

9° Diálogo Nacional por un México Social:
Perspectivas del desarrollo al 2030

PERSPECTIVAS DEL
DESARROLLO EN LA
ATENCIÓN DE LA SALUD
EN MÉXICO

Ciro Murayama Rendón
Jesuswaldo Martínez Soria

OBJETIVOS DE LA AGENDA 2030

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar a todas las edades

Metas

3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la **mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles**

3.8 Lograr la **cobertura sanitaria universal**, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos de calidad para todos

3.c Aumentar considerablemente la **financiación de la salud** y la contratación y el perfeccionamiento del personal sanitario

Indicadores

3.4.1. Mortalidad de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

3.8.2 Fracción de la población protegida contra gastos directos catastróficos/ruinosos de atención médica.

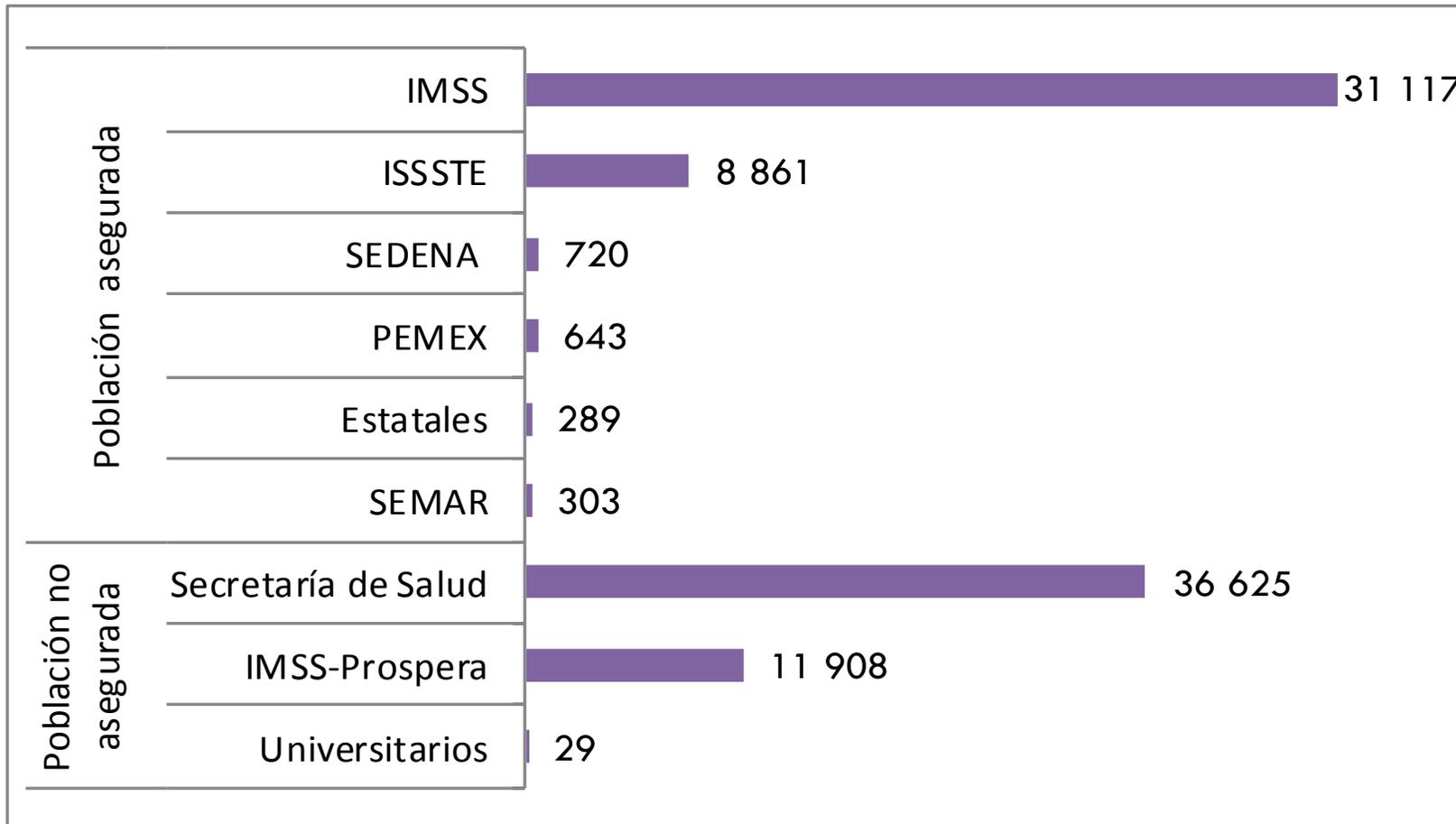
3.c.1 Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios.

Líneas de investigación

1. Situación actual de la atención a la salud
2. Financiamiento público del sistema de salud
3. Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades del SNS
4. Reformas necesarias para el desarrollo de la salud

1. SITUACIÓN AC Cobertura

Figura 1. Población usuaria de servicios de salud, 2016*
(Miles de personas)



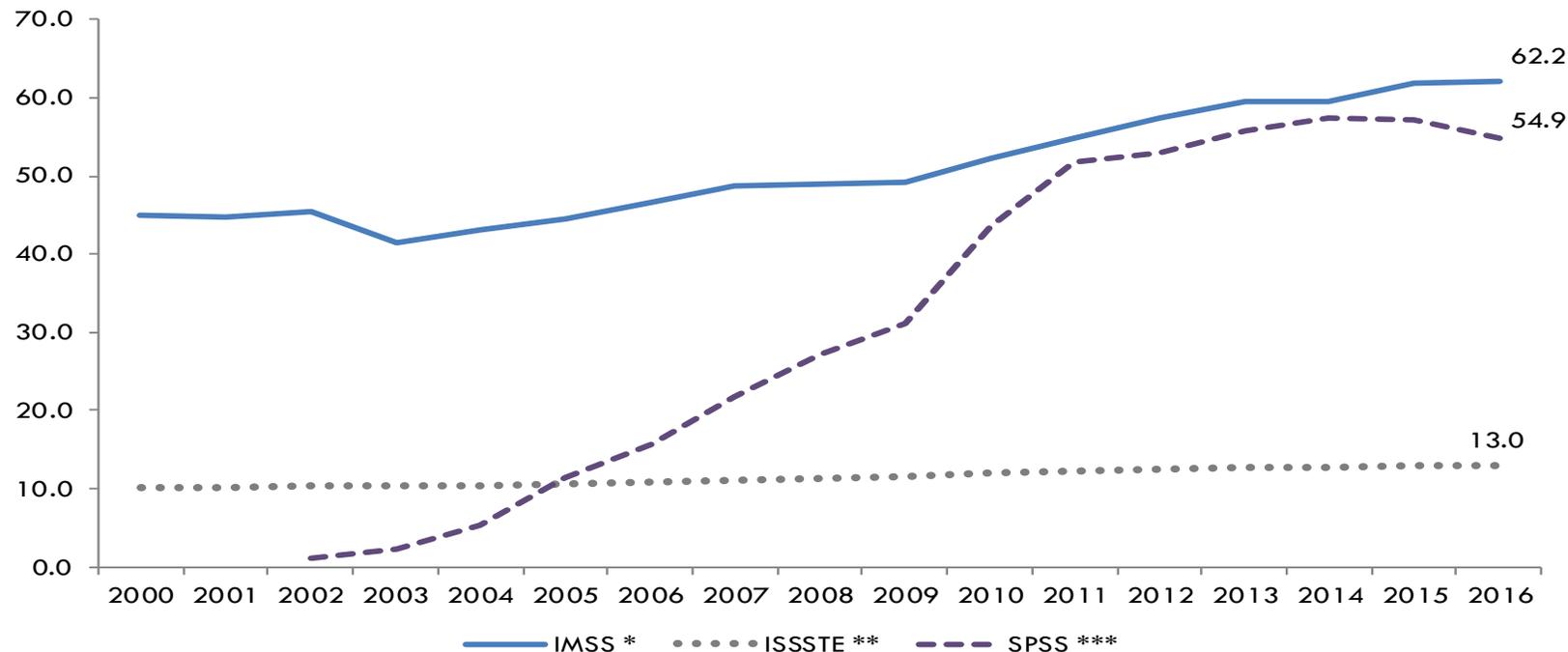
Nota:

* Población que demanda el servicio médico al menos una vez al año. Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Cuarto Informe de Gobierno 2015-2016

1. SITUACIÓN AC Cobertura

Figura 2. Evolución del número de derechohabientes del IMSS, del ISSSTE y del Seguro Popular, 2000-2016 (Millones de personas)



Notas: La población derechohabiente del IMSS y del ISSSTE incluye tanto asegurados y pensionados, así como sus asegurados dependientes. La información de 2016 del IMSS e ISSSTE corresponde a cifras al mes de julio.

* Las cifras de asegurados y pensionados son determinadas con base en los registros administrativos del IMSS, mientras que las relativas a sus familiares corresponden a estimaciones determinadas a partir de coeficientes familiares (promedio del número de miembros por familia). Hasta 2009 la cifra total de derechohabientes correspondientes no incluye a los jubilados del IMSS como patrón, ni a sus familiares.

** Incluye las pensiones por riesgo de trabajo, y a partir de 2010, también las concesiones de pensión por cuentas individuales

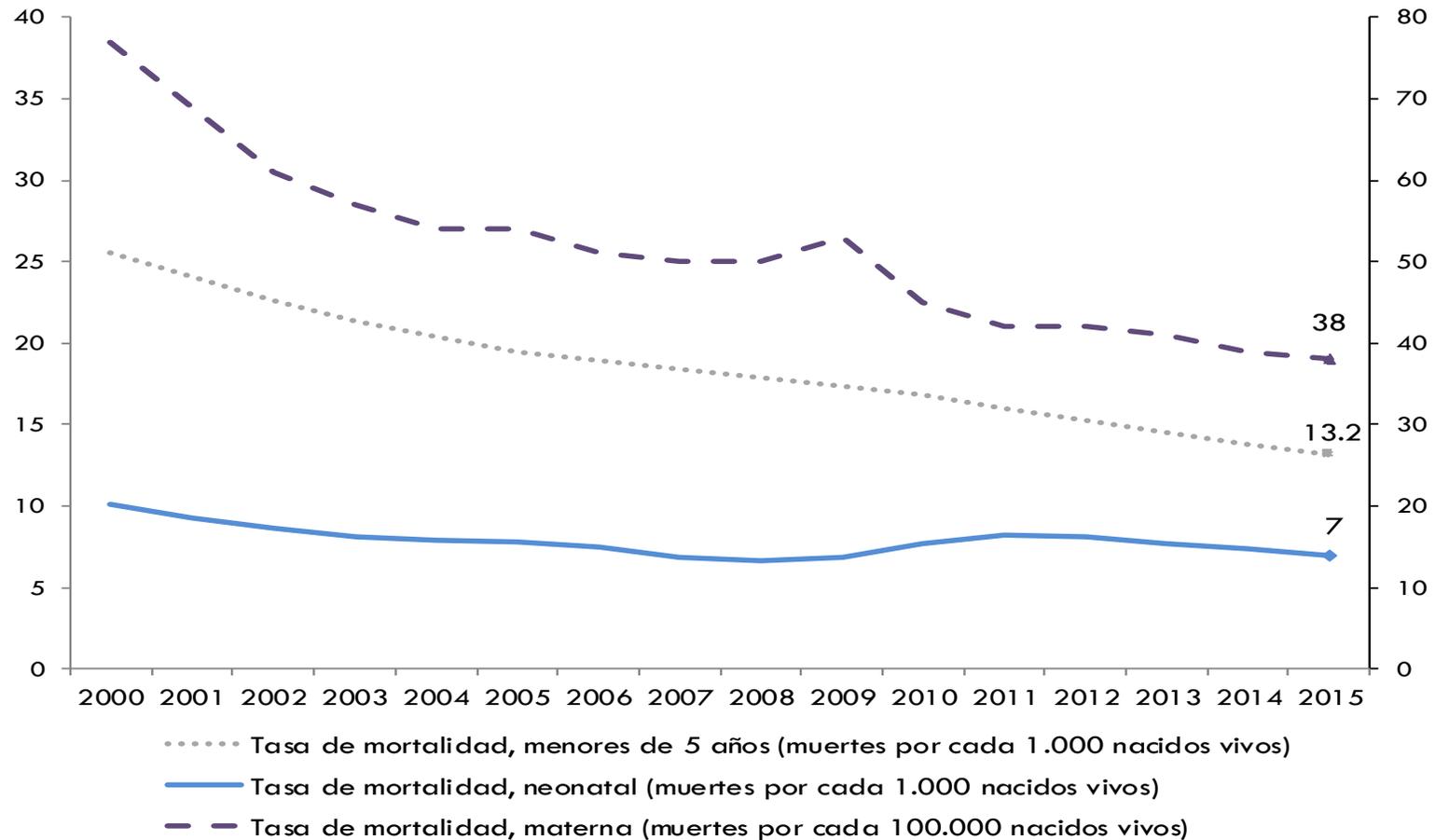
*** Se reportan datos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) desde su etapa piloto que operó como programa. Cifras al mes de junio.

Fuente: Cuarto Informe de Gobierno 2015-2016

1. SITUACIÓN ACTUAL

Mortalidad

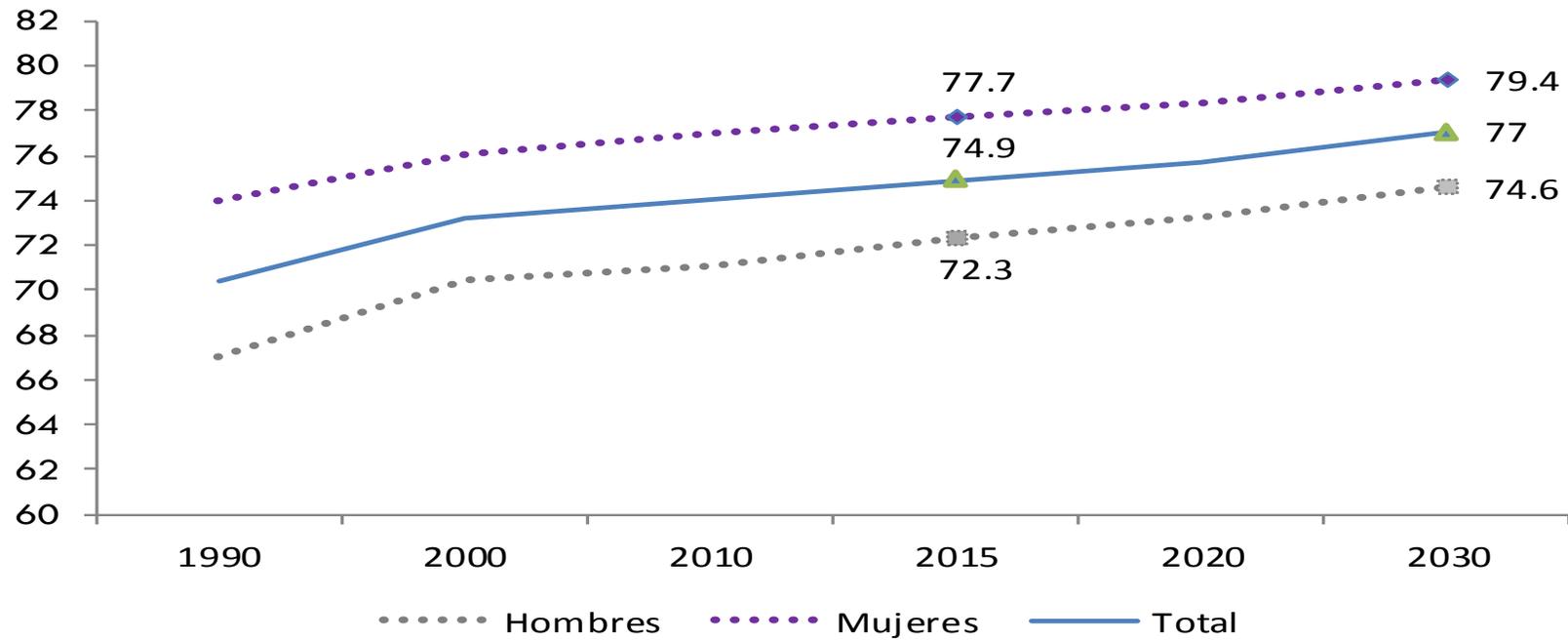
Figura 3. Tasas de mortalidad: neonatal, de niños menores de 5 años y materna en México, 2000-2015



1. SITUACIÓN ACTUAL

Esperanza de vida

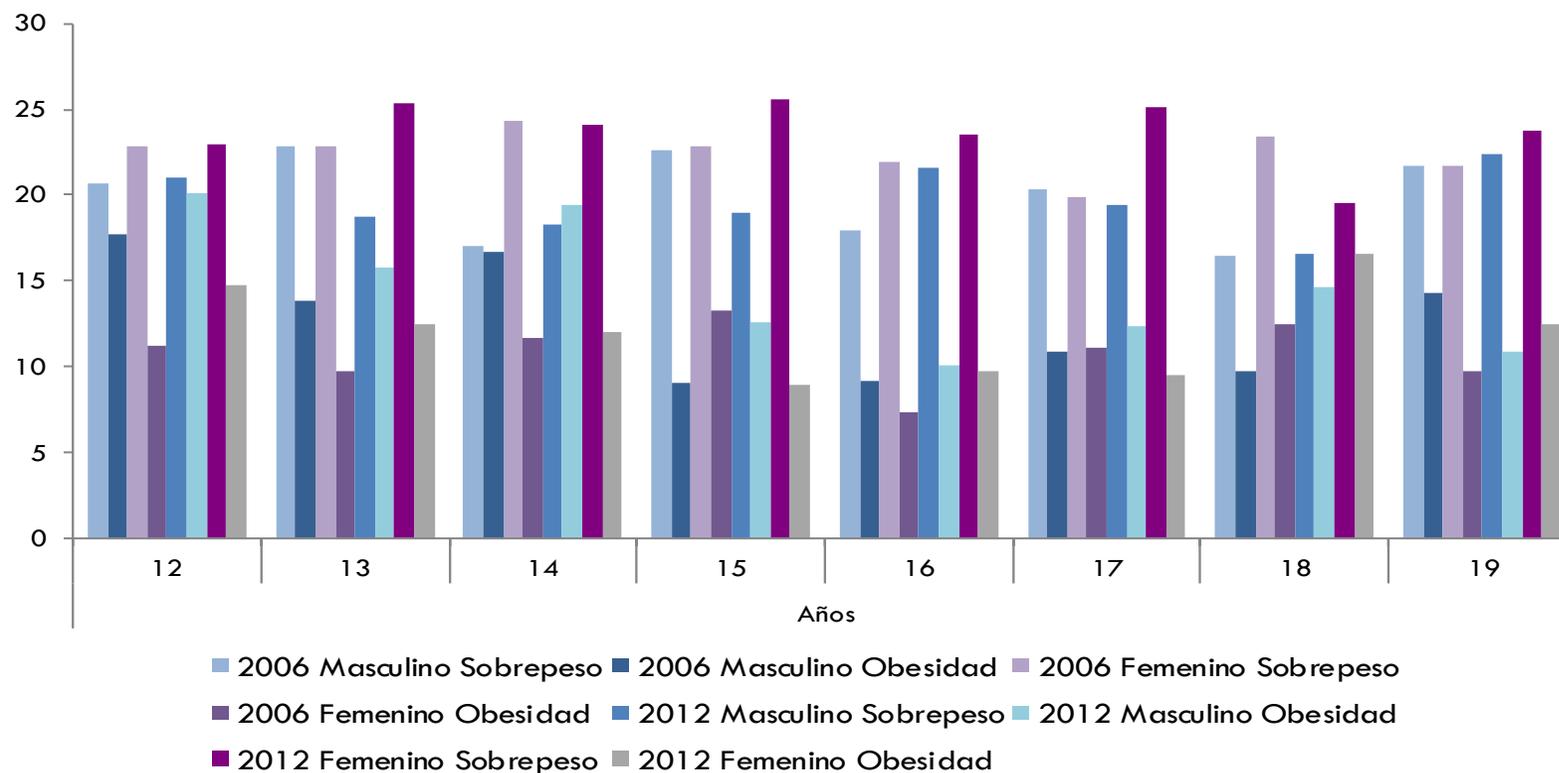
Figura 4. Esperanza de vida al nacimiento según sexo, 1990 - 2030
(Años)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

1. SITUACIÓN ACTUAL **Obesidad y sobrepeso**

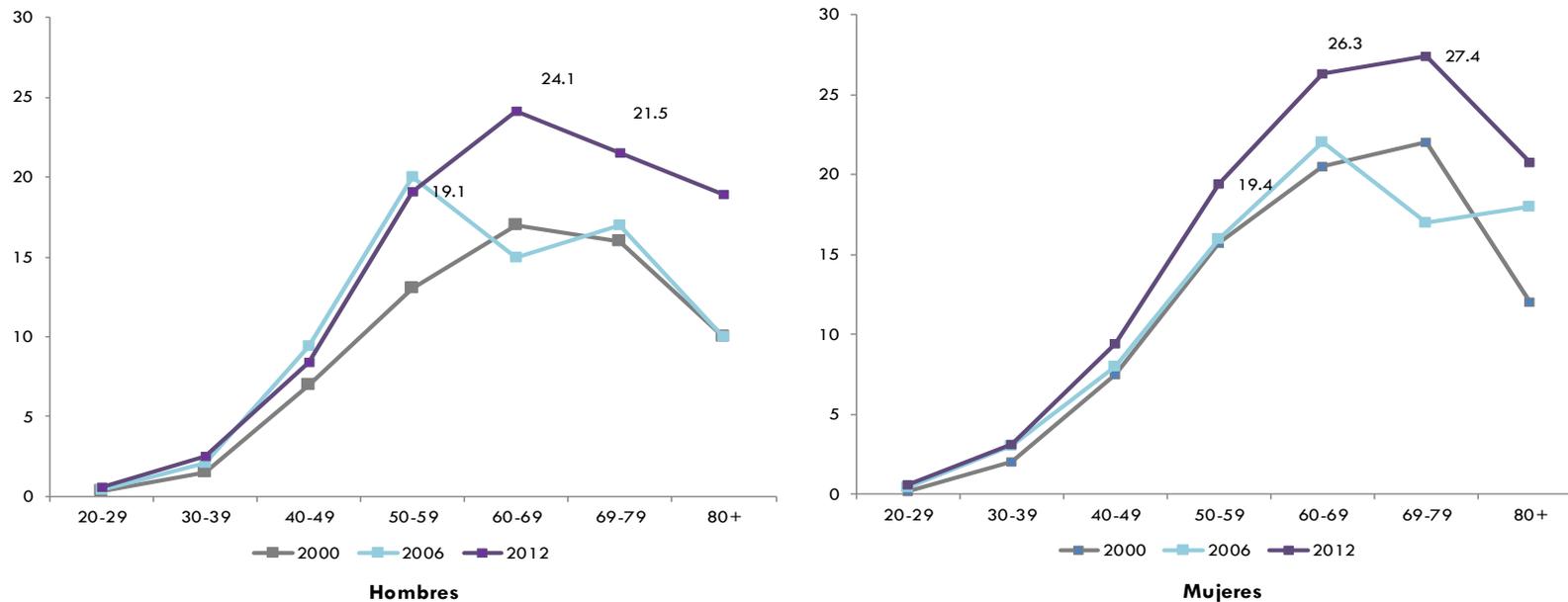
Figura 7. Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años, por grupos de edad y sexo, en México, ENSANUT 2006 y 2012 (Porcentaje)



Fuente: ENSANUT 2012

1. SITUACIÓN ACTUAL **Diabetes**

Figura 8. Proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes por sexo y edad, en México, 2000, 2006, 2012
(Porcentaje)

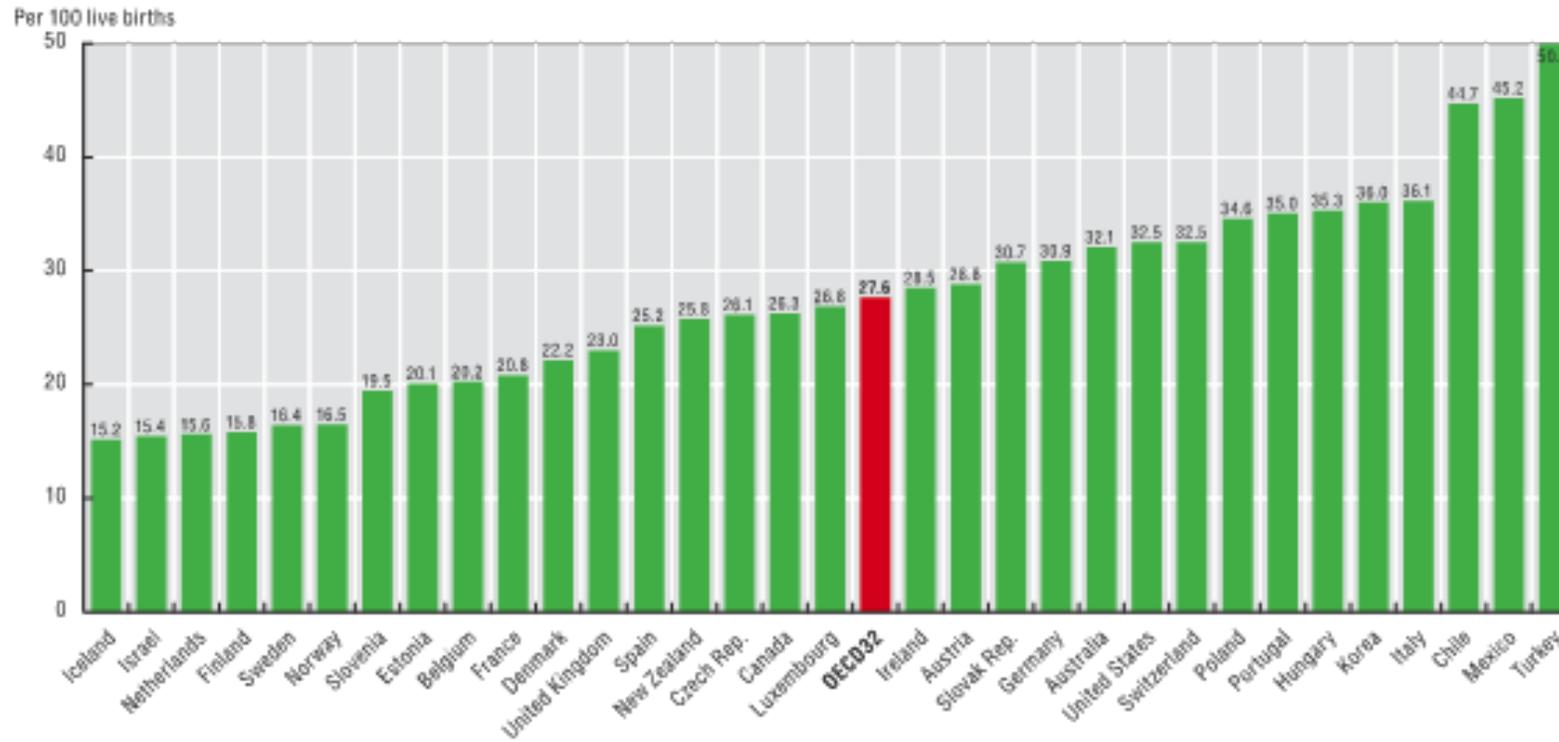


Fuente: ENSANUT 2012

1. SITUACIÓN ACTUAL

Inducción de la oferta

Figura 6.22 Tasas de cesáreas, 2013 (o el año más cercano)

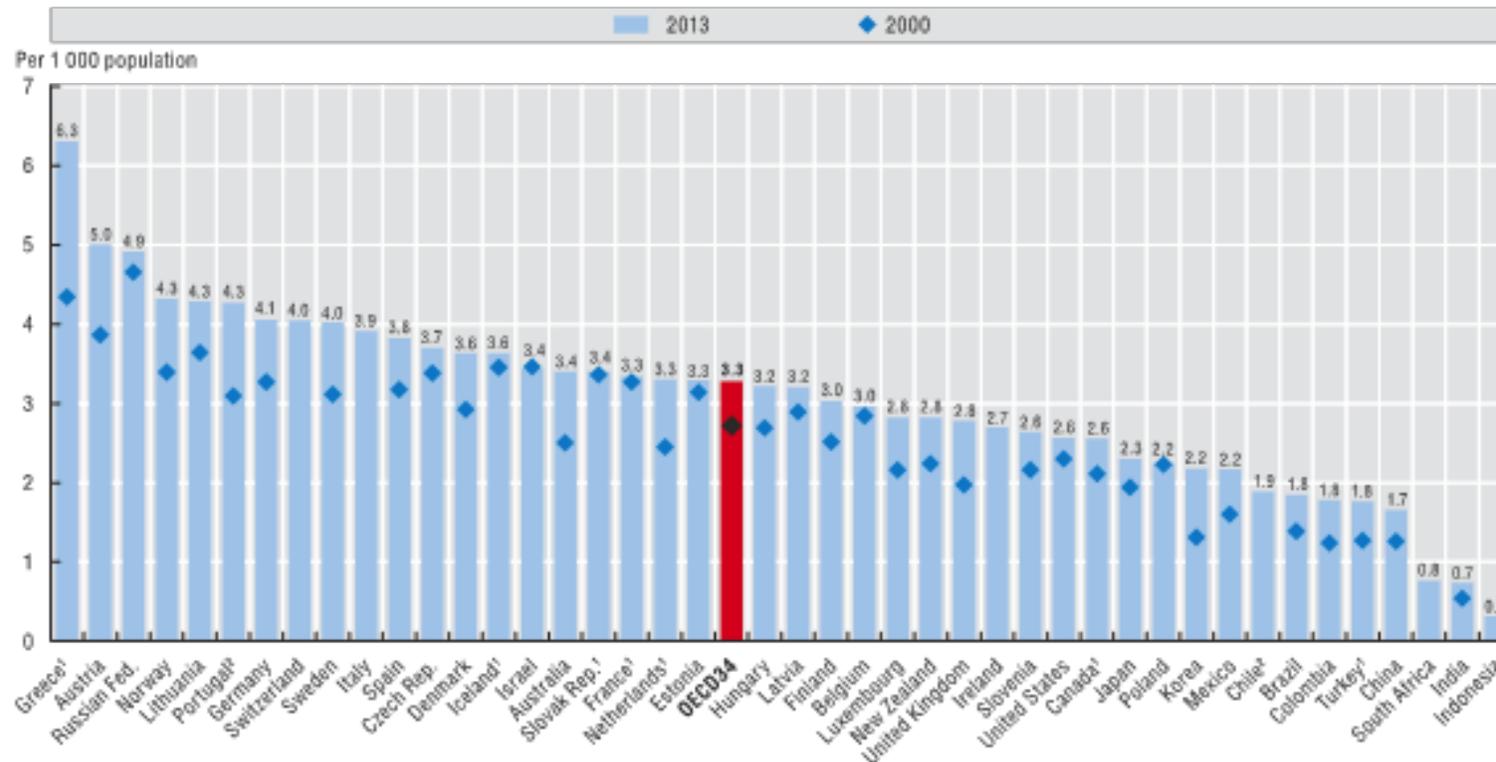


Fuente: Health at a Glance 2015, OCDE

1. SITUACIÓN ACTUAL

Personal médico

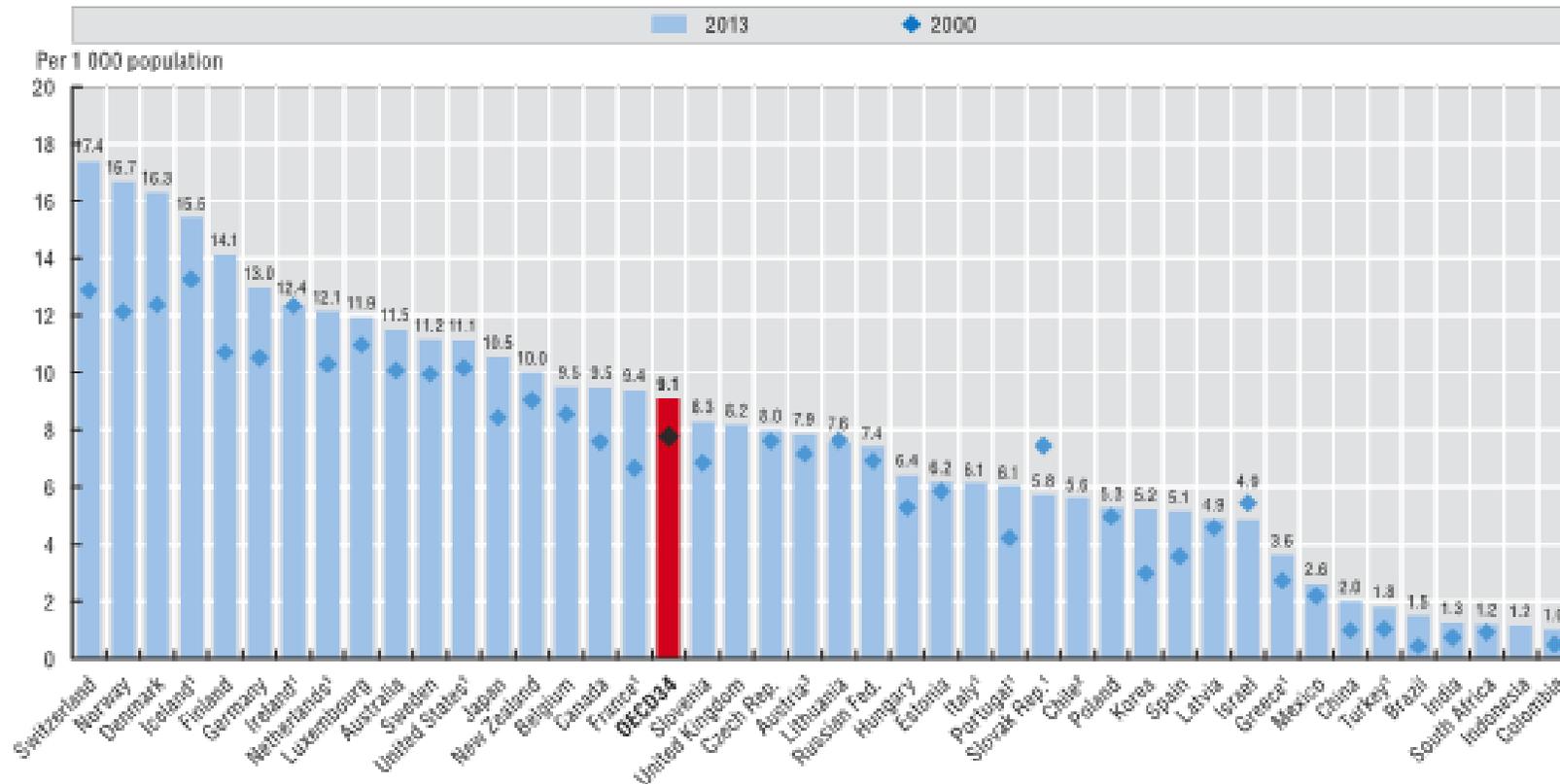
Figura 5.1 Número de médicos por cada 1 000 habitantes, 2000 y 2013 (o el año más cercano)



Fuente: Health at a Glance 2015, OCDE

1. SITUACIÓN ACTUAL Personal médico

Figura 5.13 Enfermeras practicantes por cada 1 000 habitantes, 2000 y 2013 (o el año más cercano)

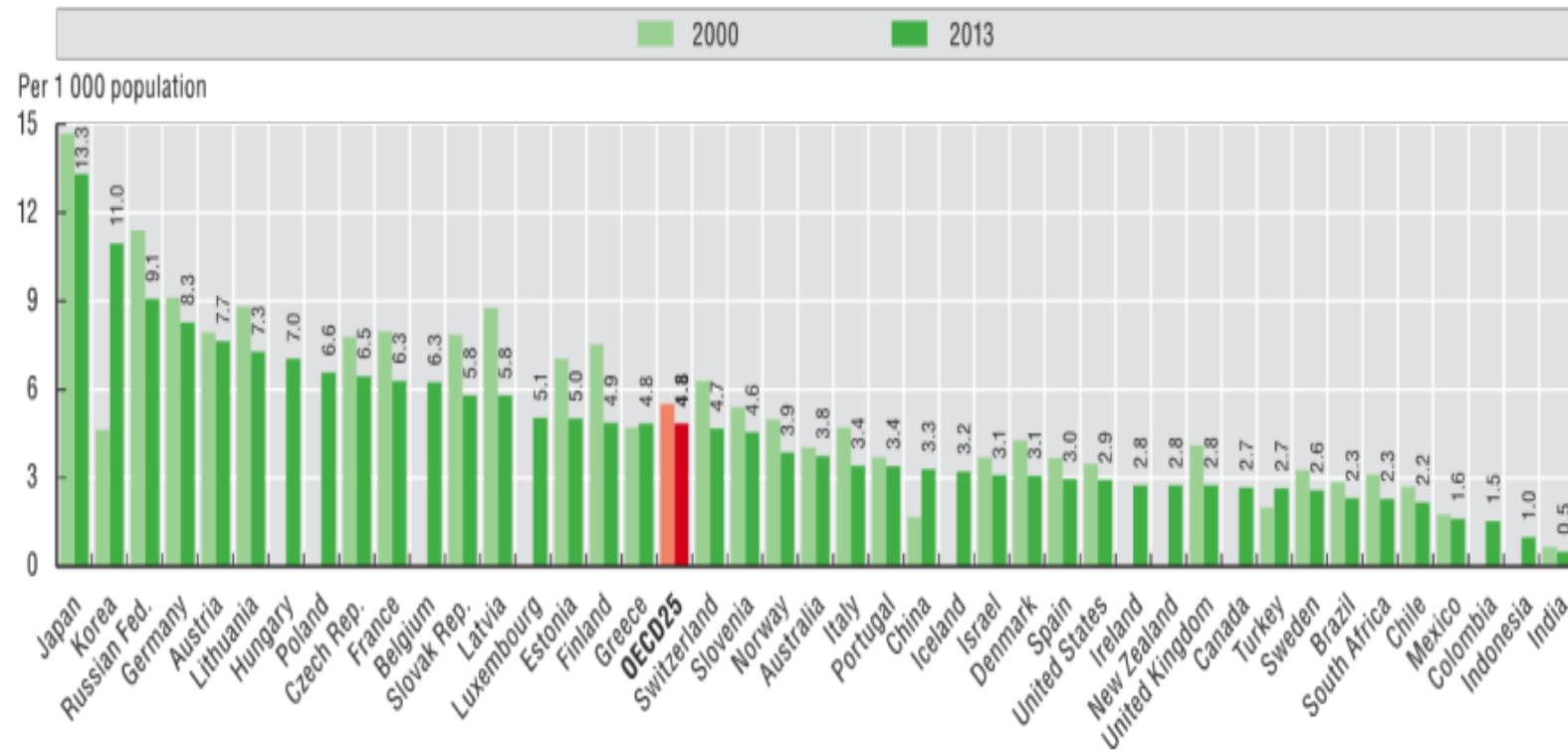


1. Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.
2. Data in Chile refer to all nurses who are licensed to practice (less than one-third are professional nurses with a university degree).
3. Austria reports only nurses employed in hospital.

1. SITUACIÓN ACTUAL

Infraestructura hospitalaria

Figura 6.7 Camas de hospital cada 1,000 habitantes



Fuente: Health at a Glance 2015, OCDE

2. FINANCIAMIENTO

Objetivo 3c. Aumentar considerablemente el financiamiento de la salud

Para fortalecer las **capacidades institucionales** del sistema de salud mediante:

- La contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del **personal sanitario**
- Extensión de la **cobertura y acceso** a servicios de calidad y a medicamentos
- Protección de las personas contra los **riesgos financieros**

Retos:

- Solventar los **desequilibrios** financieros propios del sistema de salud
- Asignar **recursos** presupuestarios crecientes
- Afrontar las **restricciones** de la política fiscal y las dificultades recaudatorias

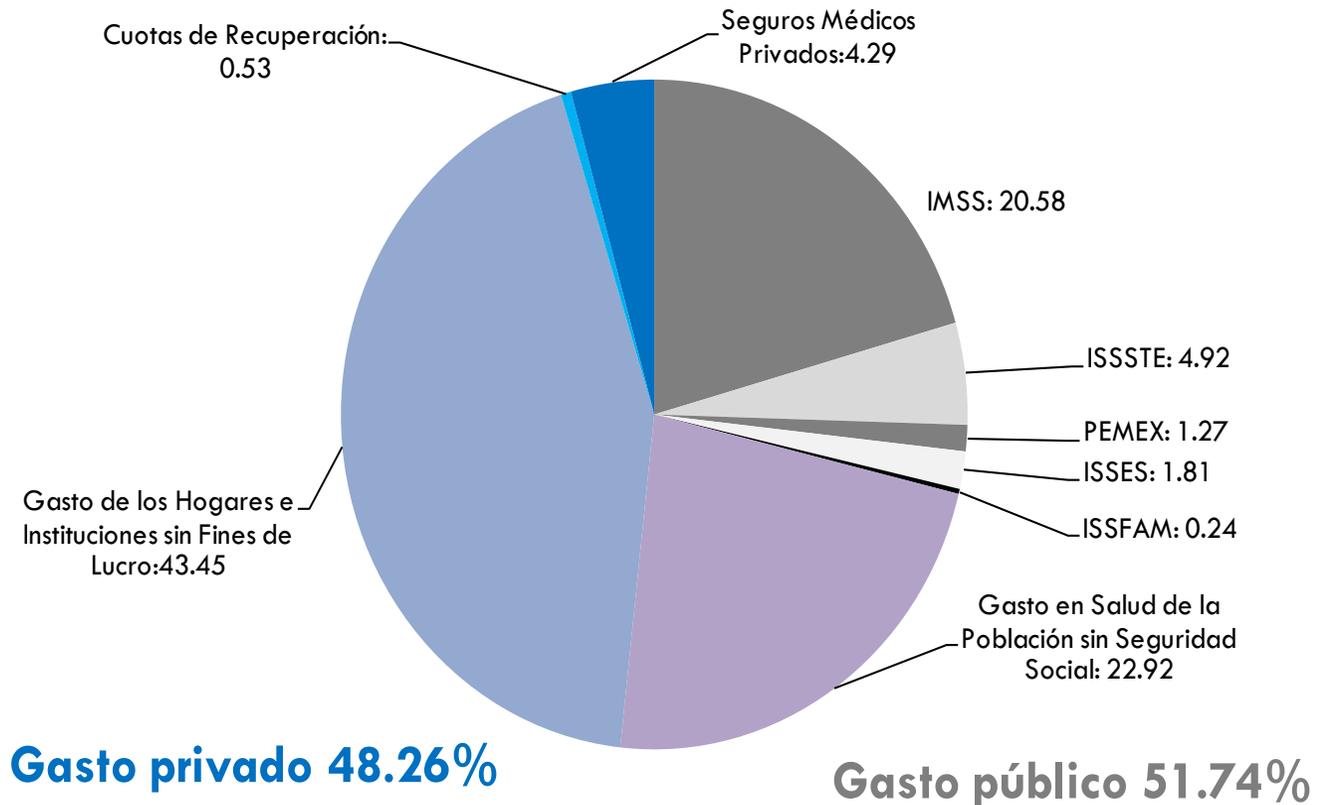
2. FINANCIAMIENTO

Gasto en salud

Desequilibrios

- Casi la mitad del gasto total en salud es del sector **privado**
- La mayor parte es realizada por los **hogares** (43.5%), del cual el 65% es dedicado a la compra de **medicamentos** y materiales de curación
- Elevado gasto público para la población **sin seguridad social**

Figura 19. Distribución del gasto en salud en México, 2013 (Porcentaje)



Nota: Las cuotas de recuperación corresponden al importe pagado por el usuario de los servicios médicos cuyo costo no está cubierto en su totalidad por el sistema de salud al que está afiliado. Las instituciones sin fines de lucro, son entidades sociales separadas institucionalmente del gobierno, creadas para producir bienes y servicios, cuyo estatuto jurídico no les permite obtener ganancias.

Fuente: Secretaría de Salud

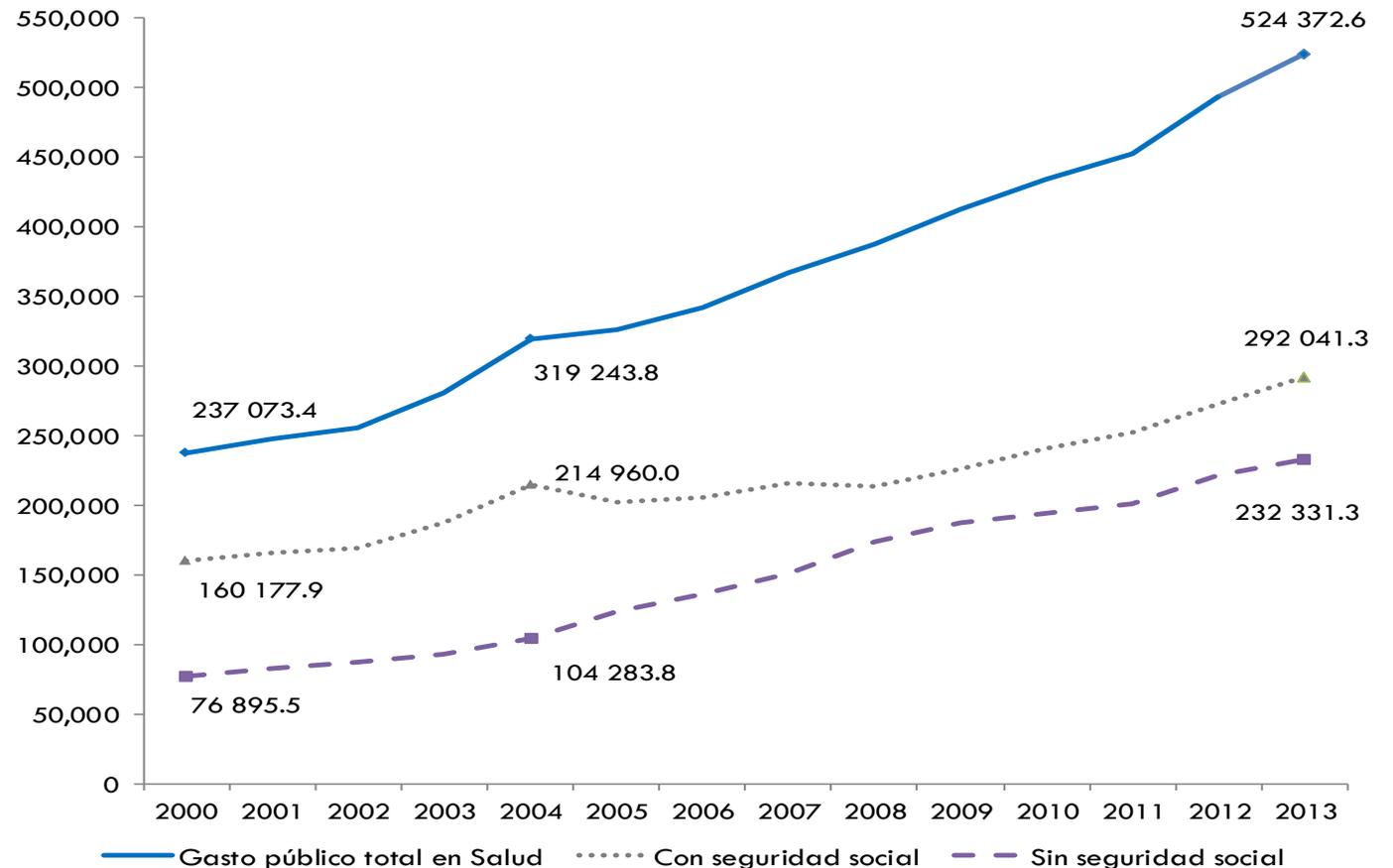
2. FINANCIAMIENTO

Gasto público en salud

Tendencias

- El gasto público total ha seguido una **tendencia creciente** (TCMA=6.3%)
- El monto total **se duplicó** después de una década
- El gasto para la población sin seguridad social creció a un **ritmo mayor** (9.2%) debido al Seguro Popular

Figura 21. Gasto público total en salud y en poblaciones con y sin seguridad social, 2000-2013 (Millones de pesos, 2013 =100)



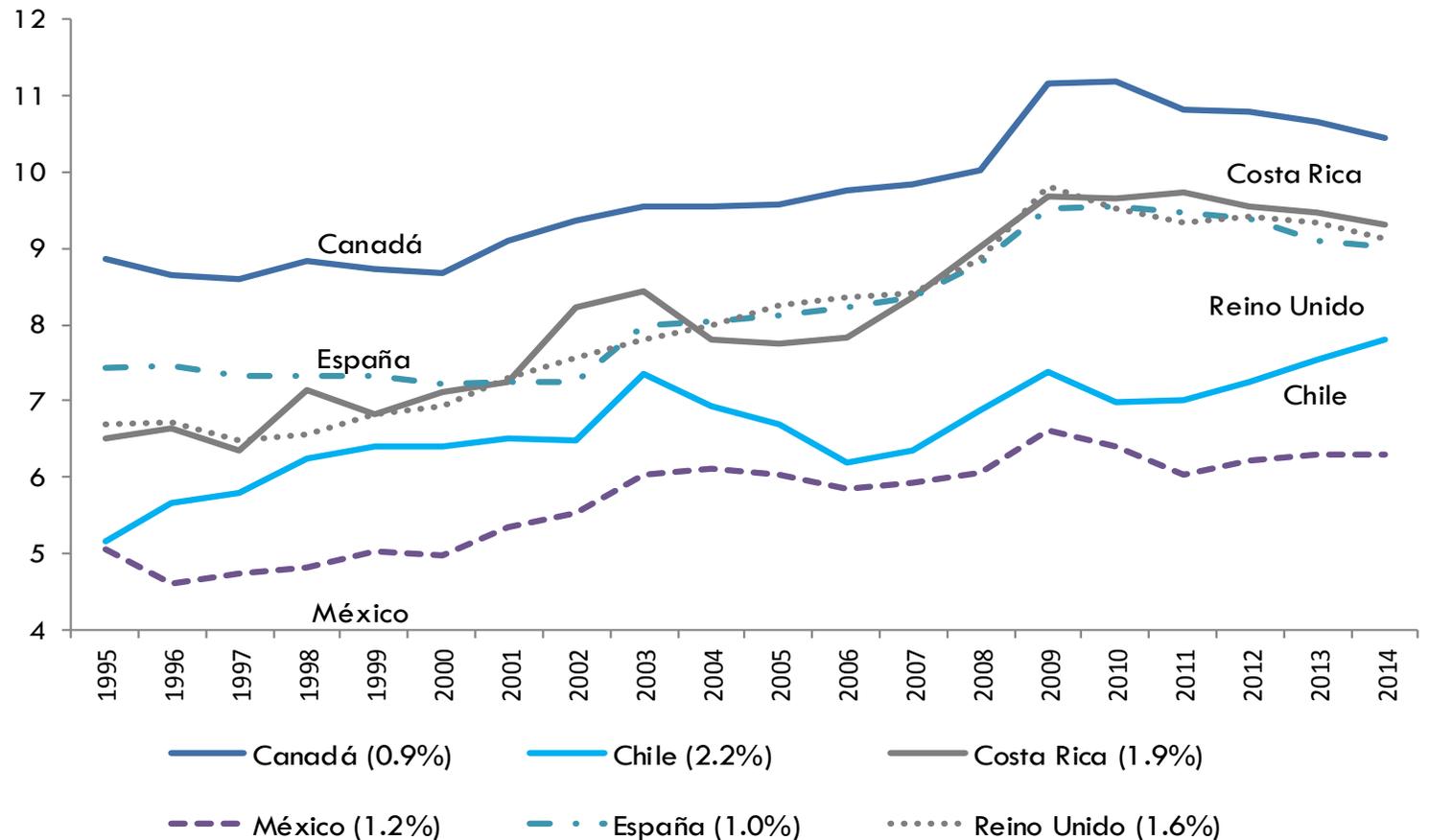
Notas: Hasta 2012, el gasto público en salud para la población con seguridad social solo incluía el gasto del IMSS, del ISSSTE y de Pemex. A partir de ese año, las cifras incluyen el gasto correspondiente al ISSFAM y a las instituciones de seguridad social de las entidades federativas (ISSES)
Fuente: Secretaría de Salud

2. FINANCIAMIENTO **Comparativa** internacional

Tendencias

- No obstante la tendencia positiva en el largo plazo (20 años), el gasto total en salud es **muy bajo** a nivel internacional
- Mientras que el gasto en México creció al **1.2%** anual Chile lo hizo al **2.2%** y Costa Rica al **1.9%**
- El gasto en Canadá (10.5%) casi **duplica** al de México (6.3%)

Figura 25. Gasto total en salud como proporción del PIB en países seleccionados, 1995-2014 (Porcentaje)



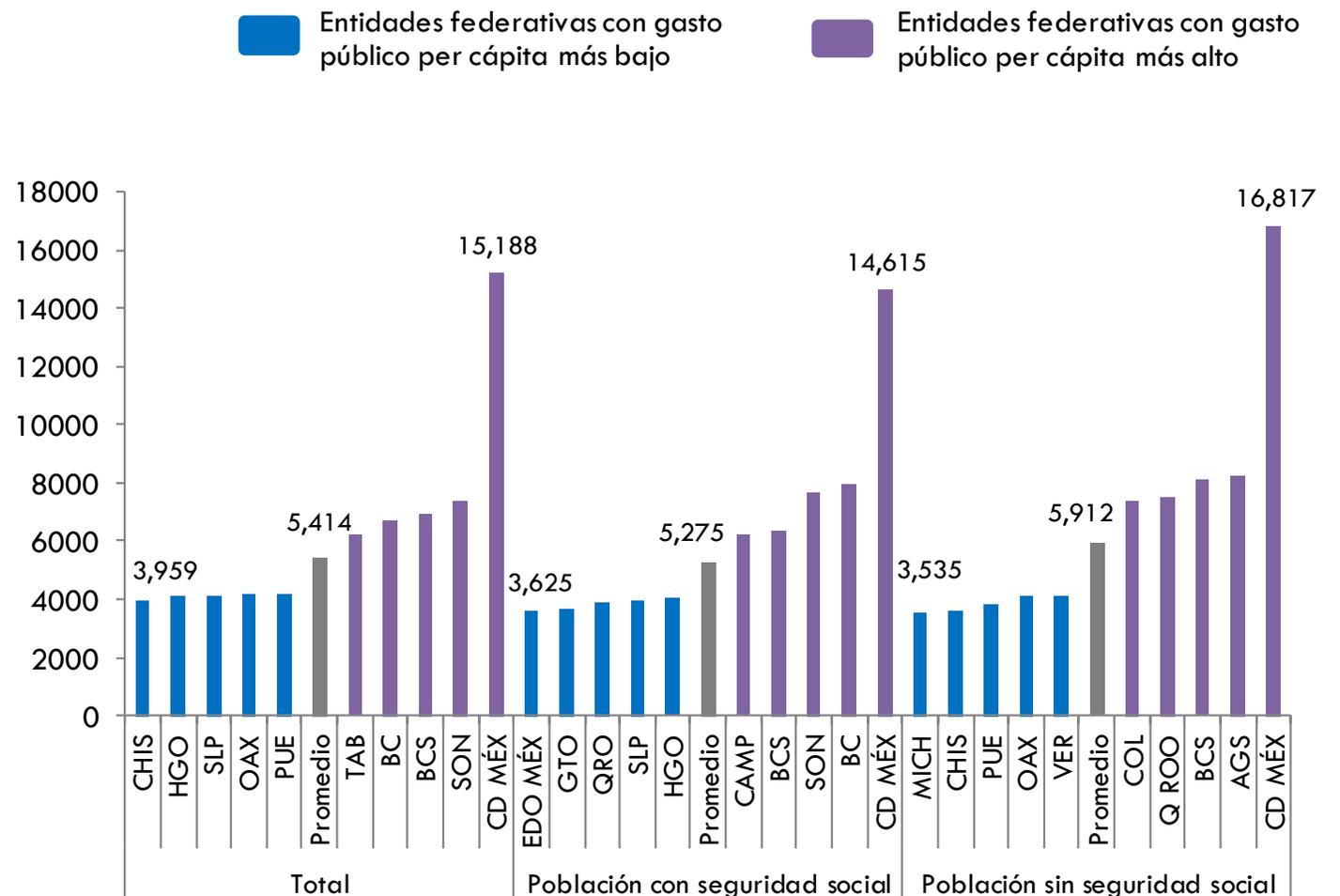
Nota: Tasa de crecimiento media anual 1995-2014, entre paréntesis.
Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Global Health Observatory*

2. FINANCIAMIENTO Diferencias

Desigualdad

- La CDMX es la entidad que más gasto *per cápita* realiza y **duplica** a los estados que le siguen
- El gasto público *per cápita* total en la CDMX es **3.8 veces** mayor que el de Chiapas
- La desigualdad se acentúa en el gasto de la población no asegurada: la CDMX gasta **4.8 veces** lo que Michoacán

Figura 22. Gasto público *per cápita* según condición de aseguramiento en entidades federativas seleccionadas, 2013 (Pesos por persona)



Fuente: Secretaría de Salud, SESA, Sicuentas (2016) y la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS, 2013) de INEGI (2014)

3. DAFO - DEBILIDADES

Condiciones adversas para el cumplimiento de los ODS

- **Fragmentación** y confusión funcional de los sistemas de seguridad social (pensiones) y de salud bajo el control de una misma institución
- Ausencia de criterios para la **planeación** de la oferta de servicios de salud e **inadecuación** de la oferta con la demanda
- Inequidad y problemas de **acceso efectivo** para toda la población (institucional y regional)
- Alta participación del sector **privado sin regulaciones rigurosas**

3. DAFO - DEBILIDADES

Condiciones adversas para el cumplimiento de los ODS

- Ejercicio **deficiente del gasto** público y falta de rendición de cuentas, particularmente a nivel estatal
- Elevado **gasto privado** y de bolsillo
- Atención enfocada a **medicina curativa** y muy poco a la prevención
- Escasa inversión en **infraestructura** física y en la **dotación y calidad de recursos** humanos, financieros y materiales

Debilidad en las **capacidades de gestión** y de

3. DAFO - AMENAZAS

- **Transiciones** demográfica y epidemiológica
- Baja **recaudación fiscal**, disminución de los ingresos petroleros
- Baja inscripción a la seguridad social (**informalidad**)
- Horizonte de baja recaudación fiscal (**ingresos propios**) de los estados
- **Incremento en los costos de atención** derivados de la incorporación de tecnologías aplicadas a la salud (escasa generación de economías de escala)
- Determinación de la oferta de servicios de salud por **criterios de mercado**

3. DAFO - FORTALEZAS

- Atención a la salud como **derecho constitucional**
- **Avances en la cobertura** de salud (incremento de la población cubierta mediante afiliación al SPSS)
- Mecanismo legal de **asignación de recursos** del SPSS que intenta corregir inequidades
- **Ampliación del paquete de servicios** para la salud para los afiliados al SPSS, incluyendo intervenciones de alto costo que pueden

3. DAFO - OPORTUNIDADES

- Estudios y propuestas sobre la creación de un sistema universal de salud
- Coincidencias para diseñar un modelo de salud pública basada en la atención primaria
- Regulación de la compra de medicamentos
- Impulso a la transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles de gobierno
- Fortalecimiento de programas de prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades crónicas

4. REFORMAS NECESARIAS DEL SECTOR SALUD

Creación de un Sistema Nacional Público de Salud

- Superar la fragmentación
- Edificar un Sistema Público Nacional de Salud
- Reducir las desigualdades en acceso y calidad
- Énfasis en medicina preventiva y 1er nivel
- Aumentar personal e infraestructura
- Financiamiento vía impuestos generales

4. REFORMAS NECESARIAS DEL SECTOR SALUD

Creación de un Sistema Nacional Público de Salud

- El Sistema Nacional de Salud debe ser de carácter público.
- Participación del sector privado como proveedor de servicios y no como competidor del sector público, y bajo un marco de regulaciones rigurosas, claras y eficaces.
- Consolidación del sistema paulatina y que en el largo plazo se constituya como un sistema único de salud

4. REFORMAS NECESARIAS DEL SECTOR SALUD

- Atención universal, desvinculada de la condición laboral, con acceso efectivo a los servicios médicos para toda la población residente en el territorio nacional
- Separación institucional y financiera de los servicios de salud respecto al de la seguridad social
- Cumplir con el principio de equidad, entre territorios y entre instituciones de afiliación, no discriminando ni en los accesos a los diferentes niveles de atención ni en el grado y la calidad de

4. REFORMAS NECESARIAS DEL SECTOR SALUD

- Atenuar las presiones presupuestarias en el corto y mediano plazo, con un esquema mixto de financiamiento basado en impuestos y cotizaciones. Conservar las cotizaciones obrero-patronales ayudaría a establecer derechos complementarios para los derechohabientes a la seguridad social en términos de acceso a servicios de segundo y tercer nivel de atención en salud, cobertura de copagos de medicinas, etc.
- Definición de un paquete básico de servicios de atención primaria en salud brindados a todos