

El Sistema de Salud de México:

Evaluación de las disparidades en la atención de salud y la eficacia del sistema

Samantha Webber

Department of Spanish, Clemson University

SPAN4180; Technical Spanish for Health Management Professionals

Dr. Arelis Moore

December 5, 2023

Resumen

Este artículo científico se centra en el sistema de salud mexicano, una entidad compleja con una rica evolución histórica. Su objetivo es profundizar en su modelo organizativo, las reformas sanitarias, los esfuerzos de descentralización, las dimensiones económicas y la evaluación general, abordando cuestiones críticas de investigación. A través de una revisión exhaustiva de la literatura que incorpora fuentes creíbles como artículos, informes gubernamentales y análisis estadísticos, el artículo arroja luz sobre la evolución de la atención médica en México. A pesar de los avances logrados en la mejora de la exhaustividad, persisten los desafíos para garantizar un acceso equitativo y la asequibilidad. Si bien la descentralización ha traído estabilidad dado el tamaño de México, problemas como la asignación corrupta de recursos y la cobertura inadecuada de seguros, particularmente en las zonas rurales, ponen de relieve las graves disparidades en la atención médica. El análisis central se centra en investigar estas disparidades y evaluar la efectividad del modelo del Seguro Nacional. A pesar de un sistema de salud generalmente estable, México lidia con continuos problemas de asequibilidad y equidad a pesar de su fuerte economía. La disparidad entre el gasto sanitario asignado y los costes reales soportados por los ciudadanos subraya la necesidad de mejorar. Este artículo navega por el panorama de la salud en México, haciendo énfasis en su trayectoria histórica, reformas estructurales y dimensiones económicas. Si bien se ha avanzado en la mejora de la exhaustividad y la estabilidad del sistema, los desafíos persistentes ponen de relieve la necesidad imperiosa de realizar mejoras estratégicas para garantizar un acceso equitativo y la asequibilidad para todos los ciudadanos.

Introducción

México, posicionado en América del Norte, cuenta con una importancia histórica significativa como el tercer país más grande de América Latina, hogar de más de 130 millones de personas. Gobernada como una república federal con dos cámaras legislativas, el idioma principal de la nación es el español. Su robusta economía hace hincapié en servicios como el comercio, el transporte, las finanzas y el gobierno (México - Tendencias demográficas, 2019). La historia del país, profundamente arraigada en aspectos culturales, abarca desde civilizaciones antiguas como los olmecas, mayas y aztecas hasta la llegada del explorador español Hernán Cortés en el siglo XVI, marcando casi tres siglos de dominio colonial español (History.com Editores, 2020). México aseguró su soberanía a través de la Guerra de Independencia a principios del siglo XIX, mientras que el siglo XX fue testigo de la Revolución Mexicana, que catalizó importantes cambios sociales y políticos. En la actualidad, México se erige como una nación impregnada de una rica cultura y características distintivas (History.com Editores, 2020).

El perfil demográfico de México influye significativamente en su panorama de salud. Una distribución de edad variada, con una importante demografía juvenil y una creciente población de edad avanzada, da forma a las demandas de atención médica. La distribución de género es bastante equilibrada, ya que tanto hombres como mujeres contribuyen al sistema de salud (Worldometer, 2019). La diversidad de la población abarca diversas razas y etnias, incluidas las comunidades indígenas y mestizas, lo que da lugar a disparidades en materia de salud y a diferentes necesidades de atención sanitaria entre los grupos étnicos (Britannica, 2019). La importante brecha entre las zonas urbanas y rurales influye en la accesibilidad a la atención sanitaria, ya que las zonas urbanas suelen ofrecer un mejor acceso a la atención sanitaria. Además, México alberga una notable población inmigrante de países vecinos, lo que agrega

complejidad a la prestación de atención médica y requiere la consideración de sus necesidades únicas de atención médica (Britannica, 2019). Comprender y abordar estos factores demográficos es esencial para adaptar los servicios de salud de manera efectiva para satisfacer las diversas necesidades de salud de la población mexicana.

El perfil socioeconómico de la población mexicana es fundamental para entender su sistema de salud. En 2022, el PIB per cápita de México mostró tendencias positivas, lo que indica un crecimiento económico sostenido (Comité de Comunicación Electrónica de Información, 2022). Sin embargo, el porcentaje del PIB destinado a la salud fue del 5,5% en 2022 (Statista, 2018). El gasto en educación, que abarca tanto el sector privado como el público, representó el 6,7% del PIB de México en 2020 (GlobalData Plc, 2020). Estas cifras representan la asignación de recursos, pero no determinan únicamente la calidad y accesibilidad de la atención médica. Un enfoque holístico es esencial, ya que múltiples factores contribuyen a la eficacia del sistema sanitario. Las disparidades de ingresos dentro de la población mexicana son sustanciales. En 2022, el 10% más rico de la población ganaba casi 20 veces más que el 10% más pobre. Por ejemplo, las personas con mayores ingresos ganaban en promedio alrededor de 20.339 pesos mexicanos mensuales, mientras que las personas con menores ingresos ganaban casi 1.191 pesos mensuales (Statista, 2022). El Coeficiente de Gini sirve como indicador de la distribución del ingreso, y el puntaje de México de 54.6 en 2020 refleja una desigualdad significativa del ingreso (México, 2020). Estas disparidades de ingresos tienen un impacto sustancial en el acceso y los resultados de la atención médica, lo que puede generar desafíos relacionados con la equidad y la igualdad en la salud. El acceso a servicios esenciales como la atención médica, el agua potable y la educación en México presenta un panorama multifacético. Si bien los esfuerzos han ampliado la cobertura de atención médica, el acceso sigue siendo

limitado en las comunidades rurales o marginadas. El acceso al agua potable ha mejorado, pero las zonas rurales se enfrentan a problemas de calidad del agua. Las estadísticas revelan que solo el 58% de la población tiene acceso diario a agua entubada. Además, aproximadamente 6 millones carecen de acceso a agua potable y 11 millones carecen de servicios de saneamiento (Universidad Nacional Autónoma de México, 2022). En materia de educación, México ha avanzado en la mejora del acceso a la educación primaria y secundaria, pero persisten disparidades, especialmente en el caso de las comunidades desfavorecidas.

México tiene una profunda historia de salud pública y sistemas de salud. La Universidad de Columbia ofrece un relato detallado de la historia de México, remontándose a su independencia de España en 1821, marcando el inicio del desarrollo del sistema de salud. En la década de 1800, México tenía pocas regulaciones con respecto a la atención médica y los hospitales. Sin embargo, después de la Revolución Mexicana en 1917, la nación adoptó una constitución con una fuerte orientación social hacia las políticas de educación, trabajo y salud. El sistema de salud ganó estabilidad con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943, que brindó beneficios sociales y de salud a los trabajadores del sector formal. Durante este tiempo también se establecieron la Secretaría de Salud y el Hospital Infantil Mexicano. Posteriormente, se conformó otra organización fundamental, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para los empleadores del gobierno. El sistema de salud de México experimentó una rápida expansión en la década de 2000 con adiciones como el Seguro Popular y los aspectos del Sistema Universal de Salud (Universidad de Columbia, 2020).

El sistema de salud mexicano, con sus aspectos complejos y su extensa historia, constituye el eje central de este artículo científico. Profundiza en el sistema de salud de México,

abordando los modelos organizacionales, las reformas de salud, la descentralización, la transferencia de competencias, las dimensiones económicas y la evaluación de sistemas. La investigación gira en torno a varias preguntas clave: ¿Cuáles son los principales determinantes de las disparidades en la atención médica en México y cómo se pueden abordar para mejorar la eficacia general del sistema? ¿Es el modelo del Seguro Nacional de Salud demostrablemente efectivo para abordar estos intrincados desafíos de atención médica? Para responder a estas preguntas, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura que incorporó diversas fuentes como artículos, informes gubernamentales, análisis estadísticos y fuentes creíbles. La inclusión de datos estadísticos garantiza la credibilidad, mientras que la exclusión de fuentes poco fiables garantiza la exactitud de la información. Comprender la estructura del sistema de salud de México, junto con sus diversos componentes, es un paso inicial crucial.

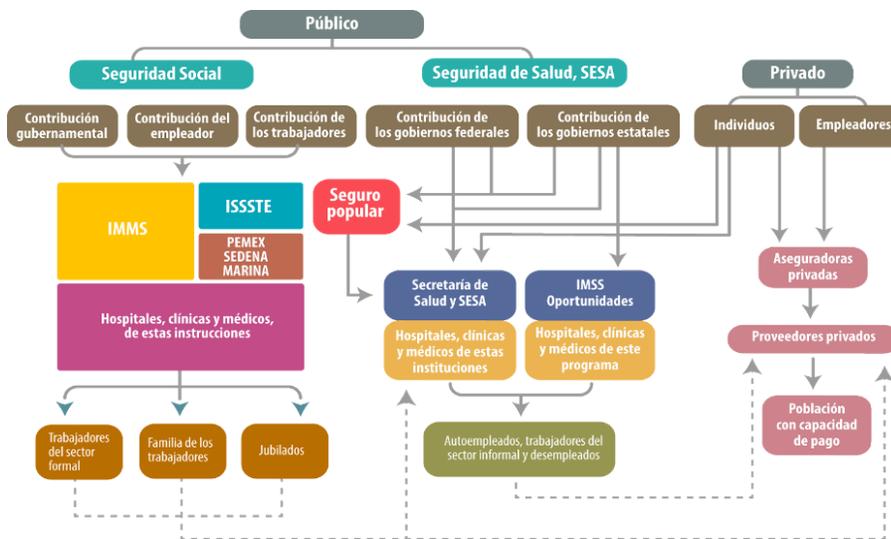
El Modelo de Organización del Sistema de Salud Mexicano

El modelo del sistema de salud de México es muy intrincado, con muchos sectores y organizaciones complejas. Aunque el modelo de sistema de salud de México está organizado con base al de Seguro Nacional de Salud (Figura 1), contiene más aspectos que otros modelos de sistemas de salud en América Latina. Se divide en dos sectores, el público y el privado. (Allianz, s.f.)

El sector público comprende 2 subsectores, Seguridad Social y Seguridad en Salud (SESA). El Seguro Social en México es un derecho que tiene todo trabajador. Asegura que los trabajadores tengan acceso a la atención médica y garantiza sus ingresos en caso de enfermedad o maternidad. Esta parte del sector público se centra en un sistema de seguridad social diseñado para proporcionar protección financiera y acceso a los servicios de salud a las personas que reúnan los requisitos y a sus familias. Las fuentes que se incluyen en este ámbito son la

contribución del gobierno, la contribución del empleador y la contribución del empleado. Esto significa que estos grupos de personas son la principal fuente de hacer posible la Seguridad Social. Son varios los fondos y entidades que conforman la Seguridad Social. (Dantés, 2011) Entre ellas se encuentran Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional de México (SEDENA) y Secretaría de Marina (MARINA).

Figura 1: Modelo de Organización del Sistema de Salud de México (enfermeriacelayane, 2018)



La organización más grande es el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), el sistema de seguridad social de México. Es una organización gubernamental que asiste a la salud pública y la seguridad social en México que opera bajo la Secretaría de Salud. Desde su creación en 1943, el IMSS ha sido la principal institución en México dedicada a la salud y la seguridad social. Hay muchas cosas que hace el IMSS, pero se enfocan en la investigación y la pericia médica para mantener una gestión sólida. Al hacer esto, pueden garantizar una sensación de seguridad y estabilidad para los empleados y sus familias. También se aseguran de que haya recursos para los beneficios de jubilación de sus miembros, lo que permite a los ciudadanos trabajar sabiendo que están cubiertos. Actualmente, más de la mitad de la población mexicana

está conectada a esta institución, lo que la convierte en la más grande de su tipo en América Latina. (Gobierno de México, s.f.)

La otra entidad principal es el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Esta es una organización del gobierno federal en México que administra parte de los sistemas de salud y seguridad social de México, y brinda asistencia en casos de invalidez, vejez, jubilación anticipada y muerte a los trabajadores federales. El ISSSTE tiene como objetivo contribuir a "satisfacer los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares con beneficiarios, con la provisión efectiva y eficiente de seguros, prestaciones y servicios, con esmerada atención, respeto a los derechos humanos, no discriminación e igualdad de género". (Gobierno de México, s.f.) El ISSSTE tiene como objetivo salvaguardar a los empleados de la Administración Pública Federal, jubilados, pensionados y sus familias. Esta garantía incluye la prestación de seguros, prestaciones y servicios apegados a la normativa vigente. El ISSSTE se compromete a brindar estos servicios con calidad estandarizada y un enfoque compasivo, manteniendo al mismo tiempo la estabilidad financiera. (Gobierno de México, s.f.)

Aunque el IMSS y el ISSSTE son muy similares en el sentido de que ambos brindan seguridad social, existen diferencias clave. La mayor diferencia es que los trabajadores afiliados al ISSSTE son únicamente trabajadores del gobierno, mientras que el resto de la población, como los trabajadores del sector privado, están afiliados al IMSS. Los servicios que se ofrecen en el IMSS y el ISSSTE son los mismos, en los que ambos tienen acceso a los principales servicios que cubren su cuota obligatoria como: el aseguramiento de medios de vida básicos, servicios sociales esenciales para el bienestar individual y colectivo, la provisión de una pensión garantizada por el Estado y la atención médica para dolencias menores, emergencias y

accidentes. Sin embargo, el IMSS hace énfasis principalmente en los servicios de salud, mientras que el ISSSTE no solo se enfoca en la salud, sino que también extiende sus servicios para mejorar la calidad de vida general de sus beneficiarios, incluyendo la oportunidad de tener una vivienda propia u otras necesidades. Por último, el IMSS contiene más beneficiarios, porque cubre a una mayor gama de personas y presta más servicios. (Vitalis, 2021)

Entre las entidades más recientes en este sector se encuentran Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR). Los empleados de estas tres instituciones son responsables colectivamente de brindar servicios de salud al 1% de la población con seguridad social. Esta atención médica se ofrece en las clínicas y hospitales de PEMEX y de las Fuerzas Armadas, con su propio personal médico dedicado compuesto por médicos y enfermeras. (Dantés, 2011) Los proveedores de la Seguridad Social incluyen hospitales, clínicas y médicos, mientras que los usuarios son trabajadores del sector formal, familia de los trabajadores y jubilados.

El otro subsector del sistema de salud de México es la Seguridad de Salud, SESA. Las fuentes son las contribuciones de los gobiernos federales y los gobiernos estatales. Aunque este subsector incluye el IMMS y la Secretaría de Salud, el fondo principal es una organización llamada Seguro Popular. El Seguro Popular se lanzó en 2003 y su objetivo principal era extender la cobertura de salud a millones de mexicanos que antes no tenían seguro o tenían un seguro insuficiente. Este fue un gran paso en la historia de México para mejorar el acceso a la atención médica, particularmente para las poblaciones marginadas y de bajos ingresos. Sin embargo, Seguro Popular ha enfrentado desafíos relacionados con el financiamiento, la equidad y la calidad de los servicios de salud. (Banco Mundial, 2015) Los proveedores del Seguro Popular incluyen hospitales, clínicas y médicos, mientras que los usuarios incluyen autoempleados,

trabajadores del sector informal y desempleados. El sector privado del sistema de salud incluye fuentes de individuos y empleados. La financiación proviene de compañías de seguros y proveedores privados. Los usuarios son la población con capacidad de pago por servicios privados. Sin embargo, esto puede ser un gasto costoso.

Las reformas del sistema de salud en México

Si bien el Seguro Popular se erige como una reforma significativa, el conflicto actual se centra en su estado actual, las reformas de reemplazo en curso y su efectividad general para satisfacer las necesidades de atención médica. En 2020, el presidente López Obrador lanzó la última iniciativa de reforma de salud, detallada en un artículo de Carole H. Browner y Gustavo Leal Fernández. El programa SABI (Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar), administrado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), pretendía sustituir al Seguro Popular. La implementación de SABI comenzó el 1 de enero de 2020, con un enfoque principal en lograr la cobertura universal de salud, asegurando que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan sin incurrir en cargas financieras significativas. Esta reforma tenía como objetivo reducir los gastos directos de atención médica y mitigar el riesgo de que las personas caigan en la pobreza debido a los costos relacionados con la salud. El sistema de salud se fijó el ambicioso objetivo de alcanzar la cobertura nacional para 2024 (Browner y Fernandez, 2022). Sin embargo, el programa SABI se suspendió en 2023, dejando la reforma de salud de México en un estado vulnerable. Se ha creado un organismo gubernamental de reciente creación, el IMSS-Bienestar, asociado al IMSS. Bajo el liderazgo del presidente López Obrador, el gobierno mexicano ha adoptado un enfoque de prueba y error para la reforma del sistema de salud, desmantelando algunas políticas y programas de salud introducidos por administraciones anteriores, al tiempo que reemplaza o pone fin a otros. (Browner y Fernandez, 2022; Juárez,

2022) En la actualidad, México enfrenta desafíos en la reforma del sistema de salud y está cambiando su enfoque hacia un Sistema de Salud Universal, donde los servicios de salud se financian a través de impuestos generales, divergiendo de la ruta tripartita utilizada por las instituciones de seguridad social. Esta reforma tiene como objetivo realizar cambios significativos en el sistema de salud mexicano, particularmente en términos de accesibilidad, protección financiera y equidad (Juárez, 2022). Sin embargo, esto no significa una transición hacia un verdadero Sistema Universal de Salud; más bien, indica un movimiento hacia un concepto similar. Los gobiernos a menudo afirman cambios en los sistemas de salud, pero estas afirmaciones no siempre se alinean con la transformación real que se está produciendo. De acuerdo con un trabajo realizado por Unger-Saldaña, el gobierno está encontrando dificultades, particularmente en medio de un período de transición con las próximas elecciones presidenciales. Dado el estado actual de cambio, la evidencia disponible para evaluar la efectividad del nuevo programa o para proporcionar información detallada es limitada. La eliminación del Seguro Popular planteó desafíos para la población mexicana sin seguro médico. Si bien amplió el acceso a servicios de salud esenciales y de alto costo, el financiamiento se produjo principalmente en centros de salud existentes supervisados por las secretarías de salud estatales y el Ministerio de Salud federal (Unger-Saldaña et al., 2023). A pesar de sus éxitos, el Seguro Popular tuvo impactos mixtos en la protección financiera y la efectividad del tratamiento.

La evaluación de las reformas de salud implica la evaluación de varios aspectos, como los resultados de salud, las protecciones financieras y la satisfacción pública. A pesar de la mejora en el acceso al tratamiento del cáncer de mama a través del Seguro Popular, México observó patrones consistentes en los estadios del cáncer y en las tasas de supervivencia de los cánceres de mama, leucemia infantil y próstata (Unger-Saldaña et al., 2023). Los hospitales

acreditados lograron algunas mejoras en la calidad, pero persistieron problemas como los retrasos en las derivaciones. Las inscripciones en el Seguro Popular aumentaron hasta el 2018, con una expansión continua en los tratamientos contra el cáncer infantil. Durante este período se introdujeron esfuerzos para mejorar la rendición de cuentas fiscal (Unger-Saldaña et al., 2023).

Los procesos de descentralización de la gestión del sistema de salud de México

La descentralización implica el cambio de la autoridad política, económica y administrativa de los gobiernos centrales a los gobiernos locales (incluye cita de la definición aquí). Este cambio es significativo, ya que adapta los servicios de atención médica a las necesidades únicas de las comunidades, haciéndolos más personalizados. Hay tres métodos principales de descentralización: desconcentración, delegación y devolución (Yuliani, 2004). En la historia de la descentralización de México, el país ha adoptado predominantemente las formas de delegación y desconcentración (Montevideo, s.f; Homedes y Ugalde, 2009).

La delegación es la transferencia de autoridad, funciones y/o recursos a una institución autónoma, ya sea privada, semipública o pública (Cita). En México, el sistema de salud delegó en el Consejo Nacional de Población (CONAPO), una fundación privada, los servicios de El CONAPO comenzó como un organismo descentralizado dependiente de la Secretaría de Gobernación (SEGOB) tras la reforma de la Ley General de Población el 27 de marzo de 1974 (Montevideo, s.f.). El gobierno delegó estratégicamente programas específicos relacionados con la población y autoridad para la toma de decisiones al CONAPO, otorgándole mayor autonomía y recursos. Esta decisión permitió que el CONAPO funcionara de manera independiente, ofreciendo una mayor flexibilidad en la toma de decisiones y en la asignación de recursos (Mojarro et al., 2011). Este cambio permitió al CONAPO adoptar un enfoque más especializado y focalizado en las preocupaciones de la población, con énfasis en la Planificación Demográfica

Nacional (Gobierno de México, 2019). El Gobierno de México menciona que el CONAPO, a través de su Secretaría General, realiza estudios cruciales y proporciona datos vitales. Esta información ayuda a los diferentes niveles de gobierno a crear políticas impactantes para mejorar la calidad de vida de la población mexicana. Al centrarse en la transferencia de responsabilidades junto con las correspondientes asignaciones de recursos, el CONAPO ha logrado un éxito notable. La agencia ha extendido su alcance a las regiones municipales, abordando de manera efectiva diversos desafíos demográficos, incluido el crecimiento de la población, la migración, la urbanización y el desarrollo social (Gobierno de México, 2019).

En el pasado, ha habido grandes casos de éxito de desconcentración. La desconcentración es la transferencia de funciones y/o recursos a las áreas regionales del gobierno central. En un estudio realizado por Homedes y Ugalde (2009), investigaron diferentes reformas de descentralización a lo largo de 25 años. En 1994, el gobierno inició una iniciativa de reforma conocida como "El Nuevo Federalismo", en la que la desconcentración fue uno de los componentes clave del programa. En 1999, todos los estados y el Distrito Federal habían aprobado formalmente el nuevo acuerdo de descentralización. Hubo una desconcentración de recursos y responsabilidades del gobierno central al sistema de salud estatal. Las funciones tributarias estaban dispersas, provenientes del gobierno federal, el gobierno estatal y las tarifas de los usuarios. Hubo una gran descentralización del poder de decisión. Los estados obtuvieron cierto control sobre el personal, en el que podían transferir y despedir personal, y recomendar nuevas contrataciones federales. Los estados tienen un margen considerable para determinar cómo utilizar los fondos federales que reciben, con la excepción de los fondos destinados a los recursos humanos. Sin embargo, tienen la flexibilidad de hacer uso de los fondos de personal no utilizados a su discreción. También contaban con un gran número de funciones de mantenimiento

y compra de insumos, lo que les permitía tomar decisiones orientadas a las necesidades de su propia comunidad. (Homedes y Ugalde, 2009) El modelo utilizado fue la transferencia de responsabilidades con la correspondiente transferencia de recursos, lo que demuestra que la efectividad de contar con ambas funciones marcan la diferencia en el éxito de los procesos de descentralización.

Dimensión económica del sistema de salud de México

El sistema de salud en México depende de diversas fuentes de financiamiento para sostener sus operaciones. Por lo general, se deriva de las fuentes de contribuciones gubernamentales, de los empleadores, de los trabajadores y de los gobiernos estatales (enfermeriacelayane, 2018). Específicamente, obtiene fondos a través de asignaciones gubernamentales derivadas de impuestos, incluidas las contribuciones de programas como el Seguro Popular, el IMSS y el ISSSTE. Además, el sector privado desempeña un papel importante en la financiación de la atención sanitaria a través de las contribuciones a los seguros privados. (Seguros Internacionales, s.f.) Este enfoque multifacético de la financiación garantiza la estabilidad del sistema sanitario y su accesibilidad a un amplio espectro de la población.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es una organización internacional compuesta por 38 países miembros, centrada en potenciar el progreso económico y el comercio mundial. Proporciona una plataforma para que los países miembros colaboren en la búsqueda de un crecimiento sostenible y mejores niveles de vida. (OCDE, 2021) A través de una amplia recopilación de datos, la OCDE ofrece información valiosa sobre la situación económica de México, lo que ayuda en su análisis y evaluación. En 2023, el gasto sanitario per cápita en México fue de 1181 dólares, cifra notablemente menor que el promedio de la OCDE de 4986 dólares (USD PPA). Este gasto en México representa 5.5% de su PIB,

significativamente por debajo del promedio de la OCDE de 9.2% (OCDE, 2021). Esta discrepancia pone de manifiesto una diferencia sustancial en el gasto sanitario entre México y el promedio entre los países miembros de la OCDE, lo que significa posibles disparidades en la asignación de recursos y las estrategias de inversión en salud. Además, la OCDE clasifica el gasto sanitario como voluntario o gubernamental/obligatorio. El segmento voluntario, financiado por primas de individuos, empleadores o entidades privadas, comprende el 2,6% del gasto en salud como porcentaje del PIB. Por otro lado, el apartado gubernamental/obligatorio, procedente de los impuestos, las cotizaciones a la seguridad social de salud o los pagos obligatorios relacionados con la salud, representa el 2,9% (OCDE, 2022).

Evaluación de las Condiciones y el Desempeño del Sistema de Salud Mexicano

Al evaluar diversos indicadores para medir las condiciones y el desempeño del sistema de salud de México, se seleccionó a Perú como la principal comparación. Esta elección se debió a las características similares de sus sistemas de salud, ambos operando bajo el Seguro Nacional de Salud. Esta comparación permite una comprensión más clara y una evaluación más precisa para México.

Figura 2: Evaluación de las Condiciones y el Desempeño del Sistema de Salud Mexicano

COBERTURA	Médicos por cada 1000 habitantes	2.4 (2019)	1.4 (2019)
	Camas hospitalares por cada 1000 habitantes	1.4-1.5 (2019)	1.6-1.9 (2019)
	Enfermeras y parteras por cada 1000 habitantes	2.5-3 (2019)	2-3 (2019)
CALIDAD	Porcentaje de errores en la administración de medicamentos	~13 (2020)	~12 (2022)
	Porcentaje de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS)	~6.9% (2020)	~12.2% (2021)
	Porcentaje de infecciones del tracto urinario asociadas al catéter (CAUTI)	~5.2% (2020)	~5.1% (2008)
EFICIENCIA DEL SISTEMA	Costo por una consulta de atención primaria (20 minutos)	\$20-\$40 (USD) (2022)	\$13-\$54 (USD) (2022)
	Costo por una cama en un hospital por día	\$25-\$50 (USD) (2022)	\$20-\$60 (USD) (2022)
	Costo por visita ambulatoria	\$10-\$30 (USD) (2022)	\$14-\$81 (USD) (2022)
EFICIENCIA TECNICA	Número de enfermeras por médico	1.6-2.0 (2022)	2.5-3 (2022)
	Número de enfermeras por cama de hospital	1.5-2.0 (2022)	1.5-2.0 (2022)
	Número de médicos por cama de hospital	1.0-1.5 (2022)	1-1.5 (2022)
EFICACIA	Esperanza media de vida para ambos sexos	~75 años (2023)	~77 años (2023)
	Mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos	12 (2023)	10.8 (2022)
	Mortalidad materna por cada 100,000 nacidos vivos	59 (2020)	69 (2020)
EQUIDAD	Partos atendidos por personal sanitario cualificado	97% (2017)	96% (2020)
	Porcentaje de niños de 12 a 23 meses vacunados contra el sarampión	99% (2021)	78% (2021)
	Porcentaje de personas desnutridas	2.5% (2022)	7% (2022)

Evaluación del Desempeño: Cobertura y Calidad del sistema

Cobertura del sistema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la disponibilidad de camas hospitalarias por cada 1000 habitantes y la proporción de enfermeras y parteras por cada 1000 habitantes se mantienen constantes tanto en México como en Perú, lo que indica niveles de recursos similares (Banco Mundial, 2019). México exhibe una proporción ligeramente mayor de médicos por cada 1000 habitantes en comparación con Perú (2.4 vs 1.4) (Banco Mundial, 2019). Esta diferencia podría atribuirse al mayor tamaño de la población de México, lo que podría conducir a una mayor tasa de personas que cursan estudios médicos (Worldometer, 2019).

Calidad del sistema

El porcentaje de errores en la administración de medicamentos persiste en niveles similares entre México y Perú, lo que indica desafíos compartidos en el manejo de medicamentos dentro de sus sistemas de salud (Copeland, 2020; Assunção-Costa et al., 2022). Estos problemas pueden surgir en varias etapas del proceso de medicación, que abarcan la selección, adquisición, prescripción, dispensación y administración. Los factores que contribuyen a estos errores incluyen limitaciones tecnológicas, fallas de comunicación y diagnósticos erróneos del paciente. Sin embargo, en cuanto a las infecciones asociadas a la salud, Perú reporta una tasa de 12.2%, mientras que México registra una tasa menor de 6.9%, casi la mitad de la incidencia (Huamani y Prudencio, 2021). Esta discrepancia sugiere la lucha de Perú por mitigar los errores de los trabajadores de la salud en el saneamiento, lo que contribuye a las infecciones hospitalarias, mientras que la tasa de México se mantiene relativamente estable (Atención de la Salud, 2020). Las tasas de infección del tracto urinario asociada al catéter (CAUTI, por sus siglas en inglés) sirven como indicador de calidad, ya que reflejan la necesidad de monitoreo del catéter y la prevención de las infecciones urinarias. A pesar de las tasas casi equivalentes entre los dos países, debido a las variaciones en los períodos de recolección de datos, se necesita más

investigación para determinar posibles mejoras en Perú (Cuéllar et al., 2008) en comparación con los datos de México (Castillo-Sepúlveda et al., 2020).

Evaluación del Desempeño del Sistema: Eficiencia, Eficiencia Técnica, Eficacia, y Equidad

Eficiencia del Sistema

Los costos médicos asociados con la eficiencia del sistema se mantienen consistentes en México y Perú, probablemente debido a su operación compartida bajo el Seguro Nacional de Salud, lo que resulta en políticas de precios similares (\$10-\$50 USD vs \$13-\$81 USD) Sin embargo, Perú muestra un rango más amplio en los precios médicos, lo que implica posibles variaciones de costos para procedimientos específicos, posiblemente siendo más asequibles para algunas operaciones en comparación con otras. Aunque, lo mismo podría decirse de México. Es crucial reconocer la naturaleza variada de los costos de cada cita específica, ya que pueden diferir significativamente. (Jacobs, 2023; Panadero, 2023; Ochoa, 2012; McDermott, 2018).

Eficiencia Técnica

Los índices de eficiencia técnica muestran una alta similitud entre ambos países (Statista, 2022; OCDE, 2023). En Perú, la proporción de enfermeras por médico es ligeramente superior a la de México. Esto podría atribuirse a la mayor población de México, lo que podría conducir a un mayor número de escuelas de medicina y, posteriormente, a más oportunidades para que los ciudadanos cursen estudios superiores más allá de la escuela de enfermería. Además, la importante discrepancia salarial entre enfermeras y médicos en México podría afectar la decisión de una persona de cursar estudios médicos (Statista, 2020).

Eficacia

La esperanza de vida para ambos sexos en México promedia alrededor de los 75 años, ligeramente inferior a la media peruana de 77 años, pero ambos superan la media mundial de 73

años (Worldometer, 2023). De acuerdo con la Figura 1, las tasas de mortalidad infantil parecen ligeramente más altas en México en comparación con Perú (CIA, 2023), mientras que las tasas de mortalidad materna son significativamente más altas en Perú (CIA, 2020). Este contraste podría deberse a la mayor prevalencia de poblaciones indígenas en Perú en comparación con México, lo que sugiere preferencias culturales durante el parto, lo que posiblemente favorezca los partos naturales fuera de los entornos de atención médica tradicionales (IWGIA, s.f.).

Equidad

De acuerdo con la OMS, tanto México como Perú cuentan con altas tasas de partos atendidos por personal de salud calificado, con México en un 97% y Perú en un 96% (Banco Mundial, 2020). Sin embargo, el porcentaje de niños de 12 a 23 meses vacunados contra el sarampión difiere significativamente entre los dos países, ya que México casi alcanza el 100%, mientras que Perú está rezagado con un 78% (The Global Economy, 2021). Esta discrepancia podría alinearse con el punto anterior con respecto a las culturas indígenas, que a menudo priorizan la medicina natural y la curación, lo que podría conducir a la resistencia contra las vacunas. Además, las tasas de desnutrición muestran un contraste, ya que Perú reporta una prevalencia más alta con un 7% en comparación con el 2,5% de México (World Population Review, 2023). Esta disparidad podría estar contribuyendo a los esfuerzos en curso en México para abordar la inseguridad alimentaria, mientras que Perú parece haber llegado a un punto muerto, dejando a más de la mitad de su población luchando con este problema (Chapparo, 2023).

Analisis

El examen del sistema de salud de México en este artículo científico arroja luz sobre su evolución histórica y su estructura contemporánea. México ha dado forma a un panorama de

atención médica distinto a través de una serie de reformas y esfuerzos de descentralización, lo que ha dado como resultado dos subsectores públicos distintos y una mayor autonomía estatal. Si bien estas reformas tenían como objetivo reforzar la integralidad del sistema, persisten los desafíos para garantizar el acceso equitativo y la asequibilidad para todos los ciudadanos. La descentralización de la autoridad a los estados y municipios ha traído estabilidad al sistema de salud debido al gran tamaño de México. Sin embargo, persisten problemas como la asignación corrupta de recursos y la insuficiente cobertura de seguros, que afectan especialmente a las comunidades rurales y ponen de relieve las disparidades sanitarias entre las zonas rurales y urbanas.

El enfoque central del análisis se centra en investigar las disparidades en la atención médica en México y evaluar la efectividad del modelo del Seguro Nacional de Salud para abordar estas complejidades. Este examen implica la comprensión de los matices estructurales y la evaluación de los indicadores de desempeño, revelando un sistema de salud estable en general. Sin embargo, México enfrenta desafíos continuos con respecto a la asequibilidad y la equidad a pesar de su sólida economía. La discrepancia entre el gasto en salud asignado del PIB de México y los costos reales que asumen los ciudadanos para la atención de la salud subraya un área crítica que requiere iniciativas de mejora enfocadas.

En esencia, el artículo científico navega de manera intrincada por el panorama del sistema de salud de México, destacando su trayectoria histórica, elementos estructurales, reformas, dimensiones económicas, al tiempo que evalúa exhaustivamente el desempeño general. Si bien se han logrado avances en la mejora de la integralidad y estabilidad del sistema, los desafíos persistentes para garantizar el acceso equitativo y la asequibilidad subrayan la necesidad de mejoras estratégicas dentro del marco de atención médica de México.

Conclusiones y recomendaciones

En resumen, el examen del sistema de salud de México pone de relieve su evolución, sus complejidades estructurales y sus persistentes desafíos. En particular, el marco de doble subsector, junto con el sistema del Seguro Nacional, lo hace único. La trayectoria histórica de México, marcada por las reformas y la descentralización, ha dado forma a este marco distintivo, fomentando la autonomía a nivel estatal y municipal. A pesar de los avances en la mejora de la integralidad, el sistema de salud se enfrenta a importantes obstáculos para garantizar un acceso justo y la asequibilidad. Si bien el modelo del Seguro Nacional de Salud ha ampliado la cobertura, sigue teniendo problemas de sostenibilidad y equidad.

Para fortalecer el sistema de salud de México, es esencial realizar mejoras específicas, que impliquen un mejor financiamiento, una asignación eficaz de recursos y la reducción de las brechas de atención médica entre las zonas rurales y urbanas. El fortalecimiento de los servicios de atención primaria de la salud y la inversión en infraestructura, especialmente en las zonas desatendidas, es crucial para abordar las disparidades. Las evaluaciones y reformas continuas dentro del modelo del Seguro Nacional de Salud son vitales para la sostenibilidad y el servicio justo. La investigación futura debe centrarse en la sostenibilidad a largo plazo, el impacto de la reforma y los enfoques innovadores. Los estudios comparativos con los sistemas de salud de otras naciones podrían ofrecer información invaluable para los esfuerzos de mejora de México. Una gestión financiera transparente y un mayor gasto sanitario podrían mejorar significativamente el rendimiento general del sistema sanitario. Estas recomendaciones y un análisis más profundo tienen el potencial de elevar en gran medida el sistema de salud de México.

Fuentes

Mexico - Demographic trends. (2019). In *Encyclopædia Britannica*.

<https://www.britannica.com/place/Mexico/Demographic-trends#ref27388>

History.com Editors. (2020, June 5). *History of Mexico*. HISTORY.

<https://www.history.com/topics/latin-america/history-of-mexico>

Worldometer. (2019). *Mexico Demographics 2019 (Population, Age, Sex, Trends) - Worldometers*. Worldometers.info.

<https://www.worldometers.info/demographics/mexico-demographics/>

Britannica. (2019). Mexico - Ethnic groups. In *Encyclopædia Britannica*.

<https://www.britannica.com/place/Mexico/Ethnic-groups>

Mexico GDP per Capita | Economic Indicators | CEIC. (2022). Wwww.ceicdata.com.

[https://www.ceicdata.com/en/indicator/mexico/gdp-per-capita#:~:text=Mexico%20Gross%20Domestic%20Product%20\(GDP](https://www.ceicdata.com/en/indicator/mexico/gdp-per-capita#:~:text=Mexico%20Gross%20Domestic%20Product%20(GDP)

Statista. (2018). *Health expenditure as a percentage of GDP by country 2018 | Statista*. Statista; Statista.

<https://www.statista.com/statistics/268826/health-expenditure-as-gdp-percentage-in-oecd-countries/>

GlobalData Plc. (2020). *Expenditure on Education as a % of GDP in Mexico (2010 - 2020, %)*.

Globaldata.com.

<https://www.globaldata.com/data-insights/macroeconomic/expenditure-on-education-as-a-of-gdp-in-mexico-2091073/#:~:text=GDP%20in%20Mexico->

Per capita income distribution in Mexico 2022. (2022). Statista.

<https://www.statista.com/statistics/1040568/per-capita-income-value-deciles-mexico/#:~:text=In%202022%2C%20it%20was%20reported>

Mexico. (2020). World Economics.

<https://www.worldeconomics.com/Inequality/Gini-Coefficient/Mexico.aspx>

National Autonomous University of Mexico. (2022). *DEL AGUA EN MÉXICO*.

http://www.agua.unam.mx/assets/pdfs/Perspectivas_AguaenMexico2022.pdf

Columbia University. (2020, September 26). *MEXICO | Summary*. Columbia University's

Mailman School of Public Health.

<https://www.publichealth.columbia.edu/research/others/comparative-health-policy-library/mexico-summary>

Allianz. (n.d.). *Guide Healthcare in Mexico | Allianz Care*. Allianzcare.com.

<https://www.allianzcare.com/en/support/health-and-wellness/national-healthcare-systems/healthcare-in-mexico.html>

Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(0036-3634), s220–s232.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-3634201100080001

7

enfermeriacelayane. (2018, January 30). *Unidad didáctica 2: Sistema Nacional de Salud*.

Contenidos Didácticos de La Licenciatura En Enfermería Y Obstetricia - Universidad de Guanajuato.

<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-2-sistema-nacional-de-salud/>

Gobierno de México. (n.d.). *Acerca del IMSS*. Wwww.imss.gob.mx.

<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>

Gobierno de Mexico. (n.d.-b). *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* | Gobierno | gob.mx. Wwww.gob.mx. <https://www.gob.mx/issste/que-hacemos>

Vitalis. (2021, September 24). *Diferencias importantes entre el IMSS y el ISSSTE*. Millas Para El Retiro.

<https://site.millasparaelretiro.com/diferencias-importantes-entre-el-imss-y-el-issste/>

The World Bank. (2015, February 26). *Seguro Popular: Health Coverage for All in Mexico*. World Bank.

<https://www.worldbank.org/en/results/2015/02/26/health-coverage-for-all-in-mexico>

Browner, C. (2022, June 8). *The Mexican Health Care System Under the Administration of AMLO*. NACLA.

<https://nacla.org/mexican-health-care-system-under-administration-amlo>

Jueraz, G. (2022, November 1). *Cobertura universal en salud*. Mexicocomovamos.

<https://mexicocomovamos.mx/animal-politico/2022/11/cobertura-universal-en-salud/#:~:text=Por%20cobertura%20universal%20en%20salud>

Unger-Saldaña, K., Martín Lajous, & Reich, M. R. (2023). Improving health system performance in Mexico. *The Lancet*, 402(10403), 674–676.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01454-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01454-x)

Yuliani, E. L. (2004). *Decentralization, deconcentration and devolution: what do they mean?*

https://www.cifor.org/publications/pdf_files/interlaken/Compilation.pdf

Montevideo. (n.d.). *México | Montevideo Consensus on Population and Development*.

Consensomontevideo.cepal.org. Retrieved November 29, 2023, from

<https://consensomontevideo.cepal.org/en/institucionalidad/mexico>

Población, C. N. de. (2019, March 27). *Cumple 45 años el Consejo Nacional de Población*.

Gob.mx.

<https://www.gob.mx/conapo/articulos/cumple-45-anos-el-consejo-nacional-de-poblacion>

Mojarro, O., Benítez, G., & Escobedo, A. (2011). *La institucionalización de la política de población en las entidades federativas a 25 años de su impulso*.

http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/swbpress_Content/3309/14_LA_I_NSTITUCIONALIZACION_DE_LA_POLITICA.PDF

Ciep, E. (n.d.). *CENTRO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y PRESUPUESTARIA, A.C.*

SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD: RETOS DE COBERTURA Y FINANCIAMIENTO EN MÉXICO. <https://saludenmexico.ciep.mx/images/sistema-universal-de-salud.pdf>

Homedes, N., & Ugalde, A. (2009). Twenty-Five Years of Convolved Health Reforms in

Mexico. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000124>

International Insurance. (n.d.). *Healthcare Systems in Mexico*. International Citizens Insurance.

<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/mexico.php#:~:text=The%20healthcare%20system%20in%20Mexico%20is%20part%20of%20the%20national>

OECD. (2021). *About the OECD*. Oecd.org. <https://www.oecd.org/about/>

OECD. (2021b). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators Highlights for Mexico*.

<https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-EN.pdf>

Organization for Economic Co-operation and Development. (2022). *Health resources - health spending - OECD data*. Organization for Economic Co-Operation and Development.

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

World Bank. (2019). *Physicians (per 1,000 people) | Data*. Worldbank.org.

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>

Worldometer. (2019). *Peru Population (2019) - Worldometers*. Worldometers.info.

<https://www.worldometers.info/world-population/peru-population/>

The World Bank. (2019). *Hospital beds (per 1,000 people) | Data*. Data.worldbank.org.

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>

Copeland, C. (2020, March 5). *Over 13% of Mexico City Pemex hospital patients were given wrong meds*. Mexico News Daily.

<https://mexiconewsdaily.com/news/hospital-patients-were-given-wrong-meds/>

Assunção-Costa, L., Costa de Sousa, I., Alves de Oliveira, M. R., Ribeiro Pinto, C., Machado, J.

F. F., Valli, C. G., & de Souza, L. E. P. F. (2022). Drug administration errors in Latin America: A systematic review. *PLOS ONE*, *17*(8), e0272123.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272123>

Huamani, J., & Prudencio, W. (2021). Prevalence of Healthcare-Associated Infections at the National Hospital During the COVID-19 Pandemic in Peru. *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology*, *1*(S1), s78–s79. <https://doi.org/10.1017/ash.2021.154>

Atencion de la Salud . (2020, June 23). *La estadística de infecciones nosocomiales en México, con datos de menos de 10% de los hospitales | Hospital sin infecciones*. Hospitales Sin Infecciones.

<https://hospitalsininfecciones.com/1/la-estadistica-de-infecciones-nosocomiales-en-mexico-con-datos-de-menos-de-10-de-los-hospitales>

Castillo-Sepulveda, M., Moranchel-Garca, L., & Ruiz-Orozco, A. L. (2020). Prevalence of urinary tract infections related to vesical catheter in a private third level hospital. *Medicina Interna de Mexico*, 36(3), 301–311.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=93808>

Cuellar, L. E., Fernandez-Maldonado, E., Rosenthal, V. D., Castaneda-Sabogal, A., Rosales, R., Mayorga-Espichan, M. J., Camacho-Cosavalente, L. A., & Castillo-Bravo, L. I. (2008). Device-associated infection rates and mortality in intensive care units of Peruvian hospitals: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(1), 16–24.

<https://doi.org/10.1590/s1020-49892008000700002>

Jacobs, J. (2023, May 22). *What Is the Cost of Treatment in Mexico?* Pacific Prime Latin America Blog.

<https://www.pacificprime.lat/blog/what-is-the-cost-of-treatment-in-mexico/>

Baker, L. (2023, April 13). *Hospitals in Mexico: An Expat's Guide*. ExpatDen.

<https://www.expatden.com/mexico/hospital-in-mexico/>

Ochoa, D. (2012, October 26). *Essential Peru Information - Seeing a Doctor in Cusco*. The Only Peru Guide.

<https://www.theonlyperuguide.com/essential-peru-information-seeing-a-doctor-in-cusco/#:~:text=A%20consultation%20with%20a%20doctor>

McDermott, J. (2018, August 1). *Top 15 most expensive countries to be hospitalized in*.

Finder.com. <https://www.finder.com/most-expensive-countries-to-be-hospitalized-in>

Statista. (2020). *Hospital nurses remuneration in Mexico 2020*. Statista.

<https://www.statista.com/statistics/1330691/remuneration-hospital-nurses-mexico/#:~:text=In%202020%2C%20the%20average%20gross>

OECD. (2023). Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. *OECD Health Policy Studies*. <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>

Statista. (2022). *Health Care Resources - Peru | Statista Market Forecast*. Statista.

<https://www.statista.com/outlook/co/health-indicators/health-care-resources/peru#other-health-professionals>

Worldometer. (2023). *Life Expectancy by Country and in the World (2020)*. Worldometers.info.

<https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/>

CIA. (2023). *Infant mortality rate - The World Factbook*. Wwww.cia.gov.

<https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/infant-mortality-rate/country-comparison/>

CIA. (2020). *Maternal mortality ratio - The World Factbook*. Wwww.cia.gov.

<https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/maternal-mortality-ratio/country-comparison/>

IWGIA. (n.d.). *Peru - IWGIA - International Work Group for Indigenous Affairs*.

Wwww.iwgia.org. <https://www.iwgia.org/en/peru.html>

World Bank. (2020). *Births attended by skilled health staff (% of total) | Data*.

Data.worldbank.org. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BRTC.ZS>

The Global Economy. (2021). *Measles immunization rate by country, around the world*.

TheGlobalEconomy.com.

https://www.theglobaleconomy.com/rankings/measles_immunization_rate/

World Population Review. (2023). *Malnutrition Rate by Country 2022*.

Worldpopulationreview.com.

<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/malnutrition-rate-by-country>

Chapparo, A. (2023, January 22). In Peru, half the population lacks food security. *Le Monde.fr*.

https://www.lemonde.fr/en/international/article/2023/01/22/in-peru-half-the-population-lacks-food-security_6012540_4.html