

**Informe anual  
Comisión de Derecho a la Salud  
Ejercicio 2022-2023**

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.

Bajo estos principios, durante el ejercicio 2022-2023 se hace el siguiente reporte de actividades:

**1. Principales Acciones Realizadas:**

**1.1. Estrategia “La Salud en la agenda nacional”**

En cumplimiento con el mandato del Consejo Directivo de CANIFARMA del mes de abril 2022, se presentó la propuesta de Estrategia “La Salud en la agenda nacional” que tiene por objetivo coadyuvar a la visibilidad del estado actual del Sistema Nacional de Salud (SNS) para generar propuestas dirigidas a mejorar los resultados en salud de la población, con base en:

- a) La divulgación de la información y los análisis elaborados por los órganos oficiales, las instituciones académicas y organizaciones sociales.
- b) La colaboración y acciones de vinculación con autoridades, legisladores, centros de investigación y académicos, y agentes involucrados en la salud, así como de comunicación vía medios convencionales y redes sociales.
- c) Actualización de las propuestas de la industria para un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud y el mercado farmacéutico.

Esta estrategia es la respuesta a que estamos observando que los retos del Sistema Nacional de Salud no se están atendiendo y el objetivo común de lograr el acceso efectivo y de calidad a la salud se ve cada vez más lejos de alcanzarse. Ante esto, la industria farmacéutica afiliada a CANIFARMA se ha propuesta ser un agente activo, catalizador y detonante de las acciones conjuntas en el sector empresarial que ayuden a la obtención de una política pública de salud eficiente.

Como resultado de la creación del grupo de trabajo ad-hoc entre los integrantes de las Comisiones de Derecho a la Salud y de Asuntos Públicos y Comunicación, se definieron cuatro temáticas, aunque en permanente actualización, a saber:

1. Resultados en salud de México (Indicadores, prevalencia de enfermedades y mortalidad)
2. Evaluación de las políticas de salud
3. Situación actual de los servicios de salud:
  - a. Prestación de servicios (vacunación, diagnósticos, consultas, cirugías)
  - b. Abasto al sector público (Volumen adquirido, recetas surtidas)
  - c. Financiamiento de la salud (fuentes, montos)
4. Hacia un nuevo contrato social de salud en México:
  - a. Resiliencia de las cadenas de abastecimiento
  - b. Abasto estable y competitivo a partir de la planeación

Las principales fuentes de información para la generación de los contenidos fueron las oficiales (INEGI, CONEVAL, INSP, OCDE, SSA) pero también otras de análisis y evaluación, como el CIEP o FUNSALUD.

En esta estrategia se definió una serie de actores para la vinculación correspondiente. Se consideraron autoridades de salud, economía, relaciones exteriores y hacienda; organismos e institutos de salud y el Congreso de la Unión. Los sugirieron como siguientes pasos de la estrategia:

- a) Definir los mensajes de posicionamiento de la estrategia.
- b) Definir los agentes principales. Se sugiere empezar con aquellos que permanecerán más allá del sexenio.
- c) Definir los tiempos de ejecución de las acciones prioritarias.

El grupo de trabajo definió el contenido de la narrativa de la industria que será la base para generar el puente discursivo entre esta administración y la siguiente.

Elementos para la narrativa:

- a. Agudización de las barreras de acceso a los servicios de salud
- b. Deterioro en la condición de salud de la población por los cambios en el Sistema Nacional de Salud realizados por el gobierno federal (2018-2024)
- c. Necesidad de una política integral del sector (perspectiva económica)

## **1.2. Reunión Estratégica de las Comisiones de Derecho a la Salud y de Comunicación y Asuntos Públicos (23 de febrero de 2023)**

A petición del Consejo Directivo de CANIFARMA, se realizaron cinco reuniones temáticas por comisiones para preparar la agenda de trabajo estratégica que, posteriormente habrán de integrarse en la Reunión Estratégica de la Industria Farmacéutica del 1° de junio de 2023.

En este sentido, el 23 de febrero se realizó en la Ciudad de México, la Reunión Estratégica de las Comisiones de Derecho a la Salud y de Comunicación y Asuntos Públicos.

En la primera parte del día, se contó con una serie de ponencias, a saber: Judith Méndez, Directora adjunta de investigación del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) que habló sobre el Financiamiento de la Salud en México; Enrique Ruelas, Presidente y Director del Instituto Internacional de Futuros de la Salud que expuso su análisis del Sistema Nacional de Salud; Nayeli Roldán, Periodista de Animal Político que abordó su perspectiva de la problemática de la salud para los medios en México y finalmente, Gustavo Almaraz, Presidente de Grupo Estrategia Política (GEP) que habló del panorama político.

En la segunda parte del día, en mesas de trabajo, los industriales definieron los ejes, los objetivos, acciones y actores. Los ejes acordados fueron: 1. Interlocución (Comunicación y vinculación), 2. Modelo Integral de salud basado en valor, 3. Acceso, 4. Rectoría y gobernanza y 5. Sustentabilidad.

Además de las conferencias, otro insumo relevante fueron los trabajos de la Estrategia “La Salud en la agenda nacional” que se reportó en el punto anterior.

### **1.3. Cambios al Reglamento Interior de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CCNIS) del Consejo General de Salubridad (CGS).**

El 19 de octubre de 2022 el CSG realizó la Primera Sesión Ordinaria 2022. Previo a ésta, se observó en las sesiones ordinarias del 2021 el intento por avanzar en temas como la Política Nacional Farmacéutica y el Censo de Enfermedades Raras pero que fueron nulificados de facto por las autoridades sanitarias a cargo de materializarlas.

En dicha sesión, el CGS abordó cuatro temas: 1) Acuerdo de creación de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud y aprobación del Reglamento Interior respectivamente, 2) Ratificación de la aprobación del Protocolo Técnico I - 21 Infarto agudo del miocardio, 3) Ratificación de las decisiones tomadas en la Junta Ejecutiva del CSG y 4) Propuesta de actualización del ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la Estrategia Nacional de Acción contra la Resistencia a los Antimicrobianos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de junio de 2018.

El Acuerdo del punto 1, estableció la creación de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, con el objeto de elaborar, actualizar y difundir en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, “con la finalidad de que contribuya a mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la atención a la salud que otorgan las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud”.

El Reglamento Interior la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud aprobado por el CSG y [publicado en el DOF](#) el 22 de noviembre de 2022, destacan seis puntos:

1. Exclusión de la participación del Sector privado y social

En el Reglamento vigente (art. 4) se considera la participación de invitados permanentes a la Comisión, incluida la Cámara; sin embargo, en el Reglamento aprobado, dicho concepto se desechó.

~~*Serán invitados permanentes a las sesiones plenarias de la Comisión el Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, el Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el Titular del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, un representante institucional de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, un representante institucional de la Cámara Nacional de la Industria de Transformación y un representante ciudadano del Consejo de Ética y Transparencia de la Industria. (Extracto del Reglamento vigente)*~~

Así mismo, se eliminó de la facultad de la Comisión de fomentar la investigación sobre insumos para la salud a los fabricantes de insumos para la salud:

~~*VIII. Fomentar la investigación sobre los insumos que se utilizan o se requieren en las unidades operativas y de servicios de salud, alentando la participación de las instituciones de salud, las instituciones de educación superior, los fabricantes de insumos para la salud y otras instancias relacionadas;*~~

En sección de opiniones técnicas de expertos, se eliminó el proceso de selección y la definición explícita de los integrantes de los sectores académico, social y privado. Ahora, con el Reglamento aprobado por el CSG, la decisión de invitar a expertos corresponderá al Presidente de la Comisión, por iniciativa propia o a solicitud de los integrantes de la Comisión.

## 2. Nuevos requisito para la inclusión y modificación mayor

En el artículo 24, referente a las solicitudes de inclusión y modificación mayor de medicamentos, se adicionaron dos nuevos requisitos que pueden limitar la incorporación de mejores tecnologías al SNS:

*I. Solicitud firmada por el titular o representante legal de la institución pública o privada, indicando nombre genérico, clave y las razones que motivan la misma;*

*V. Oficio en hoja membretada, suscrito por el titular de la Unidad de Administración y Finanzas o equivalente, de alguna de las instituciones integrantes de la Comisión, que justifique la demanda y necesidad de la actualización en el Compendio Nacional, del insumo de que se trate;*

## 3. En el nuevo Reglamento de la CCNIS, se derogan las juntas técnicas y, por tanto, sus funciones.

## 4. Se establecen Precios máximos vinculantes con el Sector Público

En el art. 24 se adiciona como requisito la siguiente disposición:

*VIII. Escrito libre que establezca el precio máximo del insumo ofertado al sector público en México, que será vinculante en todas las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. En el caso de presentar una oferta económica ésta también será vinculante;*

5. En la nueva versión del Reglamento se omite la participación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) y cambia la mecánica de la de los expertos.
6. Facultad discrecional amplia respecto a las reuniones de los Comités, se omite periodicidad expresa para sesionar y en los criterios para realizar excepciones y emitir un dictamen favorable a solicitudes de inclusión de insumos que no se ajusten a los criterios de costos y efectos en salud a solicitud expresa de la Presidencia y Secretaría del Consejo en casos de contingencia sanitaria y de las instituciones públicas de salud o encargadas de compras gubernamentales, por significar una oportunidad de adquisición prioritaria para la solución de problemas de salud de la población.

Dada la naturaleza de estos cambios, el 20 de octubre de 2022, CANIFARMA envió una [comunicación](#) al Dr. Marcos Cantero, secretario del Consejo de Salubridad General (CSG) en la que se expresaron diversas inquietudes, así como una solicitud de reunión.

Para atender estos temas, a partir de los integrantes de la Comisión de Derecho a la Salud, se conformó un grupo de trabajo que sesionó por primera vez el 7 de noviembre, acordando seguir insistiendo en la cita con el Dr. Cantero y preparar otra comunicación con las dudas que tiene la industria.

Como lo estableció el Reglamento Interior del CSG, el Consejo debe contar con una Junta Ejecutiva que atenderá los casos de emergencia que en materia de salubridad general sean de la competencia del Consejo, dando prioridad a aquellos asuntos que el Ejecutivo considere como necesarios “para fortalecer el abasto oportuno de medicamentos y demás insumos para la salud, así como para la atención de emergencias en materia de salubridad general competencia del consejo”. El 17 de agosto se realizó la Primera Sesión Extraordinaria 2022 de la Junta Ejecutiva del Consejo de Salubridad General, en ella se vieron los siguientes temas:

1. Solicitud del IMSS para incluir en el Compendio Nacional, el medicamento “Nirmatrelvir-Ritonavir” para el tratamiento de la enfermedad por el virus SARS-CoV 2: *Aprobado por la Junta Ejecutiva y ratificado por el CSG*
2. Solicitud de la SSA, a través de los Servicios de Atención Psiquiatría para incluir en el Compendio Nacional, el medicamento “Carbonato de Litio en la presentación de liberación prolongada” por considerarlo un caso de emergencia para el tratamiento del Trastorno bipolar tipo I y tipo II. *Aprobado por la Junta Ejecutiva y ratificado por el CSG*
3. [Reglas Internas de Operación de la Junta Ejecutiva del CSG](#) que, debieron publicarse a más tardar dentro de los noventa días siguientes a la celebración de la primera sesión de la Junta Ejecutiva, de acuerdo con el tercero transitorio de la publicación del Reglamento del CSG del 11 de diciembre 2009. *Aprobado por la Junta Ejecutiva y ratificado por el CSG*

Tal como se acordó en el grupo de trabajo ad-hoc de CANIFARMA, el 16 de noviembre, se envió otra comunicación al Secretario del CSG, se seleccionaron las prioridades y se insistió en la solicitud de cita sin respuesta. Pero el 18 de noviembre se realizó una sesión con el titular del

CSG y diferentes representantes de comisiones de salud sector privado; sin embargo, a pesar de la disposición mostrada para escuchar los comentarios, el 22 de noviembre se publicó en el DOF, el Reglamento Interior de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CCNIS).

Derivado de esto, en la Comisión de Derecho a la Salud se acordó, además de insistir en la cita incluir en una nueva comunicación, cuáles son los problemas que presenta el proceso o mecanismo de participación de las Unidad de Administración y Finanzas o equivalente de las instituciones integrantes de la Comisión en las solicitudes de inclusión y modificación mayor, así como la necesidad de que sean solventadas

También, solicitarle información sobre el estado que guardan los sometimientos de actualización de las empresas del sector diferentes, previos a la creación de la Comisión del Compendio Reglamento.

Después de estas comunicaciones, el 4 de enero, el Secretario del CSG, Dr. Marcos Cantero, envió físicamente la respuesta, se puede consultar [dando clic aquí](#), a las tres comunicaciones enviadas por CANIFARMA (19 de octubre, 15 de noviembre y 5 de diciembre de 2022) en la que respondió:

A la petición de la cita, en la que señalaron en diferentes ocasiones que respetan “la garantía de audiencia establecida por el artículo 14 constitucional, que consiste en otorgar al gobernado la oportunidad de defensa previamente al acto privativo de la vida, libertad, propiedad, posesiones o derechos, destacamos en su respuesta lo siguiente:

- a. Sobre la participación de la Cámara en la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CCNIS), el Dr. Cantero expresa su “compromiso de que las ocasiones en las que se considere necesario la intervención de su representada o de alguna de sus empresas agremiadas, se enviará con oportunidad la invitación correspondiente”.
- b. Al respecto del requisito para solicitar una actualización al Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS), de presentar un oficio del titular de la Unidad de Administración y Finanzas o equivalente de alguna de las instituciones integrantes de la Comisión (Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos y el Instituto de Salud para el Bienestar) que justifique la demanda y necesidad de actualización del Compendio, el CSG respondió que dará seguimiento con las instituciones integrantes de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CCNIS) “a efecto de que sus unidades de administración y finanzas o equivalentes, emitan respuestas a las personas físicas o morales que, en su oportunidad, llegasen a solicitar la demanda y/o necesidad de algún insumo para sus instituciones y que, en su caso, sea indispensable actualizar el Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS), para tales efectos”.
- c. En relación con la disposición de que las personas integrantes de la CCNIS no podrán duplicar solicitudes de información para determinar la calidad, eficacia, seguridad e implicaciones económicas de los insumos dictaminados favorablemente por la Comisión, respondieron que, “sus decisiones de compra podrán considerar la información adicional estrictamente necesaria para ese efecto, como la propuesta económica del solicitante”.

- d. La respuesta a las demás inquietudes planteadas por esta Cámara, como son: qué pasará con las solicitudes de actualización sometidas antes de la entrada en vigor del Reglamento Interior de la CCNIS; la obligatoriedad para plasmar el precio máximo del insumo al sector público; la eliminación de la Junta Técnica, entre otras, fueron respondidas haciendo referencia a próxima publicación de las Guías y diversos elementos en su sitio web, se formula así:

“La CCNIS emitirá a la brevedad posible la Guía de Evaluación de Insumos para la Salud y la Guía para la Conducción de Estudios de Evaluación Económica para la Actualización del Compendio Nacional de Insumos para apoyar a las organizaciones e instituciones en las dudas que surjan. Estos ordenamientos se actualizarán de forma constante y serán difundidos con oportunidad en el sitio web oficial del CSG.

Además, se publicará en su sitio <http://www.csg.gob.mx/> un apartado de preguntas frecuentes y el avance en el proceso de las solicitudes de actualización del CNIS. De estas podrá consultar: número de folio; nombre genérico; tipo de actualización; fecha de recepción de trámite, esperada de emisión del dictamen y emisión de dictamen; resultado del dictamen; precio máximo; publicación del proyecto de actualización para observaciones de los interesados y fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación”.

El 12 de enero sesionó la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CCNIS) y se aprobó la expedición de:

- La [Guía de Evaluación de Insumos](#) para la salud del Compendio Nacional de Insumos para la Salud
- La Guía para la conducción de [Estudios de Evaluación Económica](#) para la Actualización del Compendio Nacional de Insumos para la Salud

Posteriormente, el [23 de enero](#), con la publicación en el DOF, se establecieron los formatos de propuesta de cédula descriptiva de insumos para su aplicación en las solicitudes de actualización del Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Y, el 30 de enero se publicó el [Acuerdo por el que se actualiza el Compendio Nacional de Insumos para la Salud publicado el 30 de abril de 2020](#). Contiene inclusiones y modificaciones en la categoría de medicamentos en diversos grupos terapéuticos, a saber: Cardiología, Dermatología, Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, Endocrinología y Metabolismo, Gastroenterología, Hematología Reumatología y Traumatología, Neurología y Oncología.

Del análisis posterior, el grupo de trabajo ad-hoc de la Cámara coincidió en que el punto crítico - por ahora- es la falta de un procedimiento administrativo claro para someter las solicitudes de actualización a las instituciones integrantes de la CCNIS (SEDENA, SEMAR, IMSS, ISSSTE, PEMEX e INSABI), luego de los actos de creación de la CCNIS y del Reglamento Interior de este órgano, y en virtud de que la respuesta enviada por la Secretaría del CSG no cubrió esta omisión.

Como siguientes pasos el grupo de trabajo acordó, enviar una comunicación al CSG para expresar la urgente necesidad de contar con un proceso claro, homologado y objetivo, que contenga los elementos que deberán seguir las Unidades de Administración y Finanzas o equivalente de las instituciones de la CCNIS para emitir el Oficio de referencia. Dado que, lo mencionado en la Guía de Evaluación de Insumos para la Salud del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, es insuficiente.

Adicionalmente, se incluirán las dudas que no fueron solventadas por las Guías, que se preguntaron por esta Cámara Industrial en las tres cartas enviadas al Consejo y que se nos informó en la respuesta del CSG del 4 de enero.

Con el ánimo de eliminar la discrecionalidad en el procedimiento y considerando que el nuevo requisito que el CSG ha definido para solicitar una actualización al Compendio, se acordó solicitar una cita a cada una de las instituciones de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CCNIS) para conocer ¿cuál será el procedimiento que habrá de instrumentarse dentro de la institución para que sus Unidades de Administración y Finanzas estén en condiciones de emitir el Oficio de referencia un ambiente de certeza y de transparencia, en su relación que las empresas de la industria farmacéutica.

En este sentido, el pasado 13 de febrero se enviaron comunicaciones a los titulares de las instituciones de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CCNIS) para solicitarles una cita en la que se aborde el procedimiento a través del cual darán cumplimiento al requisito establecido en la fracción V del Artículo 24 del Reglamento Interior de la CCNIS.

En total se enviaron siete comunicaciones (IMSS, ISSSTE, PEMEX, INSABI, SEDENA, SEMAR, CCINSHAE), dirigida a los titulares y con copia a los directores de las Unidades de Administración y Finanzas o equivalente, de Prestaciones médicas de cada institución, así como al Secretario del CSG. Hasta el momento, solo SEDENA ha contestado ofreciendo fechas para la reunión. ([Ver carta muestra: IMSS](#))

Por otro lado, se sabe que el CSG ha estado realizando reuniones, por grupos de empresas, seleccionadas -al parecer- de manera discrecional por el Consejo, en las que se les ha dicho que las instituciones están de acuerdo y al tanto de la emisión de la carta.

Sin embargo, en consultas hechas por empresas del sector, se sabe que algunas instituciones de salud han comentado que no están facultadas para emitir dicho oficio, por lo que CANIFARMA realizará un análisis del marco jurídico del tema.

Aún está pendiente de envío la carta al Secretario del CSG, hasta en tanto se cuente con la información que sea compartida por las empresas y que permita acudir al CSG para poder obtener una respuesta diferente a la que ya han dado, a partir de la retroalimentación del sector.

#### **1.4. Encuesta de Inversión de la CEPAL**

En apego a los acuerdos del Consejo de esta Cámara en la sesión celebrada el 6 de abril se acordó realizar, de manera conjunta con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas, la “Encuesta de comportamiento de la inversión nacional y

extranjera de la Industria Farmacéutica en México”, en el marco de un trabajo de cooperación técnica e institucional entre ambas organizaciones. La Encuesta de referencia se está realizando para la integración del Informe Anual de Inversión Extranjera Directa de América Latina y el Caribe edición 2022, informe que se puede revisar en el siguiente vínculo (<https://www.cepal.org/es/publicaciones/ie>) y que es una publicación de la ONUCEPAL, dirigida a brindar un panorama regional anual de los ingresos de inversión extranjera directa y las actividades de las empresas transnacionales en la región. Este informe analiza los patrones de origen y destino de la inversión, así como los impactos de la inversión en el desempeño económico. Debe señalarse que la Encuesta también contempla preguntas referentes a la inversión que realizan las empresas de capital nacional mexicano y que formarán parte del análisis que CANIFARMA y CEPAL realizarán, una vez concluido este ejercicio estadístico.

### **1.5. Agenda con la OCDE**

En seguimiento con los trabajos de vinculación que se tienen con la OCDE, se informa que la Cámara realizó la traducción al español del *Health at a Glance 2021* misma que se encuentra disponible en el sitio de salud de la OCDE en la siguiente liga:

<https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf>

Durante cinco meses, se difundió su contenido en las redes sociales de la Cámara.

### **1.6. 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.

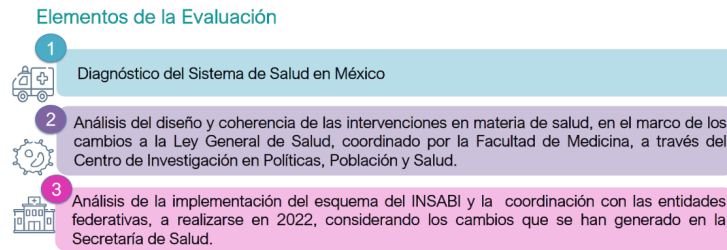
## **2. Asuntos de carácter informativo**

### **2.1. Evaluación Estratégica de Salud en el marco del Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS) del CONEVAL**

El 22 de febrero el Dr. José Nabor Cruz Marcelo, titular del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) sostuvo una reunión con la Comisión de Salud del Senado, en la que realizó una presentación de la Evaluación Estratégica de Salud en el marco del Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS), que es el sistema de indicadores a través del cual se proporciona información sobre el acceso efectivo a los derechos sociales como el de salud.

A raíz del aumento de la proporción de población con carencia por acceso a los servicios de salud (2022: 28.2% vs 2018: 16.2%) el CONEVAL presentará en abril el Primer Informe de la Evaluación Estratégica sobre el Derecho a la Salud que actualmente está realizando, en el que se analiza la capacidad del Sistema de Salud en México para garantizar el ejercicio efectivo de este derecho, a la luz de los cambios recientes en los programas, los instrumentos de política pública con los

que cuenta, los retos que enfrenta y los efectos derivados de la contingencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2



A manera de diagnóstico, el CONEVAL consideró como factores que determinan el ejercicio efectivo del derecho a la salud:

- Fragmentación del sistema público de salud.
- Que no existe un paquete específico de los servicios de cobertura y los existentes presentan diferencias en cuanto cobertura y atención, la que representa una desventaja importante de acceso y uso efectivo de los servicios de salud.
- El gasto público en salud no ha cambiado sustancialmente en 20 años. En 2019, México destinó 5.4% del PIB en gasto total (público y privado) a la salud, el promedio de los países de la OCDE fue de 8.8%.
- Los retos de coordinación interinstitucional profundizan los problemas, pues cada esquema cuenta con su propia estructura de gobierno y rendición de cuentas.
- De las personas que no recibieron atención médica, a pesar de haberla solicitado, son que no había un médico en la unidad (34%) y que el personal de la unidad dijo que no era necesario que se atendiera (15.61%).

En cuanto a la evaluación de los programas sociales del sector social que, en total suman 29, el CONEVAL encontró que el 62.1% no cuentan con indicadores que les permitan monitorear apropiadamente los resultados alcanzados en su población objetivo. En el extremo opuesto, 9 programas (31%) poseen instrumentos adecuados para darle seguimiento a sus resultados.

## 2.2. Funsalud: ELSSA

Lorena Guido Escobedo, Coordinadora de desarrollo de proyectos de FUNSALUD, presentó e invitó a los integrantes de la Comisión a participar en el programa del IMSS “Entornos Laborales, Seguros y Saludables” (ELSSA), que la fundación está promoviendo.

ELSSA es un programa enfocado en mejorar la salud y el bienestar de las personas trabajadoras, a través de la prevención de factores de riesgo psicosociales; ergonómicos; enfermedades crónico-degenerativas, accidentes y enfermedades de trabajo. Considerando que la pandemia agudizó o empeoró el estado de salud de las personas y que esto va más allá de los episodios de la enfermedad.

Actualmente, el programa voluntario, ofrece a las empresas que decidan sumarse: check list de acciones para las empresas; Material de apoyo que oriente a la toma de decisiones; Mecanismo simplificado para autoevaluar puestos y ambiente de trabajo; Distintivo ELSSA; Cursos CLIMSS; Tablero de incapacidades; Priorización de acciones para promover la salud y Asesoría a empresas.

La información está disponible en: <https://www.imss.gob.mx/elssa>

### **2.3. Esquema IMSS- Bienestar para la población sin acceso a servicios de salud**

Dada la relevancia que tiene para el Sistema Nacional de Salud, se dio un monitoreo de los cambios ocurridos en este.

Es importante tener en cuenta que la Ley del Seguro Social establece como parte de sus obligaciones, ofrecer prestaciones o servicios de solidaridad social que engloba acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria.

Es decir, el IMSS debe atender a la población no derechohabiente en situaciones de emergencia, siniestros o desastres naturales; vacunación, atención y promoción a la salud y, en los programas federales de combate a la marginación y la pobreza. En estos casos, el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, proveerá los recursos financieros correspondientes al Instituto sin perjuicio del otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen obligatorio.

Siguiendo como el programa IMSS-Bienestar, vale la pena aclarar que el IMSS lleva a cabo la contabilización específica y por separado de la contabilidad general: atención a población no derechohabiente (IMSS-Bienestar) y el régimen obligatorio (cuotas obrero-patronales).

Los recursos para la atención de la población no derechohabiente provienen de los que las entidades federativas transfieran al IMSS para su aplicación en el programa IMSS-Bienestar: “Con cargo a recursos propios o de libre disposición, o bien, a los recursos del Fondo de Aportaciones” señalado en la Ley de Coordinación Fiscal: 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 IMSS conforme a los referidos acuerdos.

Sin embargo, el 11 de abril se realizó una reunión, entre (29) los gobernadores, el Presidente y el gabinete de salud para abordar el tema de la federalización de los servicios de salud: transferir a la Federación, a través del modelo IMSS-Bienestar, todos los servicios de salud, incluida la nómina, la infraestructura y el abasto de medicamentos de los estados. Será el IMSS quien se hará cargo de la actualización, rehabilitación, incorporación de mayor personal, equipamiento y abasto oportuno de medicamentos y el INSABI permanecerá.

Posterior a la reunión, algunos gobernadores informaron que la federalización será decisión de cada entidad y que no se les retirarán participaciones federales a las entidades que decidan no incorporarse.

En el inicio, [Zoé Robledo, director del IMSS](#) informó que contaba con Acuerdos iniciales con 14 entidades, en las que se realizó un levantamiento diagnóstico en 4,966 unidades de salud: 4,665 de primer nivel, 293 hospitales de segundo nivel y 38 de tercer nivel.

A partir de mayo, en las conferencias matutinas del presidente de los martes denominadas “Pulso de la Salud”, se sustituyó el informe de la situación de la pandemia de COVID-19 por el de los

“Avances del Plan de Salud para el Bienestar” a cargo del Director general del IMSS, Zoé Robledo Aburto, y que se refiere a la implementación en las entidades del país del programa IMSS-Bienestar para atender a la población sin seguridad social.

En los meses siguientes se informó de los avances de cada estado federalizado (15: Baja California Sur, Campeche, Colima, Ciudad de México, Durango, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Sonora, Sinaloa, Tlaxcala, Veracruz, Zacatecas y San Luis Potosí); sin embargo, el Plan de Salud para el Bienestar, es decir, de federalización de los servicios de salud a través del programa IMSS Bienestar no contó con una estrategia, una evaluación prediseñada con indicadores, plazos o tiempos.

Considerando la ausencia de un Plan establecido para fortalecer el sistema de salud y dar atención a la población sin seguridad social, el 31 de agosto se publicó el [Decreto en el Diario Oficial de la Federación](#) por el que se crea el organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, no sectorizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio y autonomía técnica, operativa y de gestión, denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, en lo sucesivo IMSS-BIENESTAR.

El 20 de septiembre se instaló la Junta de Gobierno, en la que Gisela Lara Saldaña tomó protesta como directora general de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar; así como el nombramiento como secretario técnico de la Junta de Gobierno de Víctor Hugo Borja Aburto y, el del prosecretario de la Junta de Gobierno, Michael Padilla Sánchez.

El 7 de septiembre se publicó el Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar (PESBI):

[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0)

El PESBI señala que la segmentación y fragmentación institucional del SNS de la atención a la población sin seguridad social, derivada de la descentralización de los servicios de salud, debilitó la función rectora del Estado, por lo que para atender esta situación se consolidará el Sistema de Salud para el Bienestar (SSB). Lo anterior:

1. Con base en la transferencia de las unidades de salud, hospitales, personal y financiamiento a las instituciones fuertes de la federación, en un proceso de federalización.
2. Para unificar las funciones de financiamiento, articulación y prestación de servicios, y formular los instrumentos normativos, técnicos y financieros que hagan efectiva la cobertura universal y la gratuidad de los servicios de salud.
3. La atención médica a las personas sin seguridad social estará a cargo del IMSS-BIENESTAR y de otras instituciones del SNS, de acuerdo con los Convenios que se suscriban; aquellas entidades federativas que no lo hagan también aplicarán el modelo de atención dispuesto por la Ssa.
4. El INSABI estará a cargo de la planeación de la adquisición de medicamentos y otros insumos para la salud; la definición del catálogo de insumos para las compras consolidadas; el desarrollo de infraestructura, en la conservación, mantenimiento y reparación de establecimientos de salud; apoyo y colaboración en los procesos de reclutamiento de personal profesional de la salud.

5. El ejercicio de la función rectora requiere establecer los objetivos, prioridades y programas de salud pública; así como las estrategias para su implementación, monitoreo y evaluación, lo cual implica la procuración de un marco legal que permita la conducción de este Sistema con efectividad.

Para materializar el tránsito de esta prestación de servicios de lo local a la federación. Se descansará en los contenidos de los Convenios de Coordinación y posteriormente, en acciones específicas que se realicen entidad federativa por entidad federativa. Se espera que para el 2024, la mayor parte de las unidades prestadoras de servicio locales pasen al IMSS-BIENESTAR.

Para hacer sostenible este proceso, será necesario realizar reformas a diversas leyes, que den marco al proceso de traspaso de los recursos presupuestarios garantizando así, el financiamiento necesario para la continuidad en la prestación de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados por parte del IMSS-BIENESTAR.

También será menester establecer las atribuciones y funciones que cumplirá la Ssa en materia de función de rectoría y coordinación sectorial sobre los programas de atención médica y de salud pública.

Se propone dividir las atribuciones: en materia de salud pública recaerán en las entidades federativas, coordinadas por la Ssa, y la prestación de servicios en la federación, vía el IMSS-BIENESTAR.

De acuerdo con el PESBI es imperativo hacer más eficiente e incrementar el gasto público destinado a los servicios de salud para personas sin seguridad social, por lo que la federalización permitirá: Optimizar los recursos federales y la fragmentación con la que operan los 32 SESA de las entidades federativas y Generar economías de escala en la asignación de recursos y en las compras de insumos y medicamentos necesarios para la prestación de servicios de salud.

Se señalan como sus fuentes de financiamiento:

- I. El recurso anual que reciban directamente la Ssa y el IMSS-BIENESTAR de los Ramos 12 y 19, respectivamente, del PEF.
- II. Los originados en el FASSA y los de libre disposición de los gobiernos locales, basados en los convenios de coordinación, así como en lo dispuesto en la LIF y en los artículos 25 y 26 de la LGS.
- III. La tercera fuente de financiamiento estará basada en los Convenios de Colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales que firmen entre la Secretaría de Salud, el IMSS, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y los gobiernos de las entidades federativas, para la transferencia de fondos que le permitan operar bajo su administración los servicios de salud transferidos.

Objetivos Prioritarios del PSS 2020-2024	Programa Estratégico de Salud para el Bienestar
<b>Objetivo 1.</b> 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.	<b>Objetivo 2.</b> Reforzar el funcionamiento de los componentes del Sistema de Salud para el Bienestar enfocados en atender a las personas sin seguridad social.
<b>Objetivo 2.</b> Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.	<b>Objetivo 3.</b> Generar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar la calidad e incrementar los servicios de salud y la capacidad humana en los servicios de salud que proporcionan atención a población sin seguridad social en el país.
<b>Objetivo 3.</b> Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.	<b>Objetivo 4.</b> Mejorar la infraestructura, equipamiento médico y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.
<b>Objetivo 4.</b> Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.	<b>Objetivo 1.</b> Establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.
<b>Objetivo 5.</b> Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.	

A manera de reflexión, disponer los instrumentos de política y gestión pública del PESBI, entre otros, se precisa:

- Reformas al marco de rectoría, financiamiento y prestación de servicios en la LGS, la LSS y los ordenamientos fiscales, al menos.
- Definir cuál es el modelo de prestación de servicios: el SABI o el MAIS.
- Delimitar con precisión las atribuciones y funcionamiento del INSABI.
- Definir con claridad las facultades de las entidades federativas y la Ssa en materia de salud pública.
- Sortear las contingencias políticas de la negociación poderes federal y local, apenas iniciada

El 25 de octubre se publicó en el [DOF Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar \(MAS-BIENESTAR\)](#) cuyo objetivo general, menciona el Acuerdo, es desarrollar e implementar un modelo de atención a la salud, basado en la Atención Primaria de Salud y las funciones esenciales de la salud pública, centrado en las personas, familias y comunidades, a través de la protección y promoción de la salud, la prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, considerando la participación comunitaria y los determinantes sociales, para proteger el bienestar de la población del país, principalmente de las personas sin seguridad social.

El MAS-Bienestar amplía la responsabilidad del Programa IMSS-Bienestar a la creación de la OPD Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar como prestador de los servicios personales de salud en aquellas entidades donde se establezcan

acuerdos para el traspaso de la responsabilidad de la atención médica de las secretarías de salud estatales a este nuevo organismo.

Aun transfiriendo las funciones de atención médica, las entidades federativas estarán a cargo de mantener las capacidades de rectoría del sector salud y la operación de los servicios de salud pública.

La transferencia de los servicios de atención médica a la Federación es una oportunidad para que las Secretarías de Salud, coordinadas con la Secretaría de Salud Federal, fortalezcan su capacidad de autoridad y gobernanza de todo el sector a nivel local, a través de planes y programas prioritarios de atención médica y salud pública, impulsados desde la Secretaría de Salud Federal, y las políticas públicas dirigidas a los determinantes sociales de la salud.

## Elementos del MAS-Bienestar



Las Secretarías de Salud -federal y estatales-, al dejar de operar los servicios de atención médica, se fortalecerán en su estructura rectora y de coordinación sectorial, auxiliándose de cinco elementos centrales:

**1. El Distrito de Salud para el Bienestar (DSB)** será la unidad básica territorial de operación y funcionamiento de las Secretarías de Salud federal y las Secretarías Estatales de Salud para el ejercicio de su función rectora.

**2. El Servicio Nacional de Salud Pública** será el brazo operativo de la Secretaría de Salud, dirigidas a la implementación y ejecución de las funciones esenciales de la salud pública en el territorio.

**3. Los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar**, operados bajo la rectoría de la Secretaría de Salud Federal, **asegurarán la continuidad de la atención mediante la integración de los niveles de atención**, desde el nivel comunitario hasta el más especializado de todo el sector, en resolver los problemas prioritarios de salud con una perspectiva de salud pública.

**4. Los Servicios Esenciales en Salud Colectiva**, que fortalecerán la rectoría de la Secretaría de Salud, vía la inteligencia y promoción de la salud, operada desde los DSB, así como seis sistemas operativos que permitirán aumentar rectorías de la salud pública, vías los Sistemas de **Laboratorios de Salud Pública**, **Emergencias en Salud**, **Inteligencia en Salud**, **Sangre Segura**.

**5. La Inteligencia en Salud**, cuyo contenido precisa:

- Diseño, generación y registro de indicadores, de **información en salud y de vigilancia epidemiológica**.
- **Sistema Nacional de Regulación y Fomento Sanitario**, coordinado por COFEPRIS y sus contrapartes estatales.
- El **Sistema Integral de Promoción de la Salud**.

El 26 de diciembre de 2022 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el [Estatuto Orgánico del IMSS-BIENESTAR](#) en el que se establecen las bases para su estructura, organización, planeación, facultades y funciones de las áreas que lo conformen, así como para su control, supervisión y vigilancia.

Entró en vigor al día siguiente de su publicación y se estableció, en los artículos transitorios, un plazo de hasta 90 días hábiles para que el IMSS-BIENESTAR expida los manuales de organización correspondientes a las unidades y coordinaciones del organismo.

En dicho documento, se establecen las facultades y atribuciones de las distintas áreas que componen la estructura básica del IMSS-BIENESTAR, a saber:

1. Unidad de Atención a la Salud. Establecer, organizar y desarrollar las políticas, programas y estrategias institucionales en materia de servicios de salud preventivos y asistenciales, a llevar a cabo en las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR, acorde al modelo de atención a la salud vigente.
  - 1.1. Coordinación de Unidades de Primer Nivel
  - 1.2. Coordinación de Unidades de Segundo Nivel
  - 1.3. Coordinación de Enfermería
  - 1.4. Coordinación de Supervisión

- 1.5. Coordinación de Epidemiología
  - 1.6. Coordinación de Educación e Investigación
  - 1.7. Coordinación de Programas Preventivos
  - 1.8. Coordinación de Normatividad y Planeación Médica
2. Unidad de Administración y Finanzas. Aprobar los proyectos de normas, lineamientos y procedimientos para la administración de los procesos de capital humano, recursos financieros, abastecimiento de insumos, equipamiento, contratación de servicios, construcción de obra pública, conservación de bienes muebles e inmuebles, seguridad en los inmuebles, servicios generales e inversión, con el fin de que se cuente con un marco jurídico-administrativo homogéneo, para la operación del IMSS-BIENESTAR.
    - 2.1. Coordinación de Recursos Humanos
    - 2.2. Coordinación de Finanzas
    - 2.3. Coordinación de Servicios de Administración
  3. Unidad Jurídica. Representar legalmente al IMSS-BIENESTAR, a la Junta de Gobierno y a la persona titular de la Dirección General y demás personas funcionarias ante todo tipo de autoridades jurisdiccionales, organismos y personas con las facultades generales y especiales que requieran cláusula especial conforme a la ley.
    - 3.1. Coordinación de lo Consultivo
    - 3.2. Coordinación de lo Contencioso
  4. Coordinación de Acción Comunitaria. Coordinar la elaboración del marco normativo para la integración, orientación y seguimiento de la organización comunitaria para la Salud.
  5. Coordinación de Planeación Estratégica. Organizar y coordinar el proceso de planeación estratégica del IMSS-BIENESTAR, en conjunto con sus unidades, así como elaborar el Programa Institucional, en concordancia con los planes y programas nacionales y sectoriales y la normativa aplicable en la materia, así como coordinar la integración del Programa Anual de Trabajo de las unidades y coordinaciones del IMSS-BIENESTAR.
  6. Coordinación de Transparencia y Vinculación. Consolidar la información ejecutiva de las distintas unidades y coordinaciones para que la persona titular de la Dirección General presente los avances y resultados de la operación del IMSS-BIENESTAR.
  7. Órgano Interno de Control. A cargo habrá un titular que se auxiliará de los titulares de las áreas de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la gestión Pública; Quejas, Denuncias e Investigaciones; y Responsabilidades, mismos que serán designados por la persona titular de la Secretaría de la Función Pública.

Paralelamente, el 28 de diciembre de 2022, el IMSS publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se establece las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR aplicables durante el ejercicio fiscal 2023, disponible en:

[https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5675919&fecha=28/12/2022#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5675919&fecha=28/12/2022#gsc.tab=0)

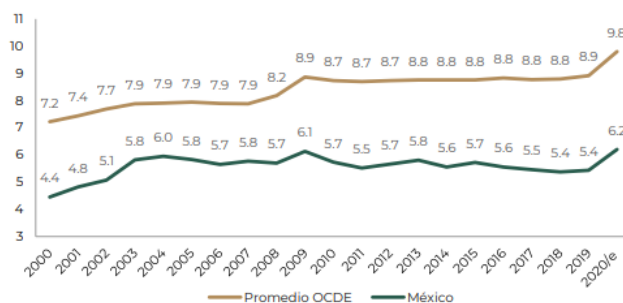
## **2.4. SHCP: Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas**

Para identificar “el impacto redistributivo inmediato de los impuestos y del gasto público, no así el efecto que podría tener sobre la demanda y oferta de bienes y factores productivos, ni en las

preferencias de los consumidores” y de conformidad con lo dispuesto por la LIF para el año 2022, el 31 de marzo la SHCP presentó a las Comisiones de Hacienda y Crédito Público de las dos Cámaras del Congreso de la Unión, así como a la de Presupuesto y Cuenta Pública de la de Diputados, el estudio sobre la distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares, correspondiente al ejercicio fiscal 2020.

Exceptuando el quinquenio 2010-2014, que mostró un promedio anual de gasto público en salud de 2.9% como porcentaje del PIB y un promedio anual de gasto privado en salud de 2.7%, el resto del periodo exhibió que el gasto anual en salud en México es predominantemente privado

**Gráfica 3.31. Evolución del gasto total en salud como porcentaje del PIB, 2000-2020**

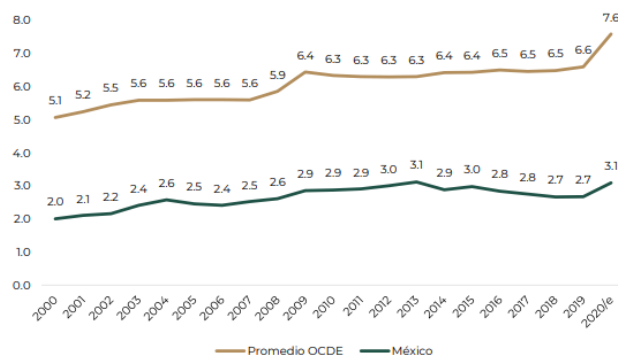


<sup>a</sup> Cifras estimadas.

Fuente: OCDE 2020.

- Luego de exhibir un pico de 6.1% en 2009, el gasto total en salud como porcentaje del PIB mostró un desempeño por debajo del crecimiento observado en la primera década del siglo XXI.

**Gráfica 3.32 Evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2000-2020**



<sup>a</sup> Cifras estimadas.

Fuente: OCDE 2019.

- Respecto del gasto de bolsillo en salud, en la gráfica siguiente se aprecian una consistente caída del gasto de bolsillo en salud en el lapso 2005-2013, al pasar de 54.6% al 39.9%.

## 2.5. Estadísticas de Salud 2022 - OMS

Presentado el 20 de mayo de 2022 el informe -que es la compilación anual de los datos más recientes en materia de salud en indicadores de la salud de los 194 países que conforman a la ONU- revela que la pandemia de COVID-19 ha retrasado el progreso global logrado en los

primeros 20 años de este siglo en la esperanza de vida, las muertes por tuberculosis y malaria, la reducción del retraso en el crecimiento infantil, el consumo de alcohol y tabaco, acceso a agua potable, entre otras.

Sin embargo, es probable que el mayor efecto de la pandemia sea en materia de protección financiera, pues algunas personas no pueden acceder a servicios de salud o no pueden pagarla.

<https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

## **2.6. Encuesta de Percepción de los Usuarios de Servicios Estatales de Salud 2021: INSABI**

El pasado 10 de mayo, el INSABI publicó el informe de resultados de la Encuesta sobre percepción de los usuarios de los servicios estatales de salud 2021 con la intención, cita el documento de: *identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejorar la provisión de los servicios de salud a la población sin seguridad social*.

El levantamiento de información se realizó del 8 al 18 de noviembre de 2021 y los datos fueron procesados en diciembre. Destaca que para la realización de la Encuesta el INSABI contó con la cooperación financiera y técnica de la Oficina de representación en México de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Contiene la percepción de la población usuaria de las unidades del primer y segundo nivel de atención de servicios de salud que prestan las entidades federativas sobre: acceso a los servicios, motivos de consultas, gratuidad y gasto de bolsillo, surtimiento de recetas, medicamentos en desabasto y el grado de satisfacción con los servicios recibidos (calidad de la atención). El documento es público y está disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/documentos/encuesta-sobre-percepcion-de-los-usuarios-de-los-servicios-estatales-de-salud-2021>

En la muestra se seleccionaron de manera aleatoria, 90 unidades de salud divididas en: Hospitales Comunitarios (HC), Centros de Salud Urbano (CSU) y Centros de Salud Rural (CSR) de 21 entidades federativas, con alcance nacional. Se realizaron 900 entrevistas a personas adultas usuarias de los servicios estatales de salud que acudieron a consulta y recibieron de los médicos prescripción de medicamentos en los Centro de Salud (CS).

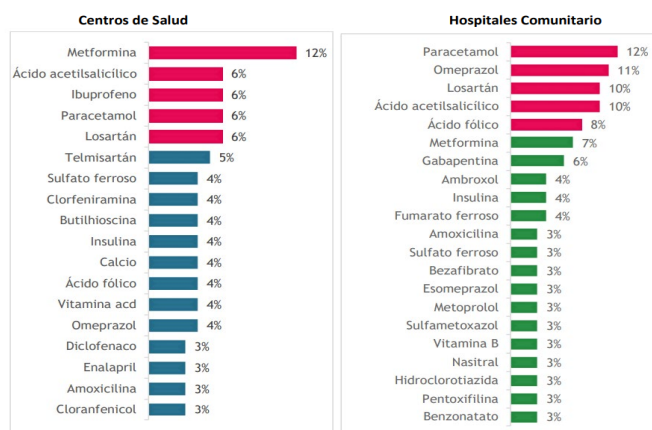
### **Surtimiento de recetas**

- El promedio de surtimiento completo de las recetas médicas conjuntamente en los CS y los HC fue de 66%.

En comparación con experiencias anteriores, el nivel de surtimiento completo de medicamentos en la visita actual fue menor: 62% en los CS y 56% en los HC.

- Los medicamentos no surtidos que más escasearon al realizar la encuesta fueron:

Gráfica 11. Medicamentos no surtidos



- De los usuarios de los CS cuyas recetas no se surtieron completamente, el 82% manifestó que compraría los medicamentos faltantes en farmacias privadas, mientras que en los HC esta opción fue mencionada por el 83%.

#### Motivos de consulta

- En los CS los motivos más frecuentes de consulta fueron: diabetes mellitus (18%), hipertensión arterial (17%) y las afecciones en sistema respiratorio (17%). Le siguieron en frecuencia el control de embarazo (10%), afección gastrointestinal (10%), dolor de cabeza (8%), fiebre (6%), control de niño sano (5%) y la vacunación (3%).
- En los HC, el mayor problema referido fue la hipertensión arterial con 12%, seguida por las afecciones del sistema respiratorio, la diabetes mellitus y afección gastrointestinal cada una con 11%, la revisión de la niña/niño sano con 10% y el control de embarazo (8%).

*Resalta el hecho de que las personas que acudieron a consulta por diabetes, el 51% de las recetas se surtieron de manera incompleta o no se proporcionó ningún medicamento y en los pacientes con hipertensión arterial, al 42% no se les surtieron todos los medicamentos.*

#### Calidad de servicios

- Al explorar el significado que los usuarios dan al término “calidad en los servicios de salud”, se encontró que, para el 60% de los usuarios de los CS la calidad es que haya existencia de medicamentos. Le sigue con 35% el trato del médico y con 31% con trato amable del personal en general.
- La respuesta para los HC fue similar en orden de importancia, aunque con diferentes porcentajes. Por ejemplo, el porcentaje es menor en “Que haya medicamentos” (42%) y mayor (35%) en “Que el personal sea amable”.

*Menos de la mitad de los usuarios (43% en los CS y 47% en los HC) opinó que la entrega de medicamentos ha mejorado; dejando ver claramente la necesidad de aumentar el desempeño institucional en este renglón, sobre todo al ver que los pacientes le dan gran peso dentro del juicio sobre la calidad del servicio médico que reciben, como se verá enseguida.*

#### Conclusiones

De acuerdo con las conclusiones plasmadas en el propio documento, los resultados de la encuesta muestran:

- Por una parte, notables niveles de satisfacción en los pacientes en el acceso a las unidades y con la atención médica recibida y,
- Por otra parte, en las áreas de gratuidad de la atención y la disponibilidad de medicamentos queda claro que la gestión necesita ser mejorada, a la mayor brevedad posible, con soluciones efectivas y sostenibles.
- Considerando la importancia de esta información, se acordó en la Comisión impulsar con los medios de comunicación, a través de la agencia de comunicación de la Cámara, la difusión de estos.

## **2.7. Informe Financiero del IMSS 2021-2022**

Recientemente, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) presentó su Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto del ejercicio 2021, así como sus variaciones respecto de 2020.

### **Datos generales**

- a. La población cubierta por el Instituto (sin considerar IMSS-BIENESTAR) representó más de 55.5% de la población del país.
- b. Las defunciones por afecciones en la etapa perinatal, enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis se han reducido drásticamente, pero las defunciones originadas por enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas, insuficiencia renal y neoplasias malignas, que ocupan los primeros lugares de mortalidad han aumentado importantemente.
- c. El doble reto que enfrenta el IMSS y que se traduce en un creciente gasto en salud, se encuentra en la atención de las enfermedades no transmisibles producto del envejecimiento poblacional más la atención de enfermedades transmisibles infecciosas, en particular la enfermedad por SARS-CoV-2 que ha implicado una demanda de recursos importante desde 2020.
- d. Para el ejercicio 2021, el IMSS obtuvo un resultado desfavorable equivalente a 6,623 MDP y de acuerdo con el informe, mantiene en riesgo su sostenibilidad presente y futura. Esto, debido a factores como: la transición demográfica y epidemiológica que traen consigo una mayor demanda de padecimientos crónico-degenerativos, el crecimiento de las erogaciones asociadas al Régimen de Jubilaciones y Pensiones y, las erogaciones que representa la pandemia del COVID-19.

### **Gasto en medicamentos y material de curación**

Como parte del gasto corriente, el rubro Materiales y Suministros representó 14.2% de los egresos que, al compararse con el presupuesto anual, registró un sobre ejercicio por \$7,633 MDP, un aumento de 11.2%. Lo anterior, como efecto combinado de: a) las necesidades extraordinarias

de recursos para atender la emergencia sanitaria, b) el impacto de la inflación y c) el pago de anticipos a UNOPS por \$20,658 MDP, en el marco del esquema de mecanismos de colaboración establecidos con los organismos intergubernamentales internacionales, de los cuales, al mes de diciembre de 2021, el IMSS recibió lo equivalente a \$10,258 MDP.

#### Compras sectoriales de 2021 UNOPS-Insabi

- I. Se adjudicaron 1,467 claves de medicamentos y material de curación, para la adquisición de 1,204.5 millones de piezas por un monto de \$36,905.5 MDP.
- II. Se adquirió el 58% de las claves (858 claves | 903.2 millones de piezas | \$33,132.5 MDP).
- III. El 52% de las piezas adquiridas se concentraron en cuatro grupos terapéuticos: Cardiología (140 millones), Gastroenterología (116.3 millones), enfermedades infecciosas y parasitarias (115.5 millones) y analgesia (100.1 millones).
- IV. La demanda de medicamentos y material de curación del IMSS para el ejercicio 2022, se continuará cubriendo a través de la UNOPS. Considera la adquisición de 230.9 millones de piezas correspondientes a 471 claves por un monto de 5,096.9 MDP.

**CUADRO II.4.**  
**CLAVES ADJUDICADAS, 2021**  
(millones de piezas y millones de pesos corrientes de 2021)

Comprador	Concepto	Claves adjudicadas	Piezas adjudicadas	Monto
UNOPS	Medicamentos	465	374.0	17,860.4
	Material de curación	301	81.0	1,709.0
Insabi	Medicamentos	393	529.2	15,272.1
	Material de curación	308	220.4	2,064.0
Total	<b>Medicamentos</b>	<b>858</b>	<b>903.2</b>	<b>33,132.5</b>
	<b>Material de curación</b>	<b>609</b>	<b>301.3</b>	<b>3,773.0</b>
	<b>Suma</b>	<b>1,467</b>	<b>1,204.5</b>	<b>36,905.5</b>

Nota: Elaboración a partir de datos proporcionados por el Insabi. Las sumas pueden no coincidir debido al redondeo.  
Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

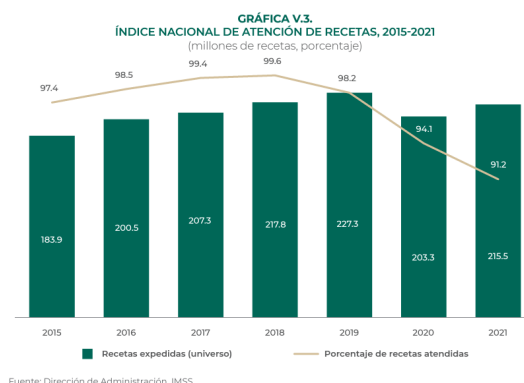
#### Servicios de salud

Comparando con 2020, el número de consultas brindadas (medicina familiar, urgencias y especialidades), aumentó en 2021 pero no para igualar los niveles registrados antes del 2019.

Por otro lado, el número de intervenciones quirúrgicas y egresos hospitalarios ya recuperaron sus niveles prepandemia, salvo los días-paciente

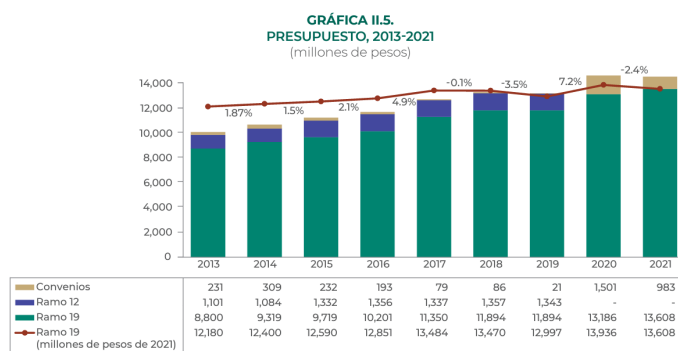
#### Recetas expedidas y atendidas

El IMSS realiza la medición del Índice Nacional de Atención de Recetas que consiste en vigilar que los bienes de consumo de medicamentos se encuentren en las instalaciones de almacenamiento del Instituto de manera oportuna y suficiente, mediante mecanismos de monitoreo, seguimiento y supervisión de la atención de recetas. De acuerdo con el Informe: La disminución en el porcentaje de recetas atendidas durante 2020 y 2021 obedece al nivel de cumplimiento de las entregas de la UNOPS, que fue de 67.7%, así como a los contratados por el Insabi que alcanzó 59.9%. Este incumplimiento generalizado es ocasionado principalmente por el desequilibrio que persiste en la cadena de suministros.



## IMSS-Bienestar

- 1) En 2021 cumplió 42 años. Cuenta 4,071 establecimientos de primer y segundo nivel de atención. El Programa otorgó cobertura en salud a 11.6 millones de personas.
- 2) Su financiamiento proviene de los recursos federales del Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social, transferidos como subsidio por el Gobierno Federal, así como por la suscripción de convenios interinstitucionales.
- 3) En 2021 sus recursos ascendieron a \$14,590 MDP: \$13,608 millones de pesos del Ramo 19 y \$982.8 MDP recibidos el 9 de abril del 2021 por el Convenio Específico de Colaboración para Apoyar el Fortalecimiento de la Infraestructura de Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR suscrito con el Insabi y con recursos financieros provenientes de la subcuenta del fideicomiso del FONSABI.
- 4) En 2021 el 81.6% de los recursos se destinaron al capítulo de Servicios de personal (incluye el pago del Régimen de Jubilaciones y Pensiones), 14.5% al capítulo de Consumo de bienes, del cual la mayor parte fue utilizada para el gasto en medicamentos, vacunas, servicios de laboratorio, instrumental y accesorios médicos, así como víveres (\$1,966.4 MDP).



*“La evolución del presupuesto autorizado al Programa fue inercial hasta el ejercicio 2021, lo cual no permitió atender plenamente aspectos como la conservación de sus inmuebles o la sustitución de equipo médico y electromecánico con término de vida útil; esto aunado a que fue a partir del ejercicio 2017 que, por primera vez, se destinaron recursos para el pago del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, lo cual redujo el margen de operación del Programa.”*

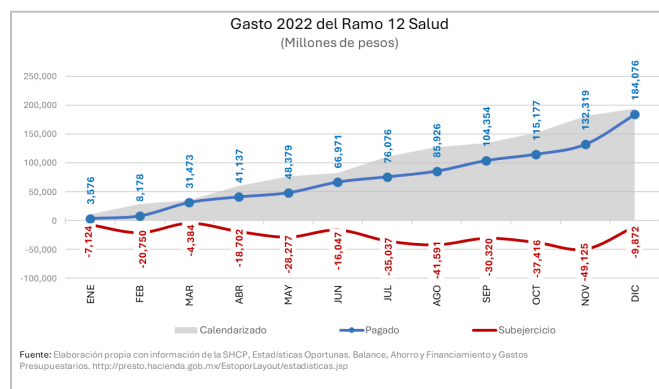
El informe completo, está disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20212022/19-informe-completo.pdf>

## 2.8. Evolución del ejercicio del gasto en salud en 2022 - SHCP

A partir del 2022 se presentó en diversas reuniones el avance del ejercicio del gasto de salud, considerando los informes mensuales de las Finanzas Públicas y de la Deuda Pública que la SHCP envía al Congreso.

Durante todos los meses del año, se observaron subejercicios en el Ramo 12. El menor se registró en marzo (4,384 mdp) y el mayor en noviembre (49,125 mdp); sin embargo, para el cierre del año, en diciembre este subejercicio fue de 9 mil 872 mdp.



En una revisión del gasto del Ramo 12 en el periodo 2017 al 2022, se observa que si bien, es comun registrar subejercicios, el 2022 fue el año con el mayor monto subejercido: 9,872 mdp en 2022 vs 1,623 mdp en 2019.

También se observa que los años 2020 y 2021 fueron los años que registraron los mayores sobre ejercicios con: +25,217 mdp en 2020 y +27,749 mdp en 2021.

### Comportamiento del ejercicio del gasto acumulado mensual

Millones de pesos

Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2017	-\$6,858	-\$2,463	-\$1,279	-\$1,520	-\$1,693	-\$1,582	\$11,605	\$11,520	\$9,261	\$6,178	\$6,299	\$8,781
2018	-\$7,098	-\$6,809	-\$1,005	-\$477	-\$834	\$324	\$372	\$340	-\$4,033	\$229	-\$1,193	-\$373
2019	-\$5,604	-\$7,860	-\$2,246	-\$2,976	-\$7,108	-\$4,571	-\$5,496	-\$6,660	-\$5,939	-\$7,666	-\$14,416	-\$1,623
2020	-\$1,374	-\$2,211	\$14,041	\$10,297	\$7,076	\$6,113	\$6,105	\$1,910	-\$1,200	-\$3,456	-\$11,967	\$25,217
2021	-\$16,430	-\$13,532	-\$228	-\$2,190	-\$219	\$8,442	-\$12,332	-\$10,780	-\$2,634	-\$20,217	-\$20,397	\$27,749
2022	-\$7,124	-\$20,750	-\$4,384	-\$18,702	-\$28,277	-\$16,046	-\$35,037	-\$41,591	-\$30,320	-\$37,416	-\$49,125	-\$9,872

Fuente: Elaboración propia con información de la SHCP, Estadísticas Oportunas. Balance, Ahorro y Financiamiento y Gastos Presupuestarios. Resultado de la comparación entre el avance del gasto y el gasto total pagado. Disponible en: <http://presto.hacienda.gob.mx/EstoporLayout/estadisticas.jsp>

De manera particular, el INSABI cerró 2022 con un subejercicio de 21,693 mdp, lo que significa que en diciembre se ejercieron 25,451 mdp pues a noviembre el monto subejercido era de 47 mil 144.4 mdp.

Por su parte, Cofepris también registró un subejercicio equivalente a 153 mdp, es decir, que solo ejercieron 670.7 mdp de su presupuesto que originalmente aprobado fue de 758.5 mdp.

En caso contrario, BIRMEX pasó de un subejercicio de 2 mil 815 mdp en noviembre, a un sobrejercicio al cierre del año (diciembre) de 295 mdp.

En el caso del IMSS y del ISSSTE, presentaron un sobre ejercicio conjunto de 53 mil 615.0 mdp. El IMSS por 43 mil 821.4 mdp y el ISSSTE por 9 mil 793.6 mdp más.

Al respecto, las causas que señaló la SHCP fueron generales. Para el caso del ISSSTE, únicamente mencionaron que se erogaron más recursos en pensiones e inversión física. En el caso del IMSS señaló que fue un sobregasto en pensiones y en servicios personales.

## 2.9. Principales resultados de la ENSANUT 2021

El 1° de agosto de 2022, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) presentó los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición sobre COVI-19 (Ensanut 2021), la segunda de cinco ENSANUT continuas anuales. El informe se estructura en cinco temas:



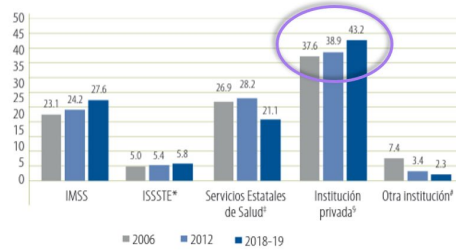
Algunos de los hallazgos más relevantes de la Encuesta son:

- 1) 20% reportó haber tenido una necesidad de salud, de éstos, 88% buscó atención, 87% fue atendido y sólo 40% se atendió en servicios públicos, en 2020 fue del 35%.
- 2) Ante una necesidad de salud, la mayoría de la población (54%) recurre a los servicios privados de salud: 36% en servicios privados y 18% en CAF (Consultorios Adyacentes a Farmacias).
- 3) La población sin derechohabiencia es la que mayoritariamente se atiende en servicios privados: 66%.
- 4) Desde 2006, el sector privado se mantiene como el principal lugar de atención ante una necesidad de salud. En 2006 la proporción de personas que se atendieron en servicios privados fue de 37.6%, en 2012 de 38.9%, en 2018-2019 de 43.2% y de 54% en 2021. En contraste, para 2021 los Servicios estatales de Salud y el IMSS redujeron su participación.

## 2006-2019

■ **Figura 2.1.2**

Distribución porcentual de utilizadores de servicios de salud ambulatorios en las últimas 2 semanas por institución que proporciona la atención. México. Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

\*Incluye: ISSSTE e ISSSTE Estatal

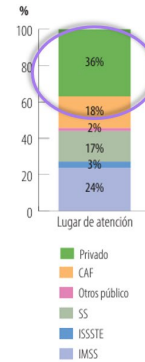
†Incluye: Centro de salud u hospital de la SS

‡Incluye: Consultorios dependientes de farmacias, consultorio, clínica u hospital privado

§Incluye: Pemex, Sedena, Semar, IMSS Prospero, otras instituciones públicas

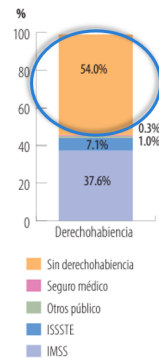
## 2021

Ante una necesidad de salud, la mayoría de la población (54%) recurre a los servicios privados de salud



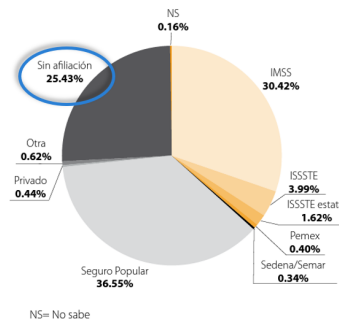
- 5) En México la derechohabiencia está condicionada al estatus laboral; sin embargo, tenerla no se traduce en acceso. En 2021 más de la mitad de la población (54%) reportó carecer de cobertura financiera pública para servicios de salud, mientras que en 2012 el porcentaje fue de 25.43%.

Más de la mitad de la población (54%) carece de cobertura financiera pública para servicios de salud



2021

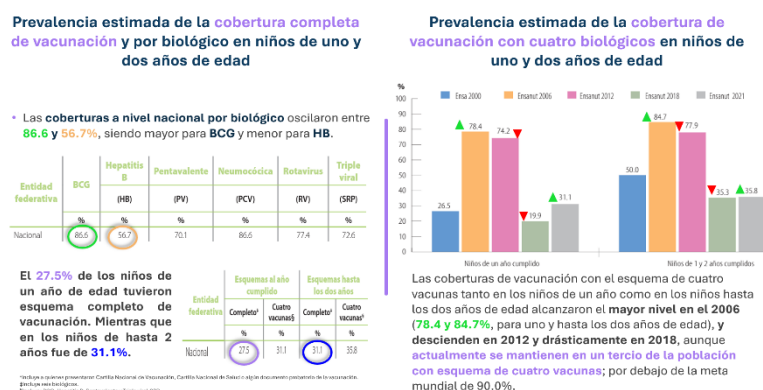
En 2012 la población sin derechohabiencia fue de 25.43%



2012

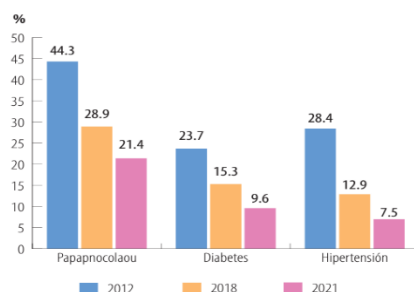
- 1) La población sin derechohabiencia que ante alguna necesidad de salud recurre a servicios públicos de salud (IMSS, ISSSTE, SSA y Otros servicios públicos), ha venido aumentando: 15.7%, 31% y 35% en 2018, 2020 y 2021, respectivamente; sin embargo, la proporción sigue siendo baja respecto a los servicios privados.
- 2) El tipo de necesidad de salud influye en la elección del lugar de atención. Ante una necesidad aguda solo el 25% acude a servicios públicos, mientras que si se trata de enfermedades crónicas llega hasta el 57%.
- 3) La población que reportó haber gastado en medicamentos pasó de 56% en 2020 a 70% en 2021. La mediana de gasto en medicamentos, en 2021 fue de \$450 pesos mientras que en 2020 fue de \$400 pesos.

- 4) En cuanto a la vacunación se identificó que solo el 27.5% de los niños de un año de edad tuvieron esquema completo de vacunación, mientras que en los niños de hasta 2 años fue de 31.1%. El esquema completo de vacunación incluye seis biológicos: BCG, Anti-hepatitis B, Pentavalente, Anti-neumocócica conjugada, Anti-rotavirus y Triple viral.
- 5) Con el esquema de cuatro vacunas (no incluye RV y PCV), tanto en los niños de un año como en los niños hasta los dos años de edad alcanzaron el mayor nivel en el 2006 (78.4 y 84.7%, para uno y hasta los dos años de edad). En 2012 descendió, pero en 2018, la caída fue drástica.



- 6) A nivel nacional la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 20 o más fue de 72.4% (75% en mujeres y 69.6% en hombres). En menores de cinco años fue de 7.8%, en niños de 5 a 11 años de 37.4% y en adolescentes de 12 a 19 años del 42.9%.
- 7) La prevalencia total de hipertensión arterial fue de casi un tercio de los adultos mexicanos (28.2%), 26.4% para mujeres y 30.5% para hombres: casi 40% desconoce que tiene esta enfermedad.
- 8) En 2021 la prevalencia total de diabetes fue de 15.8 por ciento (diagnosticada de 10.4% + no diagnosticada de 5.4%): 36% de los adultos con diabetes desconocen su condición.
- 9) La prevalencia total de colesterol alto fue de 32.1% (diagnosticada de 14.2% + no diagnosticada 18.0%): 56% de los adultos con colesterol alto desconocen su condición.
- 10) La prevalencia total de triglicéridos altos fue de 51.4% (diagnosticada de 15.5% + no diagnosticada de 35.9%): 70% de los adultos con triglicéridos altos desconocen su condición.
- 11) La prevalencia de diabetes, hipertensión, colesterol y triglicéridos altos en adolescentes de 10 a 19 años es baja. La enfermedad crónica más prevalente fue triglicéridos altos (1.0%) y después colesterol alto (0.7%).
- 12) En cuanto a las pruebas de detección de enfermedades se observa una caída generalizada en 2021. Las mujeres de 20 años o más que realizaron una prueba de Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino es del 21.4%, la menor proporción obtenida desde 2012.

■ **Figura 6.2.1**  
Pruebas de detección oportuna de Papanicolaou, diabetes e hipertensión



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El informe completo está disponible en:

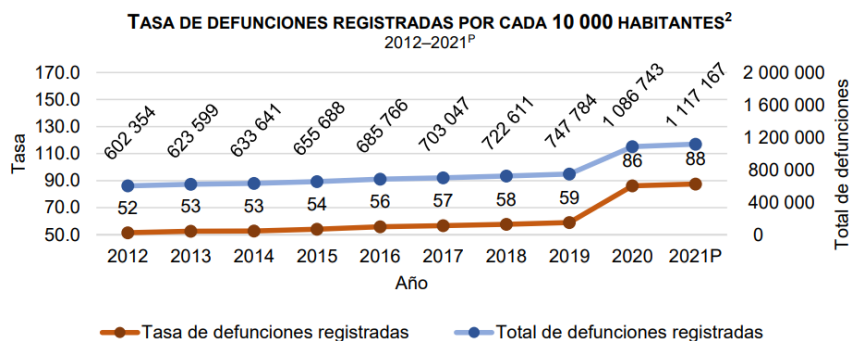
[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804\\_Ensa21\\_digit\\_al\\_4ago.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digit_al_4ago.pdf)

## 2.10. Estadísticas preliminares de defunciones registradas en México en 2021 del INEGI

El 27 de julio, el INEGI publicó los resultados preliminares, los definitivos se publicarán en octubre, de las Estadísticas de Defunciones Registradas correspondientes a 2021.

En total durante 2021 se registraron 1,117,167 defunciones, lo que representa una tasa de defunciones de 88 por cada 10 mil habitantes, tasa superior a la del 2020 de 86 unidades.

El orden de magnitud de las defunciones en el bienio 2020-2021 están por encima en 50% comparado con los registrados en el bienio 2018-2019



P: Información preliminar  
Fuente: Estadísticas de Defunciones Registradas, 2012 a 2021<sup>P</sup>

En 2021, el 47.5 % (530 131) de las muertes registradas tuvieron lugar en el hogar y 42.0 % (469 542) en hospitales públicos y privados, datos semejantes a los reportados en 2020 que en términos relativos fueron de 46.6% (506,910) decesos y 43% (467,282), respectivamente.

En relación con la atención médica proporcionada a las personas fallecidas, 81.5 % (910 393) la recibió, 12.2 % (136 794) no la tuvo y 6.3 % (69 980) de los casos no especificó si la recibió o no, todas ellas cifras parecidas a las registradas en 2020, con 81.1%, 12% y 6.9%, respectivamente.

En 2021, las 5 principales causas de muerte fueron:

1. Enfermedades del corazón (20.3%)
2. COVID-19 (20.1%)
3. Diabetes mellitus (12.8%)
4. Tumores malignos (8.1%)
5. Influenza y neumonía (5.2%)

Rango	Total	Hombre	Mujer
1	Enfermedades del corazón 226 703 En 2020 fueron 218 703	COVID-19 136 778 En 2020 fueron 128 802	Enfermedades del corazón 102 613 En 2020 fueron 97 132
2	COVID-19 224 239 En 2020 fueron 200 270	Enfermedades del corazón 124 081 En 2020 fueron 121 556	COVID-19 87 456 En 2020 fueron 71 463
3	Diabetes mellitus 142 546 En 2020 fueron 151 019	Diabetes mellitus 72 324 En 2020 fueron 78 922	Diabetes mellitus 70 219 En 2020 fueron 72 094
4	Tumores malignos 90 525 En 2020 fueron 90 603	Tumores malignos 43 736 En 2020 fueron 44 476	Tumores malignos 46 788 En 2020 fueron 46 125
5	Influenza y neumonía 57 657 En 2020 fueron 58 037	Influenza y neumonía 34 975 En 2020 fueron 35 657	Influenza y neumonía 22 676 En 2020 fueron 22 375
6	Enfermedades del hígado 42 097 En 2020 fueron 41 492	Agresiones (homicidios) 31 199 En 2020 fueron 32 336	Enfermedades cerebrovasculares 18 199 En 2020 fueron 18 072
7	Enfermedades cerebrovasculares 37 453 En 2020 fueron 37 020	Enfermedades del hígado 30 661 En 2020 fueron 30 300	Enfermedades del hígado 11 432 En 2020 fueron 11 189
8	Agresiones (homicidios) 35 625 En 2020 fueron 36 773	Accidentes 26 784 En 2020 fueron 25 343	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 8 714 En 2020 fueron 10 055
9	Accidentes 34 627 En 2020 fueron 32 356	Enfermedades cerebrovasculares 19 254 En 2020 fueron 18 946	Accidentes 7 803 En 2020 fueron 6 992
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 18 759 En 2020 fueron 21 949	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 10 045 En 2020 fueron 11 894	Insuficiencia renal 6 230 En 2020 fueron 6 618

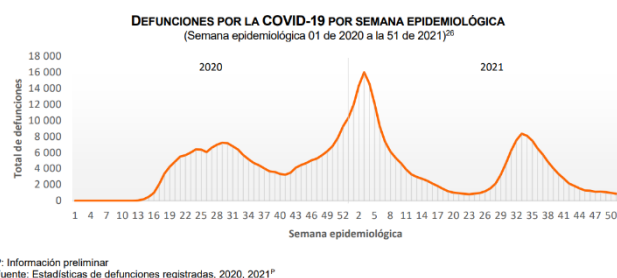
■ Enfermedades del corazón   
 ■ Diabetes mellitus   
 ■ Tumor maligno   
 ■ Otras enfermedades no transmisibles  
■ Accidentes   
 ■ Agresiones (homicidios)   
 ■ Enfermedades transmisibles   
 ■ COVID-19

P: Información preliminar  
Fuente: Estadísticas de Defunciones Registradas, 2021<sup>P</sup>

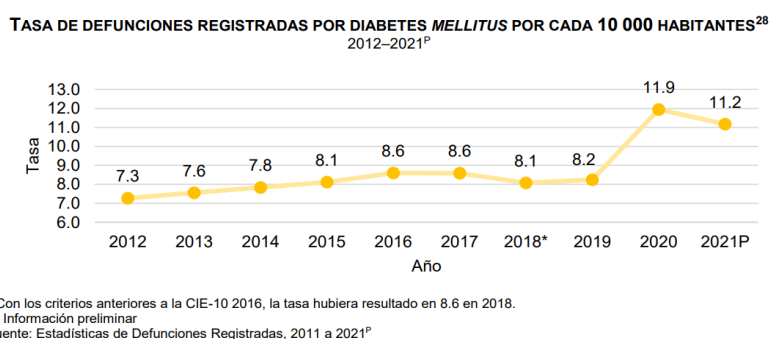
Las defunciones causadas por enfermedades del corazón han ocupado el primer lugar entre las principales causas durante varios años. Sin embargo, comparando el bienio 2020-21 vs. 2018-19, se observa que la tasa de defunciones registradas por enfermedades del corazón por diez mil habitantes aumentó 45%.



Las defunciones por la COVID-19, segunda causa de mortalidad en 2021, registraron de enero de 2020 a diciembre de 2021 un total de 424 495 casos. La mediana de edad de las personas que fallecieron por COVID-19 se mantiene por encima de los 60 años. Sin embargo, se puede observar la disminución de los fallecimientos conforme la aplicación de las vacunas contra el SARS-CoV-2.



Por su parte las defunciones que ocurren a causa de la diabetes mellitus han escalado posiciones entre las principales causas de muerte. Para el periodo de referencia ocupan el tercer lugar tanto a nivel global como entre los hombres y mujeres. Sin embargo, para el 2021 se observa una disminución en la tasa de defunciones.



El boletín completo está disponible en:

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021\\_07.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021_07.pdf)

## 2.11. Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2023

El monto propuesto para Salud representaría en 2023 el 2.84% del PIB, porcentaje superior al del presente año que fue de 2.81%.

El Gasto de la Función Salud propuesto para 2023 es, en términos reales, 4.0% superior que el presupuesto del 2022. Lo que equivale a \$868,162 mdp.

<b>Función Salud*</b> (Millones de pesos)							
SUBFUNCIÓN	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	Var. nom.
Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	25,231	27,206	25,423	30,622	31,323	32,687	4.4%
Prestación de Servicios de Salud a la Persona	372,273	397,556	428,869	511,435	590,909	646,680	9.4%
Generación de Recursos para la Salud	10,800	10,792	10,903	16,677	17,559	20,249	15.3%
Rectoría del Sistema de Salud	9,870	9,966	9,941	10,991	12,833	12,423	-3.2%
Protección Social en Salud	146,761	151,628	159,489	94,935	142,908	156,125	9.2%
<b>TOTAL</b>	<b>564,936</b>	<b>597,147</b>	<b>634,625</b>	<b>664,660</b>	<b>795,532</b>	<b>868,162</b>	<b>9.1%</b>
Diferencia nominal (\$)	29,291	32,212	37,478	30,034	130,872	72,630	

Fuente: PEF 2013 - 2022 (enero de cada año) y para 2023 PPEF de septiembre de 2022.

\* Información tomada del Tomo I, Información Global y Específica: Información Consolidada de Gasto Programable: Análisis de las funciones y subfunciones del gasto programable por destino del gasto.

La subfunción “Prestación de Servicios de Salud a la Persona” que incluye la atención preventiva, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como la atención de urgencias en todos los niveles a cargo del personal especializado es la más importante con cerca del 74%.

Por institución, es el IMSS el que recibe el mayor presupuesto en salud dentro de todos los subsistemas. Para 2023 se plantea un presupuesto superior a los \$405 mmdp, un incremento nominal de 10.9%, menor que la del año previo.

En cuanto al Ramo 12. Salud (SSA) tendría un presupuesto de \$202,758 mdp, 4.5% mayor que el del año actual.

Las aportaciones para Salud provenientes del Ramo 33 FASSA ascienden a más de \$125 mmdp, un incremento de 6.8%.

**Presupuesto por Subsistema de Salud**  
(millones de pesos)

Año Dependencia, entidad o ramo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Dif. \$ 2023
Defensa Nacional /1	6,064	6,058	6,679	6,463	7,339	7,295	- 45
	0.0%	-0.1%	10.2%	-3.2%	13.6%	-0.6%	
Salud /2	122,557	124,267	128,826	145,415	193,948	202,758	8,810
	5.8%	1.4%	3.7%	12.9%	33.4%	4.5%	
Marina /3	2,004	2,171	2,684	2,540	2,944	2,917	- 27
	37.3%	8.3%	23.6%	-5.4%	15.9%	-0.9%	
Aportaciones a Seguridad Social (Ramo 19) /4	17,759	18,494	20,468	21,260	60,967	60,331	- 636
	6.2%	4.1%	10.7%	3.9%	186.8%	-1.0%	
Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios (Ramo 33) /5	90,508	99,461	103,372	109,501	117,537	125,564	8,027
	6.9%	9.9%	3.9%	5.9%	7.3%	6.8%	
IMSS /6	277,178	297,472	328,326	334,407	365,058	405,028	39,970
	7.3%	7.3%	10.4%	1.9%	9.2%	10.9%	
ISSSTE /7	55,037	58,963	63,186	64,203	69,152	80,127	10,975
	4.8%	7.1%	7.2%	1.6%	7.7%	15.9%	
Pemex /8	14,252	14,187	12,439	17,442	16,317	18,426	2,110
	4.3%	-0.5%	-12.3%	40.2%	-6.4%	12.9%	

**Fuente:** PEF 2013 - 2022 (enero de cada año) y para 2023 PPEF de septiembre de 2022.

/1 Ramo administrativo 7. Defensa nacional. Análisis Funcional Programático Económico. Función Salud (3)

/2 Ramo administrativo 12. Análisis Funcional Programático Económico. Total

/3 Ramo administrativo 13. Marina. Análisis Funcional Programático Económico. Función Salud (3)

/4 Ramo general 19. Análisis Funcional Programático Económico. Función Salud (3)

/5 Ramo general 33: Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios. Análisis Funcional Programático Económico. Función Salud (3)

/6 Tomo V. Instituto Mexicano del Seguro Social. Análisis Funcional Programático Económico Financiero (Devengable). Función Salud (3)

/7 Tomo V. Instituto Mexicano del Seguro Social. Análisis Funcional Programático Económico Financiero (Devengable). Función Salud (3)

/8 Tomo VII. Empresas Productivas del Estado. T9N Pemex Corporativo. Análisis Funcional Programático Económico Financiero (Devengable): Servicios médicos al personal de PEMEX

El presupuesto 2023 planteado para Cofepris sería de 790.9 millones de pesos. Una variación nominal de del 4.3%, que corresponde a un aumento de 32.33 MDP.

**Presupuesto COFEPRIS**  
(millones de pesos)

Concepto	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
Servicios Personales	662.98	652.39	672.43	698.89	724.57	761.57
Materiales y Suministros	1.03	1.11	1.78	1.83	1.90	2.01
Servicios Generales	18.95	19.51	17.96	18.51	19.21	20.29
Bienes Muebles, Inmuebles e intangibles	7.80	7.80	12.87	12.87	12.87	7.00
<b>Total</b>	<b>690.76</b>	<b>680.81</b>	<b>705.04</b>	<b>732.11</b>	<b>758.55</b>	<b>790.87</b>
<i>Diferencia</i>	27.96	- 9.95	24.23	27.07	26.44	32.33
<i>Variación nominal</i>	4.2%	-1.4%	3.6%	3.8%	3.6%	4.3%

**Fuente:** Elaborado por CANIFARMA, con datos de la SHCP del PEF 2013 - 2022 (enero de cada año) y para 2023, el PPEF de septiembre de 2022

Información a nivel de capítulos, proveniente de los Anexos Informativos. Distribución del gasto por unidad responsable y al nivel de desagregación de capítulo y concepto de gasto. Ramo 12 Salud. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Como históricamente ha sido, la mayoría del presupuesto se ejerce en el concepto de Servicios Personales con un porcentaje de 96%, que incluye: remuneraciones al personal de carácter permanente, remuneraciones al personal de carácter transitorio, remuneraciones adicionales y especiales, seguridad social, Otras prestaciones sociales y económicas y pago de estímulos a servidores públicos.

En cuanto a Programas de Desempeño de las Funciones del Ramo 12, destaca:

- › El programa 23 Atención a la Salud que recibirá un incremento de su presupuesto del 48.5%, para alcanzar los \$76,749 mdp.
- › El programa 36 Programa de Vacunación presenta una reducción del 51% de su presupuesto, al pasar de los \$28,234 mdp en 2021 a \$14,022 mdp para 2023. Aunque en el periodo previo de tres años (2019-2021) el presupuesto a vacunas rondó los \$2,100 mdp.

En el sector central del Ramo 12, resaltamos:

- › El caso de la CCINSHAE que, después del aumento del 500% de su presupuesto en 2021 (\$7,512 mdp), para 2022 y 2023 se maneja un presupuesto promedio de tres mil millones de pesos. Específicamente, para 2023 de \$3,236 mdp.
- › Por su parte, la Unidad de Administración y Finanzas de la SSA, recibiría para 2023 un presupuesto 1,393% más que el del 2022. Pasaría de \$1,802 mdp en 2022 a 26,911 mdp en 2023.

En cuanto a los Órganos Administrativos Desconcentrados de la Secretaría de Salud (Ramo 12), se observa:

- › El presupuesto 2023 para INSABI plantea un crecimiento del 3.7% nominal.
- › Decrementos para 2023 en los presupuestos del Instituto de Genómica y en el Instituto de Pediatría con -42.8 y -1.5%. Para quedar en \$223.4 mdp y \$2,507.1 mdp, respectivamente.

Por su parte, el Gasto para medicamentos e insumos para la salud para 2023 presenta una disminución del 11%. De acuerdo con la política de gasto del ejecutivo federal, para 2023 se destinarían \$103,043 mdp para la compra de medicamentos y otros insumos, que serán ejercidos por la SSA, el IMSS, el ISSSTE, SEDENA y SEMAR.

Solo el IMSS y la SEMAR presentan aumentos en su presupuesto, en los demás disminuye; sin embargo, la mayor caída ocurre en la SSA que pasaría de \$35,459 mdp en 2022 a \$21,155 mdp para 2023.

## **2.12. Cuarto Informe de Gobierno 2021-2022**

El Cuarto Informe de Gobierno 2021-2022 se presentó el 1° de septiembre. Contiene las acciones estratégicas de la gestión pública realizadas entre el 1 de septiembre de 2021 y el 30 de junio de 2022.

El tema de salud se reporta con el título Salud para toda la población, dentro del eje Política Social. Destacan tres temas:

1. La implementación del modelo de atención integral a la salud, a través de la coordinación de la atención médica institucional en la acción comunitaria en las diferentes regiones del país y en las jornadas nacionales de salud pública, así como la capacitación a todo el personal de salud de primer nivel de atención en el país. La estrategia fortaleció la calidad de los servicios mediante

2. El proceso de federalización de los Servicios Estatales de Salud mediante convenios con los gobiernos de Nayarit, Tlaxcala y Colima, con lo que “los servicios de sus centros de salud y hospitales fueron transferidos al IMSS-BIENESTAR”. Además, se realizaron en 15 entidades federativas diagnósticos en materia de salud.
3. Estrategia Nacional de Vacunación contra COVID 19: a junio de 2022 se distribuyeron 105,472,648 millones de dosis en los 32 estados.

En cuanto a la información referente a la compra de medicamentos, no se reporta el valor total en pesos de las compras realizadas.

### Acceso a medicamentos para toda la población

#### Insabi

Es la institución que ejerce la coordinación con las instituciones del SNS de acuerdo con la política de adquisición consolidada de medicamentos, material de curación y otros insumos para la salud.

- a) Al 30 de junio se adjudicaron 2,467 claves de insumos para la salud (1,777 de medicamentos y 690 de material de curación) que significó un volumen de compra por 427,391,312 piezas.
- b) La UNOPS realizó la adquisición de 573 claves (318 de medicamentos y 255 de material de curación) por un importe estimado de 5,115.5 millones de pesos.
- i. La SS participó en esta compra, se adjudicaron 67 claves, lo cual representa un incremento de 12% comparado con similar periodo anterior.
- ii. El IMSS participó con 1,467 claves, equivalentes a 1,204.5 millones de piezas por 36,905.5 MDP.
- iii. El ISSSTE participó con la adjudicación de 534 claves de medicamentos y 68 claves de material de curación por 5,580 MDP.

#### Adquisición realizada entre septiembre de 2021 y junio de 2022

Institución	Claves de medicamentos	Claves de material de curación	Claves totales	Volumen de compra (Millones de piezas)	Valor de compra (\$ MDP)
a) INSABI	1,777	690	2,467	427.4	
b) UNOPS	318	255	573		5,115.5
i SS			67		
ii IMSS			1,467	1,204.5	36,905.5
iii ISSSTE	534	68	602		5,580.0

<https://portalcd.diputados.gob.mx/PortalWeb/PaginaPrincipal/InformesPaquetes/2021/Documento/66c0247f-fd3f-4b6c-8941-d1d6af6513e4.pdf>  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/786549/4to\\_INFORME\\_DE\\_LABORES\\_2022.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/786549/4to_INFORME_DE_LABORES_2022.pdf)



#### Cuarto Informe de la SS

- El total de **claves** adquiridas por UNOPS e INSABI en el **ejercicio 2021** fue de **1,810** (1,194 claves de medicamentos y 661 claves de material de curación), con un volumen total de **1,219.6** millones de piezas de insumos (906 millones de piezas de medicamentos y 313.6 millones de piezas de material de curación).
- Para el ejercicio **2022**, con ambos procesos de compra consolidada UNOPS-INSABI se adquirieron **1,755 claves**, con un volumen superior a **1,694.6** millones de piezas.

En los indicadores de avance del Programa Sectorial de Salud 2022-2024, se reporta:

- Porcentaje de surtimiento completo de recetas (bienal) de 65.77% para 2020
- Cobertura de vacunación de 88.4% en niños de 1 año de edad con esquema completo en 2021.
- Razón de mortalidad materna (no. de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos) de 48.92 en 2021
- Tasa de mortalidad infantil (menores de un año) de 11.77 en 2021

El número de consultas totales generales en instituciones públicas del Sector Salud tuvo su mayor caída en 2020 (-32%) y aunque en 2021 así como la estimación de 2022 muestran crecimientos, estos no son suficientes para igualar los niveles prepandemia.

Si bien, el número de consultas en la población asegurada siempre ha representado la mayor proporción, en los últimos tres años esta proporción se ha reducido. Por ejemplo, del 2013 al 2019 representaba más del 80%, incluso en 2019 fue de 86%; sin embargo, del 2020 al 2022 es del 60%.

## 2.13. Evaluación Estratégica de Salud, Primer Informe CONEVAL

El 5 de octubre, el CONEVAL presentó la primera parte del análisis denominado “Evaluación Estratégica de Salud” que está realizando. Dicho documento consta de tres capítulos en los que se hace un diagnóstico de los retos que actualmente enfrenta el Sistema de Salud en México, afectaciones por la pandemia de la COVID-19 y finalmente, el análisis del diseño y coherencia de la oferta gubernamental de la Secretaría de Salud en el marco de las reformas a la Ley General de Salud aprobadas en 2019.

El Coneval, identificó que el espíritu de la reforma a la LGS fue el de contribuir a la garantía del acceso efectivo a la protección a la salud, pero las modificaciones realizadas son limitadas con respecto a la promoción y prevención en salud, y prácticamente inexistentes con relación a la protección contra riesgos sanitarios.

También que las modificaciones a la LGS no establecen mecanismos concretos de política para la reducción de brechas de acceso entre poblaciones con diversas características de derechohabencia y la integración de los distintos subsistemas en un sistema universal que garantice efectividad y equidad y finalmente que la implementación de las reformas a la LGS se dio durante la emergencia sanitaria por la COVID-19, lo que amplió los retos para la implementación y la coordinación entre el INSABI y las entidades federativas, lo cual se suma al desconocimiento, tanto de la población como de los propios funcionarios, de cómo iba a operar este nuevo esquema en el que la afiliación ya no es un requisito.

Como retos a resolver, el Coneval señala:

- a) Lograr una coordinación interinstitucional con la SSA y las demás instituciones del SNS, los sectores farmacéutico y privado.
- b) Desarrollar la capacidad institucional para responder a las responsabilidades que deriven de los acuerdos con cada una de las entidades, así como definir mecanismos de operación y acción para lograr la coordinación adecuada entre los actores de todos los niveles.
- c) Crear un sistema de monitoreo y garantía de la calidad bajo un esquema transversal que considere los distintos tipos de financiamientos y servicios y que sea independiente de las instituciones de salud.
- d) Asegurar la factibilidad financiera, dado que estará definida por el tipo de servicios que requiera la población sin seguridad social, las transiciones demográficas y epidemiológicas del país, los fondos transferidos a los estados y las aportaciones solidarias.
- e) Homogeneizar las Reglas de Operación de los Programas ante las diferencias en los niveles de atención en los que se adhirieron los estados, independientemente de su tipo de acuerdo, que se garantice la atención con base en la eficiencia, efectividad y equidad.
- f) Fortalecer la estimación de la demanda en atención médica de alta especialidad con metas de mediano y largo plazo, para gestionar los recursos necesarios y brindar la atención necesaria, no limitada a la demanda histórica.

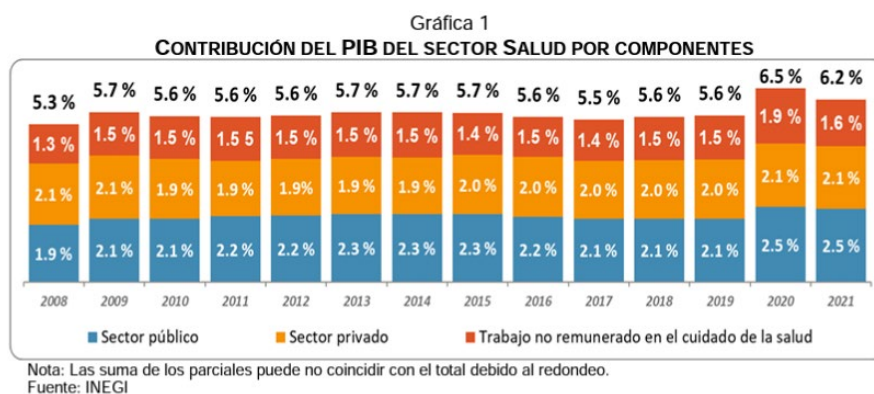
Finalmente, destaca que la coordinación entre la SSA y el recientemente creado OPD IMSS-Bienestar podría abrir ventanas de oportunidad dentro del Sistema Nacional de Salud para crear un modelo de atención para el otorgamiento de un servicio efectivo y de calidad con base en las necesidades de la población, y transitar a enfoques compartidos con las otras instituciones para la atención a la salud y la convergencia de capacidades.

El documento puede consultarse en:

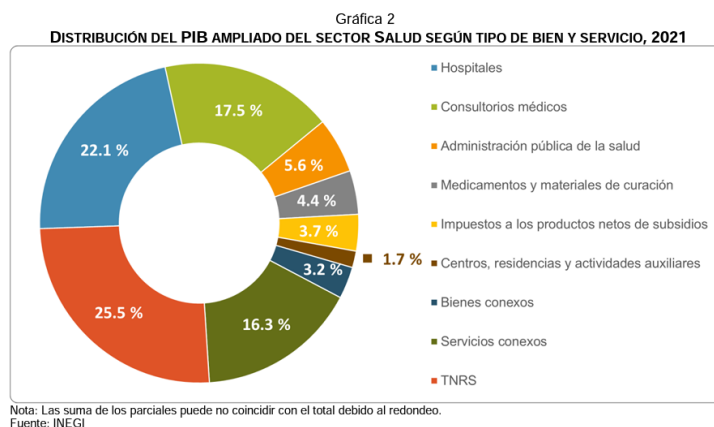
[https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Evaluacion\\_Estrategica\\_Salud\\_Primer\\_Informe.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Evaluacion_Estrategica_Salud_Primer_Informe.pdf)

## 2.14. Cuenta Satélite del Sector Salud 2021-INEGI

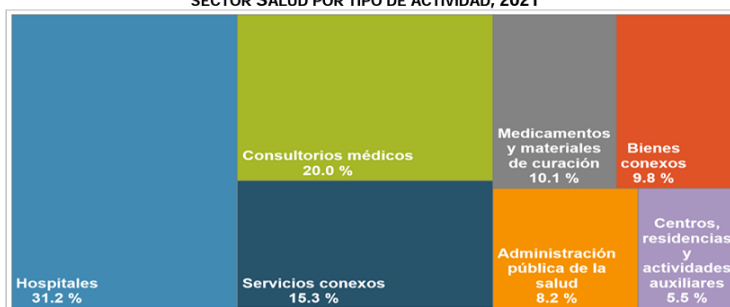
Como cada diciembre, el INEGI presentó el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA) del Sector Salud 2021, que corresponde al valor de la producción de bienes y servicios finales del sector Salud incluido el trabajo no remunerado de los hogares destinado al cuidado de la salud, fue de 1,590 MDP (6.2 % del PIB nacional) nacional. En comparación con 2020, representa una disminución en su participación (6.5 % vs 6.2%) del PIB nacional, lo que debe al inicio de la pandemia por la COVID-19. Dicha variación se observa en la disminución del valor económico del trabajo no remunerado de los hogares en el cuidado de la salud (TNRS).



Dentro de estos valores, la fabricación de medicamentos y materiales de curación participó con 4.4 % y presentó un crecimiento del 10.8% en comparación con 2020. Por otro lado, los puestos de trabajo que la fabricación de medicamentos y materiales de curación generó, fueron de 249,439 puestos.



Gráfica 4  
DISTRIBUCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO OCUPADOS REMUNERADOS DEL SECTOR SALUD POR TIPO DE ACTIVIDAD, 2021



Nota: Las suma de los parciales puede no coincidir con el total debido al redondeo.  
Fuente: INEGI

## Participación de los hogares en el sector salud

En 2021, el gasto, en valores corrientes, que realizaron directamente los hogares para cubrir sus necesidades de salud ascendió a 672,294 millones de pesos, sin considerar el valor económico del trabajo no remunerado, en 2020 este gasto fue de 589,314 millones de pesos.

Considerando tanto la aportación total que los hogares realizaron a favor de la salud de sus integrantes —directamente como gasto y a través de su trabajo no remunerado—, ascendió a 1 077 270 millones de pesos, lo que representó 40.1 % de la oferta total de bienes y servicios relacionados con la salud.

Del consumo de bienes y servicios para el cuidado de la salud que realizan los hogares, el gasto en medicamentos y otros bienes concentró 50.7 % del total. Siguieron las consultas médicas y de los bienes y servicios de apoyo —en los que se encuentran, por ejemplo, las primas de seguros médicos—, con una participación de 14.8 %; los servicios hospitalarios, con 14.0 % y otros servicios asociados al cuidado de la salud, con 5.7 por ciento.

Gráfica 5  
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE LOS HOGARES EN BIENES Y SERVICIOS DE SALUD, 2021



Nota: Las suma de los parciales puede no coincidir con el total debido al redondeo.  
Fuente: INEGI

Toda la información, puede consultarse en: <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>

## 2.15. Informe de Evaluación de la política de desarrollo social 2022 del CONEVAL

El 15 de febrero, en el marco de la Ley General de Desarrollo Social, el CONEVAL presentó el Informe de evaluación de política de desarrollo social, 2022 cuyo objetivo es proporcionar un

diagnóstico de la evolución de la pobreza multidimensional en México entre 2018 y 2020, siendo la carencia por acceso a los servicios de salud uno de los seis indicadores para medirla.

Respecto al indicador de acceso a servicios de salud, el Informe señala que la emergencia sanitaria por la COVID-19, obligó a concentrar los esfuerzos para atender la pandemia y generó un desplazamiento para otras enfermedades, posponiendo o interrumpiendo servicios de salud:

- La población derechohabiente que recibió servicios preventivos disminuyó de 47.8% a 38.7%.
- El porcentaje de hogares con gastos catastróficos en salud casi se duplicó, al pasar de 2.1% a 3.9%.
- Sobre la accesibilidad física para que la población tenga a su alcance establecimientos que ofrezcan servicios de salud en 2020, 93.8% de la población indicó que tardaría menos de dos horas en llegar a un hospital en caso de tener una emergencia.
- La irrupción de la COVID-19 impactó severamente la salud mental y el bienestar de la población, debido a factores como temor a enfermedad, la pérdida de familiares y amigos, inseguridad financiera, desempleo, falta de contacto con familiares, amigos, colegas, etc.

#### Tasas de mortalidad

Referente a las tasas de mortalidad de la población de 30 a 69 años, para los años 2020 y 2021, las relacionadas con la COVID-19 fueron las más altas tanto para hombres como para mujeres.

Además, las enfermedades del sistema circulatorio y la diabetes mellitus presentaron las tasas de mortalidad más altas. En 2019, en el país se registraron 747,784 defunciones, en 2020 se registraron 1,086,743, (INEGI, 2021a), y en 2021 se registraron 1,117,16720 defunciones (INEGI, 2022a).

Causa de muerte	Hombres			Mujeres		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
COVID-19 (U07.1, U07.2 y U10.9)		316.5	315.0		145.2	170.4
Influenza (gripe) y neumonía (J09-J18)	24.8	73.6	69.7	14.2	35.4	36.3
Diabetes mellitus (E10-E14)	111.4	167.6	145.4	85.0	115.8	107.1
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	150.4	202.8	198.8	76.4	98.2	100.1
Tumores malignos (C00-C97)	76.8	75.2	72.9	92.3	90.4	88.6
Enfermedades respiratorias crónicas (J30-J98)	19.0	23.0	21.8	12.1	13.2	12.6
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	25.9	26.5	26.9	16.7	16.2	16.7
Enfermedades del hígado (K70-K77)	85.9	84.0	83.9	21.5	21.5	21.5
Agresiones (X85-Y09)	70.0	66.2	63.6	6.6	6.4	6.7

Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en la *Evaluación Estratégica de salud. Primer informe* (CONEVAL, 2022f).

#### Derecho a la Salud

- Desde la primera medición de la pobreza en 2008, la carencia por seguridad social ha registrado los mayores porcentajes de población y para 2020 se ubicó en 52%, siendo la carencia más frecuente en la población.
- En 2020, 62.4% de la población ocupada reportó no contar con acceso directo a la seguridad social; este nivel se elevó a 89.1% para la población en situación de pobreza y llegó a 91.2% para las mujeres en esta condición.

- En cuanto a la población ocupada que no ha cotizado en alguna institución de seguridad social, en 2020 se halló que 62% de las personas adultas mayores a 65 años, estaban en dicha situación, lo que se agudiza para las mujeres de este grupo, pues cerca de 8 de cada 10 no habían realizado aportación alguna.
- Respecto a la cobertura en grupos etarios más jóvenes, se detectó que –a pesar de encontrarse ocupados- carecen de los beneficios de la seguridad social.

#### Recomendaciones sobre el derecho a la salud

- 1) Crear mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones de salud que, entre otras cosas, contribuyan a unificar los criterios de atención y prestaciones. Contar con expedientes clínicos electrónicos con criterios estandarizados para facilitar el rastreo de antecedentes médicos y de tratamiento entre los distintos subsistemas de salud.
- 2) Atender las brechas de financiamiento entre subsistemas para asegurar el acceso universal efectivo a un sistema de salud de calidad y así resolver los retos prevalentes en el acceso y disponibilidad de servicios en los tres niveles de atención.
- 3) Diseñar estrategias que permitan incentivar la atención primaria y preventiva, con énfasis en nutrición, enfermedades prevenibles y servicios de salud sexual y reproductiva incluyentes, accesibles y con perspectiva de género; por otro lado, mejorar la atención a la salud mental, considerando los factores de comorbilidad con enfermedades transmisibles y no transmisibles y los efectos que en este aspecto ha dejado la pandemia.
- 4) Garantizar el acceso a los servicios de salud, así como a los mecanismos de salud preventiva y salud mental en niñas, niños, adolescentes y los jóvenes pues esto puede determinar en gran medida su estado de salud en etapas de vida posteriores.

#### Recomendaciones sobre derecho a la seguridad social

- a) Promover el desarrollo de un Sistema de Protección Social universal; para lo cual, se sugieren los siguientes elementos:
  - Crear una instancia que coordine la política de protección social a nivel nacional, a fin de simplificar y facilitar el proceso de diseño, implementación, financiamiento, ejecución, monitoreo y evaluación de los instrumentos que conformarán el Sistema de Protección Social.
  - Que sea encabezada por el o la titular del Ejecutivo y estar integrada por las dependencias y entidades cuyo objeto esté vinculado a los riesgos asociados a la protección social.
  - Incluir la participación de representantes de gobiernos estatales y municipales para garantizar el alcance nacional del Sistema de Protección Social.
  - Tener un sistema de gestión único que contribuya a reducir la dispersión de instrumentos de política pública y el número de trámites para los beneficiarios.
- b) Se propone que el Sistema de Protección Social tenga indicadores y metas claras, así como mecanismos de evaluación que garanticen su efectividad, transparencia y rendición de cuentas.

- c) Implementar estrategias que compensen la carencia de acceso a seguridad social para las mujeres en situación de pobreza y madres jefas de familia, con especial énfasis en programas de guarderías, asistencia social y prestaciones por maternidad.

El informe completo está disponible en:

[https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/IEPDS\\_2022.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/IEPDS_2022.pdf)

## **Integrantes de la Comisión**

Cecilia Bravo

**Presidente**

Patricia Faci

**Vicepresidente**

### **Vocales**

Alberto Hegewisch

Alejandra González

Alejandra Lauterio

Alfonso de Robina

Alfonso del Rosal

Ana Francisca González

Antonio Sánchez

Carlos Santillana

Celina Rodríguez

Cirad Rosado

Columba Hernández

Dinath González

Emma Escandón

Erik Bakker

Evaristo Martínez

Gerardo Eguiluz

Gerardo Sánchez

Hermán Soto

Jesús García

Jocelyn Ramírez

Jorge Méndez

José Molina

José Athié

José Ferreyra

José Robledo

Juan López

Laura Guerrini

Liliana Torres

Lucia Salcedo

Luis Cabrera

Luciano Zylberberg

Marcela Farías

María Hurtado

Mauricio Hernández

Melina Calderón

Michelle Rosales

Miguel Barreto

Mónica Álvarez

Octavio Avendaño

Pratik Singh

Ramiro Rodríguez

Ramiro Tamayo

Ricardo Dávalos

Rodrigo Oria  
Sofía Arroyo

**Suplentes**

Bárbara Ruiz  
Daniel Del Conde  
Dulce María López  
Edgar Varela  
Edith Zarate  
Einar García  
Emilio Zamudio  
Enrique Zuani  
Helios Becerril  
Ivette Hernández  
Javier Calderón  
Jorge Tanaka  
Juan Gómez  
Katia Pineda  
Lidia Aguilar  
Luis Tierrablanca  
María Salinas  
Paola Martorelli  
Sandra Ramírez  
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