

INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES COMISIÓN DE DERECHO A LA SALUD

Ejercicio 2021-2022

El propósito de trabajo de esta Comisión es buscar y asegurar la participación de la industria farmacéutica y de dispositivos médicos, en las decisiones y acciones relacionadas con el Sistema Nacional de Salud, considerando que la intervención y contribución del sector va más allá de su papel como proveedor de insumos del Sector Público.

Entre los objetivos de esta Comisión se encuentran:

- Aportar información normativa, administrativa, estadística y política que contribuya a la comprensión del proyecto de salud de la actual administración.
- Formular e impulsar la generación de políticas públicas que garanticen el acceso a soluciones y opciones terapéuticas con oportunidad y cantidad, que requiera la población mexicana.
- Fortalecer y ampliar las contribuciones de la industria farmacéutica a la agenda pública del Derecho a la Salud en el nuevo marco de la era post pandemia.

En este sentido, las principales acciones realizadas por esta Comisión de trabajo son:

I. Planeación, coordinación y desarrollo de la XXX Convención Nacional de la Industria Farmacéutica.

En la sesión de abril se planteó a los integrantes de la Comisión, trabajar sobre la temática de la XXX Convención que, en la edición 2021 tuvo el título “La política integral farmacéutica: instrumento para enfrentar los retos de salud derivados de la COVID-19”.

Con una participación de 183 convencionistas, los días 22 y 23 de septiembre de 2021 se llevó a cabo la Convención en la que participaron como coordinadores de la misma, integrantes de la Comisión de Derecho a la Salud.

Los coordinadores se encargaron de definir a los agentes idóneos para participar en los paneles, determinar qué orientación tendrían los contenidos de cada Panel y las preguntas a realizar a los invitados.

La temática se planteó para sentar las bases de una agenda de colaboración entre los sectores público y privado, que permita impulsar y fortalecer el sistema de salud a partir de las enseñanzas de la pandemia de COVID-19. De manera general, autoridades, académicos e industriales coincidieron en que es necesario recuperar la confianza en la relación entre los sectores que conforman al SNS, así como establecer certidumbre en el marco en el que se desenvuelve la industria.

Mesa I. La política integral farmacéutica en el marco de las políticas públicas		
Panel 1. El derecho a la Salud en el marco de los cambios en el Sistema Nacional de Salud	Elma Rodríguez , <i>Integrante Comisión de Derecho a la Salud</i>	Alfonso de Robina López de Silanes , <i>Vicepresidente de ANAFAM</i>
Panel 2. La política sanitaria nacional y la política farmacéutica: Situación actual y perspectivas.	Miguel Lomera , <i>Presidente CANIFARMA</i>	Patricia Faci , <i>Vicepresidenta CANIFARMA</i>
Panel 3. La situación de adquisiciones, suministro y disponibilidad oportunas en el acceso a los medicamentos e insumos para la salud.	Carlos Villaseñor , <i>Presidente Comisión de Abasto</i>	Orlando Aguirre , <i>Vicepresidente Comisión de Abasto</i>
Mesa II. Los retos derivados de la COVID-19		
Panel 4. La disrupción de cadenas de suministro y la capacidad de producción farmacéutica en México. La experiencia de EEUU	Leticia Olea , <i>Presidente Comisión de Operaciones y Manufactura</i>	Jesús Reyes Guarneros , <i>Vicepresidente Comisión de Operaciones y Manufactura</i>
Panel 5. Efectos de la pandemia de la COVID-19 en el sistema de salud y en la atención de otros padecimientos.	María Eugenia Salinas Montes , <i>Integrante Comisión de Derecho a la Salud</i>	Dagoberto Cortés Cervantes , <i>Presidente Comisión de Asuntos Regulatorios</i>
Panel 6. La colaboración público-privada ante la crisis de la COVID-19.	Rodrigo Oria , <i>Integrante Comisión de Derecho a la Salud</i>	Álvaro Ochoa Lorenzini , <i>Integrante Comisión de Abasto</i>

Participaron Tatiana Clouthier Carrillo, Secretaria de Economía; Dr. David Kershenobich, Director del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”; Dr. Julio Frenk, Presidente de la Universidad de Miami; la Dra. Oliva López Arellano, Secretaría de Salud de la Ciudad de México; la Dra. Hortensia Reyes Morales, Directora del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP; el Dr. Germán Fajardo, Director de la Facultad de Medicina de la UNAM, entre otros.

Derivado de lo exitoso de la Convención, el Consejo directivo de CANIFARMA, en su sesión de octubre de 2021, aprobó la elaboración de un documento a partir las propuestas priorizadas de acciones de la Reunión Estratégica 2021 y de las ideas que de manera constante se expusieron en la XXX Convención, que:

- Sea el punto de partida de las conversaciones con los aliados -actuales y potenciales- para la promoción de los intereses de la industria afiliada a CANIFARMA, y
- Que puntualice los compromisos mutuos que eventualmente serán acordados con los actores con los que se realizarán las conversaciones.

Los actores con los que se realizarán las conversaciones son aquellos que participaron en la Convención, como la Secretaria de Economía, el Secretario del CSG, la Secretaria de Salud de la CDMX, el Presidente de la ANM, el Director del INCMNSZ, las representantes del INSP, el Director de la Facultad de Medicina, entre otros.

La Comisión de Derecho a la Salud apoyará estos trabajos de vinculación con respaldo documental y analítico que sea necesario. Esto se integrará al programa de trabajo 2022 de la Comisión.

II. Colaboración con otros agentes

a. Consejo de Salubridad General

- Estrategia para una Política Nacional Farmacéutica desde el CSG.

El 11 de mayo, CANIFARMA recibió del CSG la Convocatoria para formar parte de los trabajos de la “Estrategia para una política nacional farmacéutica desde el CSG”, a través de la designación de representantes en ocho grupos de trabajo definidos por el Consejo: Investigación e Innovación; Selección, acceso y financiamiento de insumos para la salud; Sistemas de

suministro (demanda, compras, almacenamiento, distribución); Manejo y uso racional de insumos para la salud; Farmacovigilancia y Tecnovigilancia; Regulación sanitaria; Formación de recursos humanos y Cultura ética.

Posteriormente se realizó una reunión para determinar los siete pilares que integrarían la Política Nacional Farmacéutica:

1. Investigación e Innovación (farmacéutica)
2. Selección de medicamentos (Selección, financiamiento y asequibilidad)
3. Cadena de suministro (planeación de la demanda, compras, almacenamiento, distribución y planes de contingencia).
4. Manejo y uso racional (utilización de medicamentos, farmacovigilancia)
5. Monitoreo y evaluación (regulación y aseguramiento, reglamentación farmacéutica)
6. Formación y capacitación y
7. Cultura ética (ética y publicidad y difusión)

Así mismo se presentó la metodología para el trabajo que tenía como objetivo contar con un borrador de Política Nacional Farmacéutica a finales del 2021. Sin embargo, el CSG no dio seguimiento a los trabajos, quedando suspendidos desde esa primera sesión.

- Primera Sesión Ordinaria 2021 del Consejo de Salubridad General (11 de agosto de 2021)

Los temas incluidos en la Reunión fueron:

- i. Resultados de la transición del Cuadro Básico al Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Informó la Comisión Interinstitucional del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS) que ahora los procesos de actualización del CNIS son más ágiles. En promedio, en 2021 las solicitudes de actualización del CNIS se resolvieron en 25-35 días, mientras que 2018 el promedio era de 60-90 días.

- ii. Censo de pacientes con enfermedades raras.

El Censo permitirá conocer el panorama de las enfermedades raras en el país, para su diagnóstico atención, y la toma de decisiones para definir políticas de salud pública. Con este censo se garantizará la información y la comunicación entre las Instituciones mediante información completa. Será a través de una página web y podrá registrarse cualquier persona afectada por ER o tutor (en caso de niños y personas incapacitadas), de Instituciones Públicas de Salud y Privadas, así como de Asociaciones Civiles.

A pesar de que sí fue lanzado al público general; se suspendió sin dar explicación.

b. Agenda de trabajo con la OCDE

Con el doble objetivo de fortalecer las alianzas de nuestro sector productivo, en este caso, con organismos multilaterales, así como para contribuir al desarrollo y planeación de las mejores políticas posibles puestas en marcha por el Gobierno mexicano, a través de las experiencias, estudios y recomendaciones de la Organización, se está promoviendo una propuesta para que la OCDE realice Seminarios en los que participen autoridades mexicanas, académicos, expertos de la OCDE y otros interesados como el sector.

Se plantearon tres temas para comenzar: Compras públicas de medicamentos en México y las mejores experiencias internacionales; Efectos de la pandemia de COVID-19, en la prestación de servicios de salud y el Fomento industrial con la Secretaría de Economía.

En este sentido, se realizó el Planteamiento del Seminario entre la OCDE y la Facultad de Medicina de la UNAM con el nombre de: Resiliencia de los Sistemas de Salud en la época de la Pandemia. Se planteó que fuera realizado de manera virtual, en fecha aún por definir.

El 9 de noviembre de 2021 se realizó la presentación del Health at a Glance 2021 (Panorama de la Salud 2021) que incluye indicadores de salud y del desempeño de los sistemas de salud comparados entre los 38 países que integran a la OCDE. Al igual que en años anteriores, CANIFARMA contribuirá con la traducción al español de dicho documento.

Resalta en el reporte:

- › México tiene la tasa más baja de población con cobertura de salud (81%) lo que se refleja en un alto gasto de bolsillo (42%) y en la insatisfacción de la población con la disponibilidad de servicios de salud de calidad (48%). Además, registra el exceso de mortalidad más alto entre los países de la OCDE por la pandemia de COVID-19, así como importantes trastornos en la prestación de otros servicios de salud.
- › En México el exceso de muertes fue el más grande de la OCDE, en promedio 2.5 veces el número de muertes registradas por COVID-19. La mortalidad por todas las causas aumentó 54.8% (ene2020 – jun2021) en comparación con el promedio de 2015-2019.
- › La cobertura y la protección financiera de la población mexicana aún están a la zaga del promedio de la OCDE:
 - El sistema de salud de México cuenta con escasos recursos y tiene un número reducido de médicos y enfermeras
 - La esperanza de vida en México es la más baja entre los países de la OCDE y la mortalidad evitable es alta. Los índices de sobrepeso y obesidad son considerablemente mayores que el promedio de la OCDE
 - Algunas medidas clave de la atención preventiva y secundaria de calidad se ubican por debajo del promedio de la OCDE:

El informe se puede consultar en:

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en?_ga=2.229475356.1266094560.1638215913-658445318.1637100093

c. Organización “Nosotrxs”

La organización no gubernamental Nosotrxs presentó a la Comisión y, posteriormente al Consejo Directivo de CANIFARMA, el proyecto denominado “Observatorio Ciudadano para el Acceso a Medicamentos e Insumos para la Salud (OCAMIS)” que busca transparentar, vigilar y contrastar el nivel de acceso a los medicamentos y otras tecnologías para la salud en las diferentes instituciones públicas de salud mediante indicadores homologados para, con base en ellos, emitir recomendaciones para mejorar el acceso de los pacientes a los medicamentos que se requieren para mejorar su bienestar.

En el proyecto participan la UNAM (Centro de Investigaciones en Políticas, Poblaciones y Salud-CIPPS), la Universidad de Guadalajara, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, otros aliados y Nosotrxs como coordinadores.

d. INEFAM, auditora de mercado público de medicamentos

Durante las sesiones de la Comisión, el director del INEFAM, Enrique Martínez, presentó la situación actual de mercado público de medicamentos mes con mes. Informando del estado de claves, monto y procesos de adquisición; porcentajes de inventarios estimados; demanda real y la atención a los derechohabientes por parte de las instituciones públicas, entre otros.

III. Asuntos de carácter informativo

1. Censo de población y vivienda 2020 – INEGI: Población con servicios de salud.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, de los 126 millones de habitantes en el país, 95 millones declararon contar con afiliación a servicios a salud, es decir el 73.5%.

En el lapso 2000-2010, se observó el mayor aumento de la población afiliada por el Seguro Popular, pues pasamos de 40.8% a 73.5% de la población con afiliación a algún servicio de salud, aunque afiliación no necesariamente significa acceso efectivo al derecho a la salud.

Población **afiliada** a Servicios de **Salud**

SERVICIOS DE SALUD	NO. DE HABITANTES			VARIACIÓN RELATIVA		VARIACIÓN ABSOLUTA	
	2000	2010	2020	2000 vs 2010	2010 vs 2020	2000 vs 2010	2010 vs 2020
Año							
Población total en México	97,014,867	112,336,538	126,014,024	15.8%	12.2%	15,321,671	13,677,486
Población con afiliación a servicios de salud /1	39,608,614	72,514,513	92,582,812	83.1%	27.7%	32,905,899	20,068,299
% de población con afiliación	40.8%	64.6%	73.5%	58.1%	13.8%	24%	9%
IMSS	31,984,490	35,380,021	47,245,909	10.6%	33.5%	3,395,531	11,865,888
ISSSTE	5,812,359	6,303,630	7,165,164	8.5%	13.7%	491,271	861,534
ISSSTE estatal		900,884	1,041,534		15.6%	900,884	140,650
Pemex, Defensa o Marina	1,029,080	1,091,321	1,192,255	6.0%	9.2%	62,241	100,934
INSABI /2		26,229,071	32,842,765		25.2%	26,229,071	6,613,694
IMSS BIENESTAR /3			958,787				958,787
Institución privada /4		2,006,687	2,615,213		30.3%	2,006,687	608,526
Otra institución /5	1,056,280	1,647,155	1,149,542	55.9%	-30.2%	590,875	- 497,613
No afiliada /6	56,087,905	38,020,372	32,999,713	-32.2%	-13.2%	- 18,067,533	- 5,020,659
No especificado	1,318,348	1,801,653	431,499	36.7%	-76.0%	483,305	- 1,370,154
SUMA /7	97,288,462	113,380,794	127,642,381	16.5%	12.6%	16,092,332	14,261,587

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020, Censo de Población y Vivienda 2010 y XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

/1. Se refiere a la población que está afiliada a servicios de salud (cobertura del sistema de salud de México). Considera sector público, de instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social o de seguros privados.

/2. En enero de 2020, entró en funciones el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); sin embargo, la categoría incluye también a la población que declaró estar afiliada al Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI).

/3. Se agregó en 2020 la opción de "IMSS-PROSPERA o IMSS-BIENESTAR".

/4. Por primera vez se incluyó la opción de Institución Privada, después de que en la Encuesta Intercensal 2015 se cambió la denominación de "Derechohabiente a servicios de salud" a "Afiliación a servicios de salud", para capturar todas las afiliaciones.

/5. Incluye instituciones de salud públicas o privadas.

/6. Antes del 2020, conocida como "No derechohabiente".

/7. La suma de los afiliados en las distintas instituciones de salud, puede ser mayor al total por aquella población incorporada en más de una institución de salud.

2. Resultados de la ENSANUT 2020 sobre COVID-19

La encuesta, levantada del 17 de agosto al 14 de noviembre de 2020, incluyó visitas a 13 910 hogares del país de nueve regiones geográficas del país. En este ejercicio la Ensanut incluyó un módulo sobre Covid-19.

Gracias a esta, se pudo conocer la proporción de la población que tuvo una necesidad de salud durante este periodo de captación (18.6% a nivel nacional) y su principal distribución de atención: enfermedades agudas (38%), seguidas de crónicas (25%), eventos agudos no infecciosos (14%) y servicios preventivos (13%).

De la población que tuvo una necesidad de salud, solo un tercio se atendió en servicios públicos, mientras que el 56% lo hizo en servicios privados. Siendo el de mayor uso los consultorios adyacentes a farmacias. Un 11% de la población que no buscó atención a pesar de tener una necesidad de salud, no lo hizo por miedo a contraer Covid-19 y 19% porque en la unidad sólo trataban a pacientes con Covid-19.

Entre los demás resultados en materia de salud destacan:

- › En 2020 los hogares gastaron mensualmente un promedio de \$400 pesos en atención a la salud, es decir, el gasto per cápita mensual en salud fue de \$126.00 pesos per cápita, lo que equivale, a su vez, a 5% del gasto total per cápita registrado para los hogares de la muestra de la Ensanut 2020 sobre Covid-19. Este gasto es mayor, en un 23% al del 2018 (\$126 vs. \$102.6).
- › En 2020, el gasto per cápita mensual en medicamentos fue de \$37.7 pesos. El 34% de los hogares declararon que gastaron en algún tipo de medicamento, proporción menor, comparada con el 44.1% de hogares que gastaron en medicamentos en 2018; sin embargo, el gasto en 2020 es de \$7 pesos más que en 2018 (\$37.7 vs \$30.0).
- › En 2020, el gasto per cápita mensual en atención primaria (consultas externas) fue de \$47.5 pesos, y se realizó en el 28.8% de los hogares. En comparación con 2018, la proporción de hogares que reportaron este gasto fue de 29.8% pero con un gasto per cápita de \$30.0 pesos (\$47.5 vs \$30.0).
- › Sobre la Prevalencia enfermedades crónicas, se encontró que para la de diabetes fue de 10.6% en 2020, similar a la prevalencia encontrada en 2018. En los últimos ocho años hubo un aumento en la prevalencia de diabetes, el aumento a lo largo del tiempo fue mayor en mujeres. En cuanto a la prevalencia de hipertensión fue de 13.4% en 2020, lo que resulta más baja que las encuestas previas (16.6% en 2012, 15.3% en 2012 y 18.4% en 2018), pero no fue estadísticamente distinta en comparación con 2016.

El documento completo, está disponible en:

<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>

3. Estadísticas de las “Defunciones registradas en México 2020” del INEGI

El 28 de octubre el INEGI difundió los datos definitivos de los fallecimientos registrados en México durante 2020, destaca el aumento del 46% en las defunciones.

En total se registraron 1,086,743 defunciones en 2020 (se esperaban 749,496 defunciones) de acuerdo con los datos de las oficinas del Registro Civil, Servicios Médicos Forenses y los cuadernos estadísticos proporcionados por las Agencias del Ministerio Público.

En comparación con el promedio de los cinco años anteriores, en 2020 las muertes subieron 46%, es decir, se registró un exceso de muertes equivalente a 326,921.

La tasa de defunciones registradas por cada 10 mil habitantes fue de 86 en 2020, mientras que en 2019 fue de 59, cuyo porcentaje de las defunciones ocurridas en personas de 65 años fue 55.8% y más (605,973), siendo y julio y diciembre los meses con el mayor número de decesos registrados, 11.10% (118,753) y 10.17% (108,770), respectivamente.

A nivel nacional, las 3 principales causas de muerte fueron:

- a) Las enfermedades del corazón (218,704 / 20.1%),
- b) La COVID-19 (200,256 / 18.4%) y
- c) La diabetes mellitus (151,019 / 13.9%).

En el caso de las enfermedades del corazón, la tasa de defunciones por cada 10 mil habitantes pasó de 12.3 en 2019 a 17.3 en 2020. Mientras que el exceso de mortalidad ascendió a 38.7%. La diabetes ocupó en 2020 el tercer lugar con 151,019 casos en total, 46,665 más que en 2019. El exceso de mortalidad por diabetes en 2020 fue de 35.7%.

Cabe señalar que para las defunciones a causa de neumonía e influenza, se esperaban 31,079 muertes y ocurrieron 57,701 defunciones, por lo que el exceso de mortalidad en este apartado es de 26,622 decesos que representan un 85.7%.

Los datos completos de mortalidad se pueden consultar en la liga: https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/#Informacion_general

4. La nueva Subsecretaría de Salud Pública de la Secretaría de Salud

El 16 de junio de 2021, durante el simposio “Las nuevas competencias profesionales en Salud Pública en la era post-COVID-19”, organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell Ramírez, presentó los cambios que se realizarían en la Subsecretaría que tiene a su cargo.

La nueva Subsecretaría pasaría de una visión fragmentaria temática a una transversal, en la que se fortalecerán las estrategias de rectoría y administración de los servicios, desde la promoción de estilos de vida saludables y acciones específicas de prevención de enfermedades, donde se considere además la importancia de la salud animal y medioambiental.

La Subsecretaría de Salud Pública trabajará en acciones transversales de política pública (Emergencias en salud, Políticas de salud pública, Inteligencia en Salud, Salud mental y Adicciones), y funciones temáticas: (Seguridad sanguínea, Infecciones de transmisión sexual y VIH, Salud sexual y reproductiva, Enfermedades infecciosas, Enfermedades crónicas).

Además, trabajará sobre los determinantes sociales de la salud vía la atención primaria a la salud y las redes integrales de servicios, -de acuerdo con él- modelo de gestión básica para la transformación del SNS.

5. Auditoría Superior de la Federación: Resultados de las auditorías en materia de Adquisiciones de medicamentos.

El 20 de febrero de 2020, la ASF entregó a la Cámara de Diputados el Informe General Ejecutivo del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública de 2019, en la que se reportan los resultados de:

- Auditoría de desempeño: 162-DS Adquisición de Medicamentos (compra centralizada del segundo semestre del 2019)
- Auditoría de cumplimiento: 163-DS Adquisición y Distribución Consolidada de Medicamentos y Material Terapéutico.

También se hicieron auditorías para el Programa de Vacunación, Vigilancia Epidemiológica, Gestión financiera del Hospital Infantil de México Federico Gómez, Proyecto de construcción y

equipamiento del Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra y una para evaluar la atención médica preventiva para Mujeres sin Seguridad Social de la Ssa.

En opinión de la ASF, la gestión de la SS y la SHCP en la adquisición consolidada de medicamentos para 2019 fue deficiente al no asegurarse que en la planeación y operación de compra y distribución se obtuvieran las mejores condiciones para el Estado, ni de su acceso efectivo, universal y gratuito. Recomendó, a las Secretarías de Salud y de Hacienda, modificar y adecuar a la nueva estrategia de contratación, el marco regulatorio en materia de adquisiciones consolidadas de medicamentos; fortalecer los procesos de planeación y operación de la adquisición consolidada de medicamentos; que exista una colaboración coordinada; establecer sistemas de información integrados y completos de los procesos de compra consolidada para garantizar el derecho de protección social a la salud.

Conforme lo establecido en la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación, el proceso de fiscalización de la cuenta pública que realiza la Auditoría Superior de la Federación (ASF), se guía con el Programa Anual de Auditoría que, para el ejercicio fiscal 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el [8 de febrero de 2021](#) y en el que se considera la auditoría de Adquisición y distribución consolidada de medicamentos a la SHCP, siendo que la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) y el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) son los encargados de realizarla.

El [8 de julio de 2021](#), se publicaron en el DOF modificaciones al Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2020 para agregar las siguientes auditorías:

- Adquisición y Distribución de Vacunas COVID-19 (SSA)
- Medicamentos para el Tratamiento del Cáncer Infantil (INSABI)
- Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (INSABI)
- Atención Sanitaria (INSABI)

6. CONEVAL

a. Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2020.

El 9 de febrero de 2021, el CONEVAL presentó el Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (IEPDS) en el que revisan los programas prioritarios del Gobierno federal.

Encontraron que, si bien existe una clara intención por construir un sistema de bienestar universal, estos programas se enfocan a transferencias directas de apoyos económicos y no en la prevención, mitigación y atención de los riesgos que enfrentan las personas en las distintas etapas del curso de vida.

Analizaron 13 programas de desarrollo social que buscan mitigar la propagación de la COVID-19, a través de servicios de salud, atención psicológica y social, y 22 acciones no presupuestarias de vinculadas con seis áreas de atención, siendo salud la que cuenta con el mayor número de intervenciones asociadas.

Resaltó en el informe que, ante la pandemia de COVID-19, los apoyos a las personas con mayor necesidad necesitan continuar; sin embargo, como lo advierte la OCDE estos apoyos implican una gran cantidad de recursos que, sumado a los déficits públicos y el creciente nivel de deuda

pública, representa un reto para los países con una posición fiscal más débil. Hoy más que nunca, la mejora de la eficacia y eficiencia del gasto público es crucial.

b. Resultados sobre el acceso a servicios de salud: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2020 y Medición de pobreza 2020 de CONEVAL.

Derivado de los resultados de la ENIGH 2020 del INEGI, presentada el 28 de julio y de la Medición de pobreza 2020 de CONEVAL del 5 de agosto de 2021 se conoce que:

- Entre 2018 y 2020, el gasto en salud se incrementó 40.5%. Fue el rubro de mayor crecimiento considerando que la pandemia de COVID-19 generó caídas en siete de los nueve rubros de gasto.
- En 2020 el gasto en salud trimestral fue de 1,266 pesos por hogar, mientras que en 2018 fue de 901 pesos.
- Se observó un aumento de la población con carencia por acceso a los servicios de salud al pasar de 20.1 a 35.7 millones de personas, entre 2018 y 2020.
- De 2018 a 2020 hubo un aumento de 15.6 millones de personas que reportaron no estar afiliadas, inscritas o tener derecho a recibir servicios de salud en una institución pública o privada.
- De los ocho indicadores de carencia social y bienestar económico considerados por el CONEVAL para la medición de la pobreza, el referido a los servicios de salud fue el de mayor crecimiento, al pasar de 16.2% en 2018 a 28.2% el 2020, 12% más.
- El aumento en 2020 de la población con carencia por acceso a los servicios de salud (2020), comparado con 2018, fue generalizado a nivel nacional, aunque con rangos diferentes. Por ejemplo, Oaxaca tuvo el mayor incremento al pasar de 16.3% a 36.9% mientras que Chihuahua tuvo el menor crecimiento al pasar de 11.3% en 2018 a 17.1% en 2020.
- En 2018, el Seguro Popular y el IMSS fueron las instituciones con el mayor porcentaje de personas afiliadas, 42.1% y 36.5%, respectivamente. La población afiliada al IMSS creció a 37.2% en 2020, pero el porcentaje de población afiliada al INSABI, antes Seguro Popular, cayó drásticamente al pasar de 42.1% en 2018 a 26.9% en 2020.
- En 2020 las personas con derecho al INSABI fueron 34,098.27 millones de personas, mientras que, en 2018, con el Seguro Popular, eran de 52,135.04 millones de personas.

El incremento de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en la población afiliada al SP-INSABI, fue prevista por el propio CONEVAL al considerar que durante el periodo de actualización de la medición de la pobreza ocurrió la contingencia sanitaria por la COVID-19 y el proceso de transición administrativa y operativa entre la creación del INSABI y la desaparición del Seguro Popular.

7. Tendencia del presupuesto en salud, comparado con la población afiliada a servicios públicos de salud

En términos nominales, el presupuesto en salud crece más que la población con afiliación a servicios públicos de salud, según los datos de los Censos de población de los años 2000, 2010 y 2020 del INEGI.

- › En 2020 la población afiliada a servicios públicos de salud fue de 91 millones de habitantes, en 2010 de 71 y de 39 millones en el 2000. Es decir, crecimientos del 2000-2010 de 79% y del 2010-2020 de 28%, mientras que el presupuesto en salud, en los mismos periodos, fueron de 90.7% y 79.8%, respectivamente.

- › El gasto per cápita anual en salud en 2020 fue de 6,926 pesos, 40.5% más que el de 2010.
- › En 2020 el presupuesto para medicamentos representó el 14.1% del presupuesto para salud.
- › En cuanto a medicamentos, el gasto per cápita en 2020 fue de 975 pesos y en 2010 de 668 pesos. Un crecimiento de 46.1%.
- › A partir de los datos de la ENIGH, considerando que estos capturan el gasto privado y se suman a los obtenidos a partir del presupuesto y la afiliación a servicios públicos, se obtiene un gasto per cápita anual en salud de 8,497 pesos y de 1,833 en medicamentos para 2020. Cifras muy por debajo de las des reportadas por la OCDE.

8. Presupuesto para salud – 2022

En el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2022, se propone un monto de 7,088,250.3 MDP equivalente al 25% del PIB, un punto porcentual adicional del PIB respecto del PEF 2021. El 74% es presupuesto destinado a programas específicos, mientras que 26 % se destina a parte de compromisos que el sector público ha adquirido a través del tiempo, como el costo de las deudas y participaciones.

Función Salud

- La variación nominal de la función salud en el PPEF 2022 es de 19.5% y el mayor incremento por subfunción corresponde a Protección Social en Salud de 48.9%, seguida de Rectoría del Sistema de Salud y de Prestación de Servicios de Salud a la Persona.
- En términos absolutos, la principal variación corresponde a Prestación de Servicios de Salud a la Persona, seguida de Protección Social en Salud, con montos respectivos de 79,473 MDP y 46,392.9 MDP.

Función Salud (Millones de pesos)

SUBFUNCIÓN	2018	2019	2020	2021	2022*	Distribución (%) PEF 2022	Var. nominal 2022 vs 2021
Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	25,231.3	27,206.2	25,423.3	30,621.8	31,322.8	3.9%	2.3%
Prestación de Servicios de Salud a la Persona	372,273.0	397,555.5	428,869.2	511,434.7	590,908.6	74.4%	15.5%
Generación de Recursos para la Salud	10,800.2	10,791.7	10,902.9	16,676.8	17,559.3	2.2%	5.3%
Rectoría del Sistema de Salud	9,869.9	9,966.0	9,940.9	10,991.1	12,833.4	1.6%	16.8%
Protección Social en Salud	146,761.2	151,628.0	159,489.0	94,935.3	141,327.9	17.8%	48.9%
TOTAL	564,935.6	597,147.4	634,625.3	664,659.6	793,952.0	100.0%	19.5%
Variación nominal del Total (%)	5.5%	5.7%	6.3%	11.3%	25.1%		
Diferencia nominal (\$)	29,291	32,212	37,478	67,512	159,327		

Fuente: PEF 2013 - 2021 (enero de cada año). Tomo I. Información Global y Específica: Información Consolidada de Gasto Programable: Análisis de las funciones y subfunciones del gasto programable por destino del gasto.

* Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2022 (Septiembre 2021).

Fuente del 2000: <https://www.cefp.gob.mx/intr/e documentos/pdf/cefp/cefp1032007.pdf>

Gasto en salud por dependencia

- El presupuesto del sector salud asciende a 831 mil 683 mdp y representa un incremento de 18.6 % nominal comparado con el aprobado de 2021
- Este monto incluye, además del de la función salud de la APF (793,952 MDP), el programa Personal activo y jubilado saludable de PEMEX, así como el programa de Investigación y Desarrollo Tecnológico de Salud del IMSS y del ISSSTE (30,229 MDP).

Presupuesto COFEPRIS

- La variación nominal relativa del presupuesto de la Comisión Federal es de 3.6% y absoluta de 26,436 MDP.
- La mayor variación por categoría corresponde a Servicios Personales con un monto de 25,672.8 MDP.

Presupuesto para medicamentos

- De acuerdo con el análisis de INEFAM, se plantea para 2022 un presupuesto para medicamentos 49% superior al del 2021. Al pasar de 69 mil millones a 103 mil millones de pesos. En caso contrario el presupuesto para insumos del 2022 es 27% menor que el del 2021.

9. Gobernanza en el sistema de salud ante la pandemia por Covid-19 en México - Revista Salud Pública de México

En la edición septiembre-octubre de 2021 de la revista Salud Pública de México se publicó el artículo “Gobernanza en el sistema de salud ante la pandemia por Covid-19 en México” en el que se halló que el proceso centralizado de decisiones (gobernanza centralizada), generó poco margen de actuación en la formulación de políticas, y definieron el alcance nivel de respuesta ante la pandemia por Covid-19 que fue de nivel medio.

A través de entrevistas realizadas a participantes de todas las instituciones del SNS, como son Secretarios estatales de Salud, subsecretarios o directores, los investigadores encontraron que su nivel de compromiso y responsabilidad obedeció más a un liderazgo y esquema de valores sociales más que a políticas federales únicas de involucramiento.

Los investigadores señalaron que para fortalecer la gobernanza es necesario brindar mayor autonomía a los tomadores de decisión estatales, para formular y gestionar sus políticas, incorporar estrategias de manera coordinada y colaborativa tanto con actores federales, como con las organizaciones civiles, tan relevantes en este contexto; incorporar actores sociales dentro del contexto local, como las organizaciones civiles, fortalece que las políticas sean integrales y sustentables a largo plazo, además de fomentar los valores de equidad, reciprocidad, corresponsabilidad y solidaridad.

Este escenario de confianza incentivaría mayor compromiso y responsabilidad entre actores, fortalecería la transparencia y la rendición de cuentas. De lo contrario, se infiere que existe una confusión en los niveles de responsabilidad de los tomadores de decisiones, y un alcance limitado en ellas, que incide en una respuesta parcial, tanto del sistema sanitario, como de la sociedad ante la Covid-19.

Fuente: <https://www.insp.mx/micrositio-covid-19/gobernanza-en-el-sistema-de-salud-ante-la-pandemia-por-covid-19-en-mexico>

10. Documento “Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe” de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

En el marco de la pandemia de COVID-19, y en ejercicio de la Presidencia Pro-Tempore de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), México solicitó a la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) un plan de autosuficiencia sanitaria para fortalecer las

capacidades productivas y de distribución de vacunas y medicamentos en los países de la CELAC.

Dicho documento fue presentado el 18 de septiembre por la Secretaria General de la CEPAL, Alicia Bárcena, durante la VI Cumbre de jefas y jefes de Estado y de Gobierno del bloque regional, presentó el plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe, mismo que fue aprobado por los participantes en la reunión.

El documento plasma un inventario y diagnóstico de las capacidades productivas y de distribución de vacunas y medicamentos en los países de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), en el que se resaltan las capacidades institucionales para el diseño y la implementación de políticas, así como recomendaciones de estrategias y líneas de acción del plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe.

Dicho documento puede consultarse en:

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/47252-lineamientos-propuestas-un-plan-autosuficiencia-sanitaria-america-latina-caribe>

11. Informe “La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social” de la CEPAL y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El 14 de octubre la CEPAL y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) difundieron su segundo informe en conjunto denominado “La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social”, en el cual se incluyen acciones a realizar a corto, mediano y largo plazos, con el objeto de transformar y fortalecer los sistemas de salud de la región, priorizando la atención primaria en salud, la equidad en salud y logrando una sostenibilidad financiera, garantizando el acceso a la salud.

La CEPAL y la OPS mencionan que la recuperación transformadora exige la reestructuración de los sistemas de salud y un estado de bienestar fortalecido. En el corto plazo se debe cooperar para garantizar el acceso a vacunas y avanzar en la vacunación de toda la población; acelerar la inversión pública para la salud y aumentar el gasto público en salud para avanzar hacia el 6% del PIB que recomienda la OPS y desarrollar la Atención Primaria de Salud, con sostenibilidad financiera (Políticas fiscales expansivas para sostener la protección social para aumentar pública).

Informe: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf

12. Documento de posición de la OMS sobre “Fortalecimiento de la resiliencia de los sistemas de salud para la cobertura universal de salud y la seguridad sanitaria durante la pandemia de COVID-19 y más allá”.

Para contribuir a que los países estén mejor preparados para enfrentar la siguiente emergencia sanitaria, el pasado 19 de octubre, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la OMS presentó el documento de posición denominado “Generación de resiliencia en los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria durante y después de la pandemia de COVID-19”, dirigido a líderes e instancias normativas a nivel nacional y local.

Señalan la urgencia de fortalecer los sistemas de salud para asegurar que la población pueda utilizar los servicios esenciales cuando los necesite, incluyendo durante emergencias sanitarias.

Según la OMS, la pandemia de COVID-19 ha suscitado un enorme estímulo a nivel político y un sentimiento generalizado entre la población para que la salud y la resiliencia sean prioridades políticas absolutas, lo que representa para los países una oportunidad muy importante para hacer las cosas de manera diferente y cumplir su compromiso: fortalecer los sistemas de salud, apoyándose en el enfoque basado en la atención primaria de salud e invirtiendo en las funciones esenciales de salud pública.

Informe completo:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346533/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01-spa.pdf>

13. Reporte en materia de salud del Tercer Informe de Gobierno 2020-2021

En el apartado de Política Social, “Salud para toda la población” se informan como principales avances en la materia: La compra consolidada de medicamentos; El diseño de mecanismos de organización para conformar las Redes Integradas de Servicios de Salud y el Fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud.

En el tema denominado como Acceso a medicamentos, se menciona que “La política pública actualizó los mecanismos que inciden en la producción, precios y abasto oportuno de medicamentos en beneficio de la población, mediante acciones de coordinación entre las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y organismos internacionales para la adquisición consolidada de medicamentos” y se reportan los resultados de la compra hecha por el INSABI y la UNOPS.

En materia de Fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud, se menciona que la estrategia abarca desde el primer nivel de atención hasta los de mayor complejidad. Que la Secretaría de Salud (SS) “llevó a cabo la reingeniería de administración y organización de los servicios de salud en el territorio nacional”, a través de la elaboración de los documentos: Redes Integradas de Servicios de Salud (diciembre 2020), Decálogo de Bioética y Atención Primaria de Salud y Modelo de Salud para el Bienestar (Modelo SABI) del INSABI.

Así mismo se presentan resultados de las acciones de atención, promoción y prevención en el nuevo modelo de la atención primaria a la salud (sep 20-jun 21).

Pero a pesar de los buenos datos reportados, en los indicadores de avance del Programa Sectorial de Salud 2020-2024 se observa un retroceso:

Indicador	Base y Meta		2012	2019	2020	2021
	2018	2024				
1.1 Porcentaje de población con carencia de acceso a los servicios de salud y/o que presenta alguna barrera para acceder al mismo: geográfica, económica, cultural, entre otras (bienal)	16.19	0	21.50	n. a.	n. a.	n. d.
1.2 Porcentaje de surtimiento completo de recetas (bienal)	69.97	100	65.20	n. a.	62.86	n. a.
1.3 Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso cuyos gastos en salud sean catastróficos (bienal)	4.25	3	4.60	n. a.	n. d.	n. a.
2.1 Porcentaje del gasto público en salud ejercido en el primer nivel de atención	24.89 (2017)	30	n. d.	25.84	26.00	n. d.
2.2 Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas	0.1545	0.1437	0.1541	0.1545	0.1550	n. d.
3.1 Porcentaje de las acciones concluidas de infraestructura de los Servicios Estatales de Salud	0.0	52	n. a.	66.10	58.88	n. d.
4.1 Cobertura de vacunación en niñas y niños de 1 año de edad con esquema completo	88.90	90	85.70	79.71	74.65	n. d.
4.2 Porcentaje de personas con VIH que conocen su estado serológico	50 (2012)	90	50	67.65	70.59	n. d.
5.1 Razón de mortalidad materna (no. de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos)	30.60	25	42.3	37.2	53.94	n. d.
5.2 Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad	17.50	12.5	14.52	n. a.	18.60	n. a.
5.3 Tasa de mortalidad infantil	13.39	11.44	15.42	13.07	13.81	14.36

No aplica: n. a. No disponible: n. d.

Del Anexo estadístico, destacan los temas relacionados con las detecciones y mortalidades de las enfermedades más comunes, así como el número de consultas de atención a la población.

De 2018 a 2020, la detección de casos de diabetes cayó 25%, mientras que la de hipertensión arterial descendió 17%. En cuanto a mortalidad, se incrementó 50% para diabetes y 44% para hipertensión.

En los casos de cáncer de mama, de 2018 a 2020, las defunciones crecieron 8% y la tasa de mortalidad subió 4%. En el cáncer cérvico-uterino, las defunciones disminuyeron 2% y la tasa de mortalidad cayó (-5%).

A nivel nacional, de 2018 al 2020, las consultas generales disminuyeron 37%, y aunque se estima que en 2021, aumenten 28% (vs 2020), esto no será suficiente para igualar el nivel de consultas que tenía el país, al menos desde el 2000.

Del 2018 al 2020, a nivel nacional las consultas generales disminuyeron 37%, y aunque se estima un aumento de 28% para 2021 (vs 2020), esto no será suficiente para igualar el nivel de consultas que tenía el país, al menos desde el 2000.

El número de consultas que más crecieron, fueron las ofrecidas la SS y los servicios estatales, pues pasaron de 14,227 en 2018 a 37,545 en 2020; esto se debe, sin embargo, a que los datos de este concepto registran los datos que debían corresponder al Seguro Popular, ahora INSABI, por lo que en realidad representa una caída del 55% entre 2018 y 2020 si se suman ambos datos en el bienal 2019-2020.

De conformidad con las estimaciones para 2021, solo el IMSS superará su nivel del 2018 y 2019, aunque marginalmente, 4%.

14. Instrumentos jurídicos del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)

a. Programa Institucional 2020-2024 del INSABI

El 21 de diciembre del 2020 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Programa Institucional del INSABI 2020-2024 que, previamente (20 de noviembre) fue publicado en CONAMER.

El programa está ordenado en Objetivos Prioritarios, Estrategias Prioritarias y Acciones Puntuales y cita como Misión: Proveer la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, garantizando el derecho a la protección de la salud de toda persona que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Objetivos INSABI 2020-20214				
1. Garantizar que no falte personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud, particularmente en los lugares con mayores niveles de marginación (rural, indígena y de pobreza).	2. Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atiendan las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.	3. Mejorar la inversión en la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, priorizando terminar las obras inconclusas de establecimientos de salud y apoyando una mayor equidad de capacidades entre entidades federativas.	4. Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y por honorario, tomando como criterios la antigüedad y el desempeño.	5. Garantizar la aplicación progresiva del Modelo SABI basado en la APS, cuidando no dejar a nadie atrás y reducir las inequidades entre grupos poblacionales.

Se menciona que el abasto es un reto permanente, originado por la baja eficiencia en las compras, que se demuestra en las múltiples denuncias públicas e informes de los órganos de control del gobierno, de que muchas veces se compra caro y mal: “En esta circunstancia han confluído dificultades sistémicas, como son los repetidos ejercicios de adquisiciones por distintas instituciones y autoridades de salud, perdiendo el beneficio de la economía de escala que brinda la compra conjunta, a lo que se suman frecuentes fallas en la distribución, resguardo y entrega de medicamentos a los pacientes en de los servicios de salud, en ocasiones matizado con denuncias de desvío de recursos y actos de corrupción”.

La solución propuesta es realizar la adquisición de medicamentos e insumos de todas las instituciones públicas de manera consolidada que permitirá un ahorro, al acceder a precios menores por un mayor volumen de compra que, junto con mecanismos más eficientes de distribución y control, permitirán alcanzar más del 90 % de surtimiento de las prescripciones médicas.

El programa puede consultarse en:
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020

En enero del 2021 la Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación del INSABI publicó el documento “Desafíos de la Atención Primaria de Salud en México APS” que, basados en una revisión de la literatura sobre este concepto y un grupo focal identificaran los principales desafíos y estrategias para la implantación de la APS en México, la relación entre cobertura universal de salud y la APS, los elementos esenciales de una APS (participación comunitaria, recursos humanos, acciones intersectoriales), entre otros.

Propuestas

- Para la integración funcional del SNS sería un avance si se lograra la portabilidad, un modelo basado en APS y estándares de calidad homogéneos en el primer nivel de atención, entre las distintas instituciones del sector.
- Buscar continuidad en las políticas y prácticas exitosas.
- Destinar mayores recursos financieros para reforzar el primer nivel de atención, mejorar su infraestructura y para la conformación de equipos multidisciplinarios de salud.
- Crear las RISS con la participación activa de las diversas instituciones del sector.
- Fomentar un trabajo intersectorial donde diversas instituciones coordinen sus responsabilidades y romper el paradigma que el tema de salud y los DSS solo competen al sector salud.
- Una de las principales experiencias relacionadas con modelos basados en APS en México, ha sido el Programa IMSS Coplamar (hoy IMSS Bienestar), del cual se pueden retomar estrategias para instrumentar en otras instituciones del sector salud.

Si bien el documento señala que los resultados serían un detonante de discusiones, hasta el momento ni el INSABI ni la SSa han motivado conversación alguna sobre este tema ni tampoco se han divulgado trabajos en la materia.

15. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

a. Programa IMSS-Bienestar

El 28 de diciembre se publicó en el DOF el Programa IMSS-BIENESTAR, administrado por el IMSS, a través del cual se otorgarán los servicios de salud de primer y segundo nivel a población sin seguridad social, a través de la implementación y aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que vincula la prestación de servicios de salud con la participación activa de la comunidad para el autocuidado de su salud.

Este trabajo se integrará al desarrollado por el INSABI de manera que se logre la cobertura total de las personas que no cuentan con seguridad social. A la implementación del MAIS se sumarán jornadas quirúrgicas para poner a disposición de la población de zonas rurales marginadas servicios médicos de alta especialidad. Además, se trabajará con las comunidades para fomentar la participación de la población en prioridades de salud.

Conforme lo establece el Programa Institucional del IMSS 2020-2024, publicado el 27 de febrero del 2020, el IMSS-BIENESTAR jugará un papel fundamental para coadyuvar en el acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos de toda la población.

Para consultar el Programa:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609040&fecha=28/12/2020

b. Informe IMSS sobre Situación Financiera 2020-2021

A principios de julio el IMSS presentó el Informe sobre la situación financiera 2020-2021 al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión. En el que se documenta, como desde hace varios años, el conjunto de problemas estructurales que enfrenta el IMSS, como asegurador y como administrador: La insuficiencia financiera de los seguros médicos (principalmente el de gastos médicos de pensionados) y el pasivo laboral asociado al Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Adicionalmente, se enfrentaron a la pandemia del virus SARS-CoV-2 que generó repercusiones en el mercado laboral que afectaron los ingresos y la recaudación del Instituto así como la demanda de atención de salud de derechohabientes y no derechohabientes, lo que significó acciones inéditas en materia de capacitación, contratación de personal, adquisiciones extraordinarias y reconversión de unidades.

En materia de abasto de medicamentos, el IMSS reportó la cronología de los dos procesos de compras de medicamentos conducidos por la OM-SHCP, destacando las acciones que de manera independiente realizaron el Instituto para mantener su abasto.

Consultar el informe: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2020-2021>

c. Ley de Ingresos de la Federación 2022: Servicios de salud a la población sin seguridad social

En el artículo Décimo Sexto Transitorio de Ley de Ingresos de la Federación 2022, publicada el 12 de noviembre de 2021 en el DOF dispone que: durante el ejercicio fiscal 2022, el IMSS podrá celebrar acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, para que este otorgue la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social, a través del IMSS Bienestar.

A lo que se agrega que: Los recursos del fondo de aportaciones a que se refiere el artículo 25, fracción II, de la Ley de Coordinación Fiscal se entenderán administrados y ejercidos por éstas, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables, una vez que las entidades federativas los transfieran al Instituto Mexicano del Seguro Social conforme a los referidos acuerdos.

Al respecto, durante la 112ª Asamblea del IMSS, realizada el 23 de noviembre, el director general del IMSS, Zoé Robledo Aburto, señaló en su intervención que el Instituto se convertirá en el eje de acceso universal por lo que se federalizará el sistema de salud enfocados en la población sin seguridad social que realiza IMSS-Bienestar con hospitales operados y administrados por una institución con estabilidad y fortaleza como el IMSS.

Por su parte, el presidente de la República expuso que se fortalecerá y ampliará en todo el país, en acuerdo con los gobernadores, el modelo del IMSS-Bienestar para dar atención a la mitad de los mexicanos que no tienen seguridad social.

Sin embargo, otorgarle las facultades de prestación de servicios de salud a población sin seguridad social al IMSS que, de acuerdo con la LGS (artículo 77 Bis 2 y otros), hoy corresponden al INSABI, requerirá cambios a la LGS y a la LSS.

La definición dispuesta en la LIF 2022 se vuelve jurídicamente eficaz por su naturaleza fiscal, dado que la Ley de Coordinación Fiscal establece ámbitos de competencia concurrentes entre la federación y las entidades federativas, pero no es una definición institucional sólida, por su carácter anual.

Así, se esperaría conocer en los próximos meses, definiciones de alcance mayor que los señalados en la LIF 2022.

16. Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V. (BIRMEX)

a. Programa Institucional de Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V. 2020-2024

El 22 de diciembre de 2020 se publicó en el DOF el Programa Institucional de Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V. 2020-2024 en el que se estableció como propósito de BIRMEX: Ser la empresa del estado mexicano, dedicada a la distribución, adquisición y comercialización de los insumos requeridos para cubrir las necesidades de la población, es asegurar el suministro para todas las instituciones de salud en todo el territorio mexicano, teniendo como prioridad las regiones más vulnerables en situación de pobreza.

Tiene 5 objetivos prioritarios orientados a contribuir con el objetivo prioritario del Programa Sectorial de Salud: Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, a través de las estrategia 1.6 Fortalecer los mecanismos relacionados con la producción, precios y abasto oportuno de medicamentos, materiales de curación e insumos para la salud en beneficio de toda la población, especialmente de grupos históricamente discriminados y población en condición de vulnerabilidad.

Objetivos BIRMEX 2020-20214				
Garantizar la producción y suministro de vacunas, productos biológicos, químicos farmacéuticos, reactivos, medicamentos e insumos, para asegurar el abasto a las instituciones de salud del Sector Público y contribuir a la soberanía, seguridad y la Salud Pública Nacional.	Garantizar la obtención, compra e importación de las vacunas, productos biológicos, químicos farmacéuticos, reactivos, medicamentos e insumos para la salud bajo las mejores condiciones comerciales y costos asequibles a fin de coadyuvar con las políticas de salud pública.	Establecer una distribución sistematizada, que garantice el abasto suficiente y oportuno a nivel nacional, a través de la operación, coordinación e implementación de tecnología y recursos humanos.	Asegurar la calidad de los productos y servicios para incrementar la competitividad de la Entidad en todos los ámbitos y actualizar la plataforma tecnológica.	Fortalecer el desarrollo administrativo Institucional para mejorar el desempeño organizacional y laboral.

Se establece que para 2024, se habrán establecido alianzas con el sector público y privado para la investigación, desarrollo y producción de vacunas, medicamentos y otros biológicos, que fortalecerán la producción nacional. BIRMEX establecerá estrategias para fortalecer la industria farmacéutica nacional, impulsando a la investigación y principalmente asegurar la cobertura de

las necesidades del sector salud para la atención de toda la población mexicana, principalmente los grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.

17. Segunda Sesión Ordinaria 2021 Segunda Sesión Ordinaria 2021 del Consejo de Salubridad General

El 8 de diciembre del 2021 se realizó la Segunda Sesión Ordinaria 2021 del Consejo de Salubridad General (CSG) en la que se acordó:

1. Hacer obligatorios los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos pediátricos.

El pleno del CSG aprobó el ACUERDO que modifica el diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el paciente pediátrico, [publicado el 14 de diciembre de 2016](#).

La actualización de la Guía, que contó con la colaboración de 40 profesionales de 24 instituciones de salud y académicas, pretende que el personal para la atención de la salud esté mejor informado, y contribuya al logro de una visión integral de la atención con calidad; que favorezca su desempeño, su desarrollo profesional y le aporte información actualizada para disipar dudas, y a la vez, se favorezca la calidad de vida de los pacientes que necesitan los cuidados paliativos o, en dado caso, reciban un acompañamiento profesional para comprender y aceptar sus condiciones y pronóstico de salud, sin omitir la atención que necesariamente requieren sus familias.

Se contó con la colaboración de profesionales en psicología, tanatología, psico-oncología, educación, sociología, derecho, bioética y enfermería, cuyo desempeño profesional está relacionado con los aspectos normativos, o bien operativos del control del dolor y la atención permanente de medicina paliativa. La Guía de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico, se realizó mediante la colaboración de 40 profesionales de 24 instituciones de salud y académicas, cuyas directrices fueron:

Así mismo se informó que las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS) enviarán, a más tardar el último día de enero, un informe sobre la atención que proporcionan a pacientes con dolor crónico y aplicación permanente de la medicina paliativa que brindan a la población adulta y pediátrica.

2. Avance de las acciones en contra de sustancias químicas nocivas para la salud.

Entre las propuestas anunciadas destacan el de incluir la vigilancia de exposición al plomo en las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut) que se realizarán a partir de 2022, así como la puesta en marcha de un sistema piloto de vigilancia epidemiológica de plomo en sangre en niñas y niños menores de cinco años y en mujeres embarazadas que se atienden en unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud, en algunas regiones del país.

Adicionalmente se informó que continúan los trabajos para elaborar las modificaciones de la NOM-199 SSA1-2000, Salud Ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población expuesta no ocupacionalmente

3. Propuesta para digitalizar y automatizar el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

César Alberto Cruz Santiago, Secretario técnico de la Comisión Interinstitucional del Compendio Nacional de Insumos para la Salud del CSG, indicó que se promueve la automatización y la digitalización del proceso de actualización del Compendio Nacional de Insumos para la Salud con el fin de mejorarlo y modernizarlo. Con esto, el CSG se suma a la Estrategia Digital Nacional del Gobierno de México, mediante una ventanilla única de servicio que involucrará solicitantes, vocales, evaluadores y dictaminadores.

El Dr. Cruz mencionó que la plataforma digital creará un sistema amigable para transparentar el proceso; brindar mayor seguridad en el flujo de la información; pero, sobre todo, agilizará y facilitará los procesos de consulta.

De acuerdo con [el artículo del Dr. Cruz](#), la automatización del proceso de actualización del Compendio Nacional deberá incluir de manera puntual a todas y cada una de las fases que lo integran y a fin de hacer más eficiente el proceso en su conjunto, mejorar la trazabilidad y seguimiento del mismo, así como incrementar la transparencia y objetividad en la toma de decisiones.

El Compendio Nacional de Insumos para la Salud, CNIS, se constituye como el gran sumario donde se encuentran los diversos insumos que pueden ser utilizados por las instituciones públicas de salud a fin de dar respuesta a los principales problemas de salud de la población, su elaboración, actualización y difusión se encuentran debidamente establecidas y descritas en los artículos 28 al 36 de su reglamento vigente, dentro del mismo se incluye una rigurosa evaluación de la mejor evidencia científica disponible, así como el cumplimiento de los más estrictos criterios de Economía de la Salud, lo anterior para garantizar que solamente aquellos insumos, seguros, eficaces y costo efectivos se integren al Compendio Nacional.

Objetivos de la automatización del CNIS

- 1.- Brindar Trazabilidad y Transparencia de las etapas del proceso a todas las partes involucradas.
- 2.- Impulsar la seguridad y flujo de información
- 3.- Agilizar los procesos al reducir tiempos de respuesta
- 4.- Contar en todo momento con información confiable que permita obtener análisis relevantes que soporten la toma de decisiones.

Los procesos de actualización se dividen en tres grandes procesos que son los siguientes:		
La Inclusión que se refiere a aquellos medicamentos o insumos que no cuentan con clave dentro del compendio y que se evalúan para formar parte del mismo.	La modificación se refiere a insumos que ya forman parte del compendio pero que se requiere ajustar alguna nueva presentación, forma farmacéutica o bien que ha demostrado seguridad y eficacia en otra indicación.	La exclusión proceso que contempla el retiro del compendio nacional y se presenta cuando alguna tecnología se encuentra ya obsoleta o bien ha sido desplazada por otra que muestra mayor eficacia o menor costo.
Cada uno de estos , a su vez, se integran de tres fases:		
- Fase de valoración , donde se verifica el cumplimiento de los requisitos y se prepara la información que será entregada a los integrantes del comité,		

- La **evaluación** que comprende el proceso llevado a cabo por los vocales titulares donde se analiza la información y se verifica el cumplimiento de los requerimientos señalados en el reglamento y
- La **dictaminación** donde se establece el veredicto final y se comunica debidamente sobre la procedencia o no procedencia de la solicitud de actualización.

La automatización tendrá como estrategia la creación de una ventanilla única para la recepción de trámites y la comunicación, el proceso tendrá en todo momento un estricto apego a las disposiciones reglamentarias, se realizará de manera simultánea para la actualización de todos los insumos que forman parte del compendio y se diseñará de tal manera que, todos los actores involucrados tengan acceso a el, tanto los solicitantes, los representantes de las instituciones, los vocales con derecho a voz y voto y el público en general, cada uno de ellos con el perfil adecuado de acuerdo a sus funciones, obligaciones y derechos.

La plataforma y ventanilla única permitirá a través de un sistema amigable, la recepción de solicitudes, el seguimiento del proceso para conocer en tiempo real el estatus del mismo, brindar transparencia y seguridad en la evaluación y dictaminación del proceso pues permitirá con acceso y permisos para cada perfil, el monitoreo constante del proceso hasta su culminación, así como también, contar con la información histórica que permita la realización de análisis y proyecciones.

También se acordó por unanimidad proponer al Ejecutivo Federal que el Reconocimiento al Mérito Médico que se entrega cada 23 de octubre, lleve el nombre de Reconocimiento al Mérito Médico “Dr. Valentín Gómez Farías”, por sus aportaciones al sentar las bases de lo que hoy son las facultades de medicina.

En la Sesión realizada de manera virtual y presidida por el secretario de Salud, Jorge Alcocer Varela, destacó la necesidad de impulsar la certificación de establecimientos de atención médica pública y privada para transformar el sistema sanitario del país por lo que instruyó a los integrantes del CSG para que regulen este proceso en donde se establezcan tiempos para la certificación y recertificación de los servicios, tipos de evaluación y convenios o alianzas que se realicen de manera interinstitucional

El secretario técnico de la Comisión de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del CSG, Raúl Anaya Núñez, se refirió al proceso de certificación como una necesidad y eje para poner en el centro la seguridad y calidad del servicio los pacientes.

Señaló que, en el desarrollo de este modelo, la certificación debe verse como un medio y no como un fin, con el propósito de estandarizar procesos sustentados en mejores prácticas y criterios internacionales; reducir riesgos y variabilidad de los procesos, así como dar un enfoque proactivo a la toma de decisiones en la atención médica. Además, dijo Anaya Núñez, este proceso deberá ser de participación voluntaria, mediante promoción de alianzas y convenios; formación y desarrollo de implementadores y evaluadores del modelo; revisión y actualización de estándares de certificación por niveles, así como el uso de las herramientas tecnológicas que faciliten su concreción.

18. ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2022

El 29 de diciembre de 2021 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el ACUERDO por el que se emiten las [Reglas de Operación](#) del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2022.

El Programa consiste en coadyuvar a la prestación de servicios de Atención Primaria a la Salud a cargo de las Entidades Federativas mediante Unidades Médicas Móviles y equipos de salud itinerantes en las localidades con menos de 2,500 personas y sin acceso a servicios de salud por falta de infraestructura, carentes de recursos para otorgar atención permanente a la población.

En las Reglas de Operación del Programa 2022, el INSABI aparece como responsable de conducir la rectoría del Programa en sustitución de la Unidad de Análisis Económico y la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Ssa como en el 2021 ([ROP 2021](#)).

Dado esto, a partir de este año los Convenios y Anexos con las Entidades Federativas serán suscritos, en lugar de la Secretaría de Salud por el INSABI

19. Subejercicios en el gasto del Ramo 12 “Salud”, IMSS e ISSSTE (enero-septiembre 2021)

De acuerdo con el [análisis del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas](#) (CEFP) de la Cámara de Diputados al tercer trimestre del 2021, el Ramo 12 “Salud”, el IMSS y el ISSSTE tenían un monto sin ejercer de \$24,501.3 millones de pesos (mdp):

Ramo	Aprobado Anual	Programado al Trimestre	Modificado al Trimestre	Pagado	Saldo (Mod. Trim. - Pagado)
Total	1,420,627.0	1,027,619.2	1,044,221.0	1,019,719.7	-24,501.3
ISSSTE	373,525.3	298,053.7	298,118.5	275,925.0	-22,193.6
IMSS	901,687.1	627,737.0	640,428.5	644,110.0	3,681.5
Salud	145,414.6	101,828.5	105,674.0	99,684.7	-5,989.3

Fuente: Elaborado por el CEFP con información de Transparencia Presupuestaria.

En el ISSSTE el subejercicio de \$22,193 mdp se explica por la disminución de las erogaciones de los Programas Presupuestarios: Actividades de apoyo administrativo (subejercicio de \$9,855.4 mdp), Pensiones y Jubilaciones (subejercicio de \$6,148.4 mdp) y Atención a la Salud (subejercicio de \$1,606.3 mdp).

Por su parte, en el Ramo 12 “Salud” el subejercicio de \$5,989.3 mdp se debió a dos Programas Presupuestarios: Atención a la Salud y Programa de vacunación. A continuación sus partidas desglosadas.

- Atención a la Salud (subejercicio de \$3,213.7 mdp):
 - Subcontratación de servicios con terceros (subejercicio de 1,315.6 mdp)
 - Creación de plazas (subejercicio de \$876.6 mdp)
 - Materiales, accesorios y suministros médicos (subejercicio de \$205.3 mdp) de un presupuesto modificado de un 1,340.4 mdp, del que se ejercieron, a septiembre, \$1,135.2 mdp.

- Programa de vacunación (subejercicio de \$1,889.2 mdp):
 - Medicinas y productos farmacéuticos (\$1,848.7 mdp) de un presupuesto modificado de \$2,240.6 mdp solo se registraron pagos por 391.9 mdp.

En contraste al comportamiento del gasto del ISSSTE y del Ramo 12 “Salud”, el IMSS reportó a septiembre del 2021 un sobre ejercicio de \$3,681.5 mdp.

De acuerdo con el CEFP, este se originó, principalmente por el programa presupuestario Atención a la Salud que pasó de un presupuesto modificado de \$192,472.4 mdp a uno pagado de \$203,447.7 mdp.

Este sobre ejercicio de \$10,975.3 mdp se explicó por las mayores erogaciones realizadas en la partida Medicinas y productos farmacéuticos (sobre ejercicio de \$13,216.6 mdp) que tenía un presupuesto (modificado) de \$27,082.4 mdp y del que se pagaron \$40,299.0 mdp.

Cabe aclarar que, ese mayor gasto se compensó con las menores erogaciones realizadas en la partida Prestaciones establecidas por condiciones generales de trabajo o contratos colectivos de trabajo, en la cual se dejaron sin ejercer \$4,100.0 mdp.

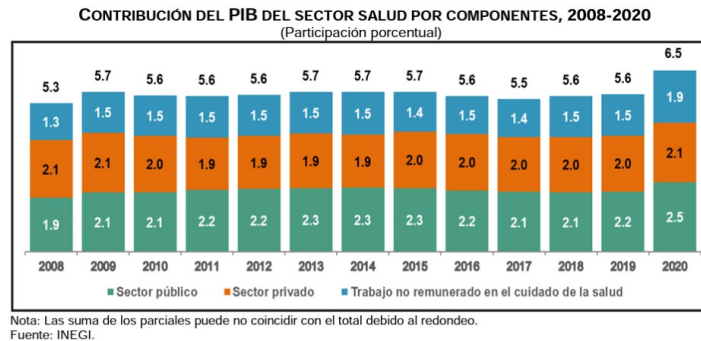
En análisis del CEFP considera únicamente gasto pagado (incluye cuentas por liquidar pero excluye las tramitadas y pendientes de pago). Por lo que el rezago del gasto pagado al cierre del tercer trimestre de 2021 en el Ramo 12 “Salud” y el ISSSTE, podría deberse a cuestiones administrativas, de reprogramación financiera, o a la falta de aplicación oportuna de recursos.

20. Resultados de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2020 del INEGI

El 8 de diciembre del 2021 se realizó la Segunda Sesión Ordinaria 2021 del Consejo de Salubridad General (CSG) en la que se acordó:

El pasado 14 de diciembre del 2021, el INEGI publicó la **Cuenta Satélite del Sector Salud del 2020**. Esta estadística integra el valor económico de **104 actividades económicas que producen bienes y servicios** que, directa o indirectamente, están relacionados con la prevención, recuperación y mantenimiento de la **salud humana**, incluyendo las **instituciones públicas**. Adicionalmente, se incorpora el valor económico del **trabajo no remunerado de los hogares en el cuidado de la salud**, con lo que se amplía la visión sobre la dimensión y composición del sector.

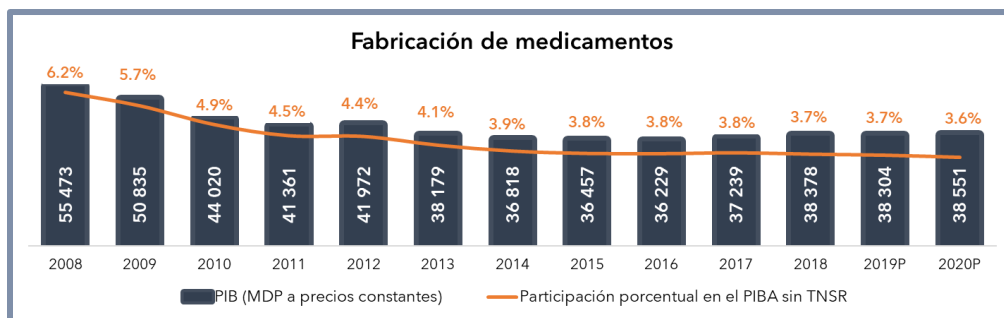
En este sentido, el **Producto Interno Bruto Ampliado del Sector Salud** en México de 2020, representó un monto de **1.5 billones de pesos (6.5% del PIB nacional)**, una participación mayor a la del 2019, de 5.6%, lo que se atribuye a que fue el año del inicio de la pandemia del virus SARS-CoV-2.



Como se observa en la gráfica, **el rubro que más creció en 2020 fue el del trabajo no remunerado de los hogares (TNRS)**, pues recordemos que con las medidas de confinamiento para enfrentar la pandemia por COVID-19, recayó gran parte de los cuidados de salud recayó en los hogares.

Dentro del Producto Interno Bruto Ampliado del Sector Salud, la producción de bienes y servicios del sector salud representa el 71.3% y el restante (28.7%) al TNRS. En la producción de bienes y servicios, los **servicios hospitalarios** son los de mayor valor, representan el **20.7%** del valor; le siguen los **servicios médicos de atención ambulatoria (15.7%)** y el comercio de bienes relacionados con salud (12.1%).

A precios constantes, en 2020 la fabricación de medicamentos representó 3.6% del PIB de la salud de las actividades económicas (sin incluir el trabajo no remunerado de los hogares); esto es una décima menos que el dato del 2019.



La aportación de **la fabricación de medicamentos (3.6%) al PIB del sector salud en 2020 es consistente con la tendencia descendente de su participación mostrada desde el 2008.**

Revisar información completa:

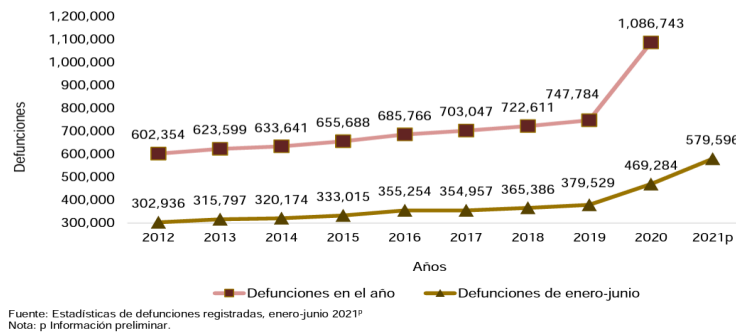
https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/#Informacion_general

21. Estadísticas de las “Defunciones registradas en México de enero a junio de 2021” del INEGI

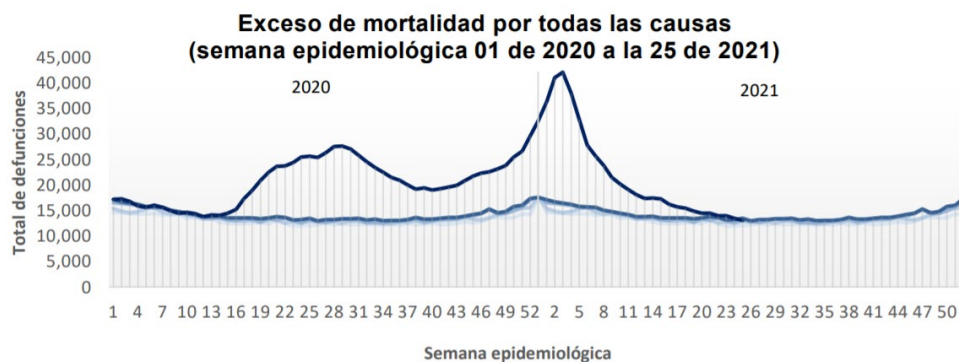
El 24 de enero, el INEGI difundió los datos preliminares de defunciones registradas de enero a junio del 2021. Los datos definitivos serán presentados en octubre.

Entre **enero y junio de 2021** se registraron de forma preliminar **579 596 defunciones, 24% más** defunciones que las registradas en el mismo periodo del 2020 (**110 312 más** fallecimientos).

El promedio de crecimiento de las defunciones durante el primer semestre del **periodo 2013-2019**, fue de **3.3%**, mientras que para **2020-2021** fue de **23.6%**.



De acuerdo con la información observada durante el periodo 2015-2019, se esperaban **de enero de 2020 a junio de 2021** un total de 1,116,482 defunciones y ocurrieron 1,649,031. Con base en estos resultados **se tiene un exceso de mortalidad por todas las causas de 532,549, equivalente a 47.7%**. La Ssa ha estimado un exceso de mortalidad de 655,062 de enero de 2020 al 4 de diciembre del 2022.



En el primer semestre del 2021, las **3 principales causas** de muerte fueron:

- **COVID-19** (145,159; 25%)
- Enfermedades del corazón (113,899; 19.7%)
- Diabetes mellitus (74,418; 12.8%)

Reporte: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>

22. Informes Auditoría Superior de la Federación (ASF) de la revisión de la Cuenta Pública 2020

El pasado **20 de febrero** la Auditoría Superior de la Federación (ASF) a través de la Comisión de Vigilancia de la ASF de la Cámara de Diputados, realizó la Tercera Entrega de Informes Individuales y el Informe General correspondientes a la fiscalización de la Cuenta Pública 2020.

En total se realizaron 866 auditorías que complementan la fiscalización efectuada en junio y octubre de 2021, primera y segunda entrega, dando un total de 1,235 informes individuales que se dieron origen a la emisión de 5,393 acciones y observaciones. El 45.3% fueron recomendaciones, el 27.5% promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria, 21.1% pliego de observaciones, 3.8% solicitudes de aclaración y 2.3% promoción del ejercicio de la facultad de comprobación fiscal.

En la revisión de la Cuenta Pública 2020 la mayor proporción del monto por aclarar corresponde a los **Acuerdos de Coordinación para Garantizar la Prestación Gratuita de Servicios de Salud, Medicamentos y demás Insumos Asociados para las Personas sin Seguridad Social con el 33.8 % del total (\$6,575.4 MDP)** y enseguida se ubica el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), con el 15.5 % (\$3,021.1 MDP).

GASTO FEDERALIZADO PROGRAMABLE: MONTO POR ACLARAR POR FONDO Y PROGRAMA
(MDP Y PORCENTAJE)

Fondo o programa	Monto por aclarar	%
Total	19,437.1	100.0
Acuerdo de Coordinación para Garantizar la Prestación Gratuita de Servicios de Salud, Medicamentos y demás Insumos Asociados para las Personas sin Seguridad Social	6,575.4	33.8
FASSA	3,021.1	15.5
Subsidios para Organismos Descentralizados Estatales (UPES)	1,989.5	10.2
Apoyos a Centros y Organizaciones de Educación	1,923.1	9.9
FORTAMUN-DF	1,773.1	9.1
Subsidios para Organismos Descentralizados Estatales (Educación Media Superior)	1,409.5	7.3
FISMDF	620.4	3.2
FISE	464.2	2.4
Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral	257.4	1.3
FASP	244.0	1.3
Subsidios para Organismos Descentralizados Estatales (Universidades Tecnológicas y Politécnicas)	215.6	1.1
FAFEF	187.9	1.0
Otros 13 fondos y programas	755.8	3.9

FUENTE: elaborado por la ASF con base en los datos de los informes de auditoría de la Cuenta Pública 2020.

Es importante considerar que las observaciones y acciones emitidas en los informes de la Auditoría se encuentran sujetas a un proceso de seguimiento, **pues las entidades fiscalizadas pueden, en un plazo de 30 días, proporcionar información y consideraciones**, con lo que algunas acciones y observaciones podrían atenderse, solventarse o reafirmarse.

Auditorías de interés



Adquisición de medicamentos

- Adquisición y Distribución Consolidada de Medicamentos y Material Terapéutico (Auditoría de cumplimiento No. 21-GB, SHCP)
- Adquisición de Vacunas (Auditoría de cumplimiento No. 291-DS, IMSS)
- Adquisición de Medicamentos Oncológicos y Antirretrovirales para Atender VIH (Auditoría de cumplimiento No. 289-DS, ISSSTE)
- Adquisición de Medicamentos para la Atención del VIH/SIDA y Otras ITS (Auditoría de cumplimiento No. 231-DS, CENSIDA)
- Adquisición de Medicamentos (Auditoría de cumplimiento No. 435-DE, Pemex Corporativo)

Atención de la Emergencia Sanitaria por COVID-19

- Adquisición de Medicamentos por la Atención de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 (Auditoría de cumplimiento No. 275-DS, ISSSTE)
- Adquisición de Medicamentos para la Atención de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 (Auditoría de cumplimiento No. 290-DS, IMSS)
- Adquisición y Distribución de Vacunas COVID-19 (Auditoría de cumplimiento No. 237-DS, CENSIDA)
- Adquisición y Distribución de Vacunas COVID-19 (Auditoría de desempeño No. 1524-DS, Ssa)
- Recursos Destinados a la Atención de la Pandemia por el Virus SARS-CoV2 (COVID-19) (Auditoría de cumplimiento No. 243-DS, INSABI)

- Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (Auditoría de desempeño No. 219-DS, Ssa)
- Rectoría en Salud (Auditoría de desempeño No. 227-DS, Ssa)
- Erogaciones para la Atención de Enfermedades que Provocan Gastos Catastróficos (Auditoría de cumplimiento No. 242-DS, INSABI)
- Protección Contra Riesgos Sanitarios (Auditoría de desempeño No. 239-DS, COFEPRIS)
- Producción de Reactivos, Vacunas y Otros Dispositivos Médicos Estratégicos (Auditoría de desempeño No. 251-DS, BIRMEX)

Más auditorías de interés

Prevención y control de enfermedades

- Prevención y Control de Enfermedades (Auditoría de desempeño No. 233-DS, CENAPRECE)
- Prevención y Control de Enfermedades Sobre peso, Obesidad y Diabetes (Auditoría de cumplimiento No. 234-DS, CENAPRECE)
- Prevención y Control de Enfermedades Sobre peso, Obesidad y Diabetes (Auditoría de desempeño No. 235-DS, CENAPRECE)
- Prevención y Control de Enfermedades (Auditoría de desempeño No. 225-DS, Ssa)
- Vigilancia Epidemiológica (Auditoría de desempeño No. 220-DS, Ssa)
- Evaluación de la Política Pública de Prevención y Control de Enfermedades Relacionadas con la Salud Mental (Auditoría de Evaluaciones de Políticas Públicas No. 1517-DS, Ssa)

Gestión financiera

- Gestión Financiera (Auditoría de cumplimiento No. 238-DS, COFEPRIS)
- Gestión Financiera (Auditoría de cumplimiento No. 250-DS, BIRMEX)
- Gestión Financiera (Auditoría de cumplimiento No. 246-DS, INCAN)
- Gestión Financiera (Auditoría de cumplimiento No. 247-DS, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez)

Atención Sanitaria

- Atención Sanitaria (Auditoría de desempeño No. 1530-DS, INSABI)
- Atención Sanitaria (Auditoría de desempeño No. 220-DS, Ssa)
- Coordinación Estratégica para la Atención Sanitaria – CCINSHAE (Auditoría de desempeño No. 221-DS, Ssa)

- Acuerdo de Coordinación para Garantizar la Prestación Gratuita de Servicios de Salud, Medicamentos y demás Insumos Asociados para las Personas sin Seguridad Social (Auditoría de cumplimiento 240-DS, INSABI)
- Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (Auditoría de cumplimiento 1536-DS, INSABI)
- Acuerdo de Coordinación para Garantizar la Prestación Gratuita de Servicios de Salud, Medicamentos y demás Insumos Asociados para las Personas sin Seguridad Social (para las 32 entidades federativas)
- Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (para las 32 entidades federativas)
- Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (para las 32 entidades federativas)

Hasta el momento, de la revisión a las cinco auditorías relacionadas con la Atención de la Emergencia Sanitaria, además de diferencias entre insumos entregados e importes pagados, se encontraron **deficiencias en el control y supervisión de la adquisición, recepción, almacenamiento y distribución de vacunas para la COVID-19** de las que, la Secretaría de Salud no contó con la información completa sobre el total de vacunas recibidas.

Siguiendo en la materia, en la Auditoría que se realizó de la **Secretaría de Salud**, la ASF señaló que es necesario **continuar con la atención de las debilidades del sector salud** que ya han sido señaladas y que se refieren, entre otras, a la **falta de una definición específica de los integrantes del SNS y de sus atribuciones y responsabilidades**. Entre estas, mencionan: Diseñar, fortalecer y actualizar la normativa operativa y procedimental para contar con diagnósticos y planes que permitan determinar la suficiencia de infraestructura, equipo médico y personal respecto de la demanda de servicios, tomando en cuenta las transiciones epidemiológicas y demográficas; mejorar y aprovechar los sistemas de información y comunicación de las instituciones que integran el SNS; fortalecer su coordinación; contar con mecanismos de control para dar seguimiento a sus procesos y generar información útil para la toma de decisiones en un contexto extraordinario como lo es una pandemia.

En cuanto a la **Auditoría 21-GB de la SHCP, de Adquisición y Distribución Consolidada de Medicamentos y Material Terapéutico**, la ASF se concentró en el Proceso de Licitación LA-006000993-E4-2019 en la que encontraron **múltiples deficiencias** en la documentación e información requerida en la Convocatoria, en la Junta de Aclaraciones, en la Presentación y Apertura de propuestas técnicas y económicas, y en el Fallo. Además, determinó que no existió una licitación de carácter nacional que fuera declarada desierta, ni que fuera financiada por créditos externos, por lo que **no aplicaba realizar un procedimiento de Licitación Pública Internacional Abierta, en incumplimiento de la legislación nacional**.

Además, este proceso no logró atender la totalidad de las necesidades de medicamentos y bienes terapéuticos de las 792 partidas requeridas por las Instituciones Públicas Participantes, ya que sólo se licitaron 632 (80.0%), de las cuales 228 se declararon desiertas, por lo que sólo 404 fueron adjudicadas (63.4%).

En la **Auditoría 291 del programa “Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral”** realizada a la **Secretaría de Salud**, la ASF afirmó que la **Ssa**, en coordinación de **INSABI**, no ha emitido íntegramente las disposiciones

reglamentarias para proveer, en la esfera administrativa, lo dispuesto por la reforma de noviembre de 2019.

INSABI no diseñó, ni implementó mecanismos de seguimiento, supervisión y evaluación para verificar el ejercicio por parte de los estados, de los recursos transferidos.

Tampoco acreditó cómo determinó el monto para la adquisición de materiales, accesorios y suministros médicos; cuáles fueron los productos farmacéuticos adquiridos a cada laboratorio; los criterios para la selección de los laboratorios; los montos por entidad federativa, y las unidades médicas beneficiadas con dichas adquisiciones, pues señaló que la SHCP fue la que realizó las adquisiciones.

En 2020 aumentó la población con barreras para acceder a los servicios de salud (35,678,985 personas / 28.2% de la población de México). Porcentaje superior en 16.2 puntos porcentuales a la meta establecida en el PROSEA 2019-2024, de 12.0% para 2020.

Se continuará revisando el contenido de las Auditorías de interés para determinar las acciones a seguir.

23. Avances del esquema IMSS-Bienestar para la población sin acceso a servicios de Salud

Durante el mes se difundieron las firmas de Convenios con los estados de **Tlaxcala** ([4.feb.22](#)), **Nayarit** ([4.feb.22](#)) y **Colima** ([25.feb.22](#)) para la **federalización de la salud a través del modelo IMSS-Bienestar**, para la atención de las personas sin seguridad social.

De acuerdo con el Director del IMSS, Zoé Robledo, la firma de los Convenios marco es la conclusión de la primera etapa de trabajo conjunto entre el IMSS y los estados en la que se evaluaron sus instalaciones de salud, a lo que posteriormente seguirá la revisión de elementos laborales, financieros y de otros recursos para iniciar con las inversiones.

Al dar inicio se federalizaran los servicios de salud, concentrando los recursos entregados a los estados. A través de la adhesión de los hospitales estatales al programa del IMSS-Bienestar, el gobierno federal en cooperación con los gobiernos estatales, operarán el Modelo de Atención Integral a la Salud para el Bienestar:

- 1. Infraestructura.** Modernizar, rehabilitar y equipar hospitales comenzando con la atención del primer nivel y la de segundo nivel posteriormente.
- 2. Contar con el personal de salud.** Se diseñará el esquema de contrataciones y todas aquellas acciones para transferir personal al IMSS-Bienestar.
- 3. Abastecimiento de medicamentos y material de curación.** Se contará con niveles de abasto y recetas surtidas en cada unidad de atención médica.
- 4. Regularización del personal.** Se mejorarán las condiciones laborales de más de 87 mil trabajadores y trabajadoras contratados con motivos de la pandemia con premisa de antigüedad y desempeño laboral.

Estos Convenios van en cumplimiento con lo informado en su oportunidad, sobre la facultad establecida en el artículo Décimo Sexto Transitorio de la Ley de Ingresos de la Federación 2022,

mediante la cual el IMSS puede celebrar acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades para que, a través del IMSS Bienestar, se otorgue la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social.

En este mismo sentido, el 21 de febrero se difundió la información de una reunión sostenida entre el IMSS y la OPS para abordar el inicio de un trabajo articulado entre el IMSS y la OPS para “fortalecer la transformación del Sistema Nacional de Salud”, con el objetivo de diseñar la estrategia para consolidar el sistema de salud en el país como un derecho universal bajo el esquema de IMSS-Bienestar: <https://www.paho.org/es/noticias/22-2-2022-trabajo-articulado-entre-imss-ops-fortalecera-transformacion-sistema-nacional>.

Integrantes de la Comisión

Ramiro Tamayo
Presidente

Cecilia Bravo
Vicepresidente

Vocales

Alberto Hegewisch
Alejandra González
Alfonso de Robina
Alfonso del Rosal
Almudena Sánchez
Ana Cecilia Polanco
Ana Francisca
Antonieta Vizcarra
Antonio Sánchez
Carlos Santillana
Cecilia Domínguez
Cecilia Rosales
Cirad Rosado
Columba Hernández
David Campos
Delia Montes de Oca
Diana Mejía
Dinath González
Elma Celina
Emma Escandón
Erik Bakker
Evaristo Martínez
Fernando Cruz
Gerardo Sánchez
Guillermina Muñoz
Hermán Soto
Jesús García
Jimena Morales
Jocelyn Martínez
Jorge Méndez
José Antonio Molina

José Athié
José Carlos Ferreyra
José Luis Paz
Josué León
Karla Baez
Laura Guerrini
Liliana Torres
Lucía Salcedo
Luciano Zylberberg
Marcela Farías
Michelle Rosales
Miguel Barreto
Mónica Álvarez
Marcos García
Octavio Avendaño
Patricia Faci
Pratik Singh
Ramiro Rodríguez
Ramiro Tamayo
Ricardo Dávalos
Rodrigo Oria
Selenia Gómez

Suplentes

Alejandro Rangel
Bárbara Ruiz
Daniel Del Conde
Diego Rodríguez
Dulce María López
Edgar Varela
Edith Zarate
Einar García
Enrique Zuani
Fernando Pacheco
Guadalupe Palestino
Hazel García
Helios Becerril
Iñigo Caballero
Isabel Balderas
Ivette Hernández
Javier F. Calderón
Jorge Tanaka
Juan Gómez
Julio Zapata
Lidia Aguilar
María Eugenia Salinas
Mónica Alva
Odette Campos
Quitze Guerrero
Ricardo Morales
Sigfrido Rangel

Verónica Sosa

Asesores Externos

Alejandro Ortega
Francisco Videgaray
Juan Pablo Llamas
Luis García

Invitados

Alejandro Córdova
Carlos Ruiz
Carlos Villaseñor
Cristobal Thompson
Enrique Galván
Enrique Martínez
Gustavo Velarde
Jorge Daniel
María del Carmen Velázquez
Miguel Lombera
Rafael Gual
Rivelino Flores
Socorro España
Orlando Aguirre
Yareli Torres

Secretario Técnico

Juan Villarreal