



## **SALUD PARA CADA PERSONA**

**Garantizar a todos los mexicanos el acceso a la salud**



# CONTENIDO

- 1**    Presentación
- 3**    Salud para cada persona. Garantizar a todos los mexicanos el acceso a la salud
- 3**    Estado de las cosas
- 5**    Recomendaciones
- 5**    Plan a corto plazo: 5 acciones
- 11**   El mediano plazo: Cimientos para la transformación
- 16**   Referencias

# ¿Se puede garantizar el derecho a la salud a todas y todos los mexicanos? **¡Sí se puede!**

**El derecho a la salud se ha deteriorado. Hoy las familias gastan más en servicios médicos y el presupuesto del gobierno no alcanza. A pesar de los desafíos, es posible mejorar la situación con una inversión adecuada y transparente.**

**N**o exageramos si decimos que en México, la salud pública está en jaque. Entre 2018 y 2022, el acceso a servicios de salud empeoró drásticamente, afectando a millones de personas. La pandemia de COVID-19 sólo empeoró las cosas. De unos 20 millones de personas que no tenían acceso a la salud pública en México al inicio de este sexenio, la cifra aumentó a 50.3 millones después de la pandemia en 2022.

En sólo cuatro años el gasto en salud en los hogares se disparó, y los más pobres son los más afectados. Hay familias de bajos recursos que deben destinar más del 30% de sus ingresos a medicinas o tratamientos.

Ante esta situación, la respuesta del gobierno no es invertir más en mejorar este derecho ciudadano, sino recortar el gasto. Aunque se prometió una inversión récord en salud en 2023, en realidad ésta se redujo en 3.4%. Menos dinero para más gente, significa peores servicios.

Agreguemos, además, las sucesivas transformaciones del Seguro Popular al Insabi, y de éste al IMSS-Bienestar; cambios de nombre y reglas que sólo han logrado más opacidad en el manejo de los recursos públicos. Y el fideicomiso Fonsabi, que antes financiaba enfermedades costosas, ahora es un misterio contable.

Con transferencias millonarias del Fonsabi hacia la Tesorería de la Federación, el gasto en salud se ve inflado, pero no se conoce el destino de esos recursos. Y el fideicomiso está en picada, ¡de 117 mil millones a solo 41 mil millones en cinco años!

La salud pública en México necesita rehabilitación urgente. ¿Podremos mejorarla? La respuesta es sí. En este informe ofrecemos al próximo gobierno 10 políticas públicas para que los mexicanos recuperemos del todo el derecho a servicios de salud dignos y a la cobertura universal. ¡Acompáñanos a descubrir cómo cambiar el rumbo de la salud en nuestro país!

**—El equipo de México Evalúa, 2024**



*Para reducir la desigualdad y mejorar tu estilo de vida, se necesitan políticas públicas que respondan a las necesidades reales de la población. El cambio de gobierno es un momento clave para discutir, desarrollar e implementar mejores decisiones en beneficio de las y los mexicanos.*

*Desde México Evalúa estamos en la disposición de colaborar y trabajar en colectivo para generarlas. Por eso hemos desarrollado estos documentos que compendian nuestro trabajo de análisis basado en evidencia, para proponer las estrategias que pueden marcar una diferencia positiva para México en el próximo sexenio.*

# Salud para cada persona

## Garantizar a todos los mexicanos el acceso a la salud

**E**l derecho a la protección de la salud es fundamental para el desarrollo personal y para la promoción de sociedades prósperas y equitativas. Para garantizar este derecho es necesario que los gobiernos implementen políticas públicas de prevención, promoción y atención médica, bajo un marco de evaluación continua y rendición de cuentas. Sobre todo, es vital que se formulen los mecanismos de financiamiento para asegurar este derecho en el presente y en el futuro.

En los últimos años el derecho a la salud en México ha enfrentado retrocesos considerables: según datos de la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH), en 2022 el número de personas sin acceso a servicios de salud llegó a 50 millones, orillando a más gente a recurrir a atención médica privada, a merced de mayores gastos catastróficos<sup>1</sup>. Este retroceso se vincula a una caída en el gasto público en salud para las personas sin seguridad social, así como a un deterioro de las instituciones encargadas de proveer este derecho.

Para revertir esta tendencia, es vital incrementar los recursos públicos que se destinan a la salud, mejorar la gobernanza de las distintas instituciones encargadas de garantizar este derecho, así como establecer mecanismos de evaluación y rendición de cuentas.

### Estado de las cosas



#### Retroceso en el acceso a la salud pública

En 2018, 20 millones de personas carecieron de acceso a servicios de salud (16.2% del total), después de la pandemia tal carencia afectó a 50.3 millones en 2022 (39.1% del total).

El menor acceso a la salud pública ha provocado una mayor recurrencia a servicios de salud privada: en 2022, el 59.9% de las personas que recurrieron a atención médica lo hicieron en el sector privado, 13.3 puntos porcentuales más que en 2018. El mayor deterioro se registró en la Secretaría de Salud,

<sup>1</sup> Son aquellas enfermedades de alto costo debido a su grado de complejidad o especialidad y la baja frecuencia con que ocurren. El Coneval define que existe un gasto catastrófico cuando una familia destina más del 30% de su capacidad de pago a la atención de un padecimiento de uno de sus miembros.



que atiende a las personas sin seguridad social formal: en 2018, 15.6% de las personas se atendía en los centros de la SSA, pero esa proporción cayó al 9% en 2022.



### **Aumento del gasto en salud para los hogares**

El desembolso de recursos para la atención de la salud en los hogares se incrementó. En promedio, en 2022 los hogares gastaron 5,381 pesos anuales en salud, lo que supone un incremento de 31% respecto a 2018 (1,270 pesos).

Esta condición afectó particularmente a las personas de menores ingresos. Los hogares más pobres han tenido que destinar más del 30% de sus ingresos disponibles para atender la enfermedad crónica de algún miembro o para financiar algún tratamiento complejo.

En 2018, 2% de la población incurrió en gastos catastróficos. Esta cifra aumentó a 3.7% (1.3 millones de hogares) en 2020, en el contexto de la pandemia, y tuvo una ligera mejora en 2022, con 2.7% o 1 millón de hogares.



### **Desaceleración y recortes al gasto en salud**

Aunque en 2023 se prometió el gasto en salud más elevado de la historia, al cierre de año se erogaron 888 mil millones de pesos, un recorte de 3.4% (28 mil millones de pesos) frente al ejercido en 2022, aunque superior en 11.1% (80 mil millones de pesos) frente a 2018. La razón del retroceso radica en que los distintos sistemas del sector público federal dejaron de gastar, en su conjunto, 6.9% o 60 mil millones de pesos de los 868.1 aprobados para el año. Se trata del mayor recorte al gasto en salud registrado en los últimos 20 años, tanto en porcentaje como en magnitud total. Como porcentaje del PIB, el gasto en salud de 2023 representó sólo 2.5%, un nivel similar al de 2010 y muy por debajo del 6% que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, como porcentaje del gasto total, el de salud abarcó el 9.9%, el segundo nivel más bajo

del sexenio junto al de 2019, y similar a lo logrado en 2007 (9.2%). Para 2024 se aprobó un gasto federal en salud de 962 mil millones de pesos, el mayor monto registrado, pero queda por verse que se cumpla ese presupuesto.



### **Del Seguro Popular, al Insabi y ahora al IMSS-Bienestar**

En 2020 se eliminó el Seguro Popular y fue sustituido por el Insabi; no obstante, a mediados de 2023 se decretó la desaparición del Insabi para poner en operación el IMSS-Bienestar. Los cambios de los mecanismos para operar el acceso a servicios de salud no han sido acompañados de un incremento presupuestal: en 2024 el presupuesto aprobado para el IMSS-Bienestar es de 127 mil millones de pesos, 13.7% más que el Insabi en 2023, pero inferior a lo logrado por el Seguro Popular en 2012 y 2013. La reducción de recursos resulta de mayor impacto si consideramos que el IMSS-Bienestar atenderá a más personas que el Seguro Popular, es decir, habrá menos dinero para más personas: en 2024 el gasto por usuario del IMSS-Bienestar será de 1,812 pesos, una reducción de 4% (77 pesos) frente al último año del Seguro Popular, o de 27% (654 pesos) frente al máximo de 2012.



### **Eliminación de facto del Fonsabi**

El Fondo de Salud para el Bienestar, Fonsabi, - en tiempos del Seguro Popular conocido como el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS) - ya no se usa exclusivamente para financiar el tratamiento de enfermedades de alto costo, e infraestructura: en 2022 el financiamiento de enfermedades de alto costo cayó 99% frente al promedio del sexenio pasado. Además, el uso discrecional de este fondo ha distorsionado la contabilidad del gasto en salud. En 2021, el Insabi realizó transferencias al Fonsabi por 64.4 mil millones de pesos, los cuales fueron contabilizados como gasto efectivo en salud. Sin embargo, ese mismo año el Fonsabi regresó a la Tesorería de la Federación 101 mil millones de pesos, con lo que se perdió el

registro de los recursos, es decir, es imposible saber si se gastaron en salud. Luego, en 2022 el Insabi transfirió 49 mil millones de pesos al Fonsabi, que le regresó 72 mil millones de pesos a la Tesofe.

Es decir, por dos años consecutivos el gasto en salud estuvo inflado. Vale la pena apuntar que en 2022 sólo el 3.4% de los gastos a partir de este instrumento se orientaron a cumplir con su misión (financiar enfermedades catastróficas e invertir en infraestructura), mientras que el 91.9% fueron transferencias a la Tesorería de la Federación y el resto, transferencias al Insabi para gasto corriente.

Finalmente, los recursos dentro de este fideicomiso se redujeron a la mitad: al final del sexenio pasado registró 117 mil millones de pesos, pero al cierre de 2023 contó con sólo 41 mil millones de pesos, 65% (76 mil millones) por debajo de lo que tenía al cierre de 2018.

## Plan a corto plazo: cinco acciones rápidas

### 1 Vincular el gasto en salud a la población objetivo

El primer paso para garantizar un presupuesto público en salud suficiente, es limitar la discrecionalidad en la asignación de recursos al vincular el presupuesto aprobado al número de personas que se busca atender.

Con la transición del Seguro Popular al Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) se eliminó el financiamiento per cápita del sistema. Previo a 2019, la Ley

General de Salud (LGS) establecía la obligación de la Federación de aportar una cuota social<sup>2</sup> y una aportación solidaria federal<sup>3</sup>, medida en salarios mínimos, por cada afiliado<sup>4</sup>. Además, los estados debían hacer una aportación solidaria estatal por persona afiliada de al menos la mitad de la cuota social de la federación. Con la entrada en operación del Insabi se eliminó el financiamiento per cápita, ahora la Secretaría de Hacienda tendría que otorgar al Instituto el mismo monto del ejercicio fiscal anterior. No se establece si dicho monto se contabiliza en términos reales.

Con la transición hacia el Insabi la población objetivo del programa llegó a 66 millones de personas, aquellas sin seguridad social formal. Para 2024 la población objetivo del IMSS-Bienestar será cercana a los 71 millones de personas<sup>5</sup>. Pese al incremento en la población objetivo, el presupuesto no se ha incrementado en la misma proporción, con lo que hay menos recursos para más personas.

Es importante recuperar la vinculación del presupuesto del IMSS-Bienestar (o cualquier entidad en salud enfocada a las personas sin seguridad social) con el número de usuarios objetivo, ya que la ley actual se limita a obligar a la Secretaría de Hacienda a igualar el presupuesto del ejercicio fiscal anterior, una metodología que no se adapta a la dinámica de crecimiento poblacional ni epidemiológico. Programar y aprobar el presupuesto de salud con base en montos per cápita es necesario para cumplir con el principio de progresividad del presupuesto y evitar así que la brecha de acceso a servicios de salud entre la población se incremente.

A nivel internacional la OCDE (2023) recomienda implementar mecanismos para la ampliación automática de presupuesto en salud, mediante variables como el número de personas y los índices de precio, para evitar la politización de las negociaciones presupuestarias vinculadas a la salud<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Era un pago que el Gobierno federal realizaba por cada persona afiliada al Seguro Popular equivalente al 3.9% de un salario mínimo diario en la Ciudad de México.

<sup>3</sup> Eran pagos que las entidades federativas y la Federación hacían al Seguro Popular. Las entidades debían aportar por afiliado por lo menos la mitad del valor de la cuota social y la federación 1.5 veces la cuota social.

<sup>4</sup> Ley General de Salud 2013. Artículo 77 bis 12.

<sup>5</sup> Corresponde a la población objetivo más reciente del Insabi, ya que el IMSS-Bienestar no define una población objetivo en millones de personas.

<sup>6</sup> Por ejemplo, en Israel se contemplan incrementos mínimos al presupuesto en salud, no sólo basados en la inflación y en la población, sino en el desarrollo tecnológico y la adaptación de nuevos procedimientos médicos.



## Metas

-  Se modifica la Ley General de Salud para que el financiamiento del IMSS-Bienestar (o cualquier institución dedicada a atender a la población sin seguridad social formal) sea calculado en términos per cápita según la población objetivo del programa.
-  Se establece en la Ley Federal de Presupuestos y Responsabilidad Hacendaria que el gasto público en salud no podrá ser inferior al año anterior en términos reales para los capítulos de gasto de subsidios y transferencias, así como servicios personales. Los capítulos de inversión o servicios generales pueden variar según el contexto y mejoras administrativas.
-  En las Reglas de Operación del IMSS-Bienestar se establece la obligatoriedad de calcular e informar de forma anual, su población objetivo.

## 2 Mejorar la gobernanza del Fonsabi

Es preciso que el Fondo de Salud para el Bienestar mejore su gobernanza en cuanto al uso de sus recursos, la definición de las enfermedades que financia y la toma de decisiones al interior de su consejo técnico.

En primer lugar, limitar las disposiciones legales<sup>7</sup> que permiten que la Secretaría de Salud -y ahora el IMSS-Bienestar- manden recursos al Fonsabi y clasifiquen esa erogación como un gasto ejercido en salud, para posteriormente sacar los recursos del fideicomiso hacia la Tesorería de la Federación. Dichas disposiciones legales distorsionan la contabilidad del gasto ejercido en salud pues es imposible dar segui-

miento a los recursos que se regresan a la Tesofe por lo que se desconoce si el uso último del dinero fue efectivamente para la salud. El Gobierno debe rendir cuentas sobre el uso final de esos recursos.

En segundo lugar, es necesario que el Gobierno reporte el uso de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) que a partir de 2024 se depositan en el Fonsab<sup>8</sup>, siempre y cuando las entidades hayan firmado convenios de adición con el IMSS-Bienestar. Dichos informes tienen que incluir información sobre el gasto en nómina, compra de medicamentos, infraestructura y demás conceptos de gasto.

En tercer lugar, restringir el uso del Fonsabi para cuestiones ajenas al tratamiento de enfermedades catastróficas o el desarrollo de infraestructura. El Fonsabi se divide en tres fondos: atención de enfermedades de alto costo, atención de necesidades de infraestructura y complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos.

En la Ley General de Salud se establece la obligatoriedad de canalizar el 8% de las transferencias del Fonsabi al primer fondo, 2% al segundo y 1% al primero. No obstante, no hay limitantes para que los recursos de un fondo se usen para fines distintos, lo que ha provocado que el dinero se vaya a gasto corriente. Hay que normar el uso de los subfondos del Fonsabi. Si se desea usar el Fonsabi para gasto corriente en tiempos de emergencia, se debe fondear de manera específica.

Por otro lado, restablecer los mecanismos para que el Fonsabi financie la atención médica de enfermedades catastróficas. Para esto se debe publicar un catálogo preciso de las enfermedades a tratar que dé

<sup>7</sup> A partir de la reforma de noviembre de 2019, la Ley General de Salud establece en el artículo 77 bis 17 que “cuando el Fondo acumule recursos en un monto superior a dos veces la suma aprobada en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020 como aportaciones al Fideicomiso del Fondo de Salud para el Bienestar (32 mmdp), el remanente podrá destinarse a fortalecer acciones en materia de salud a través del reintegro de recursos correspondiente a la Tesorería de la Federación”. Por otro lado, en la Ley de Ingresos de la Federación 2021, 2022, 2023 y 2024, en artículos transitorios se ha establecido la obligación de que el Fonsabi transfiera recursos a la Tesorería, salvo que la Secretaría de Hacienda autorizara lo contrario.

<sup>8</sup> Según el Cuarto Transitorio de la Ley General de Salud de 2024, las entidades federativas que suscriban los convenios de coordinación (con el IMSS-Bienestar) continuarán recibiendo los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud y deberán transferir dichos recursos junto con los rendimientos financieros al Fonsabi.

certidumbre a los pacientes sobre los derechos que pueden exigir. Por ejemplo, en Chile, el Plan Universal a Garantías Explícitas (AUGE) garantiza la cobertura de 87 enfermedades a través de un fideicomiso llamado Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

Finalmente, corregir la opacidad y falta de pluralidad del Comité Técnico del Fonsabi, el cual se encarga de aprobar los egresos del Fondo y dar seguimiento a su desempeño y funcionamiento. Las actas y procesos de decisión del comité rara vez se hacen públicos, además de que no existe representación de organismos autónomos o de la sociedad civil<sup>9</sup>. Esto permite decisiones discrecionales como la salida de recursos del fideicomiso y que no se expliquen las decisiones sobre el ejercicio de sus recursos. Es necesario democratizar este comité técnico e introducir pesos y contrapesos; incluir la participación de universidades, organizaciones de pacientes y sociedad civil para fomentar el diálogo y hacer públicas las decisiones.

### Metas

- ✓ Se eliminan de la Ley General de Salud y de la Ley de Ingresos de la Federación las disposiciones que permiten traspasar recursos del Fonsabi hacia la Tesorería de la Federación.
- ✓ Se limita el uso de los subfondos del Fonsabi para cuestiones distintas a su objetivo (enfermedades de alto costo, infraestructura o gasto corriente).
- ✓ Se crea un catálogo claro de enfermedades catastróficas a financiar mediante el Fonsabi, con su respectiva estimación de costo financiero y respaldo presupuestal en el fideicomiso.

- ✓ Se implementan mecanismos de estimación y presupuestación para inclusión de nuevos padecimientos a tratar.
- ✓ Se modifica la conformación del Comité Técnico del Fonsabi para garantizar la participación de organizaciones de la sociedad civil bajo la figura de consejeros independientes sin derecho a voto y se establecen mecanismos de difusión de todas las decisiones del organismo.
- ✓ Se ordenan auditorías regulares e independientes sobre el uso de los recursos del Fonsabi en donde no sólo se evalúe el cumplimiento financiero sino su impacto social.

### 3 Ampliar la información presupuestaria en salud

Es importante profundizar la calidad de la información presupuestaria en salud, mediante la creación de reportes trimestrales y anuales en la materia; la creación de un anexo en salud sobre los recursos destinados a personas con y sin seguridad social, y el destino del gasto en salud por entidad federativa y el gasto per cápita.

En los reportes trimestrales y anuales se deberá detallar el avance en el ejercicio del gasto en salud aprobado y en caso de haber variaciones, dar una explicación detallada. El reporte no sólo tendrá que contener el gasto de las instituciones enfocadas a la atención en salud como el IMSS-Bienestar, IMSS o ISSSTE, sino presentar la evolución del uso de fideicomisos como el Fonsabi. Finalmente, es necesario que se establezcan mecanismos formales para que las organizaciones de la sociedad civil, universidades y asociaciones de pacientes, puedan sugerir acciones

<sup>9</sup> La composición del comité técnico del Fonsabi se establece en la Cláusula sexta del Contrato del Convenio Modificatorio al Fideicomiso Público de Inversión mediante el cual se creó el Fonsabi suscrito el 9 de marzo de 2020 (ASF, 2021). En dicho documento se establece que el comité técnico del Fonsabi está formado por el Director General del Insabi, con carácter de Presidente; el Coordinador de Financiamiento del INSABI y 6 miembros propietarios con voz y voto, siendo éstos el Coordinador Nacional de Administración y Finanzas; un Representante de la Secretaría de Salud; el Coordinador General de Apoyo a la Política Social de la Secretaría de Bienestar; el Titular de la Unidad del Programa IMSS - Bienestar del Instituto Mexicano del Seguro Social; el Director Normativo de Inversiones y Recaudación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; y el Subdirector de Salud del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. Desde 2021 no se han actualizado estas ROP, pese que el fideicomiso pasó a ser dirigido por el IMSS-Bienestar y se desconoce si cambió la composición del comité.



correctivas al gasto, según su evolución. Este tipo de mecanismos son comunes dentro de los países de la OCDE.

En México existen precedentes de este tipo de mecanismos: la Ley del Instituto Nacional de las Mujeres dice que el Instituto contará con dos órganos auxiliares de carácter honorífico, representativos de la sociedad civil: un Consejo Consultivo y un Consejo Social. Destaca la función del Consejo Social cuya función es ser un “órgano de análisis, evaluación y seguimiento de las políticas públicas, programas, proyectos y acciones que se emprendan en beneficio de las mujeres”.

Por otro lado, es indispensable que el Presupuesto de Egresos de la Federación, así como los reportes trimestrales y anuales, contengan nueva información que permita evaluar de mejor manera la evolución del gasto en salud.

1. Un anexo transversal de la protección de la salud, con el cual se informe sobre el gasto en salud para las personas con y sin seguridad social.
2. Un reporte del destino del gasto en salud por entidad federativa.
3. Un reporte del gasto per cápita nacional y por entidad.

Actualmente no existe una metodología oficial para agrupar el gasto de los distintos ramos y obtener el gasto real para las personas sin seguridad social. Hay programas como el IMSS-Bienestar del Ramo 19 que reporta todo su gasto en la Ciudad de México, es decir, no reporta de forma verídica su uso en otras entidades. Finalmente, los informes de fideicomisos tampoco reportan el gasto por entidad federativa. El resultado, es que actualmente no es posible saber si el gasto en salud se ejerce de una manera progresiva, enfocándose en aquellas regiones de mayor vulnerabilidad.

### Metas

- ✓ Se formaliza la publicación de informes trimestrales y anuales en salud.

- ✓ Los informes trimestrales, anuales y el paquete económico reportan el gasto en salud para las personas con y sin seguridad social, el gasto por entidad federativa y el gasto per cápita.

- ✓ Los reportes no sólo incluyen el gasto de las entidades públicas, sino también de sus fideicomisos.

## 4 Limitar los recortes y modificaciones presupuestales en salud

Es imprescindible limitar los recortes y modificaciones al presupuesto aprobado en salud durante el año fiscal. Actualmente, la SHCP tiene la facultad de modificar el presupuesto aprobado sin la autorización del Congreso, lo que facilita que el gasto total en salud y sus distintos componentes, sea reducido, limitando la garantía de este derecho humano.

Es una práctica común que la SHCP modifique al alza las transferencias a fideicomisos, lo que eleva el gasto total en salud, y al mismo tiempo haga recortes en conceptos como subsidios, servicios personales o servicios generales. En otras palabras, se simulan subejercicios mediante transferencias a fideicomisos. De 2019 a 2022 las transferencias a fideicomisos pagadas fueron en promedio 186% (36 mil millones de pesos) superiores a las aprobadas, pero el gasto en subsidios fue 21% inferior (15 mil millones). En términos generales en México es difícil saber cómo y cuándo se usan los recursos que llegan a fideicomisos, pero en el caso del Insabi, ahora IMSS-Bienestar, hay riesgo de que los recursos no se usen para salud.

Si descontamos las transferencias a fideicomisos, el gasto real en salud del Insabi en 2022 fue de 72.2 mil millones de pesos, es decir, se dejaron sin ejercer 13.9 mil millones, 16 % del total. El recorte no fue por la transición hacia el IMSS-Bienestar pues los recursos aprobados para esta institución fueron 23.7 mil millones, pero al cierre de 2022 su gasto sólo fue de 20.2 mil millones de pesos, 14.8% (3.5 mil millones) por debajo de la meta.

Otras instituciones con subejercicios importantes han sido el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, encargado del programa de

vacunación, el cual cerró 2022 con un gasto de 7.6 mil millones de pesos, 75% (22.7 mil millones) por debajo del presupuesto aprobado.

Por el contrario, en 2022, tanto el IMSS como el ISSSTE tuvieron un gasto superior al aprobado. Este resultado no es ajeno a las diferencias en la gobernanza de los sistemas de seguridad social versus los programas para personas sin seguridad social, las más marginadas. En el caso de los primeros, el Poder Ejecutivo no tiene el control absoluto de su presupuesto; de entrada, el financiamiento es tripartita (empleador, empleado y Gobierno). En el segundo caso sí tiene el control, porque estos programas dependen de la Secretaría de Salud, la cual es parte de la administración centralizada, y Hacienda tiene control directo de su presupuesto.

Para solucionar este problema es necesario establecer limitantes a las modificaciones del presupuesto en salud. En primer lugar, prohibir que el gasto total de las entidades enfocadas a la salud pública sea reducido libremente por la Secretaría de Hacienda. Para hacer recortes al gasto total el Ejecutivo deberá comparecer ante el Congreso y solicitar autorización. Además, las organizaciones de pacientes tendrán la posibilidad de asistir a las comparecencias, para escuchar las propuestas y discutir las implicaciones.

En segundo lugar, hay que normar las modificaciones al interior de los presupuestos de las dependencias enfocadas a salud:

**A)** Prohibir incrementos a las transferencias a fideicomisos aprobadas (salvo la aprobación expresa del congreso) ya que sirve para simular subejercicios.

**B)** Si se aumenta o reduce un capítulo de gasto en más de 10% se debe reportar una explicación en los informes trimestrales y anuales, y para modificar al alza o a la baja en más de 20% se debe pedir autorización del Congreso.

## Metas

- ✓ Se modifica la Ley General de Salud para prohibir la reducción del gasto total en salud, salvo que haya una comparecencia del Ejecutivo y una autorización del Congreso.
- ✓ Se establecen restricciones para la modificación al alza o a la baja los capítulos del gasto de los entes dedicados a la salud.
- ✓ Se prohíben incrementos a las transferencias a fideicomisos, salvo que haya autorización del Congreso y justificación del Ejecutivo.
- ✓ Se reporta el avance del gasto en salud de manera trimestral anual por capítulo: servicios personales, materiales y suministros, servicios generales, transferencias y asignaciones, etc. Además, se reporta el gasto total en salud de las distintas instancias sin contabilizar transferencias a fideicomisos.

## 5 Mejorar la calidad de los indicadores de los programas sociales e instituciones públicas de salud

La medición y seguimiento sobre la calidad de la atención de los servicios públicos de salud es un factor esencial para mejorar los resultados y garantizar este derecho (SSA, 2016). Para esto se requieren indicadores suficientes y oportunos que permitan evaluar el impacto de los programas presupuestarios enfocados a la salud. Sin embargo, en los últimos años ha habido retrocesos en la calidad y cantidad de indicadores en México, además de que de forma histórica se ha carecido de instrumentos que permitan evaluar de manera precisa procesos en la calidad de la atención en salud o vincular el presupuesto con las metas de mayor rezago.

En primer lugar, hay que destacar que programas clave de la Secretaría de Salud dejaron de dar seguimiento a indicadores de calidad importante. Por ejemplo, en 2018 en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)<sup>10</sup> del programa de Salud Materna,

<sup>10</sup> La Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) es una herramienta de planeación que identifica en forma resumida los objetivos de un programa, incorpora los indicadores de resultados y gestión que miden dichos objetivos; especifica los medios para obtener y verificar la información de los indicadores, e incluye los riesgos y contingencias que pueden afectar el desempeño del programa.



Sexual y Reproductiva existía un indicador que medía el número de mujeres de 24 a 64 años de edad tamizadas para cáncer cérvico uterino y para cáncer de mama. Dicho indicador no está disponible desde 2022. Asimismo, en el programa de Atención a la Salud se medía la tasa de mortalidad por cáncer de mama y por cáncer cervicouterino; en 2022 no se consideró esa medición.

En segundo lugar, no existen mecanismos que vinculen el desempeño de los indicadores de resultados a la asignación presupuestal. En países desarrollados como Irlanda (OCDE, 2023) se realiza un Reporte de Resultados al Parlamento que sirve para discutir el presupuesto en salud. La vinculación de los indicadores con el presupuesto en México permitiría identificar programas que no estén cumpliendo sus metas y considerar si es necesario un incremento presupuestal. De forma inversa, se podrían premiar programas con buenos resultados para incrementar su cobertura. Por ejemplo, en la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) 2022 del programa Atención a la Salud, uno de los principales programas en salud de la SSA, se refiere que la falta de personal evitó conseguir las metas de atención en consultas de por primera vez o para el seguimiento a la diabetes<sup>11</sup>, pero dichos resultados no fueron considerados para discusión presupuestaria.

En tercer lugar, faltan indicadores por padecimiento con una perspectiva histórica a largo plazo. Actualmente la MIR sólo se elabora por programa, no por tipo de padecimiento, lo que provoca que no haya un conjunto de indicadores para aquellos padecimientos que no tienen un programa rector. Por ejemplo, aunque existe un programa dentro de la SSA para atención de adicciones, control de sobrepeso, obesidad y diabetes, o prevención y atención del VIH/Sida, no existen programas para la atención en general del cáncer, enfermedades renales o cardiovasculares, por lo que los indicadores de atención para estas enfermedades, están dispersos en multitud de programas o son inexistentes. Además, no existe

un reporte histórico de indicadores por programa o por padecimiento, por lo que es difícil evaluar si los programas han mejorado o empeorado.

Finalmente, faltan indicadores clave de proceso que midan de mejor manera la calidad de la atención. En el caso del cáncer, anteriormente la MIR contemplaba indicadores como el número de servicios proporcionados o la tasa de mortalidad, pero no contenía (ni contiene ahora) indicadores de proceso, como el porcentaje de cánceres detectados según su etapa (temprana, media o metástasis) o intervalo entre la detección de una enfermedad e inicio de tratamiento. Es necesario incluir este tipo de indicadores que evalúan la rapidez en la atención para evitar el agravamiento de las enfermedades.

### Metas

- ✓ Se recuperan indicadores clave en salud que existían en las MIR pasadas en específico aquellos relacionados a enfermedades como cáncer, diabetes y otros padecimientos crónicos.
- ✓ Se crea la obligación de presentar un informe al Congreso durante la discusión presupuestaria sobre aquellos indicadores que no cumplieron sus metas anuales, para considerar si el resultado fue por falta de recursos.
- ✓ Se realiza un reporte histórico por programa y por padecimiento de los indicadores existentes en salud para facilitar su análisis.
- ✓ Se incorporan nuevos indicadores que evalúen la rapidez de la atención en salud.
- ✓ Se diseñan mecanismos de gobernanza para que la sociedad civil y universidades puedan cotejar la elaboración de los indicadores en salud.

<sup>11</sup> El Indicador número de consultas de primera vez otorgadas a la población sin seguridad social entre la población sin seguridad social, tuvo un avance del 54%, mientras que el indicador porcentaje de personas con diabetes mellitus con control glucémico, respecto del número de personas con diabetes mellitus sin seguridad social tuvo un avance de 81% de la meta anual.

- ✓ Se establece la obligación del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) de evaluar los reportes previamente mencionados.

## El mediano plazo: Cimientos para la transformación

### 1 Calcular el presupuesto en salud según enfermedades a tratar

Para asegurar un presupuesto público adecuado, no basta con vincular la aprobación de recursos públicos con la población objetivo; se requiere determinar el costo específico de las enfermedades que se buscan tratar.

Aunque era insuficiente, existe el antecedente del Catálogo Universal de Servicios de Salud (abreviado como Causes), que cubría 294 servicios que se financiaban con gasto corriente de la institución, en tiempos del Seguro Popular. Además, se contaba con el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS), con el que se cubrían 66 intervenciones de alto costo como cáncer, VIH/Sida, malformaciones congénitas o cuidados intensivos neonatales. La integración de servicios al Fideicomiso y el número de casos financiados se basaba en estudios actuariales que tomaban en cuenta el costo potencial de atención de enfermedades catastróficas y la atención subsecuente a los pacientes. De esta forma se calculaba cuántos casos se podían aprobar por año para mantener la solvencia del fondo. Retomar esta metodología sólo sería un primer paso, en realidad habría que considerar los siguientes costos para garantizar un presupuesto suficiente:

**A) Costos directos de atención médica:** Incluyen los gastos asociados al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Esto abarca consultas médicas, hospitalizaciones, medicamentos, cirugías, terapias y otros servicios de atención médica directa. Dentro de dichas estimaciones hay que calcular el costo por la atención de enfermedades específicas como el cáncer, diabetes, hipertensión, entre otras.

**B) Costos indirectos:** Comprenden pérdidas económicas derivadas de la enfermedad, como la disminución de la productividad laboral, los días de trabajo perdidos y los costos asociados con la discapacidad temporal o permanente.

**C) Costos de cuidados informales:** Involucran los gastos no remunerados relacionados con el cuidado de familiares afectados por la enfermedad. Un programa holístico de seguridad social debería prever el tiempo dedicado al cuidado, costos de transporte y otros gastos asociados con el apoyo no profesional.

**D) Costos de investigación y desarrollo:** Destinar un presupuesto para la investigación continua que desemboque en el desarrollo de tratamientos, vacunas y otros avances médicos.

**E) Costos de programas de prevención y promoción:** Incluyen el gasto en programas diseñados para prevenir o reducir la incidencia de la enfermedad, como campañas de vacunación, programas de educación para la salud, y medidas de prevención.

El cálculo de estos costos generalmente implicaría el uso de datos epidemiológicos, estadísticas de salud, registros médicos y estudios económicos. Los métodos podrán variar según la enfermedad y la disponibilidad de datos, pero la consideración integral de los diferentes aspectos de los costos permitirá obtener una imagen más completa del impacto económico de una enfermedad en un sistema de salud pública.

Finalmente, estas estimaciones se deben aplicar a largo plazo. Por ejemplo, en Australia cada cinco años se genera un Reporte Intergeneracional donde se proyecta el presupuesto en salud para los siguientes 40 años considerando factores como el crecimiento poblacional o cambios tecnológicos. En los Países Bajos cada ciclo fiscal se realiza una proyección de costos para los siguientes tres años para mantener la calidad de la atención médica, considerando la inflación, cambios demográficos y en los precios de los insumos médicos (OCDE, 2023).



## Metas

- ✓ La Secretaría de Salud crea una comisión encargada de analizar las necesidades presupuestales para garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social formal, donde incluya el costo de atención médica, así como costos indirectos, cuidados, prevención e investigación.
- ✓ La comisión tiene participación de universidades, organizaciones de la sociedad civil, asociaciones de pacientes, organismos internacionales y representantes de secretarías de salud de otros países.
- ✓ Una vez determinado el monto necesario para garantizar la atención de calidad de las personas sin seguridad social, se fija un periodo de transición para alcanzar el gasto en salud estimado.
- ✓ El Fonsabi realiza proyecciones actuariales sobre el costo de atención de enfermedades de alto costo, estima un saldo mínimo para garantizar la atención e instaura mecanismos para la suficiencia presupuestaria.

### 2 Establecer un plan de infraestructura a mediano plazo

Es indispensable un plan de infraestructura y equipamiento médico a mediano plazo que identifique las áreas geográficas de mayor vulnerabilidad y las principales carencias de equipamiento, y que determine las prioridades de inversión anuales.

A nivel internacional, los países diseñan planes de inversión según las principales carencias de infraestructura. Por ejemplo, en Austria existe un Plan Nacional de Equipamiento Médico que identifica los principales déficits en suplementos médicos. Las necesidades se determinan según el número de habitantes de cada región, los servicios ofrecidos por los hospitales de especialidad y los requerimientos de repuestos para mantener los equipos funcionando.

En los últimos años en México ha habido un estancamiento e incluso retrocesos en los indicadores de infraestructura médica. Según el Quinto Informe de Gobierno, en 2022 el total de unidades de consulta externa para la población no asegurada fue de 20 mil 92, una reducción de mil 138 frente a 2018. Las unidades de hospitalización fueron mil 494, 109 hospitales más, aunque inferior en 15 unidades respecto de 2020. Aunque hay una ligera mejora en las unidades de segundo y tercer nivel, las clínicas de primer nivel – que tienen una mayor dispersión geográfica y que favorecen las consultas preventivas- tienen un retroceso.

En 2022 había 2 mil 424 laboratorios de análisis clínicos, la misma cantidad que en 2018, y 44 mil 594 camas censables, más que en 2018, pero casi mil camas menos que en 2020.

Estos retrasos y estancamientos tienen una mayor relevancia cuando se analizan por entidad federativa. En 2022 a nivel nacional existían 0.8 consultorios por cada mil habitantes, pero en entidades como Chiapas la proporción es de 0.6 por cada mil, 0.9 en Oaxaca, 0.7 en Veracruz. Por otro lado, en la Ciudad de México se reportan 1.3 consultorios por cada mil habitantes, lo que refleja la inequidad en el acceso a infraestructura médica en salud. Por lo anterior, es prioritario crear un plan de inversión focalizado en las entidades más rezagadas.

En mayo de 2022 se publicó el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, el cual determina como principios para el desarrollo de infraestructura considerar el perfil epidemiológico de la población, la demanda de servicios y las capacidades existentes. Aunque este instrumento es un buen inicio de partida, no se incluyen los mecanismos para determinar objetivamente las necesidades en salud de las distintas entidades o centros de salud. Sobre todo, no se realiza un mapeo sobre los requerimientos presentes y futuros, no se exponen de manera clara los proyectos a realizar, no se presenta un estudio de impacto presupuestario y no se determinan mecanismos de financiamiento.

## Metas

- ✓ La Secretaría de Salud implementa un plan de inversión en salud a mediano (6 años) y largo plazo (15 años) donde se identifiquen las entidades con mayores rezagos en infraestructura médica en salud.
- ✓ El plan de inversión identifica las necesidades presupuestarias por estado y región.
- ✓ Se modifica la Ley General de Salud para que en el presupuesto anual de las entidades de salud, se le dé prioridad a las entidades más rezagadas, según el plan de inversión de la SSA.
- ✓ Se ponen en marcha mecanismos de identificación de carencias de equipos médicos bajo una estimación per cápita de cada centro de atención.
- ✓ Se crean programas de revisión y mantenimiento del equipo médico para evitar que los instrumentos queden fuera de operación.

### 3 Favorecer el esfuerzo fiscal de las entidades para que aporten al financiamiento del sector salud

La garantía del derecho humano a la salud no debe ser sólo responsabilidad de la Federación, sino que se requiere participación de las entidades federativas a partir de sus ingresos propios.

Previo a noviembre de 2019 -cuando existía el Seguro Popular-, la Ley General de Salud obligaba a las entidades federativas a realizar una aportación solidaria por persona de por lo menos la mitad de la cuota social que pagaba la Federación. Como se ha comentado anteriormente, la cuota social pagada por la Federación estaba indexada al salario mínimo y al número de afiliados, por lo que existía un mecanismo de financiamiento per cápita tanto de la Federación como de los estados.

Hay que precisar que dentro de la aportación social estatal no se podían contabilizar los recursos provenientes del Ramo 12 (Salud) ni del Ramo 33 (de Aportaciones). En otras palabras, los gobiernos debían cubrir estas cuotas mediante recursos propios ya fuera del Ramo 28 de Participaciones o mediante la recaudación local (SPSS, 2006). Lo anterior podía generar presiones fiscales en las entidades menos desarrolladas, pero al mismo tiempo era un incentivo a recaudar más.

En noviembre de 2019 se eliminó de la Ley General de Salud la disposición referente a la aportación solidaria y se determinó que las entidades federativas aportarían recursos sobre la base de acuerdos de coordinación. Es decir, aún se contempla la posibilidad de que las entidades aporten a la salud, pero la normatividad es más laxa.

## Metas

- ✓ Se establece en la Ley General de Salud la obligación de que las entidades realicen una aportación para el gasto en salud, calculado con base en las personas sin seguridad social de cada estado.
- ✓ La Secretaría de Salud realiza publicaciones trimestrales y anuales sobre el pago de las aportaciones estatales, donde se precise el monto y si los recursos fueron ministrados en tiempo y forma.
- ✓ Los estados hacen esfuerzos tributarios para el pago de las cuotas en salud y no dependen de las transferencias federales para cumplir con esta obligación.

### 4 Poner estándares procedimentales básicos para la atención en salud

En México no existe definición de tiempos de espera máximos para recibir tratamiento médico. Si bien algunas enfermedades como un trasplante de cadera pueden tener una lista de espera superior a los seis



meses, otras como el cáncer no pueden esperar. Uno de los padecimientos más preocupantes es el de leucemia linfoblástica aguda, la más común en niños, curable en 80% de los casos si se atiende a tiempo<sup>12</sup>.

La definición de tiempos máximos de espera para la atención médica es una práctica común. En Chile, por ejemplo, en el caso de cáncer de mama está determinado un tiempo máximo de 30 días para iniciar el tratamiento, después de contar con un diagnóstico. En el caso de leucemia en menores de 15 años, el tiempo máximo para iniciar quimioterapia es de 24 horas después de la confirmación médica (Superintendencia de Salud, 2024). En Inglaterra existe la meta de diagnosticar en menos de 28 días la existencia de cáncer luego de que existan sospechas médicas y de iniciar tratamiento no más de 62 días después del diagnóstico. Además, el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (NHS por sus siglas en inglés) tiene la obligación de reportar estadísticas mensuales sobre los tiempos de atención de todos los pacientes (NHS, 2023).

Por otro lado, se requiere actualizar las NOM en Salud y vincularlas al presupuesto<sup>13</sup>. Estas normas sirven para definir estándares de proceso para que los pacientes puedan defenderse en caso de una mala práctica médica. Según el Observatorio Global de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, únicamente el 25% de los países miembros de esta organización no cuenta con programas o guías para el tratamiento de algún tipo de cáncer.

Es imprescindible modificar la Ley General de Salud para que el presupuesto de los distintos programas de salud consideren los requisitos de atención señalados en las NOM. Debido a que estos instrumentos determinan de forma clara los procedimientos para la práctica médica, podrían servir de referencia para estimar los recursos necesarios para garantizar el acceso a la salud en los distintos subsistemas del gobierno.

## Metas

- ✓ La Secretaría de Salud crea un catálogo de tiempos máximos para la atención de la salud por distinto tipo de enfermedad y proceso médico (consulta por primera vez, diagnóstico y tratamiento).
- ✓ La Secretaría de Salud publica de manera trimestral y anual estadísticas sobre el tiempo de atención de los distintos padecimientos médicos y el cumplimiento de las metas.
- ✓ Las NOM en salud son actualizadas con la participación de universidades, organizaciones de pacientes y sociedad civil.
- ✓ Los parámetros de atención de las NOM son utilizados para determinar el costo de atención de cada enfermedad.

## 5

### Mejorar los mecanismos de vinculación entre el Gobierno y la sociedad civil

Se requieren mecanismos de colaboración técnica entre el Gobierno y la sociedad civil en temas de seguimiento presupuestal, compras públicas, proyectos de infraestructura, entre otros. La vinculación de la sociedad civil es esencial para garantizar la rendición de cuentas del ejercicio de los recursos públicos.

Actualmente hay instancias que lo permiten. Algunos ejemplos son el Consejo de Salubridad General (CSG), el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública o el Comité Nacional de Cáncer en la Mujer. Hay varios problemas en el diseño de estas consejos o comités, por ejemplo:

- A) no existe obligación de transparentar las discusiones realizadas al interior, ya sea mediante

<sup>12</sup> Octavio Gómez Dantés en México Evalúa (2023). El Ocaso del Fonsabi.

<sup>13</sup> En junio de 2023 se anunció la intención de cancelar 35 NOMs en salud. Sin embargo, la cancelación fue suspendida de forma provisional por una jueza federal. (Expansión 2023). Además, en julio de 2023 el subsecretario de salud, Hugo López Gatell, pospuso la cancelación de las normas. (Forbes, 2023).

minutas, videos o participación de los medios de comunicación.

**B)** Faltan mecanismos de rotación para las organizaciones de la sociedad civil participantes.

**C)** No hay obligación de realizar un mínimo de sesiones por año.

Por ejemplo, el Consejo de Salubridad General está conformado principalmente por representantes públicos y sólo prevé la participación de dos organizaciones de la sociedad civil como la Academia Nacional de Medicina de México y la Academia Mexicana de Cirugía (DOF, 2023). No hay representación obligatoria de asociaciones de pacientes, universidades o de otras organizaciones de la sociedad civil. Aunque el Consejo de Salubridad General emite comunicados de prensa, no existe la obligación de permitir el acceso a los medios de comunicación, transmitir el evento o emitir minutas detalladas.

Otro ejemplo es el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública, el cual tiene por objeto proponer, elaborar, revisar, aprobar, modificar, cancelar, publicar, difundir y promover el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas. Este comité contempla una mayor participación de sociedad civil como universidades, organismos internacionales, academias, y asociaciones civiles como la Cruz Roja Mexicana, Asociación Mexicana Pro-Lactancia Materna, Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente, entre otras. No obstante, faltan mecanismos para su rotación, lo que limita la representatividad del resto de la sociedad civil y permite la cooptación de las organizaciones registradas. Una parte positiva, es que las organizaciones de la sociedad civil tienen derecho al voto en las decisiones del comité, sin embargo, las universi-

dades, academias y asociaciones tienen 30 votos en conjunto y la administración pública centralizada cuenta con 40 votos. Finalmente, no existe la obligación de transparentar las discusiones.

### Metas

-  Se forma un comité de seguimiento presupuestal en salud conformado por representantes de la Secretaría de Salud, IMSS-Bienestar, IMSS, ISSSTE y SHCP, así como representantes de universidades, asociaciones de pacientes y otras organizaciones de la sociedad civil.
-  Se establece la obligatoriedad de sesionar de manera trimestral para la discusión de la evolución del presupuesto en salud, compras públicas y proyectos de inversión.
-  Se crea un mecanismo de rotación para las organizaciones de la sociedad civil, universidades, y asociaciones de pacientes.
-  Se determina la obligatoriedad de publicar las discusiones y testimonios de los participantes y se crea una página de internet donde se publican el video y la minuta de la sesión.

Para garantizar el derecho humano a la salud no basta con que esté plasmado en la Constitución, requiere mejorar la gobernanza de las políticas públicas en todos los niveles. El camino por recorrer en México es largo y en más de una materia: presupuestación, ejercicio y rendición de cuentas del gasto en salud, evaluación y transparencia. Sin implementar cambios en todos estos niveles, difícilmente se logrará prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades de manera eficiente.



# Referencias

- Auditoría Superior de la Federación (ASF) (2019). Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. Auditoría de Desempeño 174-DS
- Auditoría Superior de la Federación (2021) Instituto de Salud para el Bienestar. Equipamiento de Unidades Hospitalarias en el Estado de Tamaulipas. Auditoría De Cumplimiento: 2020-1-12U00-19-0241-2021. Recuperado de: [https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2020c/Documentos/Auditorias/2020\\_0241\\_a.pdf](https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2020c/Documentos/Auditorias/2020_0241_a.pdf)
- Cuenta Pública 2022. Sistema de Evaluación de Desempeño. Recuperado de: <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/en/CP/Anexos/TIII-2022>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2023). Applying good budgeting practices to health. Recuperado de: [https://one.oecd.org/document/GOV/SBO\(2023\)19/en/pdf](https://one.oecd.org/document/GOV/SBO(2023)19/en/pdf)
- OMS. The Global Health Observatory. Existence of evidence based national guidelines/protocols/standards for the management of cancer. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/existence-of-evidence-based-national-guidelines-protocols-standards-for-the-management-of-cancer>
- Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (2018). Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/290290/Reglas\\_de\\_Operacion\\_actualizadas\\_FSPSS.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/290290/Reglas_de_Operacion_actualizadas_FSPSS.pdf)
- Secretaría de Salud. Desarrollo de Indicadores de Calidad para la Salud en México: Métodos y manual de proceso. Primera Edición desarrollada por NICE International y la Universidad de Manchester. 2016.
- Presidencia de la República (2023). Quinto Informe de Gobierno. Recuperado de: <https://www.gob.mx/quintoinforme>
- Diario Oficial de la Federación (2022). Acuerdo por el que se establecen los Criterios Generales para el Desarrollo de Infraestructura en Salud. Recuperado de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5651008&fecha=04/05/2022#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5651008&fecha=04/05/2022#gsc.tab=0)
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2023). Decreto por el que se expide el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Recuperado de: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5711276&fecha=13/12/2023#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5711276&fecha=13/12/2023#gsc.tab=0)

- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2022). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública. Recuperado de: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5670103&fecha=31/10/2022#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5670103&fecha=31/10/2022#gsc.tab=0)
- Sistema de Protección Social en Salud (2006) Evaluación financiera. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/spss-tomoll.pdf>
- Superintendencia de Salud de Chile (2024) Garantías Explícitas en Salud (GES). Problemas de Salud. Recuperado de: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index>
- National Health Service England (NHS). Statistical work areas. Recuperado de: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/cancer-waiting-times/>
- Expansión (2023) Jueza suspende proceso de cancelación de 35 Normas Oficiales de salud. <https://politica.expansion.mx/mexico/2023/08/01/jueza-suspende-proceso-de-cancelacion-de-35-normas-oficiales-de-salud>
- Forbes (2023) Posponen cancelación de 34 normas oficiales de salud; Concamin celebra diálogo. <https://www.forbes.com.mx/posponen-cancelacion-de-34-normas-oficiales-de-salud-concamin-celebra-dialogo/>
- México Evalúa (2023). El peor momento para cancelar las NOM en salud. Recuperado de: [https://numerosdeerario.mexicoevalua.org/2023/06/19/el-peor-momento-para-cancelar-las-nom-en-salud/#\\_ftn3](https://numerosdeerario.mexicoevalua.org/2023/06/19/el-peor-momento-para-cancelar-las-nom-en-salud/#_ftn3)
- México Evalúa (2023). El Ocaso del Fonsabi. Recuperado de: <https://www.mexicoevalua.org/el-ocaso-del-fonsabi/#:~:text=En%202019%2C%20el%20primer%20a%C3%B1o,se%20desplom%C3%B3%20hasta%20318%20mdp>
- Santos Regino Uscanga (2023). Evaluación y Mejora en la Lucha contra el Cáncer en México con base en la gobernanza y una política de gobierno abierto.
- Ley del Instituto Nacional de las Mujeres (2023). Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtvs/1po/oct/instnal-mujeres.htm#:~:text=%2D%20El%20Instituto%20contar%C3%A1%20con%20dos,el%20marco%20de%20esta%20Ley>



**POLÍTICAS PÚBLICAS A LA MEDIDA** es resultado del esfuerzo de los integrantes de México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas. La investigación, el análisis y la redacción no hubieran sido posibles sin la participación de cada miembro del equipo:

**Mariana Campos**

Directora de México Evalúa

**Eréndira Avendaño**

Subdirectora de operaciones

**Jorge Cano**

Coordinador del Programa de Gasto Público

**Chrístel Rosales****Susana Camacho**

Coordinadoras del Programa de Justicia

**Ana Lilia Moreno**

Coordinadora del Programa de regulación y Competencia

**Armando Vargas**

Coordinador del Programa de Seguridad

**Marco Fernández**

Coordinador del Programa de Anticorrupción y Educación

**Felipe Soto**

Coordinador editorial

**Miguel Cedillo**

Editor gráfico

**Priscila García**

Comunicación

**Mariana Villalobos, Kenia Chávez y Cinthia Galán**

Equipo de comunicación

**Ixchel Cisneros**

Líder de proyecto

**Galia García-Palafox**

Editora

**Michelle Acosta**

Diseño

**Viridiana Ramírez**

Redes sociales



**Queremos agradecer a los autores de los cuadernos:**

Paola Berenzon, David Blanc, Alejandra Hernández, Laurence Pantin, Marey Silva, Ramiro Suárez, Friederike Strub.

**También extendemos nuestra gratitud a quienes en su momento aportaron su trabajo y conocimiento en apoyo a este proyecto:**

Adriana Aguilar, Jorge Carbajal, Elsy Cortes, Pablo García, Céline González, Noemí Herrera, Sandra Ley, Viviana Patiño, Alberto Pérez, Roberto de la Rosa, Carlos Vázquez.

**Esta serie de cuadernos es una muestra del trabajo que México Evalúa ha impulsado durante sus primeros quince años examinando y proponiendo políticas públicas para un México mejor.**

Agradecemos a los donantes que nos han acompañado a lo largo de este camino, y especialmente a quienes han apoyado el trabajo que presentamos en esta serie. Entre ellos: la Fundación Konrad Adenauer, la Fundación William y Flora Hewlett, la Agencia de EE. UU. para el Desarrollo Internacional (USAID), el Centro Internacional para la Empresa Privada, La Iniciativa Climática de México, Atlas Network, y la Fundación Friedrich Naumann. En específico, la publicación de esta serie fue posible gracias al apoyo de la Fundación Nacional para la Democracia (NED por sus siglas en inglés).

México Evalúa acepta financiamiento de instituciones que respetan su autonomía intelectual y comulgan con su agenda. El contenido de este reporte es responsabilidad de México Evalúa y no necesariamente refleja el punto de vista de sus financiadores.

Todos los derechos reservados.



[mexicoevalua.org](http://mexicoevalua.org)