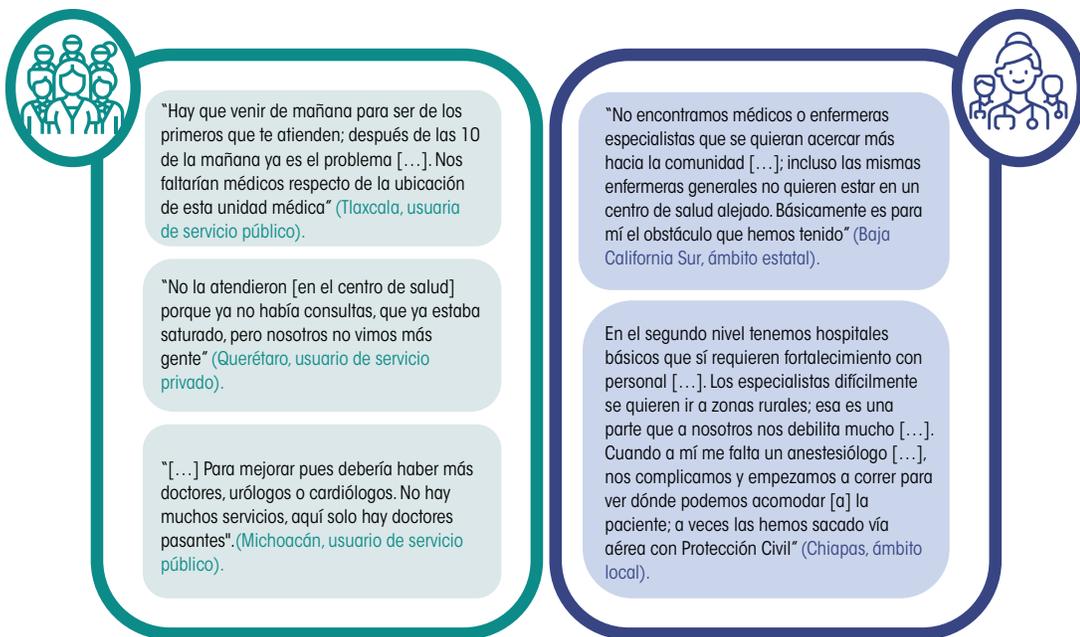
“Acercamientos con la población a través de diferentes medios, de redes sociales, que los servicios se van a seguir otorgando en las unidades. Emitimos pósters de derechos y obligaciones de los pacientes, sobre todo en las localidades más alejadas, en donde opera el programa de Fortalecimiento de la Atención Médica” (Baja California Sur, ámbito estatal).

“Se realizan pláticas en las salas de espera [...]. Somos una colonia o ejido y tenemos representantes locales como es el comisario ejidal, como es el agente municipal. Entonces se hacen reuniones en las cuales se les da a conocer cuáles son los servicios que tenemos, qué es a lo que tienen derecho y, como repito, reforzamos en la parte aquí interna de la unidad con pláticas del mismo personal de salud, que les dice cuáles son sus derechos para recibir atención” (Chiapas, ámbito local).

Disponibilidad

La disponibilidad es entendida como la suficiencia de los servicios, instalaciones y equipos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa el derecho a la salud para toda la población (CONEVAL, 2018). En este sentido, la disponibilidad considera subdimensiones asociadas a la suficiencia de recursos humanos capacitados para brindar la atención médica en los distintos niveles; así como los recursos físicos para que el Sistema Nacional de Salud cumpla con sus atribuciones para garantizar el derecho, ya sea por la existencia de infraestructura suficiente y de calidad, o por los recursos materiales para su correcto funcionamiento y capacidad resolutive.

Las personas funcionarias entrevistadas señalan que una de las limitantes para la provisión efectiva de los servicios de salud se deriva de la falta de médicos especialistas en las entidades federativas, particularmente en zonas rurales. Existe la percepción de que las personas especialistas de los servicios de salud prefieren desempeñar sus funciones en grandes hospitales de zonas urbanas, y difícilmente se desplazan a regiones más alejadas por motivos de distancia geográfica, cuestiones de inseguridad o condiciones laborales. Por ejemplo, en Tlaxcala mencionan que esta situación podría estar vinculada a las condiciones de contratación y salarios ofrecidos para médicos especialistas —alrededor de 200 pesos por jornada para una guardia de hospital de segundo nivel—, lo cual repercute de forma negativa en la oferta y prestación de los servicios en algunas zonas del estado.



"Hay que venir de mañana para ser de los primeros que te atienden; después de las 10 de la mañana ya es el problema [...]. Nos faltarían médicos respecto de la ubicación de esta unidad médica" (Tlaxcala, usuaria de servicio público).

"No la atendieron [en el centro de salud] porque ya no había consultas, que ya estaba saturado, pero nosotros no vimos más gente" (Querétaro, usuario de servicio privado).

"[...] Para mejorar pues debería haber más doctores, urólogos o cardiólogos. No hay muchos servicios, aquí solo hay doctores pasantes". (Michoacán, usuario de servicio público).

"No encontramos médicos o enfermeras especialistas que se quieran acercar más hacia la comunidad [...]; incluso las mismas enfermeras generales no quieren estar en un centro de salud alejado. Básicamente es para mí el obstáculo que hemos tenido" (Baja California Sur, ámbito estatal).

En el segundo nivel tenemos hospitales básicos que sí requieren fortalecimiento con personal [...]. Los especialistas difícilmente se quieren ir a zonas rurales; esa es una parte que a nosotros nos debilita mucho [...]. Cuando a mí me falta un anestesiólogo [...], nos complicamos y empezamos a correr para ver dónde podemos acomodar [a] la paciente; a veces las hemos sacado vía aérea con Protección Civil" (Chiapas, ámbito local).

Este *déficit de personal* impacta de manera diferenciada a la población sin seguridad social, ante todo a las personas usuarias que viven en zonas rurales. En algunos municipios de la muestra, las personas usuarias de los servicios de salud públicos asocian los altos tiempos de espera que pasan en las unidades médicas a la insuficiencia de personal para la atención oportuna en las consultas de primer nivel. En algunas unidades médicas de la muestra, los servicios de salud se brindan a través de personal médico pasante, cuya rotación continua obstaculiza el seguimiento personalizado y especializado. Esto sumado a que la atención solo se proporciona en determinados horarios y, casi siempre, de lunes a viernes por las mañanas.

En concordancia con el Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS) del CONEVAL, la razón de médicos generales y especialistas en contacto con el paciente en unidades médicas públicas por cada 10,000 habitantes a nivel nacional fue de 14 en 2019. Este indicador se ha mantenido estable desde 2016, cuando también se ubicaba en 14 médicos en contacto con el paciente por cada 10,000 habitantes. Entre las entidades con las razones más bajas se encuentran el Estado de México, Chiapas y Puebla con 10.3, 10.6 y 11.1, respectivamente (CONEVAL, s.f.-b). El caso de Chiapas es particular porque ha sido la razón que más disminuyó desde 2016 (11.8), con una reducción de 1.2 puntos porcentuales para el año 2019 (10.6). Según la Secretaría de Salud, considerando solo médicos especialistas, la razón en México es de 7.5 por cada 10,000 habitantes (SSA, s.f.-e).

A tal efecto, las personas funcionarias refieren la existencia de esfuerzos para la contratación de personal médico, principalmente con los apoyos del INSABI y la "Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Recursos Humanos para la Salud", la cual procuró contar con personal para fortalecer las capacidades médicas durante la contingencia sanitaria, mismo que —al concluir la pandemia— se incorporó a los SESA (INSABI, 2022b). De manera adicional, el 8 de mayo de 2022 el Gobierno federal

firmó un convenio de colaboración con el gobierno de Cuba a través del cual llegaron especialistas médicos cubanos/as al país con el objetivo de brindar atención especializada en las entidades federativas y las zonas con baja oferta de especialistas (Presidencia de la República, 2023).

En torno a este tema, las personas funcionarias entrevistadas destacan que la contratación de personal médico cubano para las unidades de salud podría fortalecer la disponibilidad de recursos humanos, en particular para acercarlos a los lugares donde las personas especialistas no quieren llegar. Por ejemplo, en Nayarit mencionan que para especialistas en salud no es redituable económicamente ir a zonas rurales, por lo que la brigada médica cubana es de gran ayuda para acercar los servicios a las regiones más alejadas de la capital. No obstante, esta estrategia ha enfrentado retos que limitan su alcance operativo, pues parte del personal de las brigadas cubanas no ha logrado incorporarse a los servicios porque está pendiente su regularización migratoria en el país o porque no ha sido posible homologar sus títulos para obtener cédulas profesionales.



"Otras situaciones: que en este momento no contamos con título ni cédula de estos médicos, que están en proceso, que nos los van a mandar porque están todavía en los trámites migratorios" (Baja California Sur, ámbito estatal).

"Ahorita nos han llegado alrededor de 20 o 21 [médicos cubanos] que están asignados a los hospitales. El problema que tenemos con ellos es que están apoyando pero no tenemos hasta la fecha su título ni cédula, entonces están como apoyo pero no entran a la operación como tal [...]. Ya se les solicitó, porque ya tienen bastante tiempo aquí, alrededor de un mes. Pero pues no, no todavía. La Secretaría, como tal, no se quiere hacer responsable de poderlos soltar porque no cuentan con una cédula" (Baja California Sur, ámbito estatal).

"Es bien difícil que un médico especialista ciudadano quiera irse a una zona rural, o sea, económicamente no es redituable para ellos. Ellos ganan en dos días de consultas privadas lo que van a ganar en una quincena. No, no es redituable. Y la llegada de estos médicos [cubanos], pues se fueron a la batalla, a las unidades más alejadas, y sí han sido de gran ayuda" (Nayarit, ámbito estatal).

"Tenemos mucha deficiencia en cuanto a contar, incluso, con médicos generales, porque no quieren ir a las comunidades. Ellos están más interesados en otro tipo de medicina. Yo creo que [...] desde la escuela de medicina se debiera de hacer un poco más de énfasis en tratar de educar a nuestros alumnos para que estén enfocados más a la atención de primer nivel, porque todos nuestros médicos quieren ser especialistas y estar en los grandes hospitales" (Querétaro, ámbito estatal).

En cuanto a la infraestructura en salud de primer nivel de atención, las personas usuarias de los servicios públicos consideran que existen áreas de oportunidad en las condiciones físicas de las unidades médicas donde recibieron atención. En las entrevistas, las personas declararon que las condiciones de las salas de espera no son óptimas y que en ocasiones los asientos son insuficientes para el número de personas que demandan atención, por lo que deben esperar la consulta de pie —lo cual dificulta la espera para las personas adultas mayores—. Una queja recurrente fue acerca de los baños en los centros de salud, ya que tienen agua corriente, pero en ocasiones no cuentan con papel o jabón, y se observan descuidados o faltos de higiene. En contraste, las personas usuarias de los servicios privados declaran que consideran que las condiciones de los CAF o clínicas a las que acuden son adecuadas y están limpias.

Las personas funcionarias reconocen que hay casos en los que la infraestructura requiere mantenimiento preventivo y correctivo por falta de fondos destinados a estas áreas. En una entidad señalaron que, hasta finales de 2022, no habían recibido recursos para tal efecto, por lo que tenían que idear estrategias adicionales para procurar el mantenimiento (aire acondicionado, planta de emergencia, pintura para las instalaciones o impermeabilización de las unidades) de hospitales a través de fondos estatales. No obstante, en algunas entrevistas mencionan que el INSABI contribuyó con parte del presupuesto para el fortalecimiento de la infraestructura pública, ya sea para la construcción de nuevas unidades o la rehabilitación de las existentes. En Nayarit, Chiapas, Querétaro y Tlaxcala mencionan que hubo acciones enfocadas en la remodelación y rehabilitación de las unidades con recursos recibidos de esta institución; en particular, en el ámbito local en Chiapas utilizaron estos recursos para adquirir "...escritorios, sillas, negatoscopios, que no tenemos en el consultorio para valorar una radiografía, lámparas de exploración, estuches diagnósticos, estetoscopios para el control de nuestras embarazadas, baumanómetros, pues los que tenemos ya estaban bastante desgastados".

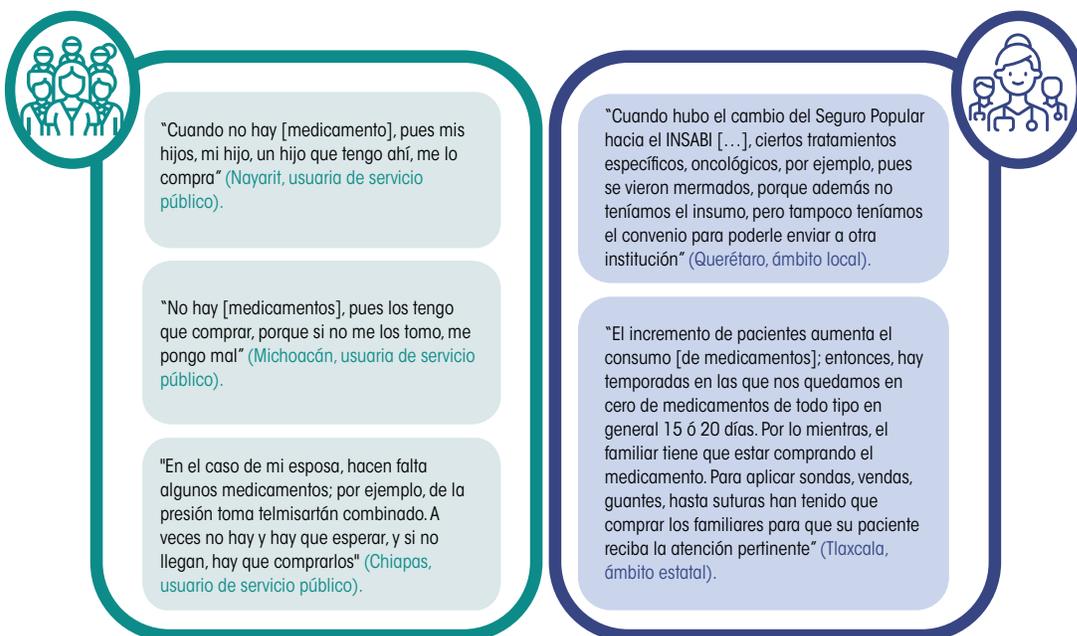
El fortalecimiento de la infraestructura médica puede observarse en las unidades de hospitalización en México. De acuerdo con la Secretaría de Salud, de 2012 a 2019 han pasado de 1,307 a 1,361 unidades, y a 1,442 para 2021 —con un incremento de 81 unidades para este último periodo—; y si bien, estas unidades se han incrementado tanto en las localidades urbanas como en localidades rurales, es importante mencionar que la composición se ha mantenido constante en el periodo referido, pues en promedio, las localidades urbanas concentran el 93.8 % del total de unidades de hospitalización (SSA, s.f.-d; INEGI, 2021b). Asimismo, el número de camas censables²⁵ en unidades médicas públicas por cada 10,000 habitantes en el país ha oscilado entre 0.71 y 0.74 de 2012 a 2021. (SSA, s.f.-d).

Un elemento importante para garantizar la disponibilidad del derecho a la salud es la existencia de medicamentos y materiales de curación, insumos que son parte de la atención médica y continuidad del servicio. Con ese objeto, la mayoría de las unidades médicas de la muestra seleccionada cuenta con farmacias entre los servicios que ofrece, aunque las personas usuarias mantienen la percepción de que existe desabasto de medicamentos, ya que estos no son entregados de manera regular o hay ocasiones en las que no están en existencia.

Lo anterior causa que las personas sin seguridad social incurran en gastos de bolsillo asociados al traslado a zonas con farmacias particulares y a la compra de medicamentos. Según el INDICAS, para finales de 2022 el porcentaje de medicamentos surtido de manera completa a la primera vez en el ámbito urbano fue de 71.5 para las instituciones de la Secretaría de Salud y de 52.9 para el IMSS-Bienestar —aunque solo reporta San Luis Potosí del ámbito urbano—. En el ámbito rural, el porcentaje alcanza 76.4 para la Secretaría de Salud y 89.8 para las unidades del IMSS-Bienestar (SSA, s.f.-f).

²⁵ Se denomina cama censable a la cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de los/as pacientes internos; debe contar tanto con los recursos indispensables de espacio como con los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

Algunas personas funcionarias señalan que la distribución y entrega de medicamentos para la población sin seguridad social tuvo afectaciones con el INSABI, específicamente con la implementación de las compras consolidadas, lo cual implicó que las personas usuarias no recibieran la totalidad de claves solicitadas, desabasto en medicamentos especializados —oncológicos— o extemporaneidad en la entrega de estos; por lo que se les pidió a las familias asumir el costo del medicamento. Por ejemplo, en Querétaro, identificaron que un reto importante del primer nivel de atención es garantizar el abasto de insumos, pues en algunas Unidades de Salud no hay insulina, medicamentos antihipertensivos o métodos anticonceptivos —insumos programados desde el INSABI—. De igual manera, un punto que fue señalado como crítico es que, a pesar de que sí reciben los medicamentos, en ocasiones estos llegan con meses de retraso o se recibe más de lo requerido, por lo que el tema de la capacidad es preocupante.



"Cuando no hay [medicamento], pues mis hijos, mi hijo, un hijo que tengo ahí, me lo compra" (Nayarit, usuaria de servicio público).

"No hay [medicamentos], pues los tengo que comprar, porque si no me los tomo, me pongo mal" (Michoacán, usuaria de servicio público).

"En el caso de mi esposa, hacen falta algunos medicamentos; por ejemplo, de la presión toma telmisartán combinado. A veces no hay y hay que esperar, y si no llegan, hay que comprarlos" (Chiapas, usuario de servicio público).

"Cuando hubo el cambio del Seguro Popular hacia el INSABI [...], ciertos tratamientos específicos, oncológicos, por ejemplo, pues se vieron mermados, porque además no teníamos el insumo, pero tampoco teníamos el convenio para poderle enviar a otra institución" (Querétaro, ámbito local).

"El incremento de pacientes aumenta el consumo [de medicamentos]; entonces, hay temporadas en las que nos quedamos en cero de medicamentos de todo tipo en general 15 ó 20 días. Por lo mientras, el familiar tiene que estar comprando el medicamento. Para aplicar sondas, vendas, guantes, hasta suturas han tenido que comprar los familiares para que su paciente reciba la atención pertinente" (Tlaxcala, ámbito estatal).

Un factor adicional que obstaculizó la disponibilidad de los servicios de salud fue la pandemia por la COVID-19. La estrategia a nivel nacional que se puso en marcha para la atención de la emergencia sanitaria fue la reconversión hospitalaria, lo que significó que distintos hospitales fueran designados para la atención exclusiva de pacientes con COVID-19. En algunos casos se presentaron barreras culturales para la atención de la salud de la población, como la estigmatización y temor a la enfermedad, lo cual refleja una laguna significativa en la estrategia de comunicación, educación y vinculación social en salud. En este sentido, se refirió que la demanda de atención disminuyó. Las zonas rurales fueron de las más afectadas en la prestación de servicios durante la pandemia.



"Nosotros no tuvimos como tal la reconversión, pues [a] la zona en la que nos encontramos [...] le fue muy difícil aceptar lo que es el COVID; ellos lo veían como que era parte de un programa de gobierno, no creían que exista como tal la enfermedad. Entonces prácticamente en cuanto a COVID los usuarios no acudían a atención con nosotros, se quedaban en su domicilio" (Chiapas, ámbito local).

"Nosotros prácticamente sí garantizamos el servicio, teníamos 24/7 durante toda la pandemia, y el resto de las unidades pues creo que algunas sí estaban cerradas, solamente estaban como tal laborando en hospitales, algunos centros de salud urbanos, pero la parte rural fue la menos favorecida" (Chiapas, ámbito local).

"Tuvimos muy poca demanda en todos los sentidos. 'No voy para no contagiarme'; 'Si voy, me van a internar y me van a matar'; muchas cuestiones que los mismos usuarios comentaban. Pero yo creo que sí se vio disminuida" (Tlaxcala, ámbito local).

"Son 16 hospitales, de los cuales van entre básicos, comunitarios y generales, de los 16 solo funcionaban 4: 4 resolutivos para todo el Estado. Entonces, como no funcionaba la parte de abajo [...], toda la gente estaba paniqueada, médicos renunciaron, otros metieron 6 meses sin goce de sueldo, otros protegieron primeramente su salud, descuidando las unidades rurales" (Nayarit, ámbito local).

La cobertura de la vacunación aporta evidencia sobre diferentes aspectos relacionados con garantizar la disponibilidad de los servicios de salud y cuidados preventivos. En este caso, la pandemia influyó negativamente en la cobertura de vacunas para las personas menores de un año. De acuerdo con el cumplimiento efectivo de metas de los programas presupuestarios en 2020, el Programa de Vacunación presentó un rango deficiente que podría estar asociado a las medidas adoptadas de prevención y contención de la propagación de la COVID-19 que repercutieron en una baja demanda de los biológicos en las unidades de salud, a la reasignación del personal de vacunación de los centros de salud a los módulos de aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2 y a la falta de disponibilidad de biológicos por parte de los laboratorios productores (CONEVAL, 2022).

Al respecto, las personas funcionarias entrevistadas señalan que realizan estrategias de identificación y localización de pacientes para la aplicación de las vacunas, por medio de campañas, brigadas, ferias de salud y con el auxilio del Programa FAM. Por ejemplo, en Chiapas y Querétaro señalan que algunas estrategias van orientadas a buscar a menores de un año casa por casa o a través de las Caravanas de Salud para procurar garantizar el esquema de vacunación.

Calidad

La calidad hace referencia a que la atención médica y hospitalaria sea otorgada de manera oportuna a la población, partiendo de que sean procesos seguros, efectivos y respetando la dignidad y autonomía de las personas (CONEVAL, 2018). En este sentido, el estudio cualitativo explora si las personas usuarias entrevistadas reciben la atención necesaria en el momento oportuno cuando son afectadas por alguna condición que ponga en riesgo su vida; el grado de mejora a la salud de las personas a partir de los servicios de atención médica; y, por último, la experiencia de las personas en tanto el personal médico da prioridad a sus necesidades, respetando sus preferencias sociales.

En relación con la calidad de los servicios de salud, en primer lugar, las personas usuarias de los servicios públicos señalan entre las principales dificultades para acceder de manera oportuna a la atención médica los largos tiempos de espera en las clínicas de salud. En términos generales, es necesario acudir a las unidades médicas desde temprano para solicitar una ficha que les permita regresar más tarde para ser atendidas por el personal médico —o esperar en la unidad médica por un periodo que puede variar entre 20 minutos y 4 horas—. En ninguna de las unidades seleccionadas para la muestra es posible agendar citas por teléfono o internet. Asimismo, algunas personas señalan que no siempre pueden conseguir una ficha para ser atendidas, por lo que deben regresar al día siguiente para obtenerla.

Existen casos en los que las personas usuarias han sido rechazadas de las unidades médicas por la alta demanda de atención, por lo que tienen que recurrir a los servicios privados. Estos obstáculos incentivan la preferencia de las personas usuarias por los servicios de salud que ofrecen los CAF. Las personas que acuden a estos establecimientos pueden obtener atención básica más rápida, con tiempos de espera de 15 minutos, sin necesidad de hacer cita y con un trato amable por parte del personal médico. La cascada de atención reportada por la ENSANUT 2021 arroja que una proporción importante de la población derechohabiente se atendió en servicios privados: 39% en el caso del IMSS y 49% en el caso de ISSSTE. En cuanto a la población sin seguridad social que recibe atención en los SESA, 66% se atendió en servicios privados: 42% con médicos privados y 24% en CAF (INSP, 2022).

Las personas funcionarias entrevistadas refieren que, en algunas unidades médicas, resulta complejo mejorar los tiempos de espera porque son unidades asignadas para la atención de diversas localidades. Por ejemplo, en el ámbito local en Chiapas existen casos en los que un centro de salud es el núcleo de localidades que están a más de una hora de distancia y, para acudir, las personas usuarias son transportadas en camionetas *fleteras* con rutas establecidas entre las 5:00 y 8:00 horas para la salida —y con horario de regreso entre las 15:00 y 18:00 horas—. Como las personas llegan en grupos, es difícil establecer el orden de atención, afectando los tiempos de espera para algunas personas usuarias. El personal entrevistado indica que en la unidad médica aprovechan los tiempos para invitar a las personas a los servicios adicionales que proporcionan, como psicología u odontología.



"No me quisieron atender [en el centro de salud] porque no había cupo, y me citaban del sábado hasta el lunes [...] seguramente mis hijos van a aguantar hasta ese día [...]. Mejor me lo tuve que llevar a un particular" (Chiapas, usuario de servicio privado).

"Si tengo dolor, me voy directo al particular, compro mis medicamentos; rápido me venden" (Querétaro, usuario de servicio privado).

"Cuando llego tarde, pues unas tres horas, porque me toca hasta el último" [tiempo de espera para la consulta] (Nayarit, usuaria de servicio público).

"[Espero] más o menos como por dos horas [...] dependiendo qué es lo que me va a hacer la doctora [...] [la consulta dura] de 25 a 30 minutos" (Chiapas, usuario servicio público).



"Al no tener acceso a las especialidades básicas dentro del distrito o la jurisdicción [...], los tiempos de espera son de hasta 30 ó 40 días, por ejemplo, cuando necesitamos mandar al neurólogo o al traumatólogo o [a] alguna otra especialidad [con la] que no contamos" (Chiapas, ámbito local).

"[La espera] va de uno a tres meses. Sobre todo en algunos centros que están muy saturados, lo que normalmente hacen es tratar de ubicar a la gente hacia otros centros de salud que tienen menos población [...]; así, aunque te quede más lejos, te van a atender mucho más rápido" (Querétaro, ámbito estatal).

"[La atención tarda cuatro meses], no porque el urólogo no quiera o sea flojo, sino porque realmente es el único que hay, en todo el estado, en la Secretaría de Salud" (Nayarit, ámbito local).

Asimismo, los tiempos de espera pueden llegar a ser muy prolongados en el caso de las especialidades. A veces el personal médico especialista no está disponible en el distrito o jurisdicción, lo que demora los tiempos desde 30 días hasta 4 meses para la atención. Por ejemplo, conforme al Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, a finales de 2022 el porcentaje de personas usuarias en consulta externa que esperó cuatro semanas o más para conseguir cita con el especialista fue de 36.24 (SSA, s.f.-h). Los estados con mayor porcentaje de personas usuarias en esta situación fueron Querétaro con 73.36, Zacatecas con 62.03 y Chiapas con 62.43 (SSA, s.f.-h).

Al respecto, las personas funcionarias entrevistadas expresan que han implementado diferentes estrategias para mejorar el tiempo de espera en algunos tratamientos. Por ejemplo, en Chiapas se implementó un *triage obstétrico* que establece el protocolo a seguir en mujeres embarazadas que solicitan atención que permite hacer una categorización para la respuesta, según el estado grávido o puerperal. Otras entidades federativas utilizan estrategias digitales para proporcionar citas con especialista (telemedicina) o redireccionar a los pacientes a unidades con menor población.

En cuanto al tiempo para estudios de laboratorio y gabinete, las personas funcionarias mencionan que no todas las unidades de salud cuentan con estos servicios. Para estos casos, deben referirlos o subrogarlos a otras unidades médicas —estimando de uno a tres días para su realización—. De acuerdo con las personas funcionarias entrevistadas la subrogación de servicios²⁶ es un mecanismo empleado por las instituciones públicas con otras instituciones públicas o privadas para que proporcionen los servicios de salud, acordados mediante un convenio y un pago subsecuente —según el caso—, ya sea para servicios médicos, hospitalarios, de laboratorio, bancos de sangre, entre otros.

²⁶ De acuerdo al Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), los servicios subrogados son aquellos impartidos por organismos públicos o particulares, en el ramo de enfermedades y maternidad incluyéndose además las prestaciones en especie y subsidio del ramo de riesgos de trabajo, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del instituto. Consultado en <http://biblioteca.ciess.org/glosario/content/servicios-subrogados#:~:text=Son%20aquellos%20impartidos%20por%20organismos,vigilancia%20y%20responsabilidad%20del%20instituto.>

En términos de la efectividad en la atención médica, las entrevistas del estudio exploran la atención a mujeres embarazadas y personas con riesgo de presentar un infarto. En este caso, se aprecia que las personas funcionarias tienen la percepción de que este aspecto se ha ido mejorando, a partir de la capacitación del personal y la implementación de estrategias para la priorización de la atención cuando está en riesgo la vida de las personas usuarias. Por ejemplo, en Chiapas, Querétaro y Nayarit mencionan que están implementado el "Código Infarto", enfocado en hacer referencias inmediatas para pacientes con factores de riesgo que los haga susceptibles de presentar un infarto, y así incrementar la tasa de sobrevivencia. Las entidades federativas mencionan que han invertido en capacitaciones constantes al personal médico a fin de interpretar e identificar elementos que generen riesgos o sospechas de infarto para hacer las referencias de manera inmediata. Asimismo, algunos estados, en coordinación con el INSABI, han invertido en equipamiento, e insumos en infraestructura para mejorar la atención de las enfermedades del corazón, como son las salas de hemodinamia.

Por otro lado, en Baja California Sur, Querétaro y Chiapas mencionan la implementación de estrategias para disminuir la tasa de mortalidad materna a través de acciones como "Código oro", "Club de embarazadas", "Clínicas de parto humanizado" o "Monitoras obstétricas", a cargo de identificar a las pacientes embarazadas, citarlas, darles seguimiento telefónico o en su domicilio, hacerles exámenes y evaluaciones de control para la detección de factores de riesgo o datos de alarma, y mantener una estrecha comunicación con ellas para su atención médica. En estos protocolos, en caso de identificar algún riesgo, las mujeres son referidas a las unidades de atención especializada de segundo o tercer nivel.

En las entidades federativas se refiere que reciben capacitaciones constantes para la atención de mujeres embarazadas, con el fin de brindar un mejor servicio en el primer nivel de atención. No obstante, algunos estados señalan que las complicaciones y muertes que se presentan durante el embarazo, parto o puerperio, están asociadas a la falta de información que tienen las pacientes sobre el seguimiento y búsqueda de atención cuando se presentan complicaciones clínicas; incluso en el hecho de que la revisión durante el embarazo se realiza en unidades médicas privadas donde no llevan un control adecuado.



"[Para prevenir] la mortalidad materna, nosotros tenemos el 'Código Oro'. Resolvemos hasta donde se puede en la unidad y referimos al hospital, y allá inmediatamente nos tienen que dar respuesta" (Baja California Sur, ámbito estatal).

"En caso de embarazadas, ya tengo mi 'Club de embarazadas' en donde [...] les hago seguimiento para que vengan a su consulta de puerperio y de control del niño sano. Aquí es donde yo las abordo por teléfono cuando no vienen. Porque tenemos 72 embarazadas a las cuales yo hasta les hablo personalmente para que vengan a dental, que vengan a su vacuna de influenza, a la TDPA, al 'Club de embarazadas', y es así como yo lo llevo, y no les han cobrado, o sea yo por eso digo [que] se está cumpliendo con esa ley" (Baja California Sur, ámbito local).

"[...] la creación de las 'Clínicas de parto humanizado' [...]. Toda embarazada, a partir de las 24 semanas, se manda a referir a esa 'Clínica de parto humanizado' para que sea valorada y determinemos el grado de riesgo obstétrico que tiene, para que de manera oportuna nosotros identifiquemos a estas pacientes para ser atendidas ahí mediante parto, o si disponen de alguna morbilidad o comorbilidad y tengamos que derivarlas al hospital de segundo nivel" (Chiapas, ámbito local).

"[...] en años pasados [...] estuvimos muy fortalecidos con las famosas 'Monitoras obstétricas', [...], que eran personas en la familia o de la comunidad de la embarazada. Para cualquier situación, eran las primeras respondientes [para] que pudiera haber una opción de traslado, incluso a cualquier hora del día o de la noche, en el caso de que se llegara a ocupar" (Querétaro, ámbito local).

Por último, la atención centrada en la persona apunta a "dar prioridad a las personas" durante todo el proceso de la atención médica. La experiencia que las personas tienen de la atención está determinada, principalmente, por el trato que reciben cuando sufren un problema y buscan ayuda. En este sentido, el derecho a la salud suscribe que las personas deben acceder a la atención médica de manera personalizada, sin discriminación y con un trato respetuoso. Es así como las personas usuarias perciben que el personal de salud de medicina y enfermería muestran preocupación por las condiciones de las y los pacientes, dan seguimiento a su tratamiento y se muestran empáticos con las personas. Existe también una valoración positiva de las personas usuarias en cuanto al seguimiento y orientación sobre los tratamientos a sus afectaciones en la salud, así como al buen trato que reciben por parte del personal médico. En general, para finales de 2022, a nivel nacional, el porcentaje de usuarios que respondieron que los atendieron con respeto durante su visita fue de 99.63, mientras que el de personas usuarias que consideraron que el médico pasó suficiente tiempo con ellas fue de 98.2 (SSA, s.f.-h).

Implementación de las reformas normativas en los Sistemas Estatales de Salud

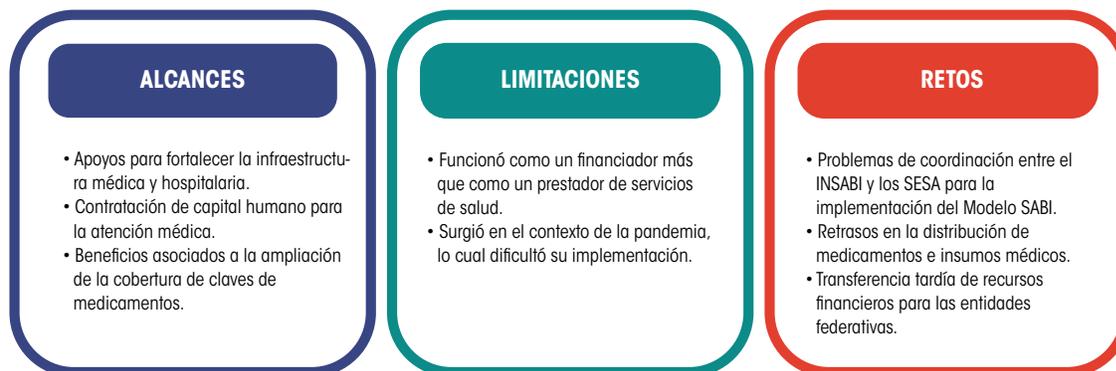
La reforma a la LGS en 2019 implicó una reestructuración normativa de los SESA, y la convergencia de nuevos actores para la provisión de los servicios de atención médica: el INSABI y, recientemente, el OPD IMSS-Bienestar. Este nuevo contexto planteó retos distintos para la coordinación, entre las entidades federativas y las instituciones creadas con las reformas, para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas sin seguridad social —los cuales varían de acuerdo con el

grado de implementación de los cambios normativos diseñados desde el Ejecutivo, en cada uno de los estados—. Así, el objetivo de este apartado es analizar los alcances, limitaciones y retos²⁷ en la implementación de las reformas, con el fin de identificar posibles afectaciones al ejercicio del derecho.

Hallazgos sobre la implementación del INSABI

El INSABI fue creado como un OPD con el objetivo de proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social (DOF, 2020b). Desde su implementación, se estableció que tanto el Gobierno federal como las entidades federativas debían garantizar el derecho a la salud de manera gratuita para las personas sin seguridad social. En consecuencia, el INSABI ha destinado cada año una parte de su presupuesto a ese cometido, conforme a los Acuerdos de Coordinación firmados entre la Federación, a través del INSABI, y las entidades federativas (CONEVAL, 2022). En mayo de 2023, el Gobierno federal publicó un decreto en el que se ordena la desaparición del INSABI y se establece el marco normativo, dentro de la LGS, para la operación de los Servicios de Salud del IMSS-Bienestar (DOF, 2023b).

Tales Acuerdos de Coordinación traducían la voluntad de las entidades federativas de optar por un esquema de colaboración en el que el INSABI asumía la responsabilidad de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados (INSABI, 2022a). Al efecto, de las entidades seleccionadas para la muestra, Tlaxcala y Chiapas transfirieron solo el primer nivel de atención en salud, mientras que Baja California Sur, Michoacán, Nayarit y Querétaro acordaron transferir el primer y segundo nivel. En este contexto, y de acuerdo con el análisis de las entrevistas realizadas a personas funcionarias de los servicios de salud, se identifica lo siguiente:



²⁷ Para efectos de este documento, se identifica como alcances a aquellos elementos internos, capacidades de gestión o recursos del INSABI y el OPD IMSS-Bienestar, tanto humanos como materiales que coadyuvan al fortalecimiento del derecho a la salud para la población sin seguridad social; las limitaciones se refieren a las restricciones del entorno que, de manera directa o indirecta, afectan el quehacer de las instituciones en la provisión de los servicios de salud, y los retos son las áreas de oportunidad en la implementación de las reformas a la LGS, que podrían obstaculizar la provisión efectiva del derecho a la salud para la población sin seguridad social.

En el caso de cuatro de las entidades federativas analizadas se identifica que el INSABI transfirió recursos para mejorar la infraestructura física de las unidades de salud del primer y segundo nivel de atención y, en algunos casos, en el tercer nivel. Los apoyos para la infraestructura médica también se orientaron a fortalecer las estrategias para ampliar la accesibilidad física de las personas sin seguridad social. Por ejemplo, en una entidad, el INSABI logró dar impulso al programa FAM, cuyo propósito es que “las personas que viven en localidades menores a 2500 personas, aisladas sin acceso físico a servicios de salud, mejoren sus condiciones de salud con servicios de atención primaria” (CONEVAL, 2022). En otro caso, una parte de los recursos del INSABI fueron destinados a la compra de unidades médicas móviles para ampliar la cobertura en comunidades rurales.



“Nosotros en el 2020 fuimos afortunados de ser una de las unidades que después de 15-20 años que no se le daba un apoyo [...] a mejorar la infraestructura, tanto en cuestiones de remodelación, como de infraestructura nueva, y al ser candidatos pues prácticamente el Centro de Salud quedó nuevo, como si prácticamente se hubiera levantado de nueva vez, y eso obviamente generó un impacto para la localidad” (ámbito local).

“en el caso de Querétaro [...] no por presumir pero, nuestras unidades médicas de primer nivel están en muy buenas condiciones, están bastante bien equipadas, nuestros hospitales también se han ido fortaleciendo, que ahí también yo creo que es bueno, por ejemplo, ahorita el hospital general, el nuevo, vamos a recibir equipamiento por parte del INSABI” (ámbito estatal).

“A nosotros, por ejemplo, se nos acaban de rehabilitar lo que son 120 unidades de primer nivel de atención, en cuanto a su infraestructura, cosa que aquí, el tiempo que yo tengo trabajando que son 10 años dentro de los servicios de salud, no había visto que alguien había rehabilitado las unidades... las condiciones eran pésimas” (ámbito estatal).

“Desde que empezó el programa [FAM] solamente hemos tenido una sustitución de vehículos [...] ahorita que empieza el INSABI ya nos sustituyeron las tipo cero, afortunadamente nos da una mejor capacidad de atención, pero pues los demás vehículos a pesar de que están funcionando y hemos tratado de que de que estén en buenas condiciones pues su vida útil ya concluyó” (ámbito estatal).

La contratación de personal médico y de enfermería para la atención médica también fue identificada como una fortaleza por parte de las personas funcionarias entrevistadas. Desde que inició la pandemia en México, el INSABI implementó la “Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Recursos Humanos para la Salud”, la cual procuró contar con los recursos humanos necesarios para fortalecer las capacidades médicas durante la contingencia sanitaria (INSABI, 2022a); posteriormente, el personal médico contratado se incorporó a los SESA para ubicarse en las unidades médicas que más lo requerían. En seguimiento a este esfuerzo, el INSABI puso en operación la plataforma “Médicos y Personal de Salud del Bienestar” (Médicos del Bienestar), con el propósito de atraer y reclutar personal médico para fortalecer la prestación de los servicios de salud, particularmente en zonas de menor desarrollo económico; esta estrategia se considera en algunas entidades federativas como una ventaja para el fortalecimiento de los SESA, por ejemplo.



"Yo creo que ha sido una buena intervención en el sentido de que unidades que tenían por mucho tiempo descubiertas [...] se ha redistribuido el personal y se ha tenido una mejor distribución de los servicios hablando del primer nivel de atención" (ámbito local).

"Médicos del Bienestar es un programa que nos pareció muy bueno, sobre todo que eran contratos que les llamaban ellos anclados. Donde existía la necesidad, ahí se contrataba y ahí se quedaba anclado el contrato. Entonces era muy bueno por el tema de la rotación del personal" (ámbito estatal).

"[...] a mí me tocó en otros gobiernos estar trabajando, y creo que sí se ha fortalecido [...]. Aquí en Chiapas se daba mucho que contrataban mucho por compadrazgo [...], y ahora hay una plataforma en que le asignan número, en que tienen que hacerlo por vía remota, electrónica, etcétera. Obviamente, esto condiciona a que no exista la venta de contratos, a que no exista por ahí el hecho de que recomienden a alguien, sino que es más clara la contratación, más transparente el proceso" (ámbito estatal).

"Contratar, sí. Se vino la pandemia [y] ellos contrataron múltiples médicos [...]; esos médicos pasaban a subsanar muchas carencias y necesidades que teníamos las unidades de primer nivel de atención y segundo nivel. Lo que nosotros hicimos fue la propuesta al INSABI de quedarnos con estos médicos y que nos permitieran distribuirlos dentro de las unidades para subsanar esas carencias, cosa que sí fue así" (ámbito estatal).

De manera adicional, desde 2020 se determinó que el INSABI tuviera a su cargo asegurar el suministro de medicamentos e insumos asociados para las personas sin seguridad social, por lo que llevó a cabo procedimientos de compras consolidadas en coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS).²⁸ Si bien este rubro ha tenido áreas de mejora para garantizar la oportuna distribución y abastecimiento de medicamentos, tres entidades federativas mencionaron haber mejorado las coberturas para algunas enfermedades —aunque sigue siendo insuficiente—. Por ejemplo, un estado señaló que hubo una mejora en la distribución de claves, al pasar de 45 y 50% de la cobertura a 70%.

En 2020, y con el objetivo de procurar el suministro de medicamentos, el INSABI implementó la plataforma tecnológica denominada Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud (AAMATES), para el registro e integración de la demanda de medicamentos e insumos para la salud a nivel nacional de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Al respecto, conforme a la información del Sistema Nacional de Distribución de Medicamentos, en 2021 se emitieron un total de 125,142 órdenes de suministro y reposición por el INSABI y UNOPS para atender la demanda de las entidades federativas, con un total de 1,176 claves y 449,716,799 piezas. En 2022, esta cifra pasó a 90,022 órdenes de suministro correspondientes a 2,436 claves de medicamentos y material de curación por un total de 470,376,971 piezas (INSABI, 2022a).

Por otro lado, una de las limitaciones del INSABI deriva de que, dado que la implementación de las reformas que le dieron origen ocurrió durante la pandemia, la institución vio limitada sus capacidades para prestar de manera gratuita los servicios de salud —tal y como lo planteaba la ley desde sus

²⁸ En octubre de 2022, el INSABI señaló que para la compra consolidada 2023-2024 ya no requeriría de los servicios de UNOPS, pues se habían desarrollado capacidades institucionales para hacer la compra de medicamentos y material de curación del sector público de salud. Cfr. INSABI (2022c, octubre 5).

objetivos—, de modo que fungió más como un financiador público para las entidades federativas. Lo anterior se suma al desconocimiento de las personas funcionarias sobre cómo iba a operar el modelo, lo que motivó a que los estados mantuvieran reservas para ceder la rectoría, incluso en aquellos estados donde inició la transición.



"... [el INSABI] aunque surge como un prestador de servicios, que está supuestamente en la ley, era la gran diferencia, con el régimen de protección social en salud, la verdad es que sigue siendo un financiador, ¿con quién prestan el servicio?, ni los primeros estados que se adhirieron, esos 8 del sureste, que hoy identifiqué, pues que no sucede [...] sigue siendo un financiador." (ámbito estatal).

"Del INSABI [...] quedó más como administrador de los recursos, [...] la rectoría siguió recayendo en la parte de salud federal, la parte de salud estatal, y ahí es donde creo, que incluso eso es lo correcto. Sí lo que vamos es la rectoría y tratar de dirigir el rumbo de la salud hacia un lado [...] debe haber alguien que se dedique a eso y que sepa bien a dónde queremos llegar" (ámbito estatal).

"No han logrado, a mi juicio, definir su modelo de operación; si tomamos en cuenta que el INSABI era una financiera que cubría algunas intervenciones del catálogo universal de los servicios de salud, más el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, Seguro Médico Siglo XXI, y que pagaba esas intervenciones al tratar de hacer la transición para el modelo, dejó de tener su objetivo de financiero, y entonces tampoco pudo desarrollar un modelo asistencial, porque no tenía la infraestructura, la rectoría la llevan las entidades federativas, a través de los diferentes subsistemas de atención a la salud, el ISSSTE, el IMSS, la Sedena, la Semar, Pémex [...] entonces creo que no sé, no definió cuál era su papel como rector, porque también los estados no les cedieron, la tutela en cuanto a regir a su sector". (ámbito estatal).

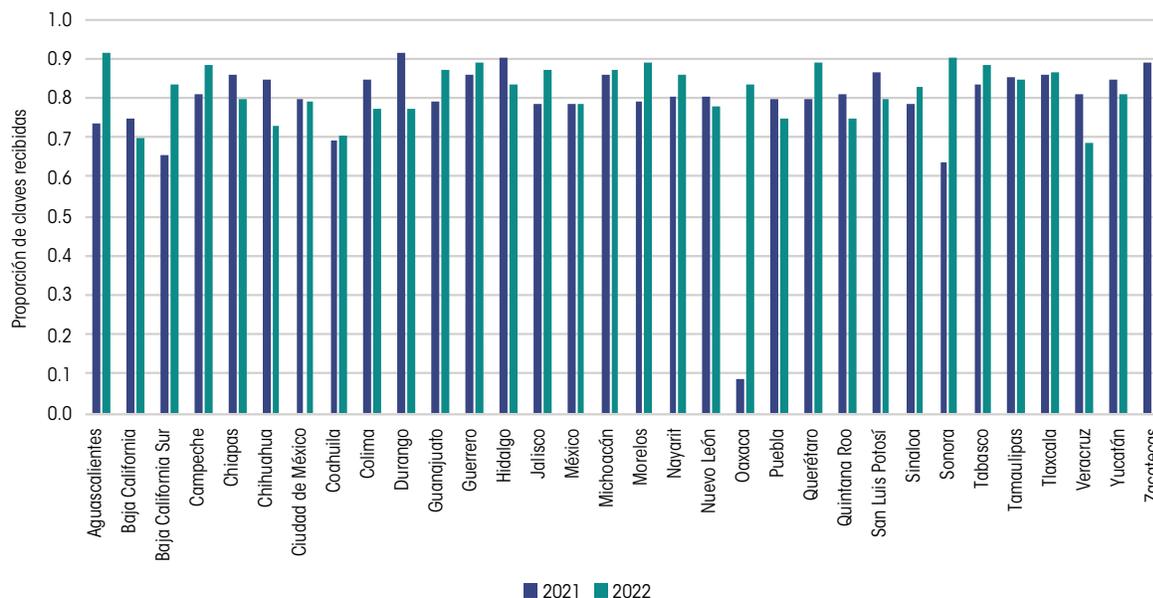
En lo relativo a los retos identificados para que el INSABI coadyuve a garantizar el derecho a la salud para las personas sin seguridad social, y cumpla con los propósitos derivados de las reformas a la LGS, las personas funcionarias entrevistadas expresaron que hubo dificultades en la coordinación entre el INSABI y los SESA para la implementación del modelo SABI: retrasos en la distribución de medicamentos especializados (por ejemplo, oncológicos o para diabetes) y transferencias tardías de recursos financieros para la prestación de los servicios de salud. Estos retos mermaron las capacidades institucionales de los SESA para proveer la atención médica para las personas sin seguridad social.

El principal reto para la coordinación entre el INSABI y los SESA fue la falta de claridad sobre el modelo para su implementación en las entidades federativas; lo cual se suma a la ausencia de enlaces del INSABI para generar canales de comunicación entre los actores involucrados y facilitar la coordinación. Por ejemplo, en la mayoría de las entidades se señala que sería oportuno que las reglas de operación fueran más claras e identificar explícitamente "*¿quién tiene a su cargo hacer la protección económica? ¿quién va a llevar la carga económica del costo de las intervenciones? ¿quién las va a otorgar?*" (ámbito estatal). En un caso, estos problemas de coordinación afectaron el ejercicio presupuestal para la rehabilitación de infraestructura médica, pues recibieron recursos del INSABI para unidades médicas, pero estos tuvieron que reintegrarse, ya que se diagnosticaron y asignaron desde el *centro* (Federación) para infraestructura que ya se había rehabilitado, y no requería de acciones adicionales.

En términos de los retrasos en la distribución de medicamentos, cuatro entidades federativas señalaron que el principal reto derivó de las compras consolidadas, pues la centralización repercutió en la eficiencia para cubrir las necesidades de los estados; por consiguiente, un área de oportunidad durante la implementación del INSABI fue la distribución y entrega de medicamentos. Además, la entrega de medicamentos sucedía de manera extemporánea, y los estados podían recibir solicitudes hechas en años anteriores o en fechas cercanas al cierre presupuestal, lo cual genera una carga extra en los almacenes de medicamento, incurriendo en riesgos de que estos caduquen.

En cuanto al proceso de distribución de los insumos derivados de la compra consolidada de medicamentos y material de curación para los ejercicios fiscales 2021 y 2022, realizados por el INSABI y la UNOPS, las entidades federativas reportaron un total de 1,711 claves y 72,671,166 piezas recibidas para 2021; así como 1,788 claves y 369,957,161 para 2022. Es decir, en el primer año, las entidades federativas reportaron recibir el 96.3% de las claves y 16.2% de las piezas adjudicadas —cubriendo un porcentaje importante de la demanda de claves, pero limitado en términos de las piezas requeridas para ese año fiscal—. Para el 2022, las entidades federativas reportaron como recibidas el 73.4% de las claves —con una cantidad parecida a la de 2021—, y un 78% en las piezas adjudicadas (INSABI, 2022a).

Gráfica 12. Proporción de claves reportadas como recibidas por los estados, respecto a las claves emitidas por INSABI y UNOPS para atender la demanda en las entidades federativas, México, 2021 y 2022



Fuente: elaboración del CONEVAL con información del INSABI (2022a).



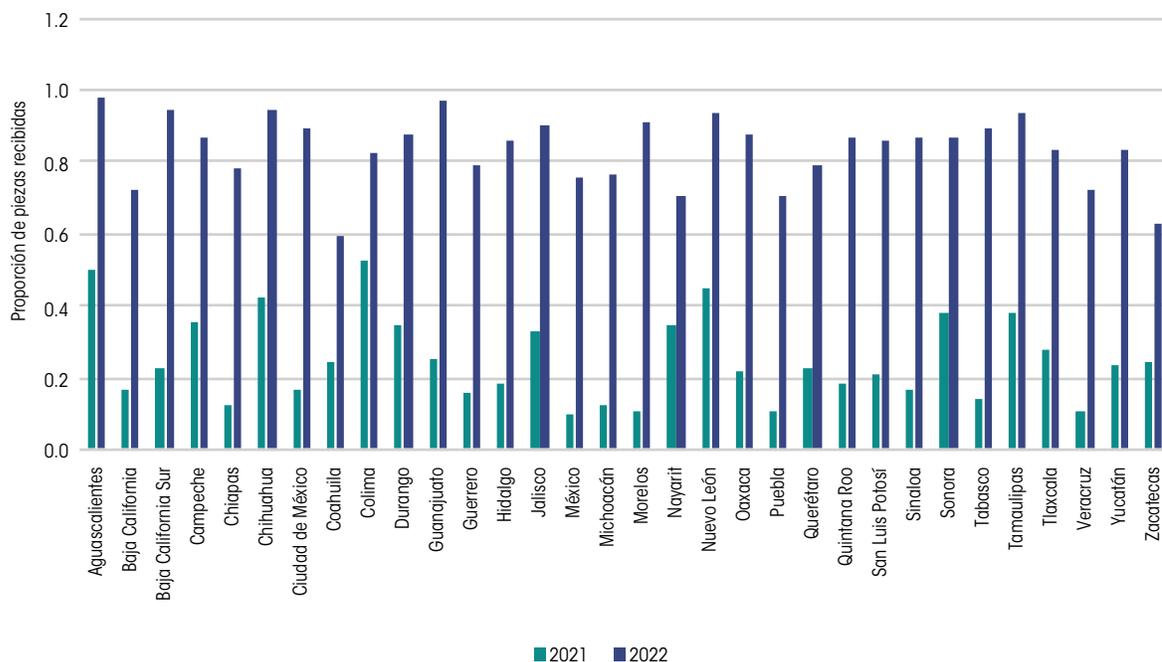
"Nunca se imaginaron hacer compras consolidadas de ese tamaño [...]. No se imaginó el peso que tenían las distribuidoras en la red tan importante. Jamás se pensó que necesitabas una red impresionante, cosa con la que no cuenta ninguna institución de salud de México: la capacidad de distribución de medicamentos; y jamás en la vida, en la historia, se han hecho compras consolidadas" (ámbito estatal).

"Cuando hubo el cambio del Seguro Popular hacia el INSABI [...], ciertos tratamientos específicos [...] se vieron mermados porque no teníamos el insumo. Desgraciadamente, los cambios fueron hacia [el] retroceso. Cierta cuadro básico que teníamos seguro por medio del Seguro Popular se vio mermado [...]. A partir de eso ha sido muy fluctuante lo que nos llega del INSABI, pues como sí llega, como no llega, o llega atrasado" (ámbito local).

"Al momento en que se hace la centralización y que el Estado no puede hacer las compras de lo que programaba para consumir al año [...], empieza a haber un retraso, o sea, tuvimos mucho tiempo sin metformina, sin insulina [...], y sin recurso para poder hacerlo. Algunos programas hacían algunas compras extraordinarias y se trataba de solventar, pero ya no con la misma fortaleza con la que se hacía anteriormente" (ámbito estatal).

"Si nosotros pedimos, un ejemplo, 300 claves, nos surten 120, y el problema es que todavía en pleno 2022 yo sigo recibiendo medicamento 2020-2021, entonces ese medicamento se me carga extra en mis almacenes, y eso genera pues un cúmulo de medicamentos, con riesgo a la caducidad. Entonces ahí sí yo creo que eso es una de las cosas que siento que sí le falla un poquito al INSABI" (ámbito estatal).

Gráfica 13. Proporción de piezas reportadas como recibidas por los estados, respecto de las piezas emitidas por INSABI y UNOPS para atender la demanda en las entidades federativas, México, 2021 y 2022



Fuente: elaboración del CONEVAL con información del INSABI (2022a).

Por último, las personas entrevistadas señalaron que el retraso en la transferencia de recursos financieros también obstaculizó la atención médica adecuada en las entidades federativas. Uno de los ejemplos citados fue que con el cambio del Seguro Popular al INSABI dejó de existir la transferencia de recursos de manera automatizada, por lo que los estados asumieron el costo de las intervenciones que dejaron de financiar desde la Federación, especialmente para aquellos gastos asociados a la protección contra gastos catastróficos. El retraso en la transferencia de recursos ha provocado incluso que algunas unidades médicas no cuenten con el personal médico establecido en el Modelo de Atención. Por ejemplo, una entidad mencionó que el modelo suscribe la contratación de dos enfermeras por núcleo básico, sin embargo, en algunos casos se cuenta solo con una enfermera y un pasante, o solo una enfermera, pues no llega el recurso hasta la unidad médica.

En este sentido, el INSABI asumió un papel como financiador de los servicios de salud, con proyectos que fortalecen la infraestructura médica y hospitalaria y la contratación de personal médico —principalmente—. No obstante, las características de la pandemia, y los objetivos de la política de salud, implicaron que la institución tuviera que reordenar sus objetivos para priorizar la mitigación de los efectos en la capacidad hospitalaria del país, dificultando la transición hacia el nuevo modelo y, a su vez, la respuesta para combatir la pandemia.

Por otro lado, la consolidación de las compras de medicamentos, al centralizar las adquisiciones, implicó una pérdida de eficiencia en la distribución de insumos y medicamentos estratégicos para que los SESA pudieran garantizar el derecho a la salud de las personas sin seguridad social en los estados seleccionados para la muestra. Por lo tanto, resulta relevante reforzar los mecanismos de coordinación entre la Federación y los estados para desarrollar el proceso de manera óptima y enfatizar la importancia de las necesidades estatales para establecer la cobertura. Estos hallazgos complementan empíricamente los retos identificados en el CONEVAL (2022), al destacar las fallas en la comunicación entre las personas responsables operativas de los programas en el ámbito estatal y las personas funcionarias responsables de la planeación y administración para la integración de los proyectos presupuestales.

En línea con lo anterior, el análisis sobre las funciones del INSABI, que aborda los alcances, limitaciones y retos a partir de las entrevistas realizadas, provee evidencia para la toma de decisiones en el nuevo proceso de transición del Programa Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral —principal instrumento financiero del INSABI— al OPD IMSS-Bienestar, anunciado en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023, el cual estipula en su artículo 33:

La Secretaría de Salud y el Instituto de Salud para el Bienestar, en el ámbito de sus respectivas competencias, deberán realizar las acciones conducentes para transferir del programa presupuestario U013 "Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral" al organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar los recursos que correspondan para la atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y

demás insumos asociados a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social, de conformidad con los convenios de coordinación que hayan celebrado las entidades federativas con dicho organismo público en términos del transitorio Vigésimo Primero de la Ley de Ingresos. (DOF, 2022c)

Hallazgos sobre la implementación del IMSS-Bienestar

El OPD IMSS-Bienestar tiene el objetivo de brindar atención médica y hospitalaria, con medicamentos y demás insumos asociados, a la población sin seguridad social, a partir del nuevo Modelo de Atención Integral a la Salud (DOF, 2022b). Para lograr sus objetivos, el modelo busca que las Secretarías de Salud —tanto federal como estatales— dejen de operar los servicios de atención médica para fortalecer su función rectora y de coordinación sectorial, permitiendo que el IMSS-Bienestar se encargue de la operación funcional de las unidades de atención médica locales.

De este modo, la realización del estudio cualitativo y el trabajo de campo implementado para la recolección de datos (segundo semestre de 2022), se sitúa en un contexto de transición hacia la nueva estrategia para atender a las personas sin seguridad social con el IMSS-Bienestar y la publicación del MAS-Bienestar. Por consiguiente, los alcances, limitaciones y retos identificados obedecen al grado en el que las entidades federativas se han adherido al nuevo proyecto del Gobierno federal.

En cuanto a las entidades seleccionadas para la muestra, Michoacán, Chiapas y Baja California Sur iniciaron con la implementación del Plan de Salud IMSS-Bienestar durante 2022 y principios de 2023; Tlaxcala y Nayarit suscribieron un convenio para transferir los servicios de atención al IMSS-Bienestar; mientras que en Querétaro han decidido esperar para valorar la conveniencia de adherirse al Plan de Salud planteado por el Gobierno federal. Bajo este contexto, y de acuerdo con el análisis de las entrevistas realizadas a personas funcionarias, los alcances, limitaciones y retos identificados en la muestra son los siguientes:



En una de las entidades, la transición al IMSS-Bienestar está fortaleciendo la disponibilidad hospitalaria para mejorar el primer nivel de atención para la población sin seguridad social. Las personas funcionarias entrevistadas señalan que la firma del convenio ha traído mejoras en su infraestructura, equipamiento, contratación de personal y, en particular, en el abastecimiento de insumos y medicamentos: “nosotros llevamos como 4 meses en lo que se ha hecho la reconversión [al IMSS-Bienestar] [...] pero está funcionando, se están surtiendo las claves faltantes a través del IMSS, y estamos logrando tener una cobertura en el surtimiento de recetas promedio del 94%” (ámbito estatal). Asimismo, en esta entidad federativa se percibe una mejora en la regularización del personal base de los servicios de salud, siendo que con la llegada del IMSS-Bienestar: “contrataron mucha gente [...] porque había personas de 11-12 años [de antigüedad] que no podía ser basificada (sic), porque nunca alcanzaba el dinero” (ámbito estatal).

Por otro lado, y sobre las limitaciones identificadas para que el IMSS-Bienestar coadyuve a garantizar el derecho a la salud para personas sin seguridad social, las personas funcionarias entrevistadas señalaron que el nuevo esquema de rectoría implica la centralización de los servicios de salud, al fortalecer las funciones de gestión de la Secretaría de Salud; existen problemas para el traspaso de infraestructura —dada su certeza jurídica— y la heterogeneidad entre las características socioeconómicas y demográficas de las regiones, que incluso dificulta la formación de recursos humanos para la atención especializada.

En primer lugar, el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar y el modelo MAS-Bienestar promueven el fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud federal como “la más importante dentro de la estrategia de transformación que se impulsa” (DOF, 2022a), buscando dotar de mayor control sobre los recursos financieros de origen federal, destinados a las acciones de salud pública y que son ministrados a las entidades federativas para la operación de los programas de salud estatales.

En este contexto, y de acuerdo con el modelo MAS-Bienestar (DOF, 2022a), las autoridades estatales de salud en coordinación con la Secretaría de Salud federal deben ejercer las atribuciones en materia de salubridad general delegadas por el titular del Ejecutivo estatal, ejecutar las acciones administrativas, jurídicas, financieras y otras relativas a la salud, además de desarrollar acciones en las siguientes áreas temáticas:

- i. Planeación y desarrollo en salud: participar en el diagnóstico, planeación y desarrollo de estrategias y acciones multidimensionales e interdisciplinarias, así como herramientas de gestión que permitan identificar patrones y necesidades específicas de la entidad federativa para mejorar la calidad de los servicios de salud;
- ii. Implementación de políticas en salud: ejecución de las estrategias, políticas y programas emitidos por la Secretaría de Salud federal, mediante acciones orientadas a la protección de la salud poblacional en el marco de los servicios esenciales y las acciones prioritarias en salud colectiva;

- iii. Evaluación de políticas de salud: colaborar en los procesos de evaluación, supervisión y vigilancia integrales de los resultados de los servicios de salud pública prestados en la entidad federativa.

De esta forma, las modificaciones en el marco normativo refuerzan la función rectora y coordinación sectorial de la Secretaría de Salud —federal y estatales— sobre los programas de atención médica y de salud pública, mientras que el IMSS-Bienestar estará encargado de la operación funcional de las unidades de salud y hospitales (DOF, 2022a, 2022b). No obstante, las funciones que deberán desempeñar las autoridades estatales —enlistadas en el modelo MAS-Bienestar— deben reforzarse y detallarse para ampliar la claridad y certidumbre en las entidades federativas, particularmente en la transición y coordinación hacia el nuevo modelo de salud.

Ante este escenario, el nuevo modelo genera preocupación en las entidades federativas sobre una pérdida de eficiencia ante la centralización de las funciones, dadas las externalidades que enfrentan los estados y la velocidad de respuesta que a veces requieren las contingencias sanitarias. Por ejemplo, una entidad señaló que durante la pandemia no existió una directriz clara a nivel federal sobre qué acciones desarrollar en los inicios de la contingencia, por lo que la Secretaría de Salud actuó en función de las necesidades locales y con mayor velocidad de respuesta; de tal suerte que cuando el Gobierno federal publicó los lineamientos de reconversión de hospitales, en el estado ya habían actuado en consecuencia.



"Nos afecta a nosotros también en los estados, sin saber a ciencia cierta cuál es el rumbo que vamos a seguir, hacia dónde vamos. Se habla de esta federalización de los servicios. Se acaba de publicar el modelo de salud, el MAS Bienestar, y ahí fija muy bien la rectoría de la Secretaría de Salud y está nueva organización del sistema [...], pero sin una definición federal que diga: 'este es el modelo, esto va a ser la coordinación, así nos estamos organizando, eso es lo que ustedes van a hacer ahora'" (ámbito local).

"Creo que si todos los estados nos alineamos al IMSS-Bienestar, pues sería la federalización nuevamente, y habría que esperar siempre instrucciones de nivel federal para poder aterrizar [...]. ¿Qué pasó ahora en la pandemia? No hubo una directriz clara de nivel federal y todos los estados no nos esperamos, empezamos a trabajar, y ya estábamos atendiendo, tomando muestras, y fortalecimos laboratorios [...]. En Querétaro, cuando nos llegó el lineamiento de reconversión de hospitales, nosotros ya lo teníamos reconvertido [...]. No me queda claro cómo continuaría [...]. No lo sé, pero sí sé que se perdería la capacidad rectora de los sistemas estatales, o prácticamente ya no habría sistemas estatales, sería un sistema federal" (ámbito estatal).

El traspaso de infraestructura física al IMSS-Bienestar fue una limitación adicional identificada por las personas entrevistadas que iniciaron con el proceso de implementación del Plan de Salud IMSS-Bienestar. Por ejemplo, en una entidad se mencionó que el gobierno del estado no es dueño de todos los inmuebles, por lo que "no es facultad del gobernador transferir los bienes, son patrimonio del estado;

no del gobierno del estado” (ámbito estatal). Ante este escenario, el Congreso del estado optó por dar en comodato la infraestructura al IMSS-Bienestar para que opere mientras dura el tiempo común con el gobierno en la entidad federativa.

Una limitación adicional identificada en el análisis de las entrevistas radica en la heterogeneidad entre las regiones y entidades federativas del país, lo cual podría obstaculizar la transición de los servicios de salud como se espera. Por ejemplo, en una entidad se identificaron las dificultades para migrar a un nuevo servicio, debido a las complejidades que imponen las vías de comunicación, la dispersión poblacional, los usos y costumbres o las diferentes lenguas originarias que coexisten en la región. De ahí que las personas entrevistadas enfatizan la importancia de colaborar de manera más estrecha con las entidades federativas para la implementación de la estrategia, ya que no todas tienen las mismas necesidades de salud ni la misma infraestructura.

Estas heterogeneidades se identifican incluso cuando se trata de los esquemas de formación de recursos humanos. El modelo MAS-Bienestar plantea la presencia de personal médico para operar en las entidades, pero en algunos estados no cuentan con escuelas de medicina y la formación de residentes suele ser escasa. En algunos casos, los estudiantes de medicina que se forman no necesariamente se quedan a laborar en la entidad por condiciones de oportunidades personales y laborales. Por ejemplo, los entrevistados señalan que algunos hospitales tienen un buen nivel formativo para los residentes que llegan a hacer su servicio social, sin embargo, la mayoría ingresan a subespecialidad y terminan en otras ciudades.

En cuanto a los retos identificados para que el IMSS-Bienestar coadyuve a garantizar el derecho a la salud para las personas sin seguridad social, y cumpla con los propósitos derivados de las reformas al Sistema Nacional de Salud, las personas funcionarias entrevistadas señalaron principalmente que existe aún incertidumbre sobre cómo va a implementarse y operar el modelo, ya sea por falta de claridad normativa, áreas de oportunidad en los mecanismos de comunicación o indefinición sobre lo que harán los estados. Asimismo, existen retos asociados a la adaptación del Programa IMSS-Bienestar a las zonas urbanas, sobre todo por su capacidad operativa que difiere de los contextos rurales, lo cual genera la percepción de que su infraestructura es limitada para la atención generalizada de la población sin seguridad social.

Respecto a la incertidumbre que ha causado la reforma, las personas entrevistadas en las entidades federativas señalan que la principal confusión es sobre cómo va a operar el modelo de atención a la salud; esto podría estar asociado a los mecanismos de comunicación que existen entre la Secretaría de Salud y las entidades federativas. La mayoría de los estados enfatizó la necesidad de fortalecer los mecanismos de socialización para que el personal operativo y de planeación conozca las directrices sobre la transición. Si bien con los decretos del OPD IMSS-Bienestar y el modelo MAS-Bienestar hay elementos que comienzan a esclarecer las directrices del modelo, aún falta información que establezca con claridad y precisión lo relacionado con la situación laboral de los trabajadores, así como las modificaciones a realizar a nivel institucional como entidad.

De manera adicional, algunos estados perciben que quienes diseñaron el esquema no tomaron en cuenta la experiencia de aquellos que realizan el trabajo operativo de forma directa con las personas usuarias y que desconocen aspectos instrumentales que pueden complicar la implementación. En un estado destacan incluso la necesidad de fortalecer los canales de comunicación con la Secretaría de Salud para adaptar el modelo a las necesidades de atención del estado, a partir de un ambiente que permita la construcción conjunta de las directrices operativas del modelo.



"Ahorita buscando el mecanismo de que finalmente la Secretaría de Salud nos marque la pauta [...]. Nunca nos ha dicho: 'oye, estamos trabajando en coordinación, estamos haciendo esto; con los programas va a pasar esto, van a quedar así, ahora van a operar así'. No, la verdad no vemos como la respuesta de este lado o el posicionamiento como tal de este lado" (ámbito estatal).

"Realmente [...] nosotros conocemos muy poco. Digo, tengo la fortuna de conocer a gente [...] que son parte del IMSS-Bienestar; sin embargo, creo que nosotros lo que más sabemos es lo que se publica en redes, lo que observamos en las videoconferencias donde está el doctor [Jorge] Alcocer con Zoé [Robledo] y esta parte de estructura que se está empezando a implementar" (ámbito local).

"Y si te adhieres, entonces tienes que transferir todos tus recursos de infraestructura y recursos humanos; pero pues no quedaba claridad en reglas de operación. Yo en este momento digo, con la ignorancia que puedo tener, [que] no me queda claro cómo serían esas reglas de operación con el IMSS-Bienestar y [...] si van a tener la capacidad" (ámbito federal).

"A lo mejor sensibilizar un poquito más a la parte que ahorita está viendo lo del IMSS-Bienestar para hacer la vinculación Secretaría de Salud. ¡Que haya una mejor comunicación!" (ámbito federal).

Por otro lado, si bien existe la percepción entre las personas entrevistadas de que el IMSS-Bienestar tiene mecanismos de operación adecuados, prioridades bien establecidas e indicadores claros, se presenta el reto de que su modelo de atención está orientado principalmente para la atención médica en zonas rurales; por lo tanto, existen dudas sobre su capacidad operativa para absorber la complejidad de atención de demanda en el entorno urbano. Y, de igual manera, señalan que su infraestructura es limitada en comparación con la de las entidades federativas para la atención generalizada.

Según la percepción de algunas personas funcionarias en los estados, se ha detectado que la estructura organizacional que plantea el modelo no empata con las necesidades reales en los hospitales. El nuevo modelo desaparece puestos como jefe jurisdiccional, jefes de programas y coordinadores de enfermería, que actualmente cumplen un papel esencial en los SESA. Por ejemplo, en una entidad señalan que con la nueva estrategia se desaparecen al menos siete puestos que tienen presencia en todos los turnos de los hospitales, para ocupar puestos operativos debido a la escasez de médicos en las zonas rurales —trasladando sus actividades a la dirección del hospital—; sin embargo, el personal médico referido, en el desempeño de sus funciones, también realiza trámites administrativos que ayudan a mantener la operación de los servicios otorgados.

En este sentido, a partir de la amplia trayectoria y experiencia adquirida del IMSS-Bienestar, existen expectativas positivas en aquellas entidades federativas que se están integrando al Plan de Salud para federalizar los SESA. Específicamente porque ha desarrollado un modelo operativo basado en la experiencia del IMSS para las zonas rurales, trabajando con procesos normativos definidos y con esquemas operativos sistematizados para las compras de medicamentos y atención médica.

No obstante, existe la preocupación generalizada sobre la falta de claridad del papel que desempeñarán las secretarías de salud de las entidades federativas, los mecanismos de coordinación entre autoridades federales y estatales, así como la definición puntual del traspaso de los servicios de primer y segundo nivel de atención. Además, es necesario especificar lo que atañe a la situación laboral de aquellos puestos de trabajo que podrían desaparecer con el nuevo modelo y a la redistribución de las actividades administrativas para evitar ampliar las cargas laborales en los hospitales. Si bien las incertidumbres que plantean las entidades pueden aclararse durante las mesas de trabajo —igualmente planteadas en el proceso de transición—, es relevante reforzar los lineamientos, reglas de operación y manuales, con la finalidad de que todo el personal operativo en los estados tenga certeza sobre las características de la operación que se plantea con el modelo MAS-Bienestar y para que la cascada de traspaso de información y capacitación sea más eficiente.

Por otro lado, la estrategia de federalización de los SESA debe considerar puntualmente las necesidades de cada uno de los estados, formuladas a partir de la heterogeneidad y diversidad cultural que existe entre las características socioeconómicas y demográficas de las regiones. De tal manera que en el proceso de diagnóstico que realiza el IMSS-Bienestar, el personal operativo de los SESA debe ser involucrado para externar las necesidades particulares en cada estado, desde el ámbito de la infraestructura hasta el personal médico que será capacitado y asignado para proveer los servicios de salud.

Consideraciones finales sobre el análisis cualitativo

El análisis cualitativo sobre el derecho a la salud analiza las posibles brechas en la implementación de las reformas a la LGS para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, en particular para las personas sin seguridad social en distintas entidades federativas. La sección sobre la implementación de las reformas a los esquemas de rectoría de salud, ante la convergencia del INSABI y el OPD IMSS-Bienestar, permite visualizar los principales alcances, limitaciones y retos identificados en las recientes transformaciones del sistema de salud, con el objetivo de servir como punto de partida para la toma de decisiones ante las transiciones que establece el modelo MAS-Bienestar.

En este contexto, la accesibilidad física a los servicios de salud para la población sin seguridad social es más visible en la atención de primer nivel, ya sea a través de las unidades médicas de salud ubicadas en los municipios o, en algunos casos, de las brigadas médicas apoyadas por el Programa FAM. Sin embargo, persiste el reto de garantizar servicios de mayor complejidad o atención especializada para las personas que viven en comunidades rurales o alejadas de la capital, pues la población sin seguridad social se ve obligada a realizar gastos de bolsillo —incluso asociados al traslado, hospedaje y alimentación— en la búsqueda de atención médica.

Al respecto, existen buenas prácticas implementadas en algunos estados para minimizar los obstáculos para la atención médica, las cuales utilizan la tecnología disponible para acercar a las personas especialistas a comunidades marginadas o alejadas de las zonas de atención, así como el envío de los insumos o material especializado a las localidades cuando es requerido. De manera complementaria, la estrategia de brigadas médicas cubanas podría subsanar el déficit que existe en la demanda de especialistas en estas regiones; no obstante, es necesario que la implementación logre retomar la experiencia de las entidades federativas para capturar los obstáculos técnicos que ha representado la implementación de la estrategia, particularmente en lo relativo a la homologación de cédulas profesionales o regulación migratoria para brindar la atención.

A esta complejidad de accesibilidad para el segundo y tercer nivel de atención, se suma el largo tiempo de espera para asignar una cita para la población sin seguridad social, atendiendo a que la demanda de servicios excede la oferta de especialistas en entidades federativas. Según las entrevistas, en algunas unidades médicas sigue siendo indispensable obtener una ficha para acceder a las consultas, lo cual puede tomar gran parte del día. Si tomamos en consideración que, en la mayoría de los casos, las personas sin seguridad social son también aquellas que se desempeñan en la economía informal, y perciben un ingreso diario, podría inferirse que esta población prefiere pagar los servicios privados, con el fin de minimizar los tiempos de ausencia en sus labores y los ingresos perdidos que esto representa. Cabe decir que la tecnología también podría utilizarse para reducir los tiempos de espera en algunas comunidades, ya sea para agendar citas por teléfono o WhatsApp.

Los esfuerzos orientados a mejorar el acceso a la salud deben partir del fortalecimiento de estrategias de información para que la población sin seguridad social conozca sus derechos en la materia; particularmente aquellos asociados a la gratuidad y la no necesidad de derechohabiencia para recibir la atención médica²⁹. En las entrevistas a personas usuarias de los servicios de salud privados se identificaron casos en donde las personas no acuden a consultas de primer nivel al asociar las instituciones de los SESA con las del IMSS e ISSSTE y, por lo tanto, a la condición laboral. Esta situación podría generar complicaciones médicas para las personas usuarias al recibir una atención médica tardía, profundizando las brechas de desigualdad que existen en el acceso al derecho a la salud.

Ante el desconocimiento sobre el derecho a la salud, la población sin seguridad social ha incrementado su asistencia a los CAF, utilizando parte del ingreso del hogar para la atención médica. Si bien los CAF surgen como una alternativa para acercar los servicios de primer nivel a la población en ciertas regiones, habría que enfatizar que el impacto en la economía del hogar se incrementa si consideramos que estos operan bajo una lógica de mercado. Lo anterior implica la existencia de incentivos para recetar medicamentos, aun cuando las personas que son atendidas podrían no requerirlos, debido a que quien los suscribe y vende pertenece al mismo grupo de negocio (Banerjee y Duflo, 2011; CONEVAL, 2022; Osorio, 2020).

²⁹ Y recientemente al proceso de empadronamiento que plantea el decreto que reforma la LGS del 29 de mayo de 2023 (*cf.* DOF, 2023a).

La situación prolifera ante la ausencia de regulación y supervisión por parte de las autoridades e instituciones del sector (Morán, 2021; Osorio, 2020). A este escenario, habría que sumar las afectaciones que genera atenderse en un CAF en la calidad del derecho; ya que no siempre se obtienen tratamientos efectivos, al tener una infraestructura deficiente y, en muchas ocasiones, personal que atiende con credenciales médicas limitadas (Osorio, 2020). Las personas funcionarias entrevistadas señalaron que una de las causas que provoca complicaciones en el embarazo podría estar asociada a revisiones médicas y seguimiento en los CAF, donde no llevan un control adecuado. Por lo tanto, existe una importante necesidad por crear un régimen que supervise y controle la expansión de este sistema privado, con el fin de garantizar los requerimientos mínimos de calidad en la provisión de salud y minimizar los incentivos negativos para sobremedicar a los pacientes.

Una afectación adicional al gasto de bolsillo se refiere a la disponibilidad de medicamentos y a las posibles afectaciones derivadas de la centralización de las compras consolidadas durante la rectoría del INSABI. Algunas personas usuarias de los servicios de salud públicos mencionan que cuando los medicamentos no son proporcionados de manera gratuita por los centros de salud, tienden a no comprarlos, usar ahorros o endeudarse —en caso de ser necesario—; particularmente cuando se trata de medicamentos especializados u oncológicos. Sobre este problema, las personas funcionarias consideran que el principal reto está en mejorar la distribución y la logística para la entrega de medicamentos, pues han tenido casos en los que estos llegan de manera extemporánea a lo solicitado, incurriendo en riesgos de que se acumulen y caduquen.

Las personas funcionarias mencionan que un elemento que podría mermar la disponibilidad de recursos humanos para garantizar el derecho a la salud está asociado con las condiciones laborales del personal médico especialista. Si bien existe la percepción de que las personas especialistas prefieren desempeñar sus funciones en grandes hospitales de zonas urbanas, también mencionan que los esquemas de contratación y salarios ofrecidos no son atractivos en comparación con los que ofrece el sector privado —lo cual provoca que el sector público cuente con un déficit importante de personas especialistas en las diferentes áreas de la salud—.

De igual manera, es importante reconocer los códigos o protocolos que se han implementado en las entidades para mejorar la calidad de los servicios de salud, particularmente en aquellos casos en que se pone en riesgo la vida de las personas —como en los casos de la atención a mujeres embarazadas y personas con riesgo de infarto—. En consecuencia, resulta relevante fortalecer los mecanismos de capacitación existentes en los estados para que el personal médico de primer nivel de atención cuente con los procedimientos, mecanismos y herramientas para atender y canalizar a personas en riesgo a otros niveles de atención de manera generalizada.

En relación con los cambios en los esquemas de rectoría de los servicios de salud, es importante mencionar que el INSABI asumió un papel como financiador de las entidades federativas, con proyectos orientados al fortalecimiento de la infraestructura médica y hospitalaria, así como para la

contratación de personal médico. Sin embargo, por las características de la pandemia y la reorientación de las prioridades en salud pública a nivel federal, la institución debió reordenar sus objetivos para mitigar los efectos en la capacidad hospitalaria del país, dificultando la transición hacia el nuevo modelo de atención.

A este contexto, debe sumarse que existieron áreas de oportunidad en la coordinación y comunicación del modelo SABI con los operadores de los programas de salud en los estados. Algunas personas entrevistadas manifestaron que faltó claridad en las reglas de operación, así como en los mecanismos de coordinación interinstitucional, sobre las acciones que debían desempeñar los SESA y el INSABI para implementar el nuevo modelo. Incluso existió un caso en que los problemas de coordinación y comunicación entre instituciones afectó la asignación de recursos para la rehabilitación de unidades médicas, implicando reintegrar los recursos públicos recibidos.

En cuanto al IMSS-Bienestar, si bien el trabajo de campo se realizó en el contexto de transición —coincidiendo en el periodo de publicación del modelo MAS-Bienestar—, predomina la incertidumbre aún sobre cómo operara el modelo en las entidades federativas. Si bien las incertidumbres planteadas pueden aclararse durante las mesas de trabajo —igualmente planteadas en el proceso de transición—, resulta relevante reforzar los lineamientos, reglas de operación y manuales, con el fin de que todo el personal operativo en los estados pueda tener certeza sobre las características de la operación que se plantea con el modelo MAS-Bienestar y la cascada de traspaso de información sea más eficiente.

Además, es importante que la estrategia de federalización de los SESA considere puntualmente las necesidades de cada uno de los estados, formuladas a partir de la heterogeneidad que existe entre las características socioeconómicas y demográficas de las regiones. De tal manera que en el proceso de diagnóstico que realiza el IMSS-Bienestar, el personal operativo y administrativo de los SESA debe ser considerado para externar las características de atención médica particulares de cada entidad.

Conclusiones

En el marco del cumplimiento de sus funciones, es prioritario que el CONEVAL genere información sobre el desempeño y resultados de las políticas públicas de desarrollo social, con el fin de contribuir a la toma de decisiones basada en evidencia. Por lo anterior, el estudio tiene el objetivo de analizar las posibles brechas para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, en el marco de la implementación de las reformas a la Ley General de Salud (LGS), principalmente para las personas sin seguridad social. Este estudio complementa el primer informe de la Evaluación Estratégica de Salud (CONEVAL, 2022), donde se exponen los retos actuales del sistema de salud en México, la evolución y efectos de la pandemia por la COVID-19 y presenta un análisis de diseño y coherencia de los programas presupuestarios en materia de salud.

Las reformas a la LGS, iniciadas en 2019, plantearon de manera conceptual las bases para la implementación de un sistema de salud universal. Sin embargo, aún pueden apreciarse contradicciones con la lógica de universalidad al crear nuevos esquemas normativos y de rectoría para brindar los servicios, lo cual mantiene una atención médica diferenciada, de acuerdo con la afiliación a cada uno de los subsistemas —dependientes de la condición laboral de las personas—. A este escenario se suman las reconfiguraciones al sistema de salud, con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) con las reformas a la LGS en 2019 —y su desaparición en 2023— (DOF, 2023a), el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), el Organismo Público Descentralizado (OPD) IMSS-Bienestar y, recientemente, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) en 2022, las cuales podrían deteriorar los esfuerzos de coordinación entre el Gobierno federal y las entidades federativas, al modificar la estructura organizacional para la atención médica en periodos relativamente cortos y no dar certeza a las personas sobre las vías para recibir atención médica.

El más reciente modelo MAS-Bienestar plantea un rediseño de la estructura organizacional del sistema de salud, con el objetivo de fortalecer normativamente la rectoría y liderazgo estratégico de la Secretaría de Salud federal, en coordinación estratégica con las entidades federativas. Esta modificación ha causado incertidumbre en algunos estados al interpretarse como un nuevo esquema de centralización de los servicios de salud, con posibles implicaciones en términos de la efectividad de respuesta a las necesidades locales y la heterogeneidad de las condiciones demográficas que demandan de una atención diferenciada; particularmente en contextos de emergencia sanitaria que requieren de velocidad en las respuestas.

Esta situación podría afectar los esfuerzos por garantizar el ejercicio del derecho a la salud para la población sin seguridad social, en especial si se considera que en los dos informes de la Evaluación Estratégica de Salud existen hallazgos que indican importantes áreas de oportunidad en la coordinación y comunicación entre las instancias encargadas de brindar los servicios. Por ejemplo, las personas funcionarias federales, estatales y locales entrevistadas coinciden en que el modelo SABI no se implementó, entre otros factores, por la falta de definición de las directrices operativas para la atención generalizada. Por lo tanto, es indispensable fomentar la creación de espacios entre instituciones de los diferentes niveles, para asegurar que se prevenga la ambigüedad y confusión en la interpretación de cómo debe operar el modelo y cuáles son las funciones administrativas y operativas de cada parte.

Los hallazgos sobre la centralización se complementan con la pérdida de eficiencia en la distribución y entrega de medicamentos que ocurrió con la consolidación de las compras. Si bien algunas entidades federativas refirieron haber mejorado algunos porcentajes de disponibilidad de medicamentos y el número de claves, también se aprecia una disminución en medicamentos especializados y oncológicos, cuya adquisición puede representar un costo importante para los hogares. Por ello, también existe el reto identificado de garantizar la distribución oportuna para que las entidades federativas dispongan de los insumos médicos necesarios para brindar una atención adecuada.

La federalización de los SESA ha establecido en su proceso de transición la creación de diagnósticos y mesas de trabajo, previos a la transferencia de la infraestructura de atención médica. Estos espacios deben involucrar a los diferentes ámbitos de gobierno en las entidades federativas, para que el OPD IMSS-Bienestar pueda capturar la heterogeneidad en el sistema de salud y procurar —de manera coordinada y conjunta— estrategias diferenciadas por regiones para garantizar la atención desde la eficiencia, efectividad y equidad. Por un lado, recopilando las necesidades de infraestructura que necesita cada entidad, con el fin de minimizar las diferencias en el acceso a los diferentes niveles de atención —particularmente en el segundo y tercer nivel—. Y, por el otro, recuperando la experiencia en la atención médica de los SESA para espacios geográficos y sociodemográficos diferentes a los que atiende el Programa IMSS-Bienestar con su infraestructura enfocada hacia la atención de primer nivel.

Una limitación adicional identificada en el análisis de las entrevistas está en la heterogeneidad entre las regiones y entidades federativas del país, lo cual podría obstaculizar la transición de los servicios de salud como se espera. Por ejemplo, en una entidad se identificaron las dificultades para migrar a un nuevo servicio, atendiendo a las complejidades que imponen las vías de comunicación, dispersión poblacional, usos y costumbres o las diferentes lenguas originarias que coexisten en la región. De ahí que las personas entrevistadas enfatizan la importancia de colaborar de manera más estrecha con las entidades federativas para la implementación de la estrategia, ya que no todas tienen las mismas necesidades de salud.

Bajo este contexto, el estudio aborda las dimensiones del derecho a la salud, con el objetivo de generar hipótesis sobre aquellos factores que limitan o habilitan el ejercicio efectivo del derecho. Si bien el análisis no permite establecer generalizaciones sobre las variables identificadas en la muestra, es posible problematizar sobre los principales obstáculos de la población sin seguridad social para la atención médica, proporcionando evidencia sobre los puntos focales para el desarrollo de políticas públicas en salud para las entidades federativas. Asimismo, estos factores identificados en el trabajo de campo se complementan con indicadores relevantes en la materia y con los hallazgos del primer informe de la Evaluación Estratégica de Salud.

Al respecto, uno de los factores que limita el ejercicio efectivo del derecho está asociado al acceso a la atención médica especializada —punto en donde convergen las tres dimensiones del derecho a la salud—. En este tema, si bien los servicios de salud deben ser proporcionados de manera gratuita por los SESA, existen al menos tres factores que limitan el acceso: 1) las personas deben asumir los costos de traslado a los hospitales especializados, así como aquellos gastos de alimentación y

hospedaje para las personas que acompañan al paciente por el tiempo que dure el tratamiento; 2) existen entidades federativas que no cuentan con hospitales de tercer nivel de atención —lo cual agrega obstáculos para las personas sin seguridad social—, y 3) en muchas entidades federativas no hay suficiente personal especializado, lo cual se agrava al analizar las zonas rurales.

Esta situación implica que las personas sin seguridad social tengan que desembolsar parte de su ingreso para procurar los servicios de segundo y tercer nivel —incrementando la probabilidad de incurrir en gastos de bolsillo o catastróficos—. En el primer informe se identificó que, en 2020, la incidencia de gasto catastrófico es mayor para las personas que reportaron estar afiliadas al INSABI, y el comportamiento es muy similar para las personas sin afiliación, respecto a personas afiliadas a otra institución, con una incidencia de gasto catastrófico por persona de 4.35 y 4.14%, respectivamente; mientras que para las personas de otras instituciones fue de 2.81 % (CONEVAL, 2022).

Un factor que limita el ejercicio efectivo del derecho a la salud está vinculado con la desatención normativa y operativa de la prevención de enfermedades en salud. En el primer informe de la *Evaluación Estratégica de Salud* se identificó que esta área requería acciones para fortalecer el diseño normativo de los programas, con el fin de evitar incertidumbres en el acceso, ambigüedades en la operación o aspectos que refuercen la desigualdad en la atención, como aquellos derivados de las cargas administrativas que incrementaron con la desaparición de Prospera Programa de Inclusión Social —afectando incluso las acciones de difusión de información que se tenían con el programa— (CONEVAL, 2022). El análisis de la evidencia cualitativa refuerza este hallazgo, al documentar que las personas sin seguridad social han descuidado la prevención de enfermedades, ya que acuden a las unidades médicas solo cuando están enfermas y demandan la atención médica, afectando particularmente a las mujeres embarazadas, niñas y niños, y personas con alguna enfermedad crónica.

Al respecto, el modelo MAS-Bienestar contempla modificaciones normativas que podrían reforzar el área preventiva en las unidades médicas de primer nivel, al agregar “[...] un promotor de salud por cada 3 consultorios en el área urbana y por cada 10 consultorios en el área rural” (DOF, 2022a); sin embargo, existen entidades federativas que señalan que aún no es claro cómo será la asignación de recursos presupuestarios para la contratación del personal médico necesario para cumplir con esas funciones. Por lo tanto, es indispensable reforzar los mecanismos de coordinación entre el Gobierno federal y los SESA para garantizar el presupuesto que permita contratar al personal médico necesario para realizar las actividades que se requieren; de lo contrario, el personal tendrá que realizar las tareas de promoción y prevención de la salud respondiendo al aumento de cargas administrativas heredadas de la terminación de Prospera.

Otro factor que limita el ejercicio del derecho a la salud para las personas sin seguridad social está vinculado con los problemas de coordinación interinstitucional entre el Gobierno federal y los SESA. Esta área de mejora podría derivar de dos factores identificados en el análisis cualitativo: 1) falta de claridad en las bases normativas que delimitan el margen de acción y colaboración de las entidades federativas y el Gobierno federal, y 2) que los diagnósticos y diseño de planes de acción articulados desde la Federación no consideren las necesidades locales identificadas por los SESA

para operar la atención médica, las cuales responden a las particularidades de cada contexto sociodemográfico, y que al ser ignoradas generan ineficiencias en la distribución de recursos.

El primer caso refuerza los hallazgos identificados en el primer informe de la Evaluación Estratégica, en donde se enfatizó la falta de claridad de lineamientos para implementar las reformas a la LGS y los vacíos en los canales de comunicación entre las instituciones y los operadores de los servicios de salud (CONEVAL, 2022). En este estudio, las personas funcionarias enfatizan que faltó una instrucción clara de la Secretaría de Salud para implementar el modelo de atención. Si bien la implementación pudo haber sido afectada por la pandemia, también podría argumentarse que es en contextos de emergencia cuando se vuelve indispensable la definición y despliegue de mecanismos de coordinación entre entidades para incrementar la velocidad de una respuesta sanitaria.

Para el segundo caso, es necesario el desarrollo de lineamientos claros o Acuerdos de Coordinación específicos entre las entidades federativas y el OPD IMSS-Bienestar, para definir las acciones específicas sobre la planeación y desarrollo en salud, implementación de políticas y evaluación de programas que refiere el modelo MAS-Bienestar (DOF, 2022a). Lo anterior ampliaría la claridad de los SESA sobre su margen de acción, y permitiría recopilar las necesidades en el primer nivel de atención, infraestructura y personal médico que plantea la federalización de los servicios estatales en el Plan de Salud IMSS-Bienestar. El fortalecimiento de los mecanismos de coordinación interinstitucional podría evitar problemas de asignación de recursos como los identificados con el INSABI que derivaron en diferencias sobre el diagnóstico de rehabilitación de unidades médicas.

En el estudio se identifican también algunos factores que habilitan la garantía del derecho a la salud en las entidades federativas. En primer lugar, destaca la amplia infraestructura de atención médica de primer nivel, la cual permite que la población sin seguridad social atienda sus necesidades de consultas ambulatorias. Si bien existen áreas con oportunidad de mejora —asociadas a disminuir los tiempos de espera para recibir consulta, la implementación de tecnologías para la asignación de citas y los hallazgos identificados sobre el mantenimiento y limpieza de las unidades médicas—, también logra identificarse una importante disponibilidad de infraestructura médica en la materia. Esta ventaja podría ser aprovechada de manera óptima por el IMSS-Bienestar, al retomar su experiencia en la atención médica básica en las unidades territoriales en las que opera. A tal efecto, es indispensable que la población sin seguridad social amplíe su acceso a la información para acudir a las unidades de salud, prefiriéndolas sobre los CAF.

Asimismo, Aunque los CAF acercan los servicios de salud a la población, por su amplia presencia —principalmente en zonas urbanas— y disponibilidad de infraestructura para la atención de primer nivel, implican un gasto para las personas y no hay certeza de su calidad, y podrían ser un indicador de la falta de acceso a servicios y medicinas del sistema público. No obstante, dada su prevalencia, es necesario crear un régimen que supervise y controle la expansión de este subsistema privado, particularmente por su rápido crecimiento en el sector, y su amplia accesibilidad geográfica y burocrática —pues tampoco requieren de afiliación médica—. Este régimen fortalecería los esfuerzos por

garantizar los requerimientos mínimos de calidad en la provisión de salud y eliminar los incentivos negativos para sobremedicar a los pacientes.

De igual manera, un elemento que habilita el ejercicio del derecho a la salud es el conjunto de códigos o protocolos que se han implementado en las entidades para mejorar la calidad de los servicios de salud, particularmente en aquellos casos en los que existe un riesgo para la vida de las personas —como en el caso de atención a mujeres embarazadas con complicaciones obstétricas o personas con riesgos de infarto—, pues incide en reducir la desigualdad en la atención identificada por regiones. Por consiguiente, resulta relevante fortalecer los mecanismos de capacitación que existen en los estados para que el personal médico de primer nivel de atención cuente con los protocolos, mecanismos y herramientas para atender y canalizar a personas en riesgo a otros niveles de atención.

Un elemento adicional que habilita la garantía del derecho a la salud deriva de la ministración oportuna de recursos a las entidades federativas para que estos puedan gestionarse y aplicarse a las necesidades de salud contextuales —recuperando los alcances del INSABI en sus años de operación—. La asignación presupuestal para la construcción y el mantenimiento de infraestructura de segundo y tercer nivel debe extenderse a aquellas entidades que han manifestado una necesidad importante para brindar atención médica especializada; y, por otro lado, los esfuerzos por contratar personal médico —como los observados con el INSABI—, deben garantizar condiciones laborales adecuadas con el objetivo de disminuir los incentivos que tienen médicos generales y especialistas para migrar al sector privado.

La iniciativa para desaparecer el INSABI es la expresión operativa del artículo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023, que busca iniciar un proceso de transición del programa U013 Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral —principal instrumento financiero del INSABI— al OPD IMSS-Bienestar. Este programa articula las acciones de financiamiento más importantes para procurar la atención médica a las personas sin seguridad social, por lo que el IMSS-Bienestar debe retomar los alcances, limitaciones, retos y lecciones aprendidas del INSABI, con el fin de evitar que el desarrollo de sus funciones se limiten a financiar los servicios de salud, y no a prestar la atención médica como lo estipula el modelo MAS-Bienestar.

Por último, el proceso de transición que experimenta el sistema de salud debe establecer directrices claras para las entidades federativas que han decidido no participar en la federalización de los servicios de salud, con el fin de que no existan diferencias en la atención que se brinda a la población en las diversas regiones del país. Aun cuando el MAS-Bienestar establece que todas las entidades federativas deben adherirse al modelo de atención a la salud, aún está pendiente establecer cómo funcionarán los mecanismos de financiamiento y coordinación entre los estados que se mantienen fuera de la federalización de los SESA. Mientras no se satisfaga el punto anterior, existe el riesgo de que con la federalización de los servicios de salud se fragmente aún más la atención médica, al generar un nuevo subsistema de atención presente en entidades que no se adhieren al OPD IMSS-Bienestar.

Anexo 1

Cuadro 14. Indicadores de la dimensión de accesibilidad

Subdimensión	Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Física	Tiempo de traslado a unidades médicas	Primer nivel en menos de 30 minutos (a pie)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	84.86 %	n.d.	
		Primer nivel en menos de 10 minutos (automóvil)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	95.86 %	n.d.
		Segundo nivel en menos de 30 minutos (automóvil)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	89.07 %	n.d.
		Tercer nivel en menos de 30 minutos (automóvil)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	50.61 %	n.d.
		Tercer nivel en 3 horas o más (automóvil)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	13.70 %	n.d.
Física	Consultas médicas del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,365,768	2,032,848	1,292,648	1,189,774	
Física	Unidades de consulta externa	Urbanas	8,674	8,759	8,835	8,956	9,181	9,240	9,238	8,982	8,686	8,680
		Rurales	11,899	11,949	11,946	12,037	11,666	11,675	11,669	11,620	11,380	11,312
Física	Unidades de hospitalización	Urbanas	1,225	1,239	1,251	1,251	1,264	1,272	1,274	1,277	1,399	1,352
		Rurales	82	86	88	91	77	79	81	84	95	90
Física	Carencia por acceso a servicios de salud	n.a.	n.d.	n.a.	n.a.	15.60 %	n.a.	16.20 %	n.a.	28.20 %	n.a.	
Física	Tiempo promedio de traslado reportado al lugar donde se atendió la última vez debido a problemas de salud (minutos)	n.d.	n.d.	n.a.	n.a.	32.0 min	n.a.	32.7 min	n.a.	30.7 min	n.a.	
Física	Porcentaje de farmacias que operan con modelo de consultorios adyacentes a farmacias (CAF)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	9.48 %	9.51 %	11.18 %	10.65 %	10.52 %	11.50 %	
Física	Centros de salud donde opera el servicio de telesalud	228	253	409	416	470	470	470	491	508	519	
Económica	Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.77 %	5.90 %	5.65 %	5.80 %	5.64 %	5.53 %	5.47 %	5.51 %	6.38 %	5.73 %	
Económica	Gasto público en salud como porcentaje del PIB	3.12 %	3.22 %	3.00 %	3.07 %	2.94 %	2.84 %	2.77 %	2.76 %	3.45 %	3.08 %	
Económica	Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	54.10 %	54.63 %	53.06 %	53.0 %	52.17 %	51.38 %	50.65 %	50.01 %	54.06 %	53.81 %	
Económica	Gasto público en salud en la población con seguridad social como porcentaje del gasto total en salud	29.82 %	30.42 %	28.35 %	28.63 %	28.24 %	27.48 %	27.44 %	27.34 %	28.28 %	26.83 %	
Económica	Gasto público en salud en la población sin seguridad social como porcentaje del gasto total en salud	24.28 %	24.20 %	24.71 %	24.37 %	23.93 %	23.89 %	23.21 %	22.67 %	25.78 %	25.46 %	
Económica	Gasto público per cápita en salud en la población con seguridad social (pesos constantes de 2013)	5,387	5,484	4,986	5,312	5,271	5,072	5,056	5,049	5,534	5,127	

Subdimensión	Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Económica	Gasto público per cápita en salud en la población sin seguridad social (pesos constantes de 2013)	3,573	3,566	3,565	3,722	3,690	3,654	3,554	3,484	4,213	3,858	
A la información	Porcentaje de personas que no buscan atención médica a pesar de presentar un problema de salud, según los motivos que declaran	Se automedicó	n.d.	n.d.	n.a.	n.a.	63.18 %	n.a.	62.44 %	n.a.	64.22 %	n.a.
		No quiso o no era necesario	n.d.	n.d.	n.a.	n.a.	37.08 %	n.a.	37.39 %	n.a.	37.51 %	n.a.
		No tenía dinero	n.d.	n.a.	n.a.	n.a.	4.65 %	n.a.	4.15 %	n.a.	4.63 %	n.a.

Fuentes:

Accesibilidad física

CONEVAL. (s.f.-c). Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza (PATP).

CONEVAL. (2021d). El Sistema de Monitoreo de la Política Social (SIMEPS).

CONEVAL. (2021b). Medición Multidimensional de la Pobreza 2020. Anexo estadístico 2016 – 2020

INEGI. (2021a). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2020 Nueva serie.

INEGI. (2021b). Censo de Población y Vivienda 2020.

INEGI. (2022). Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DNEU).

SSA. (s.f.-c). Gasto en Salud por fuente de financiamiento e indicadores 1990-2021. Sistema de Información en Salud: SICUENTAS.

SSA. (s.f.-a). Sistema de Información en Salud: Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).

SSA. (s.f.-d). Recursos en Salud Sectorial.

Accesibilidad económica

SSA. (s.f.-c). Gasto en Salud por fuente de financiamiento e indicadores 1990-2021. Sistema de Información en Salud: SICUENTAS.

Accesibilidad a la información

INEGI. (2021a). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2020 Nueva serie.

Cuadro 15. Indicadores de la dimensión de disponibilidad

Subdimensión	Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Recursos humanos	Personal médico en contacto con el paciente por cada 1,000 habitantes	3.71	3.82	3.94	4.10	4.23	4.24	4.26	4.23	4.30	4.36	
Recursos humanos	Médicos generales y familiares por cada 1,000 habitantes	0.83	0.84	0.88	0.93	0.97	0.97	0.98	0.99	1.01	1.09	
Recursos humanos	Médicos especialistas por cada 1,000 habitantes	0.66	0.69	0.71	0.75	0.74	0.75	0.75	0.74	0.75	0.75	
Recursos humanos	Porcentaje de la población que acudió a algún servicio público de salud y no se le brindó atención porque no había médico	n.d.	n.d.	n.a.	n.a.	25.30%	n.a.	24.89%	n.a.	17.69 %	n.a.	
Infraestructura física y servicios médicos	Unidades de consulta externa	Urbanas	8,674	8,759	8,835	8,956	9,181	9,240	9,238	8,982	8,686	8,680
		Rurales	11,899	11,949	11,946	12,037	11,666	11,675	11,669	11,620	11,380	11,312
Infraestructura física y servicios médicos	Unidades de hospitalización	Urbanas	1,225	1,239	1,251	1,251	1,264	1,272	1,274	1,277	1,399	1,352
		Rurales	82	86	88	91	77	79	81	84	95	90
Infraestructura física y servicios médicos	Total de unidades de consulta externa y hospitalización en el sector público	22,031	22,179	22,268	22,486	22,443	22,525	22,520	22,213	21,825	21,630	
Infraestructura física y servicios médicos	Camas censables por cada 1,000 habitantes	0.73	0.74	0.74	0.72	0.73	0.72	0.71	0.71	0.73	0.73	
Infraestructura física y servicios médicos	Intervenciones quirúrgicas por cada 1,000 habitantes en el sector público	31.1	30.8	30.9	29.8	29.6	28.0	26.7	25.3	16.4	n.d.	
Infraestructura física y servicios médicos	Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas	78.0%	78.1%	78.2%	77.9%	76.7%	76.2%	75.3%	75.1%	66.8%	67.5%	

Subdimensión	Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Infraestructura física y servicios médicos	Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de un año	48.5%	83.8%	88.9%	90.7%	91.2%	82.4%	81.3%	80.5%	64.8%	n.d.
Infraestructura física y servicios médicos	Consultas de medicina de especialidad por cada 1,000 habitantes	449.7	435.3	432.8	420.5	406.6	375.7	374.6	362.1	167.7	n.d.
Infraestructura física y servicios médicos	Porcentaje de surtimiento completo de medicamentos a la primera vez en el primer nivel de atención	83.2%	83.1%	84.0%	83.0%	81.5%	82.0%	78.2%	78.0%	79.1%	74.95%

Nota: El indicador "Total de unidades de consulta externa y hospitalización en el sector público" no coincide con la suma de las unidades de consulta externa y hospitalización urbanas y rurales, pues considera además aquellas que no se categorizaron como urbanas o rurales.

Fuentes:

Recursos humanos

SSA. (s.f.-d). Recursos en Salud Sectorial.

CONAPO. (2018). Indicadores demográficos de México de 1950 a 2050 y de las entidades federativas de 1970 a 2050.

SSA. (s.f.-c). Indicadores de Resultado de los Sistemas de Salud.

INEGI. (2021a). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2020 Nueva serie.

Infraestructura física y servicios médicos

SSA. (s.f.-d). Recursos en Salud Sectorial.

SSA. (s.f.-e). Indicadores de Resultado de los Sistemas de Salud.

SSA. (s.f.-f). Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (INDICAS).

Cuadro 16. Indicadores de la dimensión de calidad

Subdimensión	Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Seguridad	Promedio anual del porcentaje de pacientes con infección nosocomial con respecto al total de egresos en el periodo.	n.d.	n.d.	n.d.	2.83	4.20	3.20	2.83	3.23	2.93	3.40		
Seguridad	Tiempo de espera promedio para recibir consulta en urgencias por institución (minutos)	SSA	27.27	25.88	27.11	30.32	27.81	27.64	25.43	24.09	19.38	17.64	
		ISSSTE	26.78	22.23	26.67	27.77	33.17	33.11	35.77	37.44	24.87	31.23	
		IMSS	23.79	20.90	18.07	25.38	25.46	43.33	22.87	23.68	12.31	15.71	
		IMSS Bienestar*	21.46	23.30	28.11	22.47	16.32	17.36	13.77	16.45	13.03	15.41	
		Pémex	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	23.28	10.43	8.60	
		Fuerzas armadas	20.24	17.96	17.19	20.33	12.38	17.09	25.46	36.62	10.00	13.99	
		Gobiernos estatales	27.84	24.80	22.13	32.08	29.38	42.28	53.14	68.25	34.76	24.32	
		Universidades	nd	Nd	nd	53.00	25.76	12.27	17.51	9.59	6.27	5.61	
		Privados	20.07	10.85	10.10	10.05	11.75	12.11	15.79	36.24	24.26	15.31	
Efectividad	Principales causas de mortalidad (defunciones por cada 100,000 habitantes)	Primera causa	Enfermedades del corazón									COVID-19	
			93.5	98.2	101.2	106.1	111.1	114.2	119.2	123.3	171.1	185.1	
			Enfermedades isquémicas del corazón										
		63.33	67.19	68.65	72.64	79.65	87.56	86.67	89.79	130.58			
		Segunda causa	Diabetes mellitus									COVID-19	Enfermedades del corazón
			72.7	75.5	78.4	81.2	86.0	85.9	80.8	82.4	156.7	174.8	
												Enfermedades isquémicas del corazón	
		136.96											
		Tercera causa	Tumores malignos									Diabetes mellitus	
			62.6	63.5	64.3	65.5	67.2	67.8	68.4	70.1	118.2	109.1	

Subdimensión	Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Efectividad	Principales causas de mortalidad de las mujeres (defunciones por cada 100,000 habitantes)	Primera causa	Diabetes mellitus									COVID-19
		Segunda causa	73.4	76.2	78.8	81.9	86.0	85.6	80.6	81.5	110.5	142.3
		Tercera causa	Tumores malignos				Enfermedades isquémicas del corazón				COVID-19	Enfermedades isquémicas del corazón
		Segunda causa	62.2	63.4	64.2	65.6	68.8	71.2	69.1	77.7	109.6	117.0
		Tercera causa	Enfermedades isquémicas del corazón				Tumores malignos				Enfermedades isquémicas del corazón	Diabetes mellitus
		54.9	58.0	59.1	62.8	67.2	68.0	69.1	70.3	108.5	105.4	
Efectividad	Principales causas de mortalidad de los hombres (defunciones por cada 100,000 habitantes)	Primera causa	Enfermedades isquémicas del corazón								COVID-19	
		Segunda causa	72.1	76.7	78.6	82.9	90.9	93.5	99.2	102.4	205.9	229.8
		Tercera causa	Diabetes mellitus								Enfermedades isquémicas del corazón	
		Segunda causa	72.0	74.8	78.0	80.5	86.1	86.1	81.0	83.4	153.6	157.7
		63.1	63.6	64.4	65.5	67.3	67.6	67.8	69.9	126.1	113.0	
Efectividad	Principales causas de mortalidad por grupos de edad 5 a 9 años (defunciones por cada 100,000 habitantes)	Primera causa	Accidentes									
		Segunda causa	6.7	5.8	5.8	5.1	5.3	5.0	4.6	4.2	3.6	4.3
		Tercera causa	Tumores malignos									
		3.4	3.5	3.3	3.4	3.3	3.1	2.9	3.1	2.9	2.9	
		Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas										
		1.0	0.9	0.9	0.9	1.1	1.1	1.2	1.1	1.0	1.0	
Efectividad	Principales causas de mortalidad por grupos de edad 10 a 19 años (defunciones por cada 100,000 habitantes)	Primera causa	Accidentes									
		Segunda causa	15.9	14.1	13.8	14.0	14.1	13.9	12.8	12.1	12.0	12.9
		Tercera causa	Tumores malignos			Enfermedades del corazón excepto paro cardíaco			Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas			Enfermedades del corazón excepto paro cardíaco
		Segunda causa	5.6	5.7	6.0	5.9	5.7	6.1	6.0	6.0	6.0	5.8
		1.9	1.9	2.0	1.7	1.9	2.0	1.9	2.0	2.2	2.2	
Efectividad	Principales causas de mortalidad por grupos de edad 20 a 39 años (defunciones por cada 100,000 habitantes)	Primera causa	Accidentes									COVID-19
		Segunda causa	33.3	31.3	29.7	30.7	30.3	29.2	28.1	27.4	27.2	40.6
		Tercera causa	Enfermedades del corazón, excepto paro cardíaco								COVID-19	Accidentes
		Segunda causa	8.7	8.8	9.6	10.0	10.8	11.4	11.6	11.8	25.4	29.4
		Enfermedades del hígado								Enfermedades del corazón, excepto paro cardíaco		
		8.1	8.2	7.3	7.7	8.6	8.3	8.0	8.4	14.9	15.1	
Efectividad	Principales causas de mortalidad por grupos de edad 40 a 64 años (defunciones por cada 100,000 habitantes)	Primera causa	Diabetes mellitus								COVID-19	
		Segunda causa	114.0	113.7	118.9	118.6	127.4	124.7	117.8	117.9	282.2	311.1
		Tercera causa	Tumores malignos								Diabetes mellitus	
		Segunda causa	96.0	96.7	96.7	98.1	97.8	99.0	99.7	101.0	170.9	151.9
		Enfermedades isquémicas del corazón, excepto paro cardíaco							Enfermedades isquémicas del corazón			
		83.0	85.2	86.0	88.1	92.9	94.2	97.8	100.4	143.5	141.1	
Efectividad	Principales causas de mortalidad por grupos de edad 65 años y más (defunciones por cada 100,000 habitantes)	Primera causa	Enfermedades del corazón, excepto paro cardíaco									
		Segunda causa	1,109.4	1,145.7	1,160.1	1,193.5	1,217.2	940.0	1,243.2	1,253.5	1,685.3	1,687.5
		Tercera causa	Diabetes mellitus								COVID-19	
		Segunda causa	704.6	724.5	728.4	748.6	763.3	597.0	679.8	679.1	991.1	1,158.0
		Tumores malignos								Diabetes mellitus		
		541.4	534.7	527.4	528.9	537.0	458.7	513.5	513.5	934.2	854.4	
Efectividad	Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por cada 100,000 habitantes	63.33	67.19	68.65	72.64	79.65	82.13	86.67	89.79	130.58	136.96	

Subdimensión	Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Efectividad	Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por cada 100,000 habitantes	27.28	27.66	27.65	28.11	28.34	28.42	28.17	27.89	28.97	28.82		
Efectividad	Tasa general de incidencia de diabetes mellitus tipo II por cada 100,000 habitantes	358.84	413.45	391.12	373.7	367.72	405.12	411.85	419.02	300.76	375.77		
Efectividad	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por cada 100,000 habitantes	72.74	75.53	78.40	81.19	86.03	85.88	80.79	82.44	118.18	109.12		
Efectividad	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos	Mujeres	73.02 %	n.a.	n.a.	n.a.	75.57 %	n.a.	76.80 %	n.a.	n.a.	75.00 %	
		Hombres	69.37 %	n.a.	n.a.	n.a.	69.37 %	n.a.	73.00 %	n.a.	n.a.	69.60 %	
Efectividad	Razón de mortalidad materna (defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos)	42.1	37.9	38.7	35.0	37.2	35.0	34.6	33.8	53.9	58.6		
Efectividad	Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por enfermedades diarreicas agudas (defunciones por cada 100,000 menores de cinco años)	9.04	10.06	8.52	7.85	8.76	6.10	5.39	6.57	6.17	n.d.		
Efectividad	Tasa de cesáreas (cesáreas por cada 100 partos)	45.58	46.22	46.59	45.06	45.21	45.54	47.07	47.66	50.06	51.46		
Atención centrada en la persona	Porcentaje de usuarios de servicios médicos públicos que respondieron que el médico les dio explicaciones fáciles de entender, por institución	SSA	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	99.17 %	99.34 %	99.54 %	99.59 %	
		ISSSTE	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	96.14 %	95.74 %	97.29 %	97.71 %	
		Semarm	n.d.	97.21 %	100.00 %	97.99 %							
		DIF	n.d.	98.89 %	98.05 %	99.88 %	100.00 %						
		Servicios Médicos Estatales	n.d.	97.62 %	98.55 %	98.91 %	97.55 %						
Atención centrada en la persona	Porcentaje de usuarios de servicios médicos públicos que respondieron que el médico les dio explicaciones fáciles de entender	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	97.95 %	97.78 %	99.08 %	98.57 %		
Atención centrada en la persona	Porcentaje de usuarios que respondieron que los atendieron con respeto durante su visita a la consulta externa de primer nivel en unidades médicas públicas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	98.06 %	98.05 %	99.21 %	99.07 %		
Atención centrada en la persona	Porcentaje de usuarios que respondieron que los atendieron con respeto en su visita a la consulta externa de primer nivel, por institución	SSA	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	99.64 %	99.70 %	99.74 %	99.75 %	
		ISSSTE	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	96.72 %	95.60 %	97.70 %	98.01 %	
		Semarm	n.d.	98.68 %	100.00 %	99.68 %							
		DIF	n.d.	97.31 %	97.84 %	99.97 %	100.00 %						
		Servicios Médicos Estatales	n.d.	98.56 %	98.41 %	98.63 %	97.91 %						
Atención centrada en la persona	Porcentaje de usuarios que respondieron haber recibido todos los medicamentos que necesitaban en el primer nivel de atención	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	74.49 %	65.09 %	59.28 %	49.19 %		
Atención centrada en la persona	Porcentaje de surtimiento completo de medicamentos a la primera vez por institución en el primer nivel de atención	SSA	82.02 %	81.52 %	82.92 %	81.82 %	80.24 %	80.80 %	76.34 %	76.66 %	78.24 %	74.03 %	
		ISSSTE	92.43 %	97.36 %	93.84 %	94.72 %	92.89 %	91.95 %	91.99 %	90.57 %	86.97 %	80.44 %	
		IMSS	95.90 %	96.59 %	95.68 %	95.85 %	96.94 %	94.40 %	88.92 %	90.57 %	89.97 %	72.04 %	
		IMSS Bienestar*	93.43 %	93.71 %	93.60 %	93.17 %	91.82 %	91.52 %	94.55 %	93.21 %	75.02 %	82.16 %	
		Pémex	n.d.	93.50 %	87.66 %	83.24 %							
		Fuerzas armadas	54.20 %	43.91 %	22.45 %	86.71 %	72.91 %	98.43 %	79.92 %	81.97 %	54.85 %	53.79 %	
		Gobierno de los estados	82.90 %	91.00 %	86.51 %	89.62 %	86.41 %	91.84 %	90.91 %	88.40 %	87.59 %	87.06 %	
		Universidades	90.94 %	96.00 %	90.02 %	89.91 %	96.88 %	97.85 %	90.25 %	97.43 %	97.85 %	95.97 %	
		Privados	n.d.	80.56 %	80.04 %	n.d.	0.30 %	58.62 %	33.22 %	21.29 %	0.36 %	n.d.	
Otros	90.91 %	96.93 %	96.79 %	86.62 %	67.22 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	100 %			

Subdimensión	Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Atención centrada en la persona	Razón de consultas prenatales por embarazo	4.91	5.43	5.34	5.31	5.46	5.61	4.72	2.61	4.94	n.d.
Atención centrada en la persona	Porcentaje de la población portadora del VIH que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales	30.56 %	32.60 %	37.0 %	40.76 %	44.0 %	44.58 %	46.94 %	47.60 %	34.73 %	36.22 %
Atención centrada en la persona	Prevalencia de VIH en población de entre 15 y 49 años	0.28 %	0.30 %	0.31 %	0.32 %	0.34 %	0.35 %	0.38 %	0.40 %	0.41 %	0.43 %
Atención centrada en la persona	Tasa de mortalidad por VIH/sida por cada 100,000 habitantes	4.25	4.21	4.01	3.92	3.77	3.81	4.02	4.21	3.58	3.61

* Antes de 2018 IMSS-Bienestar era IMSS-Prospera y antes de 2014 era IMSS-Oportunidades.

Fuentes:

Seguridad

SSA. (s.f.-f). Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (INDICAS).

Efectividad

INEGI. (s.f.). Mortalidad en México.

SSA. (s.f.-b). Anuario de morbilidad 1984 -2021.

SSA. (s.f.-i). Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).

Atención centrada en la persona

SSA. (s.f.-h). Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD).

SSA. (s.f.-f). Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).

CENSIDA. (s.f.-a). Boletín de Atención Integral de Personas con VIH.

CENSIDA. (s.f.-b). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH.

INEGI. (s.f.). Mortalidad en México.

Referencias bibliográficas

- Ashworth, R., McDermott, A., y Currie, G. (2019). Theorizing from Qualitative Research in Public Administration: Plurality through a Combination of Rigor and Richness. En *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 29, núm. 2, pp. 318-333. <https://doi.org/10.1093/jopart/muy057>
- Banerjee, A., y Duflo, E. (2011). *Poor Economics. A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*. New York, Public Affairs.
- Cabrero, E. (2000). *Los Dilemas de la descentralización en México*. O&S, v.7, n.19, Setembro/Dezembro. <https://www.scielo.br/j/osoc/a/8FXjHX8CFDbZF3ZKXWb4NLc/?lang=es&format=pdf>
- Cárdenas, R. (2022). COVID-19 y la utilización de servicios de salud reproductiva de las mujeres mexicanas: cánceres de seno y cervicouterino. *Fecundidad, salud sexual y reproductiva en tiempos de la COVID-19 en Latinoamérica*. Celia Hubert, Paula Miranda-Ribeiro, Viviana Salinas (Editoras ejecutivas). Asociación Latinoamericana de Población, p.p. 107-127 https://chuva-inc.github.io/galao-static-files/realm/alap/Fecundidad_SSR_ILAPON2.pdf
- CENETEC. (2021). Reporte anual de telesalud. https://cenetec-difusion.com/observatoriotelesalud/wp-content/uploads/2022/07/ReporteAnual2022_V3.pdf
- CENSIDA. (s.f.-a). Boletín de Atención Integral de Personas con VIH/Censida. <https://www.gob.mx/censida/articulos/boletin-de-diagnostico-y-tratamiento-antiretroviral-censida>
- _____. (s.f.-b). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-vih>
- CONAPO. (2018). Indicadores demográficos de México de 1950 a 2050 y de las entidades federativas de 1970 a 2050. <https://datos.gob.mx/herramientas/indicadores-demograficos-de-mexico-de-1950-a-2050-y-de-las-entidades-federativas-de-1970-a-2050>
- CONEVAL. (s.f.-a). Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2021. <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/historico.aspx>
- _____. (s.f.-b). Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS). Indicadores SIDS Serie 2016-2020 (actualizada). <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Sistema-de-informacion-de-derechos-sociales.aspx>
- _____. (s.f.-c). Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza (PATP). 2023, de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Plataforma-Analisis-Territorial-de-la-Pobreza.aspx>
- _____. (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
- _____. (2021a). *Análisis sobre el cumplimiento efectivo de metas de los programas y acciones sociales 2020*. https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/informes/Informe_Cumplimiento_efectivo_de_metas_2020.pdf#search=Informe%5FCumplimiento%5Fefectivo%5Fde%5Fmetas%5F2020%2E%20pdf
- _____. (2021b). Medición Multidimensional de la Pobreza 2020. Anexo estadístico 2016-2020. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2020.aspx
- _____. (2021c). Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf
- _____. (2021d). Sistema de Monitoreo de la Política Social (SIMEPS). Módulo de indicadores de los programas y acciones de desarrollo social (SIPS). <http://sistemas.coneval.org.mx/SIMEPS/Mosaico-Sips.aspx?pCiclo=2021>
- _____. (2021e). Índice de Rezago Social 2020 a nivel nacional, estatal, municipal y localidad. https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_Rezago_Social_2020.aspx
- _____. (2022). Evaluación Estratégica de Salud. Primer Informe. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Evaluacion_Estrategica_Salud_Primer_Informe.pdf
- Creswell, J., y Miller, D. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. En *Theory into Practice*, vol. 39, núm. 3, pp. 124-130.
- Del Carmen Prado, M. (2014). La Descentralización en México en Díaz, A. (coord.). *Gobiernos Locales*. Siglo XXI.
- DOF. (1996). Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4900841&fecha=25/09/1996#gsc.tab=0

- _____. (2019). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0
- _____. (2020a). Estatuto Orgánico del Instituto de Salud para el Bienestar. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605322&fecha=19/11/2020#gsc.tab=0
- _____. (2020b). Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0
- _____. (2020c). Convenio de Colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales con el carácter de subsidios para el desarrollo de acciones correspondientes al Programa Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral para el ejercicio fiscal 2020, que celebran el Instituto de Salud para el Bienestar y el Instituto Mexicano del Seguro Social. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605877&fecha=26/11/2020#gsc.tab=0
- _____. (2021). Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2022. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639631&fecha=29/12/2021#gsc.tab=0
- _____. (2022a). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
- _____. (2022b). Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0
- _____. (2022c). Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0
- _____. (2022d). Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5672637&fecha=28/11/2022#gsc.tab=0
- _____. (2023a). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690282&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0
- _____. (2023b). Acuerdo por el que se emiten las bases para la transferencia de recursos y desincorporación por extinción del organismo público descentralizado denominado Instituto de Salud para el Bienestar. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690905&fecha=01/06/2023#gsc.tab=0
- Frenk, J. (1985, sep.-oct.). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, vol. 27, núm. 5, pp. 438-453. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
- Gómez-Dantés, O y Frenk, J. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Pública*, 61:202-211.
- IMSS. (s.f.). IMSS-Bienestar. <http://imss.gob.mx/imss-bienestar>
- _____. (2021). Memoria estadística 2021. Capítulo XIV. IMSS-Bienestar. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021>
- _____. (2022a, marzo). Trabaja Gobierno federal en modelo integral de salud con enfoque preventivo para personas sin seguridad social. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202203/127>
- _____. (2022b). Informe de labores y programa de actividades 2021-2022. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2022/ILPA-21-22.pdf>
- _____. (2022c, marzo). Gobierno federal y de Nayarit firman acta para transferencia de servicios estatales de salud a IMSS-Bienestar. <https://www.imss.gob.mx/archivo/prensa/202203/CC004>
- _____. (2022d, febrero). Gobierno de México y de Tlaxcala firman convenio marco para la transformación de los servicios de salud de la entidad. <https://www.gob.mx/imss/prensa/gobierno-de-mexico-y-de-tlaxcala-firman-convenio-marco-para-la-transformacion-de-los-servicios-de-salud-de-la-entidad>
- _____. (2023). Plan de Salud IMSS Bienestar. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/793013/CPM_IMSS_Salud_Bienestar_17ene23.pdf
- INEGI. (s.f.). Mortalidad en México. Estadísticas de Defunciones Registradas. Recuperado el 1 de junio de 2023, de https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#Datos_abiertos
- _____. (2021a). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2020 Nueva serie. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2020/>
- _____. (2021b). Censo de Población y Vivienda 2020. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

- _____. (2022). Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DNUE). <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx>
- INSABI. (2022a). Informe Anual de Autoevaluación del Director General del INSABI. Periodo 01 de enero al 31 de diciembre 2021. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/756262/INFORME_ANUAL_DE_AUTOEVALUACION_DEL_DIRECTOR_GENERAL_DEL_INSABI_R4.pdf
- _____. (2022b). Informe Semestral de Autoevaluación del Director General del INSABI. Periodo 1 de enero al 31 de junio de 2022. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/774472/INFORME_SEMESTRAL_DE_AUTOEVALUACION_DEL_DIRECTOR_GENERAL_DEL_INSABI.pdf
- _____. (2022c, octubre 5). México no requerirá más los servicios de Unops para compra consolidada de medicamentos y material de curación: Insabi. <https://www.gob.mx/insabi/prensa/105-mexico-no-requerira-mas-los-servicios-de-unops-para-compra-consolidada-de-medicamentos-y-material-de-curacion-insabi-316335?idiom=es>
- INSP. (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf
- Levesque, J., Harris, M., y Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal Equity Health*, 12-18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Llanos, A., y Méndez, J. (2021). Interrupción de los servicios de salud por Covid-19. Implicaciones en el gasto de bolsillo. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. (CIEP). https://ciep.mx/wp-content/uploads/2021/08/interrupcion_servicios_ENIGH-1.pdf
- López, E. (2012). La descentralización de los servicios de salud. IJ-UNAM. <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf>
- López, P. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero* [online], vol. 9, núm. 8, pp. 69-74.
- Morán, A. (2021). Los consultorios adyacentes a farmacias en tiempos de covid-19: crisis y omisiones del sector salud. *Alteridades*, vol. 31, núm. 61, pp. 9-20. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alt/2021v31n61/MoranP>
- Nowell, B., y Albrecht, K. (2018). A Reviewer's Guide to Qualitative Rigor. *Journal of Administration Research and Theory*, vol. 29, núm. 2, pp. 348-363. DOI:10.1093/jopart/muy052.
- OMS. (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología. *Discussion paper* No. 2. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85626/EIP_HSF_DP05.2_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- _____. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010.
- _____. (2016). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who#:~:text=%C2%ABPara%20que%20las%20mujeres%20utilicen,Investigaciones%20Conexas%20de%20la%20OMS>
- _____. (2020). Lo que sabemos sobre los efectos a largo plazo de la COVID-19. Las últimas novedades sobre la situación de la COVID-19 a nivel mundial y las secuelas a largo plazo. <https://www.who.int/es/publications/m/item/update-36-long-term-effects-of-covid-19>
- OPS. (2022). Portal de Indicadores Básicos. <https://opendata.paho.org/en/core-indicators/core-indicators-dashboard#definitions>
- Osorio, R. (2020). Consultation rooms annexed to pharmacies: The Mexican private, low-cost healthcare system. J. Gamlin, S. Gibbon, P.M. Sesia & L. Berrio. *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America*, pp. 195-221. <https://doi.org/10.2307/j.ctv13xprxf.15>
- Presidencia de la República. (2023). Versión estenográfica. Reunión Bilateral México-Cuba, Salud IMSS-Bienestar. <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-reunion-bilateral-mexico-cuba-salud-imss-bienestar?idiom=es>
- SHCP. (2021). Cuenta Pública 2020. <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/2020>
- _____. (2022). Cuenta Pública 2021. <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/2021>
- _____. (2023). Cuenta Pública 2022. <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/2022>
- SSA. (s.f.-a). Sistema de Información en Salud: Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). http://gobi.salud.gob.mx/Bases_Clues.html
- _____. (s.f.-b). Anuario de morbilidad 1984 -2021. <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/index.html>
- _____. (s.f.-c). Gasto en Salud por fuente de financiamiento e indicadores 1990-2021. Sistema de Información en Salud: SICUENTAS. Recuperado el 6 de marzo de 2023, de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_sicuentas_gobmx.html
- _____. (s.f.-d). Recursos en Salud Sectorial. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html
- _____. (s.f.-e). Indicadores de Resultado de los Sistemas de Salud. Recuperado el 26 de abril de 2023, de <https://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud?state=published>

- _____. (s.f.-f). Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (INDICAS). Recuperado el 6 de marzo de 2023, de <https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php>
- _____. (s.f.-g). Aval Ciudadano, Construir Ciudadanía en Salud. Recuperado el 21 de junio de 2023, de http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/aval_ciudadano.html
- _____. (s.f.-h). Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno (SESTAD). https://desdgc.es.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/numeralia/rpt_tabla?gobierno=GN00000101000100&mesurando=MC000003&periodo=201803&origen=0
- _____. (s.f.-i). Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). Recuperado el 13 de julio de 2023, de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinac/s_sinac.html
- _____. (2011). Observatorio del Desempeño Hospitalario. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58337/ODH_2011.pdf
- _____. (2022). Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas 2022. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/788958/MM_2022_SE52.pdf
- _____. (2023a). Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna Semana Epidemiológica 19 de 2023 de la SSA. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/825274/MM_2023_SE19.pdf
- _____. (2023b). Criterios de Operación U013 2023. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/808231/CRITERIOS_U013_2023_23022023.pdf
- SSA e INSABI. (2020). Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf

El CONEVAL llevó a cabo el *Estudio del derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo*, el cual identifica los obstáculos que enfrenta la población sin seguridad social para hacer efectivo su derecho a la salud y en el contexto de las reformas en el sector desde 2019. El análisis genera evidencia sobre algunos puntos focales para el desarrollo de políticas públicas en salud. El documento tiene un enfoque cualitativo que retoma la perspectiva de personas funcionarias, y además, da voz a las personas usuarias respecto a la accesibilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud.

CONEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle,
alcaldía de Benito Juárez, CP 03100,
Ciudad de México.

www.coneval.org.mx