

NOTA TÉCNICA 2

LUCES Y SOMBRAS DEL INSABI

**Equipo de
Investigación
CISS***

Desde su campaña presidencial, Andrés Manuel López Obrador prometió instaurar en todo el país un programa que ofreciera de manera gratuita atención a la salud y medicamentos a las personas sin seguridad social laboral. Ya como presidente de la república, comenzó a promover una reforma profunda en el sistema de salud que da al gobierno federal una función más activa de la que había tenido desde que inició el proceso de descentralización en 1983.

El 3 de julio de 2019 el coordinador del grupo parlamentario del partido político Movimiento de Regeneración Nacional (Morena) en la Cámara de Diputados, Mario Delgado, presentó a la Comisión Permanente del Congreso de la Unión una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud (LGS), a la Ley de Coordinación Fiscal y a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud para garantizar a las personas sin seguridad social el acceso gratuito a servicios de salud y medicamentos.

La Comisión Permanente envió a la Cámara de Diputados dicha iniciativa de ley para su discusión y eventual aprobación. La Comisión de Salud fue la encargada de dictaminar la propuesta de reforma, para lo cual celebró audiencias públicas en formato de parlamento abierto entre el 7 y el 9 de agosto de 2019. Después de este evento y de los trabajos ordinarios de la

* Elaborado por Miguel Ángel Ramírez y Frida Romero, investigadores de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, bajo la dirección de José Antonio Hernández, director de Investigación y Proyectos.

comisión, el 23 de octubre de 2019, el pleno de la Cámara votó el dictamen preparado por la Comisión de Salud con opinión de la Comisión de Hacienda y Crédito Público. Éste se aprobó con 290 votos a favor, 65 en contra y 42 abstenciones.

Posteriormente, el dictamen pasó al Senado, donde las comisiones unidas de Salud y de Estudios Legislativos, Segunda —que presiden los senadores Miguel Ángel Navarro Quintero y Ana Lilia Rivera Rivera, ambos de Morena—, votaron el dictamen de la Cámara de Diputados. El 14 de noviembre del 2019, el dictamen fue aprobado en lo general con los artículos no reservados con 67 votos a favor, 22 en contra y 14 abstenciones.¹ El Decreto resultante fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de noviembre de 2019, con lo que se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), al mismo tiempo que se revocó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de operar el Seguro Popular.

La operación del nuevo Insabi inició desde el 1 de enero del año en curso, como un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud, y se espera que ofrezca servicios de salud a los 69 millones de personas que no cuentan con seguridad social. Para recibir los servicios, los beneficiarios sólo deberán presentar su credencial del Instituto Nacional Electoral (INE), su Clave Única de Registro de Población (CURP) o su acta de nacimiento, y ya no será necesario su afiliación o su pertenencia a un padrón de derechohabiente ni el pago de cuotas anuales. Un aspecto importante del artículo transitorio décimo tercero del Decreto, es el periodo de tres años que se otorga al Insabi para que presente resultados en el cumplimiento de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos, especificando la cobertura de atención a los

grupos vulnerables y marginación social.² Esto de acuerdo con la perspectiva de la salud como un derecho humano, al que toda la población debe tener acceso.

Al respecto, en la conferencia matutina del 16 de enero de 2020, el presidente López Obrador y el director del Insabi, Juan Ferrer, se comprometieron a implementar para el 1 de diciembre del mismo año los cuatro principales pilares de la reforma:

1. Abasto y distribución de medicamentos, material de curación y equipos médicos
2. Suficiente personal médico en los establecimientos de salud
3. Construcción y mantenimiento de establecimientos de salud
4. Basificación de los trabajadores eventuales y con honorarios por contratos.

El presente documento se compone de cuatro secciones.

1. La primera hace una breve revisión conceptual de los tipos de reformas a los sistemas de salud en el continente americano emprendidas en pos de la universalización de los servicios de salud.
2. Luego, la segunda es un breve diagnóstico de la situación del sistema de salud mexicano.
3. Después, en la tercera se presentan algunas reflexiones sobre el contenido de las reformas para la creación del Insabi y líneas generales de acción a tomar en cuenta en la implementación y el funcionamiento del nuevo instituto.
4. Por último, se expone una breve lista de los actores clave en el proceso de aprobación de la minuta en el Senado.

1. Tipos de reformas a los sistemas de salud en el continente americano

La cobertura universal en salud es un objetivo pendiente en varios de los países del continente americano. Por esta razón, en las últimas tres décadas al menos once países de esta región han emprendido reformas tendientes a conseguir la universalización de los servicios.³ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha argumentado que estas reformas se pueden agrupar en dos categorías, que se explican a continuación.⁴

Un tipo de reforma se centró en la transformación de los esquemas de aseguramiento y en la adopción de mecanismos de mercado en el sector salud para favorecer la eficiencia. En estos casos, las reformas tenían el objetivo expreso de incrementar la cobertura (entendida como mera afiliación a sistemas de aseguramiento), así como garantizar la protección financiera de las personas, por lo que se establecieron paquetes mínimos de servicios a los que puede acceder la población asegurada. Algunos países que han emprendido reformas de este tipo son Bahamas, Chile, Colombia, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Estados Unidos y Uruguay.

El otro tipo de reformas se centró en la organización de los servicios y en los modelos de atención. En este caso, las transformaciones tenían como objetivo incrementar el acceso a los servicios de salud, aunque no necesariamente la cobertura, y se basaban en valores como

equidad, inclusión social y participación, y en la concepción de la salud como derecho humano; además, tuvieron un interés especial en fortalecer la atención médica de primer nivel. Algunos países que implementaron reformas de este tipo son Bolivia, Brasil, Canadá, El Salvador y Guatemala.

Recientemente, un estudio analizó los efectos que tuvieron estos tipos de reformas en ocho países del continente,⁵ utilizando como fuente de información encuestas en los hogares.⁶ Los resultados indican que las reformas centradas en los mecanismos de aseguramiento han cumplido su objetivo de incrementar la cobertura, pero no han conseguido aumentar el acceso efectivo a los servicios de salud. En contraste, en los países que han transformado los modelos de atención y organización de los servicios se ha conseguido un incremento en el acceso a los servicios, pero sin que se hayan modificado sustancialmente los niveles de cobertura. Esto sugeriría que cada tipo de reforma puede ser conveniente según el objetivo, dependiendo de si se busca incrementar el porcentaje de afiliación o aumentar el acceso efectivo a los servicios de salud.

A continuación, se presenta un breve diagnóstico del sistema de salud mexicano para identificar los principales desafíos que debería atender la reforma promovida por la presidencia de la república y sus aliados en el Congreso.

2. Diagnóstico del sistema de salud mexicano

Al revisar distintos estudios académicos y diagnósticos de instituciones públicas, se pueden identificar tres grandes problemas que enfrenta el sistema de salud mexicano.⁷

1. Su fragmentación y segmentación.
2. Los bajos niveles de gasto público recibido.
3. La persistencia de barreras importantes al acceso a los servicios para amplios sectores de la sociedad.

La segmentación se origina en el hecho de que la cobertura y el acceso a los servicios de salud depende de la condición laboral de las personas, por lo que hay una diferencia importante en el acceso entre quienes trabajan en la economía formal y quienes se ocupan en el sector informal: las primeras tienen acceso mediante las instituciones de seguridad social; en tanto, las personas ocupadas en el sector informal, las que están en condición de desempleo y las que se dedican a trabajos no remunerados, recurren a servicios de salud provistos por distintas instituciones gubernamentales y no gubernamentales. La fragmentación, por su parte, se refiere a que las instituciones que dan servicio a los distintos sectores poblacionales no están integradas ni se coordinan, por lo que ofrecen niveles desiguales de calidad y protección a las personas.

Durante las últimas décadas, el financiamiento público al sector salud ha aumentado de manera significativa y, notablemente, este aumento ha estado dirigido principalmente a la población que no cuenta con seguridad social. Sin embargo, México sigue siendo el país que menos recursos destina a la salud (3 % del PIB

en 2016) entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (ver la Gráfica 1).

Aunado a esto, hay un excesivo gasto privado en salud: 47.7 % del total. La mayor proporción del gasto privado corresponde al gasto de bolsillo de las familias (41.3 % del gasto total), en tanto que el 6.4 % restante corresponde al aseguramiento privado. Esto significa que la mayor carga financiera sigue recayendo en los hogares. De los países de la OCDE, en 2017 México era el que tenía más alto gasto privado en salud.⁸ (Ver Gráfica 2.)

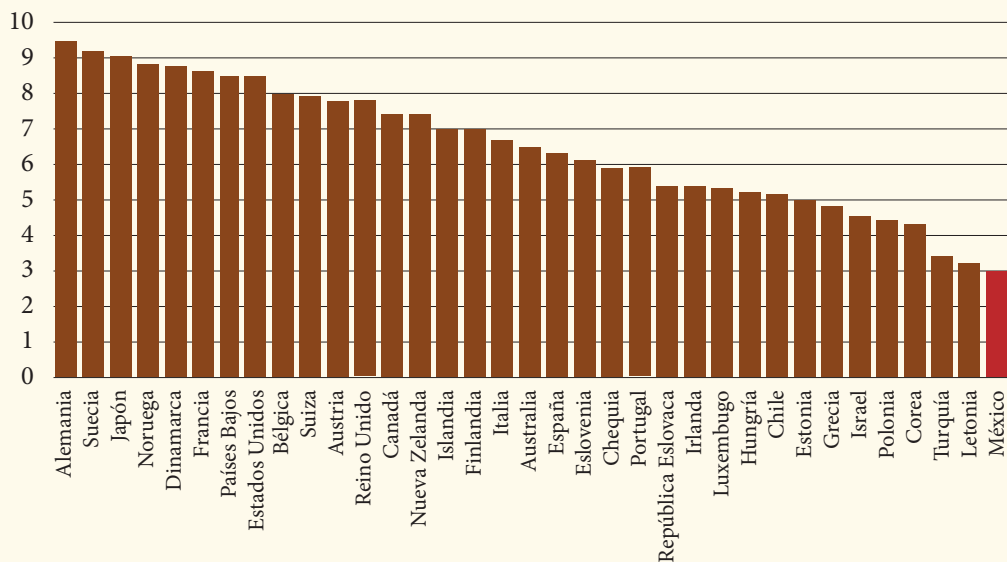
Otro aspecto relevante es la diferencia de asignación de recursos entre esquemas de aseguramiento. Hay una clara diferencia entre el gasto per cápita promedio destinado a la población sin seguridad social y el que se destina a las personas que sí están cubiertas. En promedio, en 2015 se gastaron 3954.9 pesos por cada afiliado al Seguro Popular (SP), pero 5644.7 por cada afiliado a una institución de seguridad social.⁹

En un estudio reciente, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) analizó las barreras de acceso efectivo a los servicios de salud en el país, instrumentando las siguientes dimensiones:

1. Accesibilidad (física y económica)
2. Disponibilidad
3. Calidad (operacionalizada mediante las dimensiones de seguridad, efectividad y atención centrada en el paciente).¹⁰

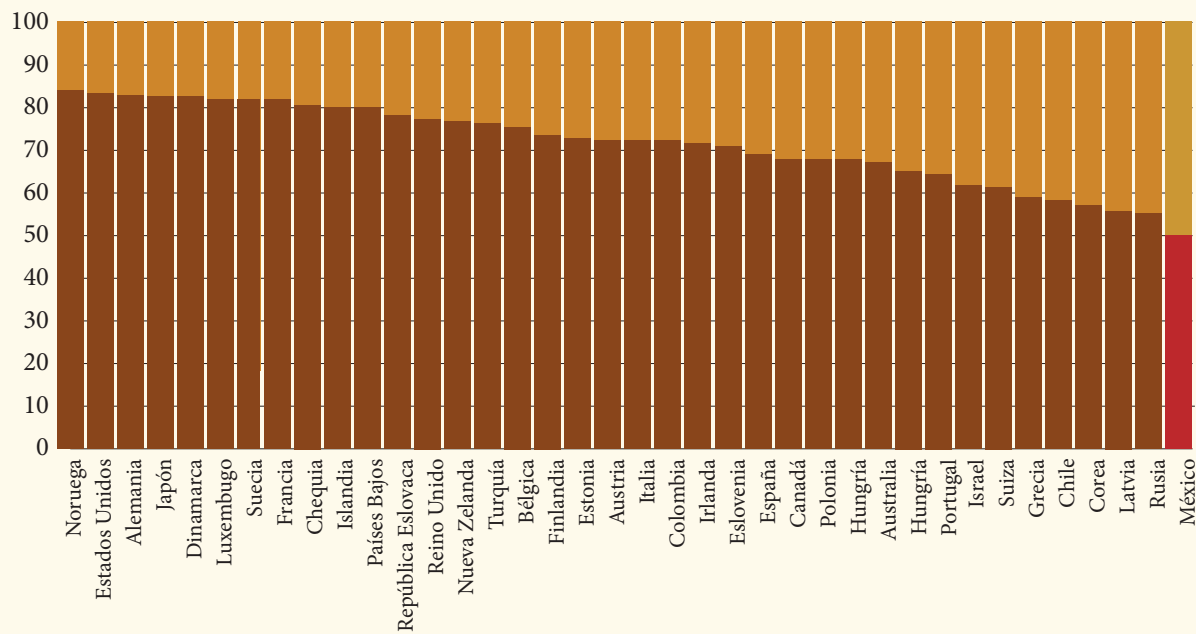
El estudio concluye que, en primer lugar, las personas enfrentan serias barreras de acceso efectivo, en tanto que en 2018 el 30.9 % de las localidades del país y los tres millones de personas que habitaban ahí no tenían acceso fí-

Gráfica 1. Gasto público en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE, 2016



Fuente: OCDE, *Health expenditure and financing: Health expenditure indicators*, *Health Statistics* (database).

Gráfica 2. Composición del gasto total en salud en países de la OCDE, 2016



Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE, *Health expenditure and financing database*.

■ Público ■ Privado

sico a servicios de salud básicos. Además, los usuarios de hospitales e institutos públicos fueron los que reportaron mayores tiempos de traslado a este tipo de establecimientos en 2018, con un promedio de 53.4 minutos. Aunado a esto, aún hay 19 millones de personas que no están afiliadas a ningún esquema público de atención a la salud. Por este simple hecho, esas personas enfrentan una seria barrera económica de acceso.

En segundo lugar, hay serias limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos y materiales para la atención de la salud. En 2016, México era el sexto país miembro de la OCDE con menor personal médico por cada 1000 habitantes, con 2.4 médicos, mientras que el promedio de la organización era de 3.4. Además, hay una gran inequidad en la distribución de los recursos materiales: mientras que en 2014 el subsector privado concentraba el 69 % de las unidades hospitalarias, instituciones públicas como el IMSS o el SP concentraban a penas 6.3 % y 18.3 %, respectivamente, a pesar de que en conjunto atienden a más de la mitad de la población.¹¹

En tercer lugar, también hay deficiencias importantes en la calidad de los servicios. El Coneval analizó la subfunción de calidad mediante la tasa de infecciones nosocomiales, la cual fue de 16 casos por cada 100 egresos en 2017, muy por encima de lo planteado en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, que fue de un máximo de 6 por cada 100 egresos. Respecto a la subfunción de efectividad, se puede tomar como indicador la tasa de mortalidad 30 días después de un evento cerebrovascular, la cual fue de 19.2 muertes por cada 100 hospitalizaciones en 2015, que es más del doble del promedio de la OCDE, con 8.2. En la subfunción de atención centrada en el paciente es donde el sistema de salud mexicano tiene un mejor desempeño, pues la mayoría de los usuarios reportan cifras altas de satisfacción en todos los servicios.¹²

Atención a la salud para las personas excluidas de la seguridad social

En 2003 se reformó la LGS para crear el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) y el programa público SP, que es el elemento ejecutivo del sistema. Esta reforma tenía el objetivo de garantizar la protección de la salud a las personas excluidas de la seguridad social. El SP comenzó a funcionar oficialmente en 2004, aunque ya operaba como programa piloto en algunos estados desde 2001.

El SP es parte de las reformas que se centraron en los esquemas de aseguramiento y la introducción de mecanismos de mercado en el ámbito de la salud, analizados en la sección anterior. Esto porque de manera explícita buscó establecer un mecanismo de aseguramiento financiero para las personas excluidas de la seguridad social, el cual se debía financiar con recursos del gobierno federal, de los gobiernos estatales y de los afiliados, mediante fórmulas fijas que determinaban una asignación presupuestal anual per cápita. Además, introdujo la separación funcional entre financiamiento y provisión de servicios de salud para obtener niveles de eficiencia económica similares a los que se darían en un mercado de servicios de salud.

La implementación del SP ayudó a incrementar la cobertura del sistema de salud, que pasó de 1564000 personas en 2004 a 52.7 millones en 2011, lo cual nominalmente representa la cobertura universal de la población sin seguridad social.¹³ La creación del SP también se relaciona con un crecimiento de 153 % en el gasto público en salud entre 1990 y 2008, al pasar de 1235 pesos por habitante en el primer año a 3125 en el segundo.¹⁴ Y éste, además, también se distribuyó de manera más equitativa: si en 2000 el Estado gastaba 1368 pesos en cada persona sin seguridad social, y 2950 en cada persona cubierta, en 2009 se gastaban 2827 y

4143, respectivamente.¹⁵ Éstos son logros dignos de destacarse, pero han sido insuficientes para solucionar los principales problemas del sistema de salud mexicano, como lo demuestra lo expuesto en párrafos previos.

Por otra parte, cabe aclarar que el SP no es el único programa de atención a la salud para personas excluidas de la seguridad social. Desde 1979 comenzó a operar en México el programa IMSS-Coplamar, que tras varios cambios de nombre aún opera en la actualidad, como IMSS-Bienestar, para brindar los dos primeros niveles de atención, y en ocasiones el tercero, a las personas excluidas de la seguridad social, particularmente en zonas rurales de alta marginación. Las siguientes características de este programa lo asemejan al segundo tipo de reforma identificado en la sección anterior: su modelo de atención, denominado Modelo de Atención Integral a la Salud, privilegia la aten-

ción primaria a la salud y la intervención comunitaria; además, tiene un enfoque preventivo en el que se recurre a estrategias de educación y promoción de la salud en las poblaciones.

Sin embargo, este programa ha tenido un funcionamiento limitado tanto por su cobertura como por los tipos de atención que ofrece. En efecto, desde 1983 su cobertura ha fluctuado alrededor de 10 millones de personas.¹⁶ Además, sólo garantiza los dos primeros niveles de atención y algunas intervenciones de tercer nivel.

Así pues, en los últimos quince años han funcionado de manera simultánea dos programas de salud que atienden a la población excluida de la seguridad social, que será precisamente la población objetivo del Insabi. Con base en los antecedentes expuestos, a continuación se presenta un análisis del Decreto para la creación del Instituto.

3. Análisis de las reformas a la Ley General de Salud, la Ley de Coordinación Fiscal y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud

En esta sección se presenta un análisis de la reforma, en el que se destacan sus elementos positivos y temas que falta atender para garantizar la provisión gratuita de servicios de salud, medicamentos e insumos médicos asociados.

Es una reforma incluyente, por la población que busca atender y los servicios que ofrece

La reforma establece que “todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir

de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados” (art. 77 bis 1). Esta redacción es más incluyente que la anterior, pues en los artículos 77 bis 1 y 77 bis 6 se mencionaba que sólo los residentes tendrán derecho a recibir atención del SNPS.

Ahora bien, aunque en la reforma se plantea que todas las personas que estén en el país podrán recibir atención gratuita, entre los requisitos se encuentra contar con la CURP, acta de nacimiento, certificado de nacimiento o credencial de elector. Estos requisitos impo-

nen barreras de acceso a personas vulnerables que no cuenten con documentos oficiales, como la población en situación de calle o migrantes irregulares. Es importante cuidar que las disposiciones reglamentarias no contravengan la orientación básica de la reforma de otorgar servicios de salud como un derecho humano, y no laboral ni ciudadano.

La reforma aprobada también es incluyente por los servicios que estipula. Actualmente, el SP sólo ofrece aseguramiento ante condiciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). En ambos casos, únicamente se incluye una cantidad limitada de padecimientos. En contraste, la reforma no limita los servicios de salud, medicamentos o insumos que las personas sin seguridad social podrán recibir de manera gratuita en los dos primeros niveles de atención. Sin embargo, la redacción que se propone tiene limitaciones, dado que no se menciona explícitamente la atención de tercer nivel, algo que podría generar barreras de acceso a este tipo de servicios, como se comenta más adelante.

Además, se plantea eliminar las cuotas familiares y cualquier otro tipo de cobro. Esto también representa un avance frente al SP, pues elimina las barreras económicas de acceso.

Se detallan la estructura y las funciones del Insabi

El Decreto es mucho más específico que la iniciativa presentada por Mario Delgado en las adscripciones del nuevo instituto y la estructura de su dirección y administración. En los incisos de la A a la J del artículo 77 bis 35 se explicita la estructura organizacional, las facultades de sus miembros, el patrimonio que lo compone y sus principales objetivos. Entre las funciones del Insabi se menciona la operación de centros que provean mezclas parenterales, nutricionales y medicamentosas, así

como impulsar que las entidades federativas operen dichos centros. Esta medida podría prevenir desabasto de medicamentos por incumplimiento de las farmacéuticas. Sin embargo, valdría evaluar las implicaciones relativas a los costos, la diferencia de proveedores entre instituciones de salud y la conveniencia de que cada estado se haga cargo de las mezclas.

Se avanza en la adopción de una perspectiva de salud pública

Un elemento fundamental en el discurso de los funcionarios de la Secretaría de Salud que promueven la reforma analizada en este texto, es la adopción de un enfoque preventivo y de salud pública. Esto se refleja en la modificación que se propone a la fracción III del artículo 27 de la LGS, pues consiste en una definición más clara de la atención preventiva, en la que se incluyen los determinantes físicos, psíquicos y sociales de la salud.

En la conferencia matutina del 16 de enero de 2020, se hizo hincapié en la colaboración del Insabi con el IMSS-Bienestar para fortalecer la medicina preventiva y la promoción a la salud. Esto es un avance respecto al SP, dado que éste se centra sólo en los individuos y se basa principalmente en un enfoque curativo. Sin embargo, en el Decreto siguen sin definirse claramente el modelo de atención primaria a la salud y otros aspectos importantes, tal como se analiza a continuación.

La creación del nuevo Insabi no está acompañada de la definición de un modelo de atención que garantice la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados

El esquema de financiamiento del SP no estaba acompañado de un modelo de atención a la salud. Es decir, careció de estrategias y herra-

mientas para responder a las necesidades de salud a nivel poblacional, de manera colectiva y comunitaria, por lo que tampoco se implementaron estrategias de salud pública. Por esa razón, el acceso efectivo creció en mucho menor medida que la afiliación.

En el inciso A del artículo 77 bis 5 de la nueva ley, se establece que serán las autoridades del ámbito federal, como la SSA y el Insabi, las que diseñarán el modelo de atención a la salud que oriente los servicios ofrecidos a la población sin seguridad social. Aunque no es necesario que la LGS defina los detalles del nuevo modelo, sería conveniente que estableciera, al menos, algunos de sus principios normativos. Desde un enfoque de derechos, sustentado en diversos instrumentos jurídicos internacionales, se deberían establecer los siguientes principios rectores del modelo: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.

La reforma no resuelve la fragmentación y segmentación del sistema, e incluso abre la posibilidad de que se incrementen

Debido a que la provisión de servicios, medicamentos y demás insumos está dirigida exclusivamente a la población sin seguridad social, se mantiene la fragmentación entre institutos y poblaciones atendidas. Aunado a esto, se prevé que el IMSS-Bienestar siga operando en los estados donde tiene presencia y el presidente de la república ha mostrado interés en fortalecer los hospitales rurales del programa. Esto implica que persistirá la fragmentación en la atención de las personas sin seguridad social, pues en algunas zonas operará el IMSS-Bienestar y en otras lo hará el Insabi. Sin embargo, en el Decreto no hay referencia explícita al IMSS-Bienestar y no se especifica claramente la manera en la que se dará la interacción entre este programa y el Instituto.

Recientemente, en el *Comunicado 006* de la Secretaría de Salud, publicado el pasado 7

de enero, se menciona que, dado que el Insabi brinda servicios a todas las personas que no cuentan con seguridad social, también lo hace en unidades médicas del IMSS-Bienestar. Esto habla de una coordinación entre sistemas de aseguramiento y de asistencia. El 16 de enero de 2020, en la conferencia matutina del presidente López Obrador, el director general del IMSS, Zoé Robledo, mencionó que el Insabi y el IMSS-Bienestar están trabajando de manera conjunta y coordinada tanto para ofrecer atención médica como para evitar duplicar servicios en las diferentes regiones, a fin de poder atender a más población. Sería conveniente que se plasmaran en la reforma los convenios de coordinación entre estos dos programas, para evitar que se modifiquen con los cambios de gobierno.

Otro aspecto importante es la adhesión de las entidades federativas al Acuerdo de Coordinación con el Insabi. En la conferencia matutina del presidente el 16 de enero de 2020, el director de este Instituto, Juan Antonio Ferrer mencionó que los 32 estados manifestaron su interés en el nuevo Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a la población sin seguridad social. Sin embargo, hasta esa fecha, sólo 13 entidades han refrendado su compromiso de firmar los Acuerdos de Coordinación. Las 19 faltantes —a saber, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala, Zacatecas y Aguascalientes— se encuentran en proceso de adhesión y se espera que en las próximas semanas lo concreten, aunque parece haber cierta reticencia en el caso de los gobiernos estatales provenientes del PAN y de Movimiento Ciudadano. Las entidades federativas que no establezcan el convenio mantendrán sus servicios estatales de salud, lo que tiene el potencial de provocar una triple segmentación y fragmentación en la atención a la población sin seguridad social.

En efecto, de darse el caso de que los gobiernos de algunas entidades federativas decidan encargarse de la provisión gratuita de servicios médicos, medicamentos y otros insumos, en el territorio nacional habría tres mecanismos mediante los que se atendería a las personas sin seguridad social: Insabi, IMSS-Bienestar y Sistemas Estatales de Salud. Aún quedan muchas incógnitas sobre el funcionamiento de estos últimos en caso de no firmar el acuerdo con la nueva institución: ¿cómo operarán los sistemas de salud estatales ahora que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y su representante estatal, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud, han desaparecido? ¿Bajo qué esquema serán atendidos los pacientes de los servicios estatales que no se adhirieron al Acuerdo de Coordinación? ¿De dónde saldrán los recursos para atender a un mayor flujo de población bajo el esquema de gratuidad?

Al respecto, el artículo 77 bis 9 menciona que se promoverá que las unidades médicas, tanto federales como locales, operen como sistemas de redes integradas de atención de acuerdo con las necesidades de las personas beneficiarias, lo que podría subsanar la fragmentación. Esto ayudaría a reducir la descoordinación de las distintas instituciones que integran el sistema de salud. No obstante, no es claro cómo se organizará el trabajo conjunto con otros institutos de seguridad social y con el resto del sistema.

Otro problema de gran importancia para la reforma de salud son los altos niveles de rotación laboral. A lo largo de sus vidas, las personas pueden estar pasando constantemente de un esquema de aseguramiento a otro debido al cambio de empleo. Y el problema es que las instituciones no ofrecen la misma atención ni el mismo esquema de tratamientos, lo que puede afectar de forma seria la salud de las personas. Un ejemplo claro de lo anterior es el caso de las personas que reciben tratamientos especializados, como los del virus de inmu-

nodeficiencia humana (VIH), quienes pueden tener importantes afectaciones a la salud si suspenden su tratamiento o lo cambian de manera abrupta. En este sentido, es positiva la iniciativa de elaborar un Compendio Nacional de Insumos para la Salud en el que participarán la Secretaría de Salud y las instituciones públicas de seguridad social, y al cual se ajustarán las instituciones públicas del sistema.

El financiamiento no es claro y el presupuesto asignado es insuficiente

En el Decreto no hay criterios de asignación presupuestal claros y fijos, como es el caso del número de afiliados en el SP. En el documento aprobado en la Cámara de Diputados únicamente se establece que el monto de recursos que deberá aportar el gobierno federal no puede ser inferior al del año fiscal inmediato anterior (art. 77 bis 12).

Con esta redacción no se garantiza que el presupuesto incremente en la misma medida que el número de personas sin seguridad social que soliciten atención, puesto que sólo se establece que el presupuesto anual no debe ser inferior al del año previo, sin prever la obligación de dar una asignación per cápita. Hay otros dos elementos preocupantes:

1. El presupuesto no se ajustará según la inflación, por lo que podría ocurrir que, a pesar de que los recursos asignados para la prestación de servicios sean nominalmente mayores a los del año previo, en términos reales sean menores.
2. Las asignaciones presupuestales estarán sujetas a la disponibilidad de recursos.

Asimismo, según cálculos del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, se necesita un 3 % del PIB adicional para la implementación del Insabi (sin tomar en cuenta la basificación del personal de salud), por lo

que los 40 000 millones de pesos que se tomarán del FPGC para poner en marcha el nuevo instituto son claramente insuficientes.¹⁷ Por lo tanto, se deben incorporar criterios claros de asignación presupuestal para garantizar el financiamiento; asimismo, sería pertinente especificar que los recursos que aporte el gobierno federal tendrán que incrementarse de acuerdo con el número de personas atendidas y según las características demográficas y epidemiológicas de la población.

Por otra parte, el Fondo de Gastos Catastróficos es sustituido por el Fondo de Salud para el Bienestar (FSB). Como sucedía antes, este fondo se empleará para atender enfermedades que causen gastos catastróficos, pero ahora se empleará también para infraestructura, medicamentos y otros insumos. El problema es que no está determinada la proporción en la que se realizarán los gastos para cada uno de los destinos planeados, por lo que se puede prestar a la malversación de recursos.

Esto es particularmente relevante, pues en las modificaciones a la Ley General de Salud respecto a la provisión de servicios de salud gratuitos y de calidad, sólo se especifican los dos primeros niveles de atención, dejando de lado el tercero; una falta importante que se podría prestar al cobro de cuotas de recuperación en los institutos nacionales, servicios estatales que no firmaron el convenio y otros establecimientos federales que ofrecen atención en el tercer nivel. Al respecto, el presidente López

Obrador aseguró en la conferencia matutina del 16 de enero del año en curso que habrá atención médica gratuita en todos los niveles de atención. No obstante, es fundamental establecer reglas de operación con criterios claros y definidos acerca del modo en que se distribuirán los recursos del nuevo fondo y, en especial, de la manera en la que solventarán los gastos de los servicios del tercer nivel de atención.

El decreto no combate las desigualdades regionales e interinstitucionales

La reforma no atiende directamente el problema de la desigualdad entre regiones e instituciones, ni tampoco, por consiguiente, entre sus respectivos resultados.

Los criterios de asignación presupuestal pueden contribuir a solucionar el problema de las desigualdades regionales; sin embargo, en el Decreto no se especifican mecanismos de distribución presupuestal para beneficiar preferentemente a las entidades federativas o regiones con mayores deficiencias. En el artículo 77 bis 29, ciertamente, se hace referencia a dichos mecanismos, pero sólo con respecto a la construcción de infraestructura, y no como regla general, sino como preferencia.

Para atender este problema, se puede establecer como principio general que se prioricen las zonas en las que hay deficiencias importantes en la atención de la salud.

4. Actores importantes en el proceso de aprobación

El 24 de octubre de 2019, día en el que el Senado recibió la minuta, la envió a las comisiones de Salud y Estudios Legislativos, Segunda, para su discusión, y fue aprobada el 14 de noviembre de 2019.

La Comisión de Salud del Senado cuenta con 19 integrantes, de los cuales nueve son de Morena, cuatro del Partido Acción Nacional (PAN), dos del Partido Revolucionario Institucional (PRI), uno de Movimiento Ciudadano (MC), una del Partido del Trabajo (PT) y uno del Partido de la Revolución Democrática (PRD). Morena tiene la presidencia de la comisión y el PAN y el PRI una secretaría cada uno. A continuación, se presenta una breve descripción de los perfiles de quienes integran la comisión.

Miguel Ángel Navarro Quintero, presidente de la Comisión de Salud, pertenece a Morena. El senador Navarro representa al estado de Nayarit y obtuvo su escaño mediante el principio de mayoría relativa. Es médico de profesión y tiene una larga carrera en la administración pública y en el ámbito político. Se registró como miembro del PRI en 1976, e integró las filas de este partido hasta agosto de 2003, cuando concluyó su periodo como senador de la República en la LVIII Legislatura (2000-2003). Antes de desempeñar este cargo, tuvo experiencia legislativa en el ámbito federal como diputado de la LVII Legislatura (1997-2000). En ambas ocasiones, se desempeñó como secretario de la Comisión de Salud. Tiempo después se incorporó al PRD y, una vez más, obtuvo un escaño en el Senado en la LIX Legislatura (2003-2006), ocasión en la que sólo se desempeñó como integrante

de la Comisión de Salud y otras más. En 2006 formó parte de la LX Legislatura (2006-2009) de la Cámara de Diputados, todavía por el PRD, y fungió como presidente de la Comisión de Seguridad Social e integrante de la Comisión de Salud. En la legislatura actual, la LXIV, y ya como integrante de Morena, además de ser presidente de la Comisión de Salud, es integrante de las comisiones de Administración, de Derechos Humanos, de Reforma Agraria, de Turismo y de la Segunda Comisión de Trabajo de la Comisión Permanente.

La senadora Martha Cecilia Márquez Alvarado es integrante del grupo parlamentario del PAN, obtuvo su escaño mediante el principio de mayoría relativa y representa al estado de Aguascalientes. Es secretaria de la Comisión de Salud e integrante de las comisiones de Derechos de la Niñez y la Adolescencia, Hacienda y Crédito Público, Juventud y Deporte, Desarrollo y Bienestar Social, Anticorrupción, Transparencia y Participación Ciudadana, y la Comisión Bicameral del Sistema de Bibliotecas. La senadora Márquez no tiene experiencia legislativa previa en el ámbito federal, pero sí como diputada local en la LXII Legislatura del Congreso de Aguascalientes, donde se desempeñó como coordinadora del grupo parlamentario del PAN. Desde 2005 ha ocupado diversos cargos en la administración pública municipal y estatal en Aguascalientes. No tiene experiencia previa en asuntos de salud.

Sylvana Beltrones Sánchez es senadora integrante del grupo parlamentario del PRI y secretaria de la Comisión de Salud, ocupa el mismo cargo en la Comisión de Puntos Cons-

titucionales y también es integrante de las comisiones de Derechos Humanos, Medio Ambiente, Recursos Naturales y Cambio Climático, y formó parte de la Primera Comisión de Trabajo de la Comisión Permanente y de la Comisión de Gobernación. En la LXIII Legislatura se desempeñó como diputada federal, también como miembro del grupo parlamentario del PRI. En esa ocasión también ocupó el cargo de secretaria de la Comisión de Salud. Además de ser legisladora, ha desarrollado su carrera política en la estructura burocrática del PRI.

Tanto la senadora Márquez como la senadora Beltrones han formulado cuestionamientos importantes sobre la manera en la que operará el Insabi, particularmente en la comparecencia ante la Comisión de Salud del Senado del secretario Jorge Alcocer, llevada a cabo el 1 de octubre de 2019.¹⁸ Además, estaba programada una participación de la senadora Beltrones en un foro para analizar las implicaciones de la reforma en las instituciones de salud mexicanas, organizada por el Instituto Belisario Domínguez del Senado el 28 de octubre de 2019. Sin embargo, no participó en el evento.

Los demás integrantes de la Comisión de Salud del Senado son: por Morena, Américo

Villarreal Anaya, Lilia Margarita Valdez Martínez, Eva Eugenia Galaz Caletti, Primo Dothé Mata, Antares Guadalupe Vázquez Alatorre, Martha Lucía Micher Camarena, Jesusa Rodríguez Ramírez y María Antonia Cárdenas Mariscal; por el PAN, Alejandra Noemí Reynoso Sánchez, Marco Antonio Gama Basarte e Indira de Jesús Rosales San Román; por el PRI, Nuvia Magdalena Mayorga Delgado; Por MC, Patricia Mercado; por el PT, Cora Cecilia Pinedo Alonso, y por el PRD, Juan Manuel Fócil Pérez.

La Comisión de Estudios Legislativos, Segunda, cuenta con 11 integrantes, de los cuales cinco pertenecen a Morena, dos al PAN, uno al PRI, uno a MC, uno al PVEM y uno al PT. La senadora Mayuli Latifa Martínez Simón, del PAN, es la presidenta de la comisión. La senadora Martha Guerrero Sánchez, de Morena, se desempeña como secretaria, al igual que Clemente Castañeda Hoeflich, de MC. El resto de integrantes del grupo parlamentario son: por Morena, Claudia Esther Balderas Espinoza, Lilia Margarita Valdez Martínez, Cristóbal Arias Solís y María Soledad Luévano Cantú; por el PAN, Kenia López Rabadán; por el PRI, Claudia Ruiz Massieu Salinas; por el PT, Cora Cecilia Pinedo Alonso, y por el PVEM, Rogelio Israel Zamora Guzmán.

Referencias

- Báscolo, Ernesto, Natalia Houghton y Amalia del Riego, "Types of health systems reform in Latin America and results in health access and coverage", *Revista Panamericana Salud Pública*, 42, 2018, pp. 1-9.
- Chertorivski, Salomón, Francisco Caballero, Luis Rubalcava, Manett Vargas y Viridiana Reyes, *Evolución del Sistema de Protección Social en Salud*, CIDE, Ciudad de México, 2015.
- CIEP, "Impacto presupuestario ante la iniciativa de creación del Insabi", 30 de agosto de 2019. Disponible en <https://ciep.mx/consideraciones-de-impacto-presupuestario-ante-la-iniciativa-de-creacion-del-insabi/>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, CONEVAL, Ciudad de México, 2018.
- Flamand, Laura y Carlos Moreno, *Seguro Popular y federalismo en México: un análisis de política pública*, CIDE, México, 2014.
- Instituto Nacional de Salud Pública, *Salud pública y atención primaria: base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos*, INSP, Ciudad de México, 2018.
- México Evalúa, *10 puntos para entender el gasto en salud en México: en el marco de la cobertura universal*, México-Evalúa, Ciudad de México, 2011.
- OCDE, Health expenditure and financing database. Disponible en <https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en#>
- Organización Panamericana de la Salud, "Stewardship and governance toward universal health", *Health in the Americas*, 2017. Disponible en <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=health-systems-governance>
- Sergio Ramírez, "Ignora Alcocer transición a sustituto del Seguro Popular", *La Razón*, 1 de octubre de 2019. Disponible en <https://www.razon.com.mx/mexico/ignora-alcocer-transicion-a-sustituto-del-seguro-popular/>

Notas

¹ Senado de la República, «Avaló Senado universalidad y gratuidad de los servicios médicos de salud en el país», 14 de noviembre 2019.

Disponible en <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/46810-avaló-senado-universalidad-y-gratuidad-de-los-servicios-medicos-de-salud-en-el-pais.html>

² *Diario Oficial de la Federación*, "Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud", 29 de noviembre de 2019. Disponible en

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019

³ Estos países son Brasil (1990), Colombia (1993), Chile (2004), Canadá (2004), Uruguay (2007), Perú (2009), Islas Turcas y Caicos (2009), El Salvador (2009), Estados Unidos (2010), Bolivia (2013), Honduras (2015), Guatemala (2016), Bahamas (2016).

⁴ OPS, "Stewardship and governance toward universal health", *Health in the Americas*, 2017. Disponible en <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=health-systems-governance>

⁵ Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay.

⁶ Ernesto Báscolo, Natalia Houghton y Amalia del Riego, “Types of Health Systems Reform in Latin America and Results in Health Access and Coverage”, *Revista Panamericana Salud Pública*, núm. 42, 2018, pp. 1-9.

⁷ Coneval, *Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018*, Ciudad de México, 2018; INSP, *Salud pública y atención primaria: base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos*, Ciudad de México, 2018; Laura Flamand y Carlos Moreno, *Seguro Popular y federalismo en México: un análisis de política pública*, CIDE, México, 2014.

⁸ OCDE, *Health expenditure and financing database*. Disponible en <https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en#>

⁹ Coneval, *op. cit.*

¹⁰ Se considera que un servicio médico es de calidad cuando se hace lo correcto en el momento correcto, a la persona indicada y en el lugar adecuado. Se pueden identificar tres subdimensiones de la calidad: seguridad, efectividad y atención centrada en el paciente. La seguridad es evitar lesiones a pacientes como resultado de la atención que pretende ayudarles. La efectividad se refiere a prestar servicios basados en conocimientos científicos a todos aquellos que se puedan beneficiar. La atención centrada al paciente se refiere a dar prioridad a las personas durante todo el

proceso de la atención médica. Coneval, *op. cit.*, pp. 111-142.

¹¹ Coneval, *op. cit.*, p. 99.

¹² *Ibid.*, pp. 143-144.

¹³ Salomón Chertorivski *et al.*, *Evolución del Sistema de Protección Social en Salud*, CIDE, Ciudad de México, 2015.

¹⁴ México Evalúa, *10 puntos para entender el gasto en salud en México: en el marco de la cobertura universal*, Ciudad de México, 2011, p. 5.

¹⁵ Laura Flamand y Carlos Moreno, *op. cit.*, p. 151.

¹⁶ *Ibid.*, p. 144.

¹⁷ CIEP, “Impacto presupuestario ante la iniciativa de creación del Insabi”, 30 de agosto de 2019. Disponible en <https://ciep.mx/consideraciones-de-impacto-presupuestario-ante-la-iniciativa-de-creacion-del-insabi/>

¹⁸ Sergio Ramírez, “Ignora Alcocer transición a sustituto del Seguro Popular”, *La Razón*, 1 de octubre de 2019. Disponible en <https://www.razon.com.mx/mexico/ignora-alcocer-transicion-a-sustituto-del-seguro-popular/>

