


Desigualdad en el acceso a la salud

Un análisis presupuestario 

(↑) Presupuesto

(+) Acceso seguridad social

DESIGUALDAD EN EL ACCESO A LA SALUD:
PANORAMA DEL GASTO EN MÉXICO

Esta publicación fue sometida a un proceso de revisión y lecturas especializadas conforme a los criterios editoriales de Fundar. Centro de Análisis e Investigación, A.C.

AUTORAS:

Fundar Centro de Análisis e Investigación
Andrea Larios

CUIDADO EDITORIAL Y PROOFREADING

Claudia de Anda
Claudia García

DISEÑO EDITORIAL

El Recipiente

CORRECCIÓN DE ESTILO

Olga Correa



© Fundar, Centro de Análisis e Investigación A. C.
Cerrada de Alberto Zamora 21, Col. Villa Coyoacán,
Del. Coyoacán, C.P. 040000, Ciudad de México

PRIMERA EDICIÓN: noviembre de 2021

FORMA RECOMENDADA DE CITAR:

Larios, A. (2021). *Desigualdad en el acceso a la salud. Un análisis presupuestario*. (Colección Salud para todes. Estudios sobre salud pública). Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 20 pp. Ciudad de México.

CONTENIDO

Introducción	5
Panorama del gasto en salud en México en perspectiva comparada	7
Panorama del gasto en salud en México: perspectiva histórica y desigualdad en la asignación de recursos	8
Gasto en salud en la administración actual	12
Conclusiones y recomendaciones	16

LISTA DE ACRÓNIMOS

Coneval Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

FF. AA. Fuerzas Armadas

PIB Producto Interno Bruto

OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

SICUENTAS Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud

SSa Secretaría de Salud

IMSS Instituto Mexicano de Seguridad Social

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía

ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

ISSES Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas

ISSFAM Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas

FASSA Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

OMS Organización Mundial de la Salud

PEF Presupuesto de Egresos de la Federación

Pemex Petróleos Mexicanos

PPEF Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación

INSABI Instituto de Salud para el Bienestar

SP Seguro Popular

SEMAR Secretaría de Marina

SEDENA Secretaría de Defensa Nacional

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la última medición de pobreza realizada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) en 2020, la carencia por acceso a los servicios de salud¹ fue la segunda más importante, con 28.2% de las personas en el país, sólo detrás de la carencia por acceso a la seguridad social² que afecta al 52.0% de la población (Coneval, 2021). Son varias las causas de esta situación, como la fragmentación del sistema público de salud y la insuficiencia y heterogeneidad del presupuesto orientado al cumplimiento de este derecho, que ocasiona entonces gastos de bolsillo que afectan en mayor medida a las familias de menores ingresos (Ciep, Fundar y Oxfam, 2021).

La insuficiencia de recursos públicos para ampliar el acceso a la salud no es una problemática nueva en México, pero resurgió con la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. En este difícil contexto, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) inició su funcionamiento. Uno de los principales cuestionamientos hacia el nuevo Instituto se concentra en la viabilidad presupuestal de sus promesas de universalidad y gratuidad, pues históricamente el Estado mexicano nunca ha alcanzado el gasto del 6% del Producto Interno Bruto (PIB) recomendado por organismos internacionales, mientras que más de la mitad de la población no es derechohabiente a seguridad social y, por lo tanto, carece de acceso a servicios de salud.

Bajo este contexto, el objetivo del presente documento consiste en profundizar sobre la situación presupuestaria de nuestro sistema de salud pública, con una atención especial en el gasto destinado a la población sin seguridad social, y ahondar en la asignación de los recursos para los distintos subsistemas de salud en el país. Con ello se pretende hacer una evaluación inicial sobre los alcances del gasto público para determinar si su asignación está contribuyendo a la disminución de brechas en el acceso al derecho a la salud y, eventualmente, a garantizar su universalidad.

El documento se divide en cuatro apartados. El primero describe el panorama del gasto en salud en México desde una perspectiva comparada a nivel internacional, así como la situación del país en cuanto a la disponibilidad de recursos para la atención médica. Se muestra que el Estado mexicano incumple con las recomendaciones internacionales de gasto para el sector, lo que se traduce en una cobertura insuficiente para la población, además de menor disponibilidad de insumos y personal médico.

¹ “Son carentes las personas que no cuenten con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios privados”. ([Coneval, 2018](#))

² La seguridad social se refiere al “conjunto de mecanismos diseñados para garantizar los medios de subsistencia de los individuos y sus familias ante eventualidades, como accidentes o enfermedades, o ante circunstancias socialmente reconocidas, como la vejez y el embarazo”. ([Coneval, 2018](#))

El apartado dos ahonda sobre los recursos asignados por el gobierno para la atención a la salud y describe la manera en que está estructurado el sistema de salud en el país, que clasifica sus servicios en función de la población a la que están dirigidos: con y sin seguridad social. Adicionalmente, se describe la evolución histórica del presupuesto en salud y se compara la asignación a los distintos subsistemas existentes en México. Este análisis muestra que los recursos destinados para brindar atención en salud a la población con seguridad social son mayores que aquellos orientados hacia la población sin seguridad social.

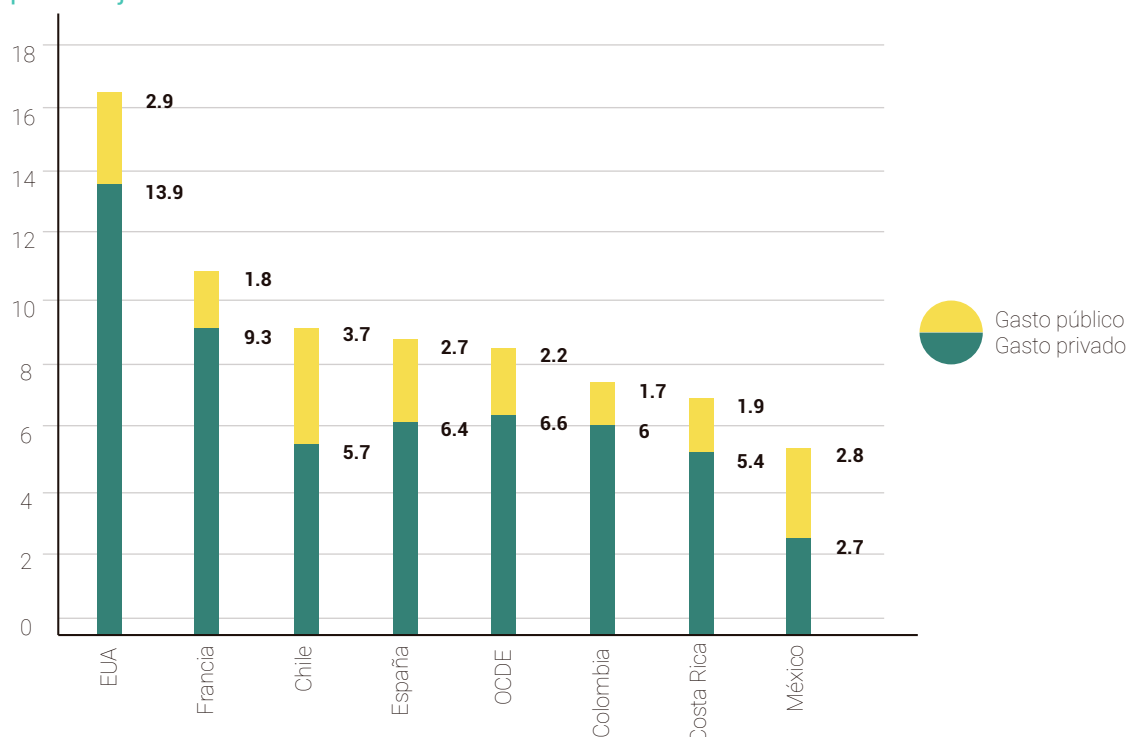
El siguiente apartado se integra por un análisis del gasto en salud durante la administración actual, tanto a nivel agregado como en términos per cápita. Dado que una de las acciones emblemáticas del gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador fue la eliminación del Seguro Popular y la creación del INSABI, se enfatiza el comportamiento presupuestario del Instituto, para evaluar si podrá cumplir su principal objetivo: garantizar el acceso universal a la salud. Se concluye que la creación del INSABI no se ha traducido en un aumento significativo de recursos para el sector, mientras que las brechas de gasto entre subsistemas permanecen como un problema de urgente atención. Finalmente, se presentan algunas recomendaciones para avanzar hacia la garantía de este derecho y disminuir las brechas de gasto que afectan principalmente a la población más vulnerable.



PANORAMA DEL GASTO EN SALUD EN MÉXICO EN PERSPECTIVA COMPARADA

Desde una perspectiva comparada, el gasto público en salud se encuentra muy por debajo del gasto promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y de las recomendaciones internacionales, que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), debería de ser del 6% del Producto Interno Bruto³. En 2019, los países de la OCDE destinaron en promedio el 6.6%⁴ a este rubro (ver Gráfica 1), mientras que el gasto público en salud por parte del Estado mexicano representó solo el 2.7% del PIB⁵. Esto implica un gasto per cápita de 555 USD, lo que coloca al país muy por debajo del promedio de la OCDE (3,040.55 USD).

Gráfica 1
2019. Gasto público y privado en salud en países seleccionados
—Como porcentaje del PIB



Fuente, OCDE, Health at a Glance 2019.

³ OMS y OPS (2018)

⁴ OCDE: Dataset on Health Expenditure and Financing (2019)

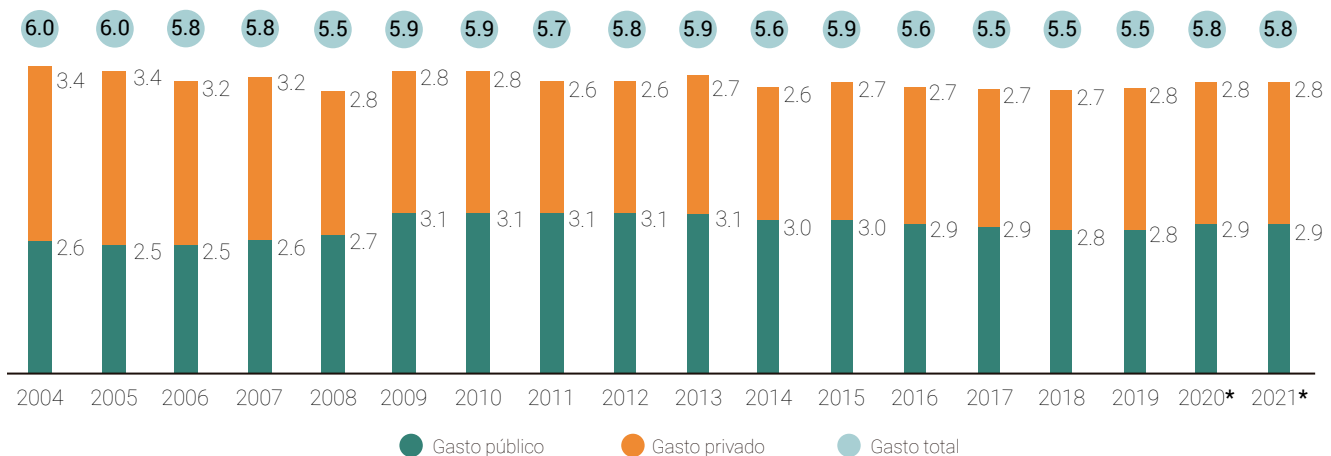
⁵ OCDE: Dataset on Health Expenditure and Financing (2019)

Esta situación impacta negativamente en la disponibilidad de recursos sanitarios (como camas, insumos y medicamentos) y profesionales de la salud (personal médico y de enfermería). Por ejemplo, si tomamos en cuenta una de las brechas más importantes, como la baja proporción de camas y personal médico por cada mil habitantes, podemos ver que, en nuestro país, había 1.8 camas en el 2000, cifra que se redujo casi a la mitad (0.97) en 2019, año en el cual los países de la OCDE contaban con 4.5 camas por cada mil habitantes. Respecto al personal médico, la brecha también es muy importante: en México solo existen 2.4 médicas/os por cada mil habitantes, en comparación con los países de la OCDE que cuentan con 3.6.⁶

PANORAMA DEL GASTO EN SALUD EN MÉXICO: PERSPECTIVA HISTÓRICA Y DESIGUALDAD EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

En México, los recursos públicos destinados a la salud no sólo son bajos, también se han mantenido estancados en términos relativos como proporción del PIB en los últimos años, mientras que la población no ha dejado de crecer. De hecho, hubo una reducción en el presupuesto público para el sector desde el máximo alcanzado de 3.1% del PIB en 2009 a 2.9% en 2021 (ver Gráfica 2).

Gráfica 2
Gasto en Salud 2004-2021
—Como % del PIB



Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS).
Los datos de 2020 y 2021 corresponden a estimaciones de la Secretaría de Salud (SSA).

⁶ OCDE: Health at a Glance (2019)

De acuerdo con la información pública más actualizada de la Dirección General de Información en Salud (SICUENTAS), en 2019, el gasto público total en salud representó el 2.8% del PIB, que como ya se mencionó, se encuentra muy por debajo del gasto promedio en los países de la OCDE. La insuficiencia de recursos para la atención pública a la salud se traduce en que la población tenga que financiar con su propio recurso los servicios que debería garantizar el Estado, lo que se conoce como gasto de bolsillo y tiene repercusiones económicas para todas las personas, en particular para quienes viven en situación de mayor vulnerabilidad.

Además, la asignación diferenciada de recursos entre los subsistemas de salud existentes es una problemática que contribuye a perpetuar la desigualdad en el acceso a este derecho. El Estado mexicano destina menos recursos para garantizar el derecho a la salud de la población abierta, que en 2020 representaba el 53%⁷ del total nacional, que para la población afiliada a alguna institución. Para comprender las implicaciones de esto, es importante recordar que el gasto público en salud en México se divide en dos categorías en función de la condición de aseguramiento de las personas: el gasto para la población con seguridad social y el gasto para la población sin seguridad social.

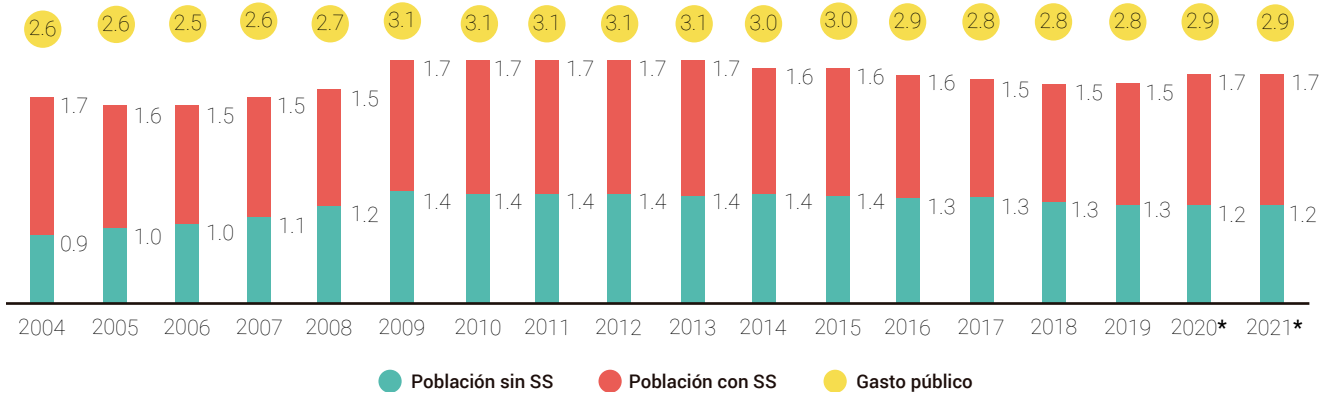
El gasto público en salud para la población con seguridad social comprende el gasto del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el gasto de Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSES), los servicios de salud brindados por Petroleos Mexicanos (Pemex) y aquellos del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM). Por su parte, el gasto público en salud para la población sin seguridad social comprende el Gasto Estatal en Salud, de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Ramo 33-FASSA), de IMSS-PROSPERA/Bienestar, Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR). (Dirección General de Información en Salud, SICUENTAS).

La Gráfica 3 muestra el gasto público observado en función de ambas categorías en el periodo 2004-2019⁸ como porcentaje del PIB. Como puede observarse, en 2004 el gasto para la población sin seguridad social representaba el 0.9% del PIB, y en 2019, significó el 1.3%. A pesar de este incremento y la disminución en la brecha, el gasto para la población sin seguridad social en 2019 continuaba estando por debajo del gasto para la población que sí cuenta con seguridad social, que representaba el 1.5%. Además, en el agregado, el gasto público en salud en 2019 (2.9% del PIB) se situó en niveles similares a los del 2008 (2.7% del PIB), pero con 15 millones de mexicanos más.

⁷ De acuerdo con el [Censo 2020](#) realizado por el INEGI, de los 126 millones de mexicanos, 66.8 millones son considerados población abierta (registraron no estar afiliados o atenderse en el IMSS-Bienestar o INSABI).

⁸ Para 2020 y 2021, se muestran las [estimaciones de la Secretaría de Salud](#).

Gráfica 3
Gasto público en Salud
—Según aseguramiento, como % del PIB



Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS).
Los datos de 2021 y 2022 corresponden a estimaciones de la Secretaría de Salud (SSa).

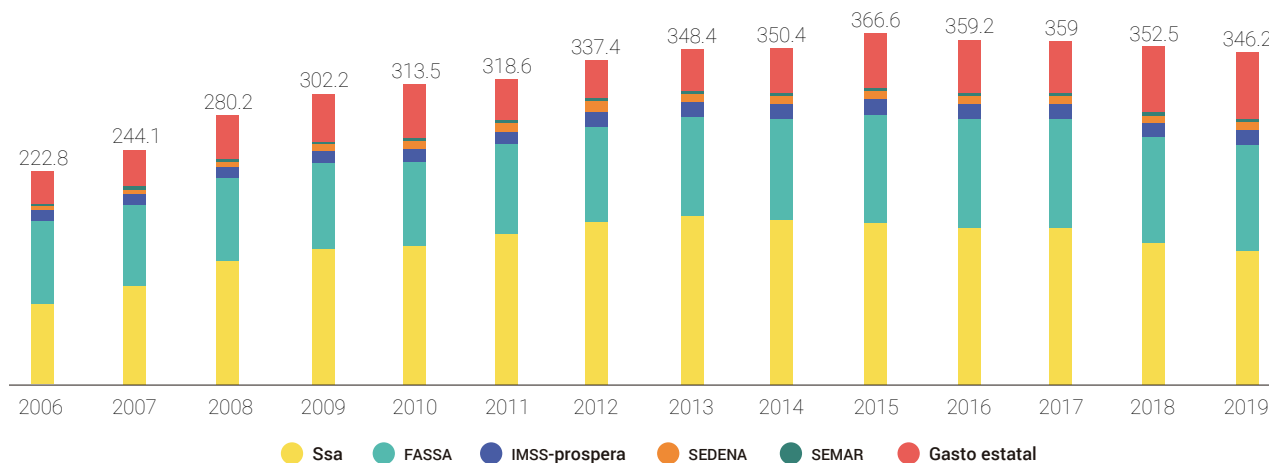
Una vez analizado el gasto público en salud en lo general y en términos relativos, ahora se procederá a evaluar el comportamiento histórico por cada tipo de población. En la Gráfica 4 se destaca que, para la población sin seguridad social, el gasto público tuvo una marcada tendencia creciente de 2006 a 2015 (año en que alcanzó su pico), para después ir disminuyendo año con año hasta 2019. Además de esta dinámica, se observa que la Secretaría de Salud (ssa) es la instancia que más recursos otorga para este propósito; a éstos le siguen los que provienen del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), el gasto de las entidades, el proveniente de IMSS-PROSPERA⁹ y los recursos otorgados por las Fuerzas Armadas¹⁰.

⁹ En 2020, desaparece el Componente Salud de PROSPERA y se sustituye por el programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social.

¹⁰ De acuerdo con [SICUENTAS](#), el Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social es la suma del Gasto Estatal en Salud + Gasto del Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-PROSPERA + SEDENA (A partir de 2012) + SEMAR (A partir de 2012).



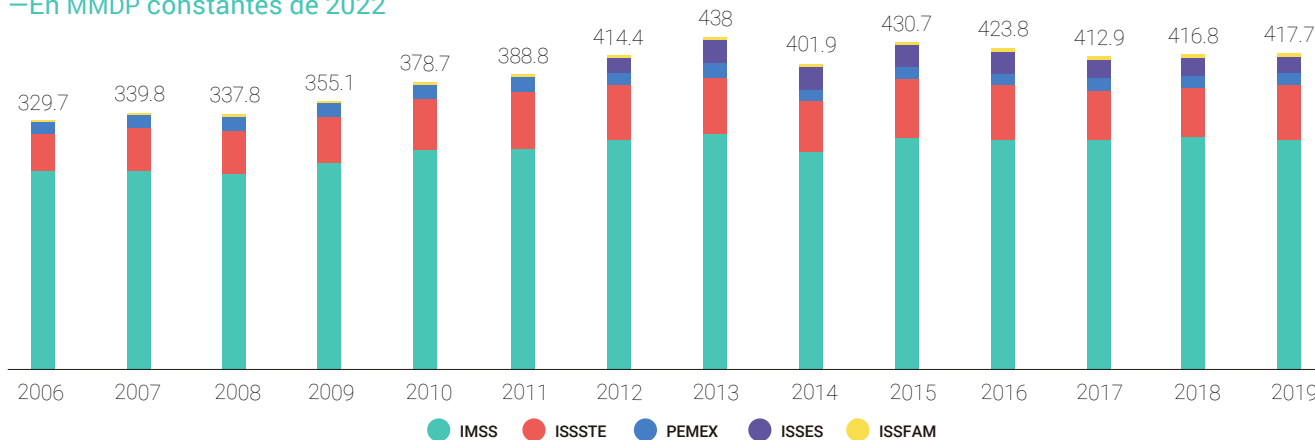
Gráfica 4
Gasto para la población sin seguridad social
—En MMDP constantes de 2022



Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS).

Por otra parte, la Gráfica 5 demuestra que el gasto público para la población asegurada sigue la misma tendencia creciente a partir de 2006 y hasta 2013, cuando, después de un dato atípico en 2014, comenzó a mostrar un comportamiento marginalmente decreciente para después estancarse. Se observa también que la mayor cantidad de recursos provienen del IMSS, seguido del ISSSTE, el gasto del ISSSES, los servicios de salud brindados por Pemex y aquellos del ISSFAM.

Gráfica 5
Gasto para la población con seguridad social
—En MMDP constantes de 2022



Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS).

GASTO EN SALUD EN LA ADMINISTRACIÓN ACTUAL

En este apartado se hará un análisis¹¹ del gasto en salud durante la administración del presidente Andrés Manuel López Obrador. Este ejercicio enfatizará el comportamiento presupuestario del INSABI, para así evaluar con evidencia sus posibilidades para cumplir su principal objetivo: garantizar el acceso universal a la salud.

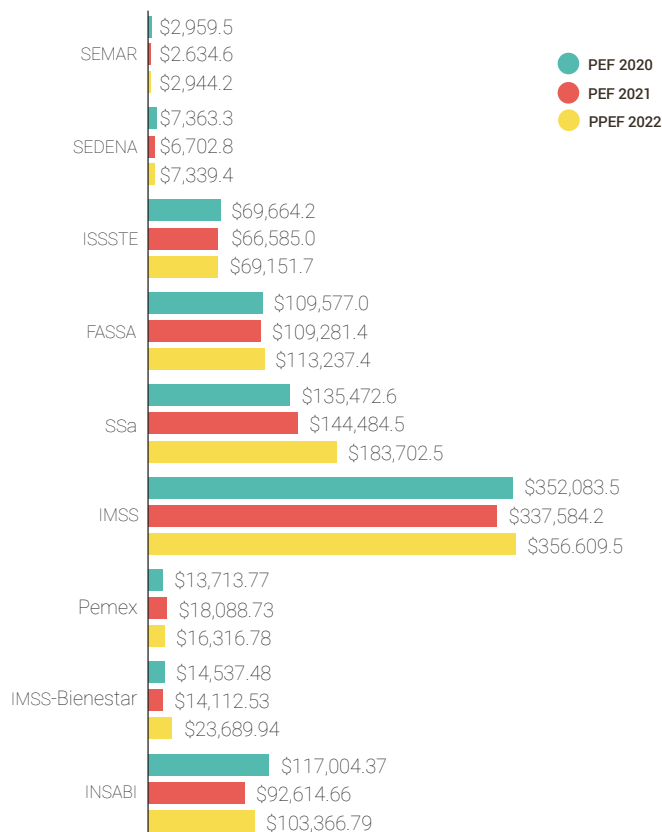
Lo primero que hay que resaltar es que en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2021 no hubo cambios sustantivos respecto del gasto en la función salud de 2020, aunque se tratara del segundo año desde la creación del INSABI y del inicio de la pandemia del COVID-19. De hecho, para dicha función, hubo una disminución de 1.5%, aunque para la Secretaría de Salud (Ramo 12) el incremento presupuestal aprobado fue de 6.5%. En contraste, en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) 2022, se muestra un incremento importante de 15.1% para la función Salud, en relación con lo aprobado en 2021, aunque apenas alcanza el 2.7% del PIB.

El presupuesto para los distintos ramos que ejercen recursos a través de la función Salud ha variado en su comportamiento los últimos tres años. Mientras que de 2020 a 2021 únicamente la Secretaría de Salud (+6.7%) y Pemex (+31.9%) tuvieron un incremento en su presupuesto aprobado, los demás ramos tuvieron disminuciones: el INSABI de -20.8%, seguido por la SEMAR (-11.0%), SEDENA (-9.0%), ISSSTE (-4.4%), IMSS (-4.1%), IMSS-Bienestar (-2.9%) y FASSA (-0.3%).

En contraste, para 2022, todos los subsistemas, excepto Pemex (-9.8%), contemplan un incremento en su presupuesto. Así, se espera que incrementen el año próximo los recursos para el programa IMSS-Bienestar (+67.9%), la SSa (+27.2%), la SEMAR (+11.8%), el INSABI (+11.6%), la SEDENA (+9.5%), el IMSS (+5.6%), el ISSSTE (+3.9%) y FASSA (+3.6%). Ver Gráfica 6.

¹¹ Este análisis toma en cuenta el gasto aprobado para 2020 y 2021, así como el presupuesto propuesto para 2022 en el PPEF. Las cifras y comparaciones presentadas en lo sucesivo se refieren a pesos constantes de 2022.

Gráfica 6
Presupuesto Federal a la Función Salud por Subsistema
—En MDP constantes de 2022



Fuentes: Cuenta Pública 2020, PEF 2021, PPEF 2022.

*El INSABI no tuvo recursos aprobados en la elaboración del PEF 2020, se toma el monto modificado.

El presupuesto del INSABI en 2020, su primer año de operación, se ejerció a través de cuatro programas presupuestarios¹²: Prestación Gratuita de Servicios de Salud, Medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social (U013), Seguro Médico siglo XXI (S201), Atención a la salud

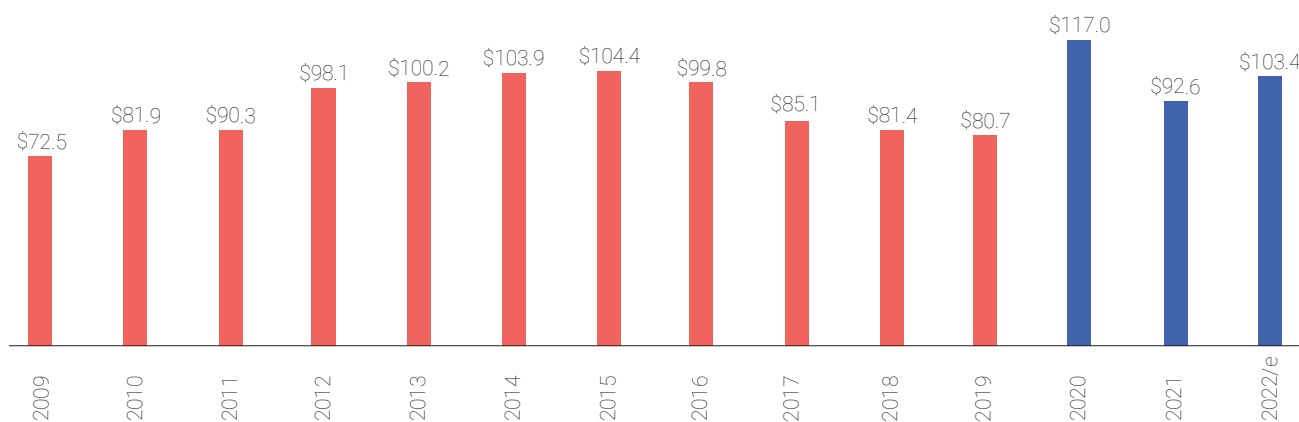
¹² Con la transición del Seguro Popular al INSABI, se dieron cambios en los programas presupuestarios orientados a brindar atención médica a la población sin seguridad social. El 29 de noviembre de 2019 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, en el cual se crea la figura del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) para sustituir al Seguro Popular a partir del 1 de enero de 2020. Dentro de este decreto se eliminó toda referencia al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), sustituyéndolo por “prestación gratuita de servicios de salud y medicamentos asociados”.

(E23) y Actividades de apoyo administrativo (M001). Para 2021, el presupuesto aprobado del INSABI se ha ejercido a través de U013, E23 y M001, después de la eliminación del programa Seguro Médico Siglo XXI a principios del año. En el Proyecto de Presupuesto de Egresos para 2022, se adiciona el programa S200 Fortalecimiento a la atención médica a las fuentes de financiamiento del INSABI, que tiene la finalidad de "acercar los servicios de salud a la población que habita en zonas marginadas, con alta dispersión y difíciles condiciones de acceso debido a su ubicación geográfica".¹³

A pesar de que el INSABI es el subsistema que atiende al mayor número de personas¹⁴ y que busca corregir las desigualdades en el acceso a la salud, su gasto per cápita es el menor de todos. De hecho, al comparar el presupuesto ejercido en 2020 con el aprobado en 2021 y el propuesto para 2022, el monto es menor para ambos años (Gráfica 7). Esto a pesar de la prevalencia de la pandemia de COVID-19 y del incremento de la población que no cuenta con seguridad social debido al aumento del desempleo y la informalidad (ENOE, 2021)¹⁵.

Gráfica 7
Presupuesto para el Seguro Popular (2009-2019) ahora INSABI (2020-2022)

—En MMDP constantes de 2022



Fuente: Cuenta Pública 2009-2020, PEF 2021, PPEF 2022.

El Seguro Popular se toma como programa presupuestario, mientras que el INSABI se toma como Unidad Responsable. Para 2020 se toman los recursos modificados, para 2022 corresponde al PPEF, mientras que todos los demás años muestran el presupuesto aprobado.

¹³ [Secretaría de Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud \(2021\)](#)

¹⁴ [Su población potencial es de 66.3 millones de personas \(2020\)](#)

¹⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo \(ENOE\), Resultados al segundo trimestre de 2021](#)

IMPLICACIONES PARA EL GASTO PER CÁPITA

La forma en que se asignan los recursos públicos a los distintos subsistemas tiene implicaciones en la cantidad de recursos que obtiene cada persona, según el tipo de afiliación. Se observa que en 2021 el gasto per cápita¹⁶ destinado para población abierta es inferior al gasto para la población que sí cuenta con seguridad social. Conforme a nuestras estimaciones¹⁷, el gasto per cápita del INSABI equivale a solo \$3,058 pesos, mientras que para el IMSS asciende a \$6,921 pesos. Esta brecha es todavía mayor cuando se consideran otros subsistemas. Como se puede observar en la Gráfica 8, el gasto aprobado para Pemex y Fuerzas Armadas (SEDENA y SEMAR) fue 7.1 veces mayor que el destinado al INSABI, mientras que los recursos del ISSSTE superaron en 2.5 veces a los del recién creado Instituto.

Es importante mencionar que en el PPEF 2022 el incremento en el presupuesto para el INSABI y para el programa presupuestario IMSS- BIENESTAR elevan el gasto per cápita para estos subsistemas que se dedican a brindar atención a la población abierta. Desde una perspectiva de disminución de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, este incremento es positivo, aunque en términos per cápita continúa siendo mucho menor que el de otros subsistemas para la población con seguridad social, como los de Pemex, IMSS o ISSSTE. Por otra parte, se observa una disminución en el presupuesto para servicios de salud de Pemex que ocasionará una caída en el gasto per cápita de este subsistema de salud.

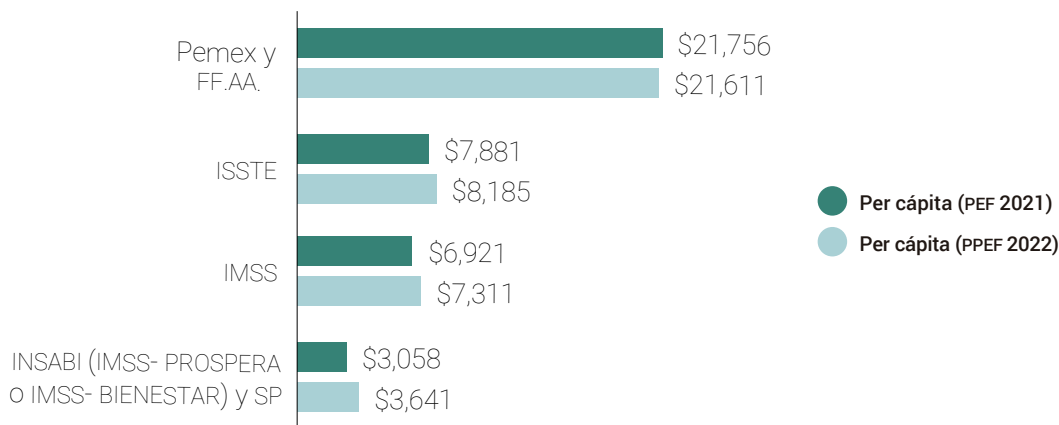
¹⁶ El gasto per cápita se calculó tomando los datos de derechohabiencia del Censo 2020, así como el presupuesto aprobado para 2021 (PEF 2021) y el propuesto para 2022 (PPEF 2022). El Censo agrupa a los derechohabientes de Pemex, SEDENA y SEMAR.

¹⁷ Para el número de beneficiarios, se utilizaron los datos del Censo 2020, que agrupan a los derechohabientes de Pemex y las Fuerzas Armadas. Se toma la misma base de beneficiarios para 2021 y 2022, puesto que no se conoce el crecimiento en el número de derechohabientes.

Para el rubro INSABI, que entró en funciones en enero de 2020, también incluye a la población que declaró estar afiliada al Seguro Popular y los beneficiarios de IMSS- BIENESTAR/PROSPERA.

Para obtener la totalidad de los recursos, se utilizó la clasificación funcional-administrativa del presupuesto aprobado para 2021.

Gráfica 8
Gasto per cápita por subsistema
—En pesos constantes de 2022



Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación 2021.
Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2022.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Un presupuesto insuficiente para alcanzar la gratuidad y universalidad

El presupuesto para salud es insuficiente para garantizar el derecho de acceso a su atención para toda la población. Además, las brechas respecto de estándares internacionales como los de la OCDE o la OMS, tanto en términos del presupuesto total como de la infraestructura en salud y disponibilidad de personal y equipo en el sector, son muy amplias.

De igual manera, se identificó que después de haber alcanzado un máximo en 2009 (3.1% del PIB), el presupuesto público para salud fue disminuyendo a partir del inicio del sexenio anterior hasta llegar a 2.8% del PIB en 2019. Con el inicio de la nueva administración, el aumento ha sido marginal (2.9% del PIB con base en estimaciones de SICUENTAS en 2021). Por otra parte, el presupuesto entre subsistemas muestra brechas importantes entre ellos, siendo el gasto ejercido para el INSABI el menor en términos per cápita. Todo lo anterior reproduce las desigualdades, en particular en la atención a la salud, y, por lo tanto, perjudica a la población más vulnerable.

La creación del INSABI no se ha traducido en un aumento presupuestario significativo. De hecho, se observa que los recursos asignados al Instituto en 2021 y 2022 son menores que los que le fueron otorgados

en su primer año de operación, pese a la prevalencia de la pandemia y al recrudecimiento de las condiciones de pobreza y carencia en el acceso a derechos sociales.

En estas condiciones, ¿qué posibilidades reales existen de brindar acceso universal? De seguir el presupuesto en estos bajos niveles, se corre el peligro de vender una “ilusión de universalidad” sin que haya cambios reales en el acceso a la salud para la población abierta. Justo por esto es de suma importancia ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención, pues en estas acciones se encuentra una de las curas para las trampas de pobreza en las cuales se encuentran inmersas las familias. (Ciep, Fundar & Oxfam, 2021)

RECOMENDACIONES

- Incrementar el presupuesto para el sector salud para disminuir la brecha respecto a los estándares internacionales. Esto implicaría un incremento de al menos 3 puntos porcentuales del PIB.
- En línea con el Proyecto de Presupuestos de la Federación 2022, continuar aumentando los recursos para el INSABI y el programa IMSS- BIENESTAR, que se dedican a brindar servicios de salud a la población abierta. Sin embargo, este aumento no debería significar una reducción injustificada en el presupuesto asignado a los demás subsistemas.

REFERENCIAS

1. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, Oxfam México. (2021). *La vacuna contra la desigualdad*. Recuperado de: <https://lavacunacontraladesigualdad.org/wp-content/uploads/2021/05/VACUNAVSDESIGUALDAD.pdf>
2. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). *Carencia por acceso a los servicios de salud*. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Consideraciones2020_Fichas/Carencia_%20por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2020.pdf
3. __ (2020). *Carencia por acceso a seguridad social*. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/PPP_2021/Carencia_SS.pdf
4. Dirección General de Información en Salud. (2019). Gasto Público en Salud, SICIENTAS. *Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_sicuentas_gobmx.html*
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>
6. Instituto de Salud para el Bienestar. (2020). *Primer Informe Anual de Actividades*. Disponible en: <https://www.gob.mx/insa-bi/documentos/1er-informe-anual-de-actividades-271151>
7. Organización Panamericana de la Salud (2018) *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34947>
8. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2019). *Health expenditure and financing*. Disponible en: <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>
9. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2019). *Health at a Glance*. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en
10. Secretaría de Salud. (2019). *Criterios de operación del Programa de atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral para el ejercicio fiscal 2019*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/536689/210519_CRITERIOS_OPERATIVOS_PROGRAMA_U013_24.pdf
11. __ (2019). *Programa Fortalecimiento a la Atención Médica*. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-fortalecimiento-a-la-atencion-medica-antes-unidades-medicas-moviles?state=published>
12. Transparencia Presupuestaria. (2020). *Cuenta Pública*. Disponible en: https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Datos_Abiertos
13. __ (2020). *Presupuesto de egresos de la Federación*. Disponible en: https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Datos_Abiertos
14. __ (2021). *Presupuesto de egresos de la Federación*. Disponible en: https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Datos_Abiertos

FUNDAR, CENTRO DE ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN A. C.

DIRECTORA EJECUTIVA | Haydeé Pérez Garrido

ASAMBLEA DE ASOCIADOS

PRESIDENTE | Ernesto Velasco Sánchez

SECRETARIA | Kristina Pirker

TESORERA | Emilienne de León

VOCAL | Christian Gruenberg

VOCAL | Felipe José Hevia de la Jara

INTEGRANTE | Darwin Franco

INTEGRANTE | Alberto Olvera

INTEGRANTE | Ricardo Raphael

INTEGRANTE | Blanca Rico

INTEGRANTE | Pedro Salazar

INTEGRANTE | Rachel Sieder

INTEGRANTE | María Fernanda Valdés



www.fundar.org.mx

