

ENFERMAR Y MORIR EN MÉXICO



FATIMA MASSE | @Fatima_Masse
Coordinadora de proyectos, IMCO



IVANIA MAZARI
Investigadora, IMCO

- Actualmente el sistema de salud en México se encuentra fragmentado y muestra una deficiencia en su coordinación para la toma de decisiones estratégicas, lo que ha generado una brecha en la calidad de los servicios, tanto a nivel estatal como a nivel institucional.¹
- Dado que la salud es un detonante para la competitividad del país y de los estados, es necesario buscar alternativas que mejoren la calidad del sistema en beneficio de toda la población, a través de la generación de estadísticas de calidad y el aumento y transparencia del presupuesto de salud.
- Es de suma importancia incluir indicadores y metas graduales para incrementar la infraestructura y el personal de salud, además de tomar en cuenta herramientas como el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y la inclusión de nuevas tecnologías como el expediente clínico electrónico (ECE).

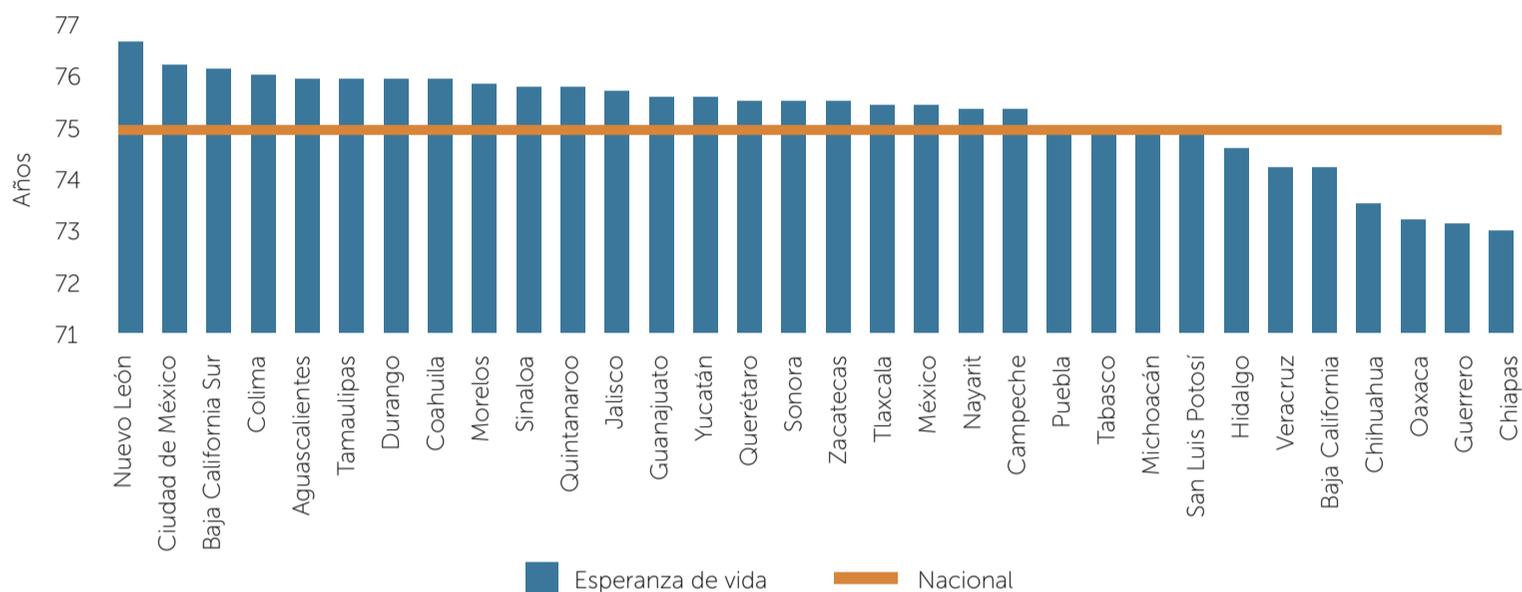
En México una de las manifestaciones de la desigualdad social y regional es el acceso diferenciado a los servicios de salud. Estos, a su vez, generan disparidades en la esperanza de vida y las tasas de mortalidad. Una explicación parcial de estas diferencias se encuentra en el diseño del sistema de salud. Este se encuentra fragmentado y compuesto por una mezcla de instituciones públicas y privadas que operan de forma heterogénea con paquetes de beneficios distintos entre sí. El acceso a cada institución de salud depende principalmente del estatus laboral de las personas. La hipótesis principal de este ensayo es que existen brechas en el acceso y la calidad de los servicios de salud que se reflejan en la esperanza de vida y las tasas de mortalidad. Al analizar las causas del acceso diferenciado se identificaron tres retos que se deben superar para tener una política de salud más equitativa: 1) la deficiencia de las estadísticas de salud, 2) la falta de coordinación entre los actores para la toma de decisiones estratégicas y 3) la opacidad en el manejo de recursos a nivel estatal.

1 Agradecemos especialmente la colaboración de Manuel Guadarrama y Carolina García, del área de finanzas públicas del IMCO, quienes hicieron aportaciones muy relevantes para la elaboración de este capítulo.

BRECHAS ESTATALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La esperanza de vida en México es de 75 años y se ha incrementado al menos desde 2012. Sin embargo, al desagregarla a nivel estatal se pueden observar disparidades entre estados (ver Gráfica 1) que se han mantenido en los últimos años.² En 2016, Nuevo León presentó una esperanza de vida de casi 77 años -similar a la registrada en Europa Central y el Báltico- mientras que la de Chiapas fue 3.8 años menor (de casi 73 años) -parecida a la reportada en Medio Oriente y el norte de África.

Gráfica 1. Esperanza de vida por estado (2016)



Fuente: Elaborado por el IMCO con datos del Banco Mundial (2016), el dato nacional es la esperanza de vida del país.

A pesar de que entre 2010 y 2016 la mortalidad materna en México se redujo 15%,³ a nivel estatal también existen brechas en las tasas de mortalidad. Los tres estados con la mayor tasa de mortalidad materna son Ciudad de México (CDMX), Sonora y Chiapas. La tasa promedio de estos tres estados es 45.9 muertes maternas por cada 100 mil niños nacidos vivos, es decir, 2.2 veces mayor que la tasa promedio en los tres estados con la menor tasa (Morelos, Colima y Aguascalientes, donde es de 20.6 muertes). Estos datos de mortalidad materna no corresponden necesariamente con lo esperado dado el nivel de desarrollo de los estados. La CDMX y Sonora no se encuentran entre los estados más pobres del país y tienen las tasas de mortalidad más altas. Morelos, Colima y Aguascalientes,⁴ que no son precisamente estados de ingreso alto, reportan tasas relativamente bajas de mortalidad. Estas diferencias revelan que hay problemas de diseño del sistema de salud a nivel estatal, y que estados ricos y pobres podrían mejorar su desempeño en indicadores específicos observando las prácticas de sus vecinos.

Algo similar sucede con las muertes por diabetes. En 2016, CDMX, Veracruz y Morelos reportaron la tasa de mortalidad por diabetes más alta del país. En promedio esta enfermedad explica 1.17 muertes por cada mil habitantes en estos estados, es decir, una tasa dos veces mayor que el promedio de Sinaloa, Quintana Roo

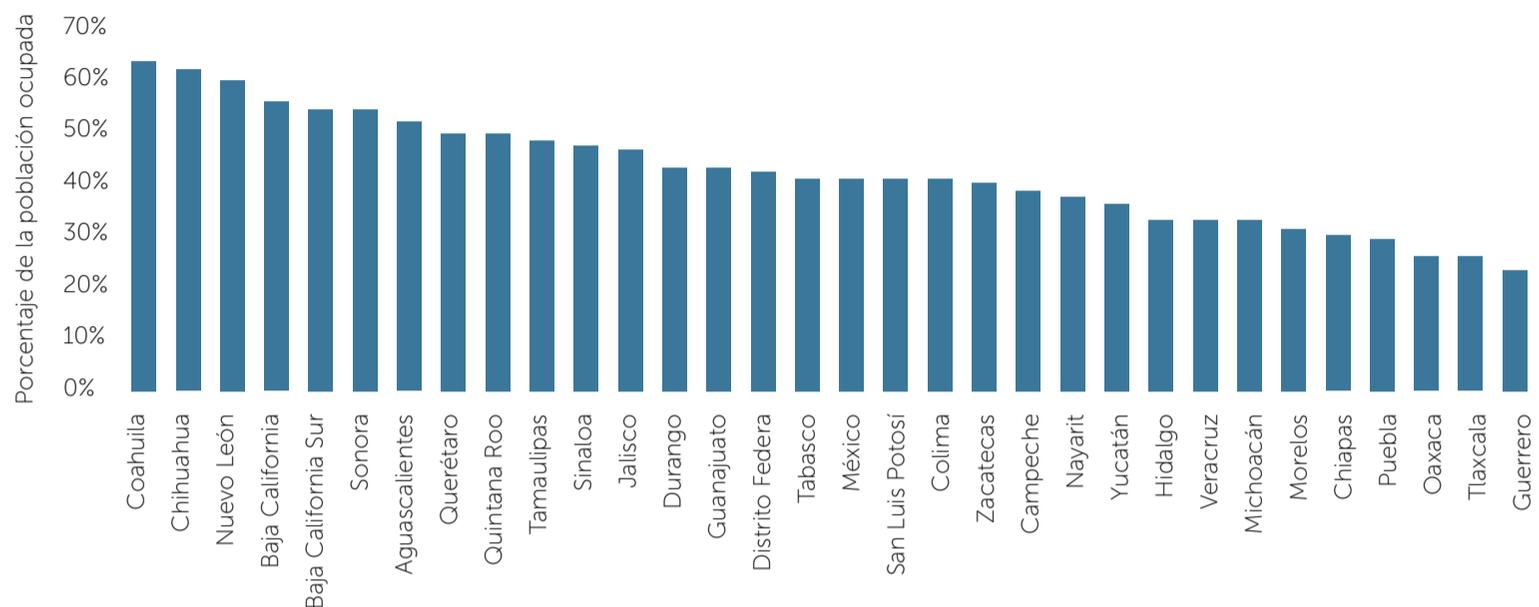
2 IMCO con datos de Dirección General de Información en Salud (DGIS), Cubo Sectorial Sinais (2012-2015).

3 Proyectos estadísticos, "Natalidad", Inegi, <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/natalidad/>

4 Aunque Aguascalientes ha tenido un crecimiento importante en años recientes.

y Baja California Sur (los estados con la menor tasa) con 0.55 muertes por cada mil habitantes.⁵ Esto podría explicarse parcialmente por las asimetrías a nivel estatal en el acceso de los trabajadores a instituciones de salud. Tan solo en 2015, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), mostró que entre Coahuila y Guerrero la brecha es considerable. En Coahuila, sólo tres de cada cinco personas ocupadas contaban con acceso a instituciones de salud, mientras que en Guerrero solamente una.

Gráfica 2. Acceso a Instituciones de salud



Fuente: Elaborado por el IMCO con datos de la ENOE (tercer trimestre de 2015)

Al identificar estas disparidades, se definieron dos hipótesis: 1) En México las carencias del sistema de salud afectan más a quienes tienen un menor nivel socioeconómico y 2) El sistema de salud está fragmentado y se ofrecen calidades de servicios muy dispares a nivel regional, incluso al interior de cada institución. Estas hipótesis se podrían probar por medio de modelos estadísticos con indicadores desagregados, confiables y con múltiples observaciones en el tiempo. Sin embargo, al analizar la información desagregada, el IMCO detectó deficiencias en los datos que impiden la construcción de dichos modelos. En este sentido, se identificaron tres retos clave que dificultaron las pruebas de las hipótesis y que explican las deficiencias regionales del sistema de salud.

RETO 1. ESTADÍSTICAS DE SALUD DEFICIENTES

La Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la Secretaría de Salud (Ssa), es la oficina encargada de concentrar los datos para todo el sistema de salud. No obstante, el IMCO consultó indicadores sobre infraestructura y personal para el sector y encontró varias inconsistencias. Por ejemplo, no se registró ningún médico general en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante 2015. Además, los datos disponibles tienen un rezago de tres años.⁶ No todos los datos se desagregan al mismo nivel (por ejemplo, el gasto privado en salud es un dato que puede conseguirse solamente a nivel nacional). Por último, la plataforma que se usa para el cubo de datos no es amigable con el usuario (requiere la revisión de manuales)

5 IMCO con datos de Registros Administrativos del Inegi.

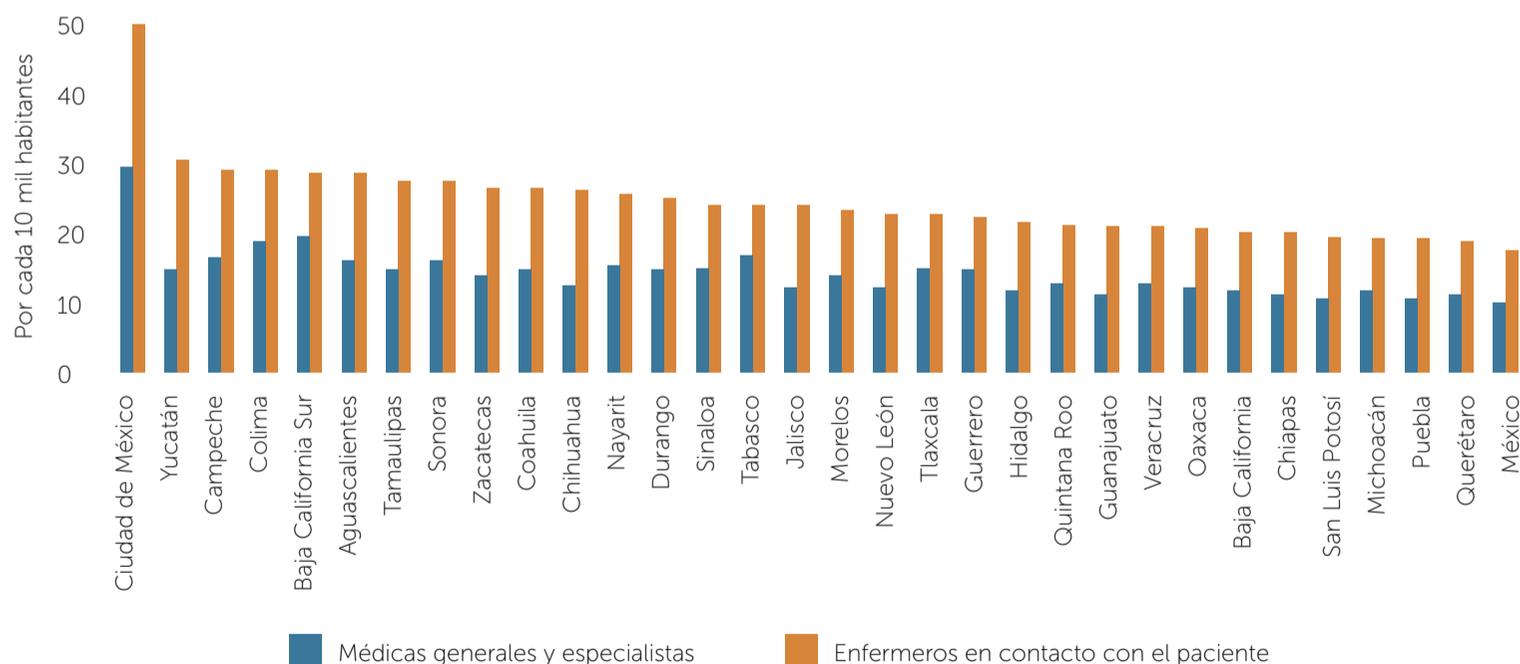
6 Aunque hay una liga para descargar datos a 2017, la base de datos está vacía (las búsquedas se hicieron durante el periodo mayo-julio 2018). Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais).

ni compatible con todos los equipos de cómputo (es necesario usar Internet Explorer). Estos problemas se suman a la falta de métricas comparables de resultados y de calidad en los servicios de salud.⁷

Si los datos oficiales de infraestructura y personal que publica la DGIS son correctos, revelan disparidades. Un ejemplo de esto es la disponibilidad de mastógrafos (equipos básicos para la detección oportuna de cáncer de mama). A nivel nacional, hay suficientes mastógrafos para que todas las mujeres pudieran someterse a este estudio cada 278 días, suponiendo que los equipos trabajaran de forma ininterrumpida y que una mastografía fuera realizada en 15 minutos. En papel, México cumple con la norma oficial NOM-041-SSA2-2011 que dicta que las mujeres entre 40 y 69 años deben someterse a este estudio cada dos años. Una vez que se analizan estos números a nivel estatal, se encuentra que una mujer de la CDMX tendría que esperar 281 días entre pruebas, mientras que una mujer de Nayarit tendría que esperar lo equivalente a cuatro años, a menos que logre que la prueba se realice en otro estado.⁸

En términos de recursos humanos la situación es parecida. La tasa de médicos y enfermeras en contacto con el paciente es dos veces mayor en la CDMX que en el promedio del resto de los estados (ver Gráfica 3). Aunque en términos agregados la concentración de personal de salud es proporcional a la concentración de población, entre más especializado sea el personal, mayor es la concentración en la capital del país. Por ejemplo, en 2015 la CDMX concentraba el 34% de los endocrinólogos, aunque solo albergaba al 7% de la población total. En parte, esto se podría explicar por la preferencia que tiene el personal de salud para trabajar en una ciudad tan diversa, así como las oportunidades laborales que ahí encuentran. Si hubiera un tabulador homogéneo que hiciera más atractivo vivir en provincia con un mejor salario, los incentivos del personal podrían cambiar.

Gráfica 3. Tasa de médicas y enfermeros en los estados (2015)



Fuente: Elaborado por el IMCO con datos del Sinais (2015)

7 Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), "Retos y propuestas para medir calidad en los servicios de salud", en *Índice de Competitividad Internacional 2017*, (México: IMCO, 2017), 58-69 <http://imco.org.mx/indices/memorandum-para-el-presidente-2018-2024/capitulos/lograr-una-sociedad-mas-sana-y-equitativa/retos-y-propuestas-para-medir-la-calidad-en-los-servicios-de-salud> (Consultado el 09 /07/2018).

8 IMCO con datos de la DGIS.

RETO 2. FALTA DE COORDINACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES ESTRATÉGICAS

En un sentido económico pareciera que lo racional es, por un lado, desconcentrar los servicios de atención primaria para alcanzar la mayor cobertura posible y, por el otro, concentrar los servicios hospitalarios especializados⁹ de una forma estratégica para llegar a la mayoría de los lugares afectados por ciertos padecimientos. Sin embargo, la fragmentación del sistema de salud, aunado al poco presupuesto que ejerce la Ssa,¹⁰ dificulta la toma de decisiones coordinada que podría salvar vidas y optimizar recursos.

El tratamiento de labio y paladar hendido (LPH) puede ilustrar este problema. El LPH es una deformación congénita que provoca el desarrollo incompleto del labio y/o el paladar y que se presenta en uno de cada 750 nacimientos.¹¹ Aunque no hay causas específicas, este problema se puede prevenir con ingesta de ácido fólico y otras vitaminas durante el embarazo. El tratamiento de LPH es de largo plazo: toma alrededor de cuatro cirugías y múltiples intervenciones de ortopedia maxilar durante los primeros 18 años de vida. El costo promedio por la atención integral es de 240 mil pesos, y durante los primeros cinco años de vida se utilizan 56% de los recursos. El costo promedio por intervención quirúrgica es de 35 mil pesos. En este sentido, el Centro Médico ABC, a través de la Clínica ABC Amistad, tiene un programa altruista y multidisciplinario¹² para tratar niños con LPH e intervenir en las diferentes etapas de desarrollo, con el fin de lograr la recuperación del paciente y su pronta recuperación médica y readaptación social. El 65% de los pacientes que se beneficia de este programa viene de fuera de la CDMX, principalmente del Estado de México (40%). Por ello, fue necesario crear un programa de vivienda para apoyar a los familiares durante la estancia en el hospital. A pesar de que el Centro Médico ABC participa en campañas extramuros en otros estados, en colaboración con el sistema DIF¹³ de los mismos, no es suficiente para resolver las carencias que sufren la mayoría de los pacientes.¹⁴ Dado lo anterior, resulta necesario contar con una estrategia clara y eficiente por parte de la Ssa para resolver un padecimiento como este.

Las decisiones estratégicas no solo se necesitan en padecimientos carenciales con consecuencias de largo plazo. También es necesario tomar mejores decisiones en aquellas enfermedades que están dominando en nuestro perfil epidemiológico: enfermedades no transmisibles (ENT) como cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer. En 2016 estas tres afectaciones causaron el 47% de las muertes totales.¹⁵

9 Terkel Christiansen y Karsten Vrangbæk, "Hospital Centralization and Performance in Denmark – ten years on", *Centre of Health Economics Research*, (Cohere), discussion paper No.7 (2017), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29475739> (Consultado el 09/07/2018). En 2007, Dinamarca hizo una reforma para centralizar y reducir el número de hospitales de cuidados intensivos pasando de 40 a 21. Con ello se logró aumentar la productividad y bajar costos.

10 Maribel Ramírez Coronel, "Es hora de revertir la descentralización en salud: Coparmex", *El Economista* (2017) <https://www.economista.com.mx/opinion/Es-hora-de-revertir-la-descentralizacion-en-salud-Coparmex-20171004-0038.html> (Consultado el 9/07/2018).

11 Secretaría de Salud, "¿Sabes qué es el labio y paladar hendido?", Ssa (blog), Gob.mx (2016), <https://www.gob.mx/salud/articulos/sabes-que-el-labio-y-paladar-hendido>

12 El equipo de profesionales involucrados incluye cirujanoaorrinolaringólogos, odontólogos, pediatras, nutriólogos, genetistas, expertos en estimulación temprana, relaciones públicas, grupos de apoyo y trabajo social.

13 El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) es una institución pública enfocada en mejorar el bienestar de las familias en México.

14 Programas asistenciales, "Labio y paladar hendido", Centro Médico ABC, <https://www.abchospital.com/beneficiencia/fundacion-abc/campanas/labio-y-paladar-hendido/>

15 IMCO con datos de Inegi (Mortalidad, Principales causas de defunción, 2016).

Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es reducir la muerte prematura por ENT en un tercio para 2030. Lograr esta meta será crucial para el cumplimiento de al menos otros nueve ODS, entre los que destacan: el fin de la pobreza, reducción de las desigualdades, educación de calidad e igualdad de género.¹⁶ La relación entre objetivos es compleja, pero en parte se asocia a la elevada carga económica de estos padecimientos ante coberturas financieras en salud poco efectivas, así como caídas en productividad para los pacientes y sus cuidadores. Si bien, una estrategia para reducir la muerte prematura de ENT requiere combinar acciones de prevención y tratamiento, existe evidencia de que en el largo plazo los rendimientos de la inversión en acciones de prevención son mayores.¹⁷ Las autoridades sanitarias tienen esto muy claro, y México fue uno de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) que destinó mayor porcentaje del gasto total en salud a prevención en 2015 (3.4% contra 2.8% del promedio). No obstante, en términos per cápita dicho gasto representa solo el 38% del promedio de la OCDE (36.2 dólares per cápita en México contra 94.9 dólares en promedio para los miembros de la OCDE).¹⁸ Esto último se debe a que el gasto total en salud es relativamente bajo (5.5% del PIB contra 8.9% del promedio).

RETO 3. OPACIDAD EN EL GASTO ESTATAL

Los estados tienen un rol muy importante en materia de salud: formular y desarrollar programas locales, así como organizar y operar los servicios de salubridad general. Para tener noción de cómo se ha ejercido el gasto en salud en los estados, el IMCO analizó los datos de la función Salud del Índice de Información del Ejercicio del Gasto (IIEG)¹⁹ y revisó algunos convenios de coordinación²⁰ en materia de salud.

El IIEG mide la calidad de la información sobre el ejercicio de los recursos públicos por parte de las entidades federativas. Esta herramienta monitorea las variaciones entre lo originalmente presupuestado y lo realmente ejercido a lo largo de un ejercicio fiscal. Para ello, recopila los informes trimestrales y las cuentas públicas²¹ de las entidades federativas. Aunque la información financiera debe seguir la normatividad en materia de contabilidad gubernamental,²² se encontró que en 2015 y 2016 no todos los estados cumplieron de forma estricta con los formatos. Ello dificulta su comparabilidad y seguimiento a conceptos detallados del gasto. No obstante, el IIEG permite separar el gasto por clasificación funcional.²³

16 Rachel Nugent et al., "Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals", *The Lancet Taskforce on NCDs and economics 1*. (2018), [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30667-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30667-6/fulltext). (Consultado el 25/06/2018).

17 *Ibid.*

18 Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, "Sistema universal de salud: Retos de cobertura y financiamiento", (México: CIEP, 2018) <http://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/> (Consultado el 25/06/ 2018).

19 Véase: <http://imco.org.mx/finanzaspublicas/indice-de-informacion-del-ejercicio-del-gasto>

20 Un convenio de coordinación es el instrumento jurídico a través del cual las dependencias y entidades que los suscriban transfieren recursos de sus presupuestos a las entidades federativas con el propósito de descentralizar o reasignar la ejecución de funciones, programas o proyectos federales y, en su caso, recursos humanos y materiales. Los requisitos y lineamientos para suscribir un convenio de coordinación se establecen en el artículo 224 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Véase: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LFPRH_300316.pdf

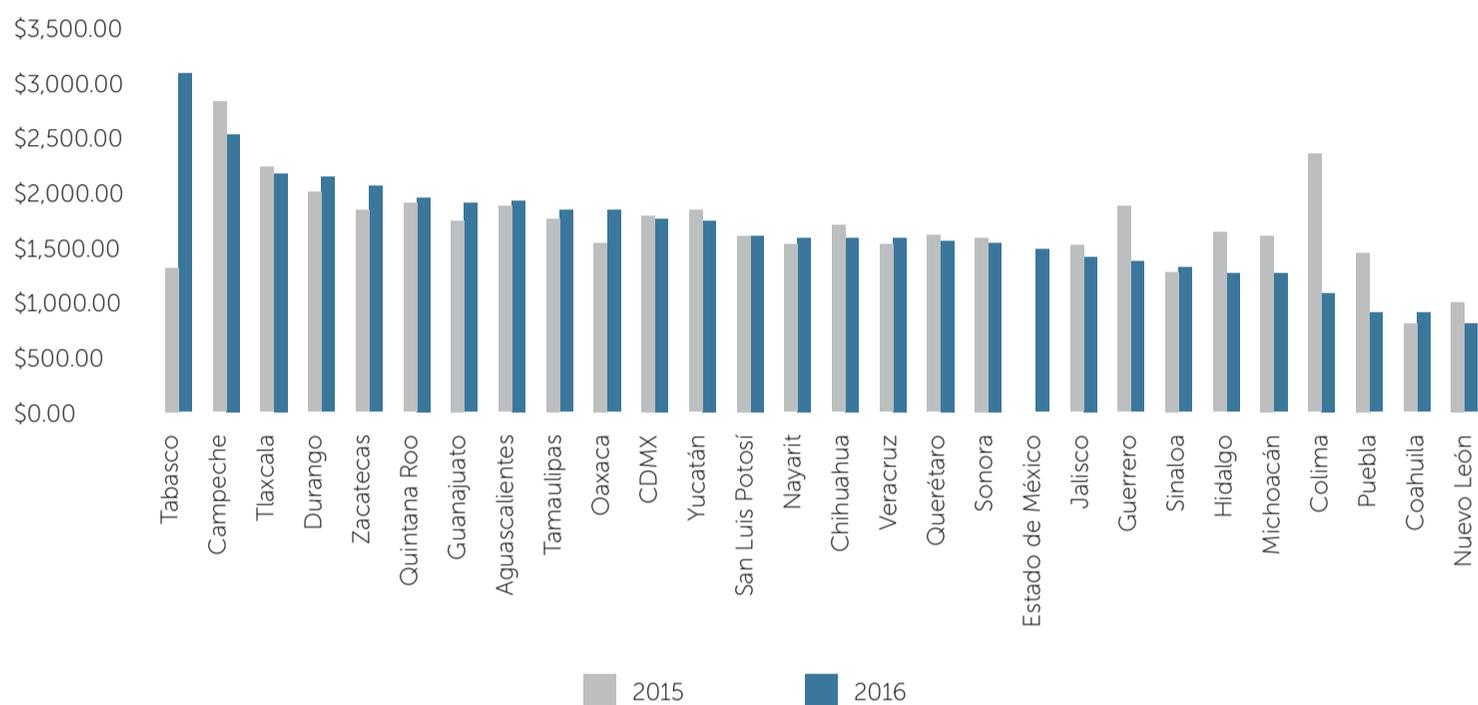
21 Las cuentas públicas son los documentos que presentan las Secretarías de Finanzas de las entidades federativas que muestran el manejo y gestión de los recursos públicos de un ejercicio fiscal.

22 La normatividad de contabilidad gubernamental es emitida por el Consejo Nacional de Armonización Contable (Conac). Disponible en: http://www.conac.gob.mx/es/CONAC/Normatividad_Vigente

23 La clasificación funcional del gasto agrupa los gastos según los propósitos u objetivos socioeconómicos que persiguen los diferentes entes públicos. En específico permite conocer las acciones propias del gobierno (el desarrollo social) y la finalidad (salud) en las cuales se incluyen

Al revisar los datos de la clasificación funcional de salud hay tres hallazgos que se deben destacar. Primero, hay cuatro estados que no reportan dicha clasificación: Baja California, Baja California Sur, Chiapas y Morelos. Segundo, entre 2015 y 2016 hubo cambios demasiado abruptos en términos reales per cápita. Por ejemplo, en Colima el gasto en salud per cápita se redujo a más de la mitad en un año, mientras que en el Estado de México creció más de 58 veces (de 25 pesos a mil 442 pesos per cápita).²⁴ Estas diferencias podrían deberse a alteraciones en los registros contables. Tercero, hay grandes variaciones entre los montos por estado. Por ejemplo, en 2016, Nuevo León gastó 752 pesos por habitante, mientras que Tabasco 3 mil 76 pesos. Es decir, se invirtió más de cuatro veces en la salud de un tabasqueño que en un neoleonés.

Gráfica 4. Gasto en salud por habitante (pesos de 2015)



Fuente: Elaborado por el IMCO con datos de la cuenta pública

Además, se revisaron los ingresos y egresos a través de convenios de coordinación para el año 2018 de seis estados: Coahuila, Jalisco, Puebla, Querétaro, Tlaxcala y Veracruz. De estos, Coahuila, Puebla y Tlaxcala registraron los recursos provenientes de dichos convenios como ingresos de coordinación fiscal a través del rubro "convenios". De igual forma, en la contraparte de egresos se registraron gastos como transferencias federales o convenios para salud o protección social en salud. Sin embargo, el resto de los estados lo hicieron de forma heterogénea y con distinto nivel de desglose. Por ello, es prácticamente imposible rastrear los ingresos y gastos que ejercen los estados en materia de salud, incluso aquellos que se derivan del Seguro Popular.^{25 26} Esta situación debe cambiar.

las actividades relacionadas con la prestación de servicios sociales en beneficio de la población. Para mayor información se puede consultar: http://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR_01_02_003.pdf

24 Se manejan pesos de 2015, para realizar las comparaciones entre gastos por estado.

25 El gasto del seguro popular no se prepesta en ningún ramo y este es un elemento que permite identificar y clasificar el gasto público por lo que son esenciales para el rastreo de los recursos.

26 En el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2018 existe una asignación presupuestal de 77.7 mil millones de pesos para la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. No obstante, en el mismo documento no se distingue qué parte va al componente de salud de Prospera, al Seguro Popular o al Seguro Médico Siglo XXI. Más aún, ni el PEF ni la Ley General de Salud especifica que los recursos del Seguro Popular lleguen a los estados por la vía de alguno de los ramos, por lo que es aún más difícil seguirles la pista a estos recursos.

IMCO PROPONE

La salud es un derecho de las personas y un detonador para la competitividad del país y de los estados. Por eso, es necesario que el gobierno federal tenga más recursos y mejores estrategias para lidiar con la crisis de salud pública que nos acecha. Los gobiernos estatales deberán poner énfasis en un uso más transparente y racional de los recursos destinados a garantizar este derecho.

Enfermar, en muchos estados o regiones de México, eleva el riesgo de muerte especialmente si quien se enferma carece de los recursos para hacer frente a sus padecimientos en caso de que falle el sistema al que esté afiliado. Las intervenciones del Estado, si son inteligentes y orientadas por la información estadística, podrían reducir esas probabilidades de mortalidad y morbilidad. No solamente se requiere más dinero: se requieren intervenciones mucho más precisas y mejor focalizadas.

En ese sentido, los retos que aquí se delinean son solo algunos ejemplos de aquellos que se deben plantear y resolver para la universalización efectiva de los servicios de salud. Es muy probable que este proceso no se dé a corto plazo. Sin embargo, para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo es necesario que el gobierno federal y los gobiernos estatales implementen acciones para mejorar la calidad de las estadísticas, fomentar la toma de decisiones estratégicas coordinadas entre actores y aumentar la transparencia y rendición de cuentas por parte de los estados. Para ello, el IMCO ofrece las siguientes propuestas.

GOBIERNO FEDERAL

1. Mejorar la calidad de las estadísticas de salud para identificar y corregir las brechas estatales.

En la más reciente investigación sobre cobertura universal en salud del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) se identifica que “las diferencias de cobertura no solo se presentan por intervenciones o enfermedad, sino también por entidad federativa, nivel de ingresos y, especialmente, por instituciones o programas de atención a la salud.”²⁷ Este punto está alineado con lo que se plantea en este capítulo. Sin embargo, si no mejora la estadística, medir estas diferencias será una tarea prácticamente imposible. Es necesario que la Ssa, a través de la DGIS, acelere y mejore el proceso para recopilar datos de las diferentes instituciones (por ejemplo, a través de nuevas tecnologías e incentivos para los actores involucrados) y se apegue a los criterios de datos abiertos para la publicación de los indicadores. La DGIS podría suscribir un convenio con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), que cuenta con mejor infraestructura y método para la publicación de indicadores, y cuenta con plataformas que son mucho más amigables con los usuarios, para la publicación periódica y oportuna de diversos indicadores de salud.

27 CIEP, “Retos de cobertura y financiamiento”, 2018, pg. 114.

Asimismo, para reducir las brechas entre instituciones de salud, es fundamental que se desarrolle una plataforma de indicadores comparables para todas las instituciones, como el IMCO ha planteado en publicaciones anteriores.²⁸

2. Aumentar y transparentar el presupuesto de salud, así como mantener, por lo menos, la proporción que se destina a prevención como porcentaje del gasto total.

Durante la administración del presidente Peña Nieto, el presupuesto de salud cayó un 20% en términos reales.²⁹ No obstante, su sucesor, Andrés Manuel López Obrador, se comprometió durante la campaña a incrementar el gasto total en salud en 1% del PIB a lo largo de su sexenio. Si esto se cumple, y se respeta la proporción de recursos que actualmente se destina a prevención (3.4% como se menciona en párrafos previos), México estará en mejores condiciones para alcanzar la meta de muertes por enfermedades no transmisibles (ENT) que se plantea en los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Para ello, será necesario que tanto la Ssa como la Secretaría de Hacienda y Crédito Público sean mucho más transparentes sobre los programas que etiquetan como “prevención”, así como los indicadores de impacto que están asociados.

3. Incorporar desde el Plan Nacional de Desarrollo (PND) el objetivo de reducir las brechas estatales de presupuesto, insumos, infraestructura y personal para brindar acceso a servicios de salud equitativos y eficientes.

El PND 2013-2018 no reconoce la existencia de diferencias estatales en términos de asignación de presupuesto, insumos, infraestructura y personal de servicios de salud. Solo se incluyó la estrategia de “Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad”, pero ninguna de las líneas de acción se relaciona con diferencias estatales.³⁰ Un primer paso para que mejoren los servicios en los diferentes estados, es que los derechohabientes de los sistemas públicos cuenten con los insumos, la infraestructura y el personal necesarios para más y mejores servicios. Por ello, es importante que las diferencias entre las entidades se cierren. Lo ideal es que, una vez establecido este objetivo, se incluyan indicadores y metas graduales para incrementar la infraestructura y el personal -dando prioridad a los estados con mayores rezagos- dentro del Programa Sectorial de Salud. Para una estrategia de este tipo es recomendable considerar la propuesta de la OCDE de “promover el intercambio de servicios³¹ y fomentar la planificación conjunta de los principales proyectos de infraestructura de salud en las instituciones públicas.”³²

28 IMCO, “Índice de Competitividad Internacional 2017; Pequeños pasos para transformar al sector salud”, (2018). <https://imco.org.mx/temas/pequenos-pasos-transformar-al-sistema-salud/> (Consultado el 25 de junio de 2018).

29 IMCO con base en el Ramo 12 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2012 y 2018.

30 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, “Estrategias y líneas de acción. Para lograr un México Incluyente”, Secretaría de Gobierno, <http://pnd.gob.mx/>

31 El intercambio de servicios entre instituciones públicas se refiere a convenios que permiten que pacientes afiliados a un proveedor usen los servicios de otro proveedor (por ejemplo, un paciente con pancreatitis aguda del Seguro Popular que no pueda ser atendido en los hospitales estatales donde radica y sea transferido a hospitales del IMSS).

32 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Getting it Right. Prioridades Estratégicas para México* (París: OCDE Publicaciones, 2018), https://www.oecd-ilibrary.org/development/getting-it-right_9789264292871-es (Consultado el 25/06/2018).

Asimismo, se recomienda elevar el número de enfermeras en contacto con el paciente. La tasa de la OCDE (8.6 por cada mil habitantes ³³) es tres veces mayor que la de México (2.4 por cada mil habitantes en 2015). Las enfermeras tienen un rol fundamental en los servicios de salud. En el primer nivel, contribuyen a sensibilizar al paciente para entender su padecimiento, además de implementar una serie de acciones esenciales (por ejemplo, vacunación). En el segundo y el tercer nivel, pueden ser fiscalizadoras de protocolos médicos con el fin de evitar complicaciones.³⁴

4. Transparentar el avance en la implementación del expediente clínico electrónico (ECE) dentro de las instituciones de salud, definir una estrategia para consolidar un ECE interoperable que permita dar seguimiento a los pacientes y discutir un marco legal para la protección de datos personales.

Desde 2010 el gobierno federal ha buscado aprovechar las tecnologías para implementar un ECE que sea interoperable. Para ello existe la NOM-024-SSA3 -2012, en donde se establecen los criterios técnicos que deben seguir los sistemas de registro electrónico para la salud (incluido el ECE). Sin embargo, no es claro cuál ha sido el avance de las instituciones de salud. Según la OCDE, existe una gran diversidad de iniciativas y no es fácil definir cómo se pueden consolidar. Destaca que, a 2016, el IMSS había sido capaz de integrar los registros de sus sub-sistemas a través de su estrategia IMSS Digital, lo que podría servir como base para un ECE nacional.³⁵ Por eso, es necesario contar con un panorama actualizado del avance de implementación de esta herramienta, con el fin de definir una estrategia para consolidar un ECE que sea interoperable entre instituciones. Lo ideal es que la herramienta sea programada con un sistema abierto, para que no derive en una carga financiera excesiva para el gobierno ante futuras modificaciones, y que siga un estándar de datos (por ejemplo, nombres de columnas y tipos de datos siguiendo lo que requiere la NOM-004-SSA3-2012 sobre expediente clínico). Además, será necesario abrir la discusión para definir el marco legal con respecto a la protección de datos personales de los pacientes pero que a su vez se puedan explotar los beneficios estadísticos de los datos que proveen los expedientes.

GOBIERNOS ESTATALES

1. Sistematizar todos los convenios de coordinación de los servicios de salud en un mismo sitio, incluyendo los contratos y anexos en el momento en que son firmados.

A pesar de que los convenios de coordinación de salud son públicos, es muy difícil rastrearlos. Por ello, deberían estar concentrados en un sitio. Con mayor transparencia será posible dar seguimiento a los recursos que llegan a los estados para hacer evaluaciones de costo-beneficio sobre las acciones que les corresponden a las autoridades, con el fin de elevar gradualmente la eficiencia de dichas acciones.

33 OCDE Health Resources Statistics, "Nurses", OCDE, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses/indicator/engli-sh_283e64de-en

34 Atul Gawande, *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*, (New York: Metropolitan Books, 2010), 75-79.

35 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE Reviews of Health Systems: Mexico 2016 (París: OCDE Publicaciones, 2016), https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016_9789264230491-en (Consultado el 18/07/2018).

2. Incorporar en los planes estatales de desarrollo un compromiso expreso de hacer un uso transparente de los recursos destinados a la salud.

La transparencia en el sector salud y el uso de la información para la toma de decisiones podría impactar directamente en la vida y el bienestar de las personas. A través de este compromiso, las autoridades estatales deberán implementar mecanismos para elevar la rendición de cuentas y la optimización de recursos (por ejemplo, a través de esquemas como las compras consolidadas siguiendo los parámetros del gobierno federal, con el fin de perseguir ahorros).

3. Generar estadísticas sobre los resultados y la calidad de los servicios de salud a nivel local, así como apoyar a la federación en el desarrollo de una política de datos.

De acuerdo con el artículo 13 B de la Ley General de Salud, entre las atribuciones de los estados se encuentra también elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes. En ese sentido, es fundamental que éstos generen estadísticas transparentes y útiles para la toma de decisiones. Un primer paso sería el reporte anual completo de los indicadores que se incluyen en sus programas estatales de salud. En particular, se debe contar con las variables absolutas, previas a la estandarización de cada indicador para dimensionar los esfuerzos de cada estado (por ejemplo, el número de prestadores capacitados y el número total de prestadores de servicios, no solo el porcentaje). La DGIS debería llevar un registro puntual y desglosado de este esfuerzo, con el fin de concentrar dichos indicadores en un mismo portal para generar cierta competencia entre las autoridades.

BIBLIOGRAFÍA

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. "Reglamento de la ley federal de presupuesto y responsabilidad hacendaria". Secretaría de Gobierno. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LFPRH_300316.pdf (Consultado el 25/06/2018).
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. "Sistema universal de salud: Retos de cobertura y financiamiento". México: CIEP, 2018. <http://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/>
- Centro Médico ABC. "Labio y paladar hendido". Programas asistenciales. <https://www.abchospital.com/beneficiencia/fundacion-abc/campanas/labio-y-paladar-hendido/> (Consultado el 05/07/2018).
- Christiansen Terkel y Karsten Vrangbæk. "Hospital Centralization and Performance in Denmark – ten years on". *Centre of Health Economics Research (Cohere)*, discussion paper No.7 (2017). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29475739> (Consultado el 9/07/2018).
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. "Sistema universal de salud: Retos de cobertura y financiamiento". México: CIEP, 2018. <http://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/>
- Consejo Nacional de Armonización Contable (Conac). "Clasificación Funcional Del Gasto (Finalidad, Función Y Subfunción)". Secretaría de Gobierno. http://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR_01_02_003.pdf (Consultado el 25/06/2018).
- Consejo Nacional de Armonización Contable (Conac). "Normatividad Vigente". Secretaría de Gobierno. http://www.conac.gob.mx/es/CONAC/Normatividad_Vigente (Consultado el 25/06/2018).
- Gawande, Atul. *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*. New York: Metropolitan Books, 2010.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Natalidad". Proyectos estadísticos. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/natalidad/> (Consultado el 25/06/2018).
- Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO). "Retos y propuestas para medir calidad en los servicios de salud". En *Índice de Competitividad Internacional 2017*. México: IMCO, 2017. <http://imco.org.mx/indices/memorandum-para-el-presidente-2018-2024/capitulos/lograr-una-sociedad-mas-sana-y-equitativa/retos-y-propuestas-para-medir-la-calidad-en-los-servicios-de-salud>
- Instituto Mexicano para la Competitividad. *Pequeños pasos para transformar al Sistema de Salud*. México: IMCO, 2018. <https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2018/05/IMCO-pequen%CC%83os-pasos.pdf>
- Instituto Mexicano para la Competitividad. "Índice de Información del Ejercicio del Gasto". Finanzas Públicas. <http://imco.org.mx/finanzaspublicas/indice-de-informacion-del-ejercicio-del-gasto> (Consultado el 25/06/2018).
- Nugent, Rachel et al. "Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals". *The Lancet Taskforce on NCDs and economics 1*, (2018). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30667-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30667-6/fulltext) (Consultado el 25/06/2018).
-

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *Getting it Right. Prioridades Estratégicas para México*. París: OCDE Publicaciones, 2018. https://www.oecd-ilibrary.org/development/getting-it-right_9789264292871-es

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. OCDE Reviews of Health Systems: Mexico 2016. París: OCDE Publicaciones, 2016. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016_9789264230491-en

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Health Resources Statistics. "Nurses". OCDE. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses/indicator/english_283e64de-en (Consultado el 09/07/2018).

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. "Estrategias y líneas de acción. Para lograr un México Incluyente". Secretaría de Gobierno. <http://pnd.gob.mx/> (Consultado el 25/06/2018).

Ramírez Coronel, Maribel. "Es hora de revertir la descentralización en salud: Coparmex". *El Economista*. (2017). <https://www.economista.com.mx/opinion/Es-hora-de-revertir-la-descentralizacion-en-salud-Coparmex-20171004-0038.html> (Consultado el 9/07/2018).

Secretaría de Salud (Blog). "¿Sabes qué es el labio y paladar hendido?". Secretaría de Gobierno. <https://www.gob.mx/salud/articulos/sabes-que-el-labio-y-paladar-hendido> (Consultado el 04/07/2018).