

SPAN 4180

Revisión Literaria

Título

Análisis del Sistema Sanitario de México: Un Sistema de Seguro Nacional de Salud

Nombre: Jordan Lewis

Docente: Dra. Arelis Moore

Fecha: 3 de noviembre de 2022

Resumen

El objetivo de este artículo científico es analizar el sistema de salud mexicano para describir cómo ha sido estructurado y operado a lo largo de muchas reformas y procesos de descentralización en su historia, y evaluar el desempeño del sistema. Este artículo científico se basa en una revisión de la literatura científica sobre el sistema de salud mexicano. Las fuentes consultadas fueron artículos científicos revisados por pares que se publicaron de 2000 a 2022. Los criterios de inclusión de las fuentes fueron incluir y discutir el sistema de salud mexicano en profundidad. Los criterios de exclusión para las fuentes fueron artículos que no incluyeron y discutieron el sistema de salud mexicano en profundidad. El sistema de salud mexicano es un modelo de Seguro Nacional de Salud que necesita el fortalecimiento de su organización y sistemas de distribución de los recursos para lograr un mayor acceso a la atención médica para los ciudadanos diversos y vulnerables de México. Mientras el sistema de salud parece haber tenido un buen desempeño durante la evaluación del desempeño, el gobierno debe hacer más cambios políticos e institucionales. Las recomendaciones para el sistema de salud mexicano incluyen, la evaluación de las necesidades de salud comunitaria de las poblaciones vulnerables y una reorganización completa del sistema, permitiendo que tanto el sector público como el privado coexistan de manera efectiva.

Introducción

México, oficialmente los Estados Unidos Mexicanos, es el tercer país más grande de América Latina. México está compuesto por 31 estados, con la Ciudad de México como capital con una población de 128.9 millones (Britannica, 2021). Antes de que México fuera conocido como es hoy, había muchos grupos que habitaban el país. Desde los olmecas, la primera sociedad conocida de México, hasta los mayas, cada grupo contribuyó a la cultura en México hoy (History, 2020). México está actualmente dividido entre la riqueza extrema y la pobreza. Hay una pequeña clase media entre los terratenientes de élite y los pobres rurales y urbanos (Britannica, 2021). La importante disparidad en la riqueza se debe a Porfirio Díaz, presidente

entre 1876 y 1909, que fue un dictador que favoreció enormemente a los ricos e ignoró a los pobres. Aunque México finalmente destituyó al dictador a través de la Revolución Mexicana, la distribución de la riqueza permaneció desequilibrada (History, 2020).

La demografía de México varía ampliamente. La población de México está compuesta por muchos grupos étnicos, incluyendo mestizos (62%), amerindios (7%) y otros (31%). El grupo de edad más grande de personas en México es menor de 15 años, siendo el segundo más grande de 15 a 29 años. El grupo de edad más pequeño en México es de 85 años o más (Britannica, 2021). Hay una distribución casi equitativa de mujeres y hombres en la población (Trading Economics, 2022). Debido a las más oportunidades en las zonas urbanas, la mayoría de los mexicanos se han trasladado de las zonas rurales al centro del país donde se encuentran los centros urbanos (Britannica, 2021). Este cambio es la causa de que alrededor del 81% de los mexicanos vivan en un área urbana en 2021 (Statista, 2022).

A medida que aumenta la población, el gobierno tiene dificultades para proporcionar servicios sociales esenciales y oportunidades económicas para los ciudadanos (Britannica, 2021). Hoy en día, el producto interno bruto (PIB) per cápita de México es de 9926.04 USD, con un gasto en salud del 6.2% de su PIB (The World Bank, 2019). Ha habido un aumento en el gasto en salud; sin embargo, alrededor del 43% de los mexicanos aún no puede asistir a una consulta médica debido a la falta de servicios disponibles (Statista, 2022). Fuera del acceso a la atención médica, sigue habiendo una falta de acceso a la educación y al agua potable. Según la UNESCO, la matrícula terciaria en México se duplicó de 1.9 millones a 4.4 millones entre 2000 y 2017 (Roach, 2021). Aunque hubo un aumento en la matrícula terciaria, los estados menos desarrollados, como Chiapas y Tabasco, experimentaron bajas tasas de participación y alfabetización porque tienen una grave falta de fondos (Roach, 2021). Además, México ha

mejorado significativamente el acceso a un suministro de agua limpia y segura y saneamiento en áreas urbanas y rurales, pero alrededor de 386,000 personas aún carecen de acceso a agua segura en 2022 (Water.org, 2022). El aumento de la población de México hizo que el gobierno y el sistema de salud cambiarán drásticamente. En 1943, el presidente estableció tres instituciones para continuar gobernando y administrando la atención médica en México. Estas instituciones son la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Mexicano de Niños. En 1983, la Constitución Política Mexicana fue reformada para reconocer la salud como un derecho universal, y el gobierno debe garantizar el acceso a la salud para todos los ciudadanos. Sin embargo, pasaron muchos años hasta que se modificó la Ley General de Salud y se implementó el Seguro Popular. El Seguro Popular ayudó a los mexicanos con costos altos de atención médica a caer de 3.3% a 0.8%. Este seguro continúa ayudando a los mexicanos a recibir atención médica (Columbia Public Health, 2022).

El objetivo de este artículo científico es analizar el sistema de salud mexicano para describir cómo ha sido estructurado y operado a lo largo de muchas reformas y procesos de descentralización en la historia y evaluar el desempeño del sistema a través de una revisión de la literatura científica sobre el tema. Este artículo científico se basa en una revisión de la literatura científica sobre el sistema de salud mexicano. Las fuentes consultadas fueron artículos científicos revisados por pares que se publicaron de 2000 a 2022. Los criterios de inclusión de las fuentes fueron incluir y discutir el sistema de salud mexicano en profundidad. Los criterios de exclusión para las fuentes fueron artículos que no incluyeron y discutieron el sistema de salud mexicano en profundidad. Las preguntas de investigación que informaron este artículo fueron: (1) ¿Cómo ha cambiado el sistema de salud mexicano con el tiempo? (2) ¿Las reformas del sistema de salud mexicano mejoran la salud de sus ciudadanos y hacen que la atención médica sea más accesible, asequible, de calidad, y equitativa?

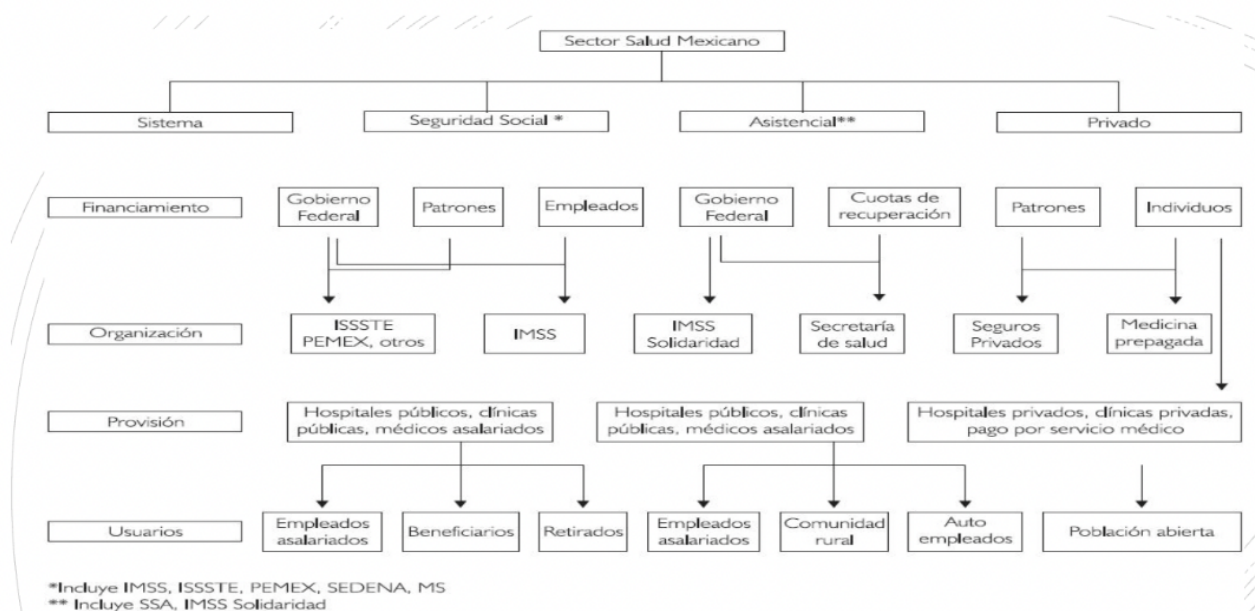
En este artículo científico se discuten los diferentes aspectos del sistema de salud mexicano, incluyendo una descripción del modelo del sistema de salud, una historia de las reformas de salud, la economía y el desempeño actual con base a indicadores de eficacia, eficiencia, equidad, calidad, etc., y concluirá con un análisis y recomendaciones para una mayor mejora.

Revisión de la Literatura

El Modelo del Sistema de Salud Mexicano

El modelo organizativo del sistema de salud de México es el Seguro Nacional de Salud. Todos los ciudadanos en México tienen seguro bajo el Seguro Popular (Columbia Public Health, 2022). En México, las personas pueden recibir atención médica de tres maneras: Seguridad Social, asistencial y privada (Figura 1). En el Seguro Social, el gobierno federal y los patrones financian el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y otras organizaciones. ISSSTE y PEMEX dan cobertura a empleados públicos (Columbia Public Health, 2022). Además, el gobierno federal y sus empleados financian al Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). El IMSS da cobertura a empleados del sector privado (Columbia Public Health, 2022). Los empleados asalariados, beneficiarios y retirados con este seguro pueden visitar hospitales públicos, clínicas públicas y médicos asalariados para recibir atención (Figura 1).

Figura 1. Esquema del Financiamiento al Sistema de Salud de México (Huitrón & Matamoros, 2006).



El gobierno federal financia el IMSS Solidaridad, que da cobertura a personas de bajos ingresos (April International, 2022). Los empleados asalariados, los mexicanos en comunidades rurales y autoempleados con este seguro reciben atención en hospitales públicos, clínicas públicas y médicos asalariados (Figura 1). Además, el gobierno federal y las cuotas de recuperación financian la Secretaría de Salud. La Secretaría de Salud administra todos los servicios sociosanitarios en México (DBpedia, 2018).

El seguro privado y la medicina prepagada están disponibles para los mexicanos (Figura 1). Los mexicanos ricos generalmente tienen seguro privado, mientras que los mexicanos pobres usan un seguro público (April International, 2022). El seguro privado y la medicina prepagada son financiados por algunos patronos e individuos que lo quieran (Figura 1). Los mexicanos con seguro privado y medicina prepagada pueden ir a hospitales y clínicas privadas o pagar los servicios médicos de su bolsillo (Figura 1).

La Reforma del Sistema de Salud Mexicano

El sistema de salud de México se encuentra actualmente en una importante reorganización. En 2018, el presidente Andrés Manuel López Obrador (AMLO) eliminó el Seguro Popular para crear un nuevo sistema de salud, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (Reich, 2020). El INSABI se implementó formalmente el 1 de enero de 2020 (Reich, 2020). Como resultado, se hicieron cambios considerables en los cinco principales sectores de políticas que conforman el desempeño del sistema de salud incluyendo, el financiamiento, pago, organización, regulación y persuasión. El nuevo sistema de salud mexicano se basa en tres principios: universalidad, servicios gratuitos y anticorrupción. Para el presidente AMLO, la universalidad es el sistema de salud que proporciona todos los servicios de salud en lugar de solo financiamiento para ayudar a pagarlos. En segundo lugar, los servicios gratuitos significan que todos los servicios serán gratuitos en el sector público. En tercer lugar, la lucha contra la corrupción significa reducir la corrupción en la prestación de servicios de salud mediante la centralización del control del sistema de salud en el sector público. Además, quiere reducir la participación del sector privado en el sector de la salud pública (Reich, 2020). Finalmente, para comenzar a reestructurar el sistema de salud, se centrarán en el subsistema público, que significa "fuera de la seguridad social y bajo el control del Ministerio" (Reich, 2020, p.4)

Estructura del sistema

La eliminación del Seguro Popular hizo cambios significativos en la estructura del sistema de salud mexicano. En primer lugar, se eliminó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud como entidad gubernamental para que INSABI se estableciera como una nueva entidad gubernamental (Reich, 2020). Luego, muchos empleados fueron despedidos o transferidos, los archivos se almacenaron en un almacén y las bases de datos informáticas se borraron (Reich, 2020). A nivel estatal, se eliminaron las agencias de compra de servicios y medicamentos, y los empleados se trasladaron a las agencias estatales de salud para trabajar en la prestación de servicios o la promoción de la salud en lugar de la administración (Reich, 2020).

Además, las funciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) fueron transferidas nuevamente a las Secretarías de Salud. Otras funciones, como la adquisición de medicamentos, fueron transferidas al INSABI bajo la nueva política de centralización (Reich, 2020). El gobierno de AMLO disolvió la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, una agencia de compras, para centralizar la compra de insumos médicos bajo el Ministerio de Finanzas, reducir la corrupción y aumentar la eficiencia (Reich, 2020). La implementación del nuevo sistema de compras ha interrumpido la cadena de suministro de medicamentos contra el cáncer y otros medicamentos e insumos en México (Reich, 2020). Estas interrupciones en la cadena de suministro han llevado a un aumento de la insatisfacción pública y las protestas públicas de los padres con hijos que tienen leucemia (Reich, 2020).

Además, el gobierno de AMLO ha reducido el papel del sector privado en el sistema de salud al no proporcionar dinero para comprar servicios en instalaciones privadas, incluidas organizaciones sin fines de lucro, sino medicamentos y médicos a instalaciones privadas (Reich, 2020). La prestación de servicios médicos en las zonas rurales de México no tuvo éxito bajo el Seguro Popular. El Seguro Popular intentó solucionar el problema de distribución enviando estudiantes de medicina a las zonas rurales para ejercer en su último año. Sin embargo, los problemas de inseguridad y calidad de la atención seguían siendo evidentes (Reich, 2020). INSABI planea contratar directamente a 33,000 Médicos de Bienestar para trabajar como empleados federales en clínicas de salud de propiedad federal en áreas rurales de México (Reich, 2020).

Financiación del sistema

El Seguro Popular fue financiado con un modelo nacional de seguro de salud, con un 80% de fondos federales y un 20% de fondos estatales (Reich, 2020). Además, se suponía que el Seguro Popular aumentaría el gasto público en salud para contratar más personal, operar más instalaciones, brindar más servicios y ampliar la cobertura a la población (Reich, 2020). En el Seguro Popular, el gobierno federal envió fondos a los estados como subvenciones para asignar

al número de personas afiliadas en el estado (Reich, 2020). Por el contrario, el INSABI se financia solo con fondos de impuestos generales, y su presupuesto en 2020 incluyó 40 mil millones de pesos adicionales, lo que representa un aumento de aproximadamente el 35% del presupuesto anterior asignado al Seguro Popular (Reich, 2020). Aunque el aumento fue útil, el monto necesario para proporcionar servicios de salud para toda la población fue de 793 mil millones de pesos, lo que hizo que INSABI no financiará los servicios (Reich, 2020). Además, INSABI proporciona financiamiento directamente a los hospitales estatales y clínicas de atención primaria y contrata trabajadores directamente para esas instalaciones (Reich, 2020).

La salud de la población

Con el Seguro Popular, las personas se inscribieron para recibir servicios en centros de salud cuando llegaron a su cita (Reich, 2020). No había forma de verificar a las personas que declararon su nivel de ingresos en un grupo de bajos ingresos que renunció al pago de la prima. Debido a que los pagos se hicieron al estado en función del número de personas inscritas, el Seguro Popular incentivó al estado a proporcionar servicios de calidad, por lo que las personas elegirían inscribirse (Reich, 2020). Esta estrategia fue bastante exitosa porque llegó a 53,5 millones de personas, o el 43,3% de la población, en 2018 (Reich, 2020). Sin embargo, el INSABI no ha utilizado incentivos para aumentar el número de personas que utilizan los servicios de salud, incluso eliminando el programa Prospera Programa de Inclusión Social para familias de bajos ingresos (Reich, 2020). Este programa pagó directamente a las familias de bajos ingresos para que participaran en actividades de educación, nutrición y salud (Reich, 2020). Este programa obligó a las familias más pobres a participar en comportamientos saludables para recibir dinero que beneficiaría su sustento. En lugar del programa Prospera, INSABI creó un programa de becas educativas para alentar a las familias de bajos ingresos a ir y permanecer en la escuela (Reich, 2020). Si bien INSABI cubre a unos 33 millones de personas, la escasez de medicamentos, la atención limitada y la cobertura escasa continúan afectando al nuevo sistema de salud para muchas poblaciones vulnerables que necesitan servicios de salud. INSABI no cubre todas las condiciones, y las enfermedades más graves no están completamente

cubiertas, como cáncer, ataques cardíacos y diabetes (Guardian Insurance Mx, 2020). Debido a que INSABI no cubre completamente todas las enfermedades, los pacientes deben pagar alrededor del 40-60% del costo de las condiciones mayores (Guardian Insurance Mx, 2020). Si bien no hay períodos de espera para tratamientos menores, las personas deben ir a una ciudad más grande para procedimientos y tratamientos mayores porque las clínicas locales son solo para tratamientos, procedimientos y afecciones básicas (Guardian Insurance Mx, 2020). Este sistema crea una barrera masiva para todas las poblaciones vulnerables que necesitan ayuda médica seria.

El proceso de descentralización de la gestión del Sistema de Salud Mexicano

La desconcentración es la forma en que se descentraliza el Sistema Mexicano de Salud. El Banco Mundial promovió la descentralización y privatización de los servicios de salud. Querían transferir la responsabilidad fiscal a los estados, municipios y usuarios para liberar los recursos del gobierno central. Los sindicatos se opusieron a esta forma de descentralización y, en cambio, utilizaron el modelo de desconcentración para descentralizar el sistema de salud. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se dividió en ocho regiones administrativas y los estados tenían que financiar entre el 20 y el 30% de sus gastos de salud. Descentralizaron las funciones fiscales a los estados. Cada estado determinó cuánto gasto per cápita gastaría en atención médica. Había disparidades de financiación entre los estados pobres y ricos. Los estados ricos pudieron aumentar sus propias asignaciones y cobrar copagos más altos, mientras que los estados pobres sufrieron. Los servicios de salud estatales y las instalaciones públicas tenían que ser administrados por los secretarios de salud estatales. El proceso de descentralización fue muy lento. Se descentralizaron al nivel estatal o intermedio. Comenzó con sólo 14 estados de 31 y, finalmente, todos fueron descentralizados. En México, la transferencia de responsabilidades sin transferencia de responsabilidades de recursos correspondientes, por lo que el proceso de descentralización fue relativamente lento. El impacto esperado era aumentar la accesibilidad para los mexicanos. En cambio, hubo poco o ningún efecto para reducir las inequidades en salud, aumentar la eficiencia, la productividad o la calidad. La descentralización aumentó la cobertura de salud a través de un aumento en el número de instalaciones de salud y el uso de equipos móviles, pero el sistema de salud todavía tenía ineficiencias (Homedes y Ugalde, 2009).

La Dimensión Económica del Sistema de Salud Mexicano

El sistema de salud mexicano es financiado principalmente por el gobierno federal a través de impuestos generales y en parte por empleados y empleadores que contribuyen al IMSS (Columbia Public Health, 2022). Para evaluar el desempeño financiero del sistema de salud mexicano, analizaremos y discutiremos tres indicadores de desempeño: gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), porcentaje del gasto público en salud primaria y porcentaje del gasto público en salud pública en servicios de salud materno infantil.

Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)

En 2020, el gasto en salud de México fue de 6.2% de su producto interno bruto (PIB) (Statista, 2022). Este PIB fue un aumento de alrededor del 1% desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 (Statista, 2022). El gasto en atención médica representa "la cantidad de atención médica y actividades relacionadas, como el seguro de salud privado y público, la investigación en salud y las actividades de salud pública" (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2022). El gasto de México en salud con respecto al PIB es muy bajo en comparación con otros países, como Estados Unidos. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), un aumento del gasto sanitario se asocia con mejores resultados de salud (Organización Mundial de la Salud, 2022). Debido a que México tiene un bajo gasto en salud, puede indicar que la salud en el país es deficiente, así como la situación financiera entre el gobierno y los ciudadanos. Cuando la salud de sus ciudadanos es pobre, participan en actividades productivas que contribuyen y mejoran el rendimiento económico.

Porcentaje del gasto público en salud orientado a la atención primaria

La atención primaria de salud es vital para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que apuntan a lograr la cobertura universal de servicios de salud esenciales y de calidad (Rathe et al., 2022). La atención primaria de salud se puede definir de muchas maneras diferentes a nivel mundial o nacional (Rathe et al., 2022). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022), México tiene un gasto público en salud de 43.6%, superando la meta de 30% establecida por ellos (Rathe et al., 2022). La falta de inversión en atención primaria aumenta el acceso de los pacientes y los problemas de la fuerza laboral. Además, Rathe (2022) afirma que un mayor uso de primarios disminuye los costos, una mayor satisfacción del paciente, menos hospitalizaciones y visitas al departamento de emergencias, y una menor mortalidad (Rathe et al, 2022). Debido a que México gasta una cantidad significativa en atención primaria, su gobierno indica que están invirtiendo en proporcionar acceso a todos los ciudadanos con la menor cantidad de barreras posibles. Su inversión en atención primaria se muestra a través de su tasa de mortalidad del 6% en comparación con la tasa de mortalidad de los Estados Unidos del 8%. Al continuar invirtiendo en atención primaria, el sistema de salud mexicano continuará mejorando la salud de todos los mexicanos.

Porcentaje del gasto público en salud orientado a los servicios de salud materno-infantil

En México, el gasto público en salud materno-infantil es del 25% (Ávila-Burgos et al., 2020). Los servicios de salud materna e infantil son importantes para la salud pública porque ayudan a brindar atención a la próxima generación que puede enfrentar desafíos de salud en el futuro. El sistema de salud mexicano necesita invertir en servicios de salud materno-infantil para todas las mujeres, pero especialmente para las adolescentes. Las adolescentes son un grupo cada vez más grande en México, por lo que brindar servicios a

mujeres adolescentes solo demostrará mejorar comportamientos saludables y reducir riesgos, complicaciones durante el embarazo (Ávila-Burgos et al., 2020). Tendrán que seguir aumentando este gasto para ampliar el acceso a los servicios materno-infantiles para las adolescentes de bajos ingresos y sin cobertura de seguridad social (Ávila-Burgos et al., 2020). Aunque se percibió un crecimiento en el gasto de alrededor del 15% entre 2003-2011, las desigualdades aún estaban presentes entre la población en los estados más marginados y con menor nivel socioeconómico (Ávila-Burgos et al., 2020). El primer contacto que muchas de estas mujeres de bajos ingresos tienen con los servicios de salud es recibir atención prenatal. Estas desigualdades continúan demostrando la necesidad de mejorar sus niveles de gasto en servicios de salud materno-infantil para las mujeres mexicanas. Además, las mejoras en su gasto evitarán menores ingresos fiscales debido a la disminución de la productividad y mayores gastos para la prestación de atención a embarazos no deseados (Ávila-Burgos et al., 2020).

La Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud Mexicano

En esta sección, se realizará una evaluación del sistema de salud mexicano comparando los valores de los indicadores del sistema de salud mexicano con los valores ideales para los indicadores. Los indicadores que se discutirán incluyen indicadores de cobertura y desempeño.

Indicadores de cobertura

El sistema de salud mexicano parece lograr una cobertura adecuada para todos los mexicanos. Para evaluar el desempeño de México en la cobertura, analizaremos el número de proveedores de salud por población, el número de camas por población y el porcentaje de la población inscrita en el seguro de salud. En primer lugar, el número de proveedores de salud por población es de 2,41 proveedores de salud por cada 1.000 personas en México (Statista, 2022).

Según la OMS, se necesitan al menos 2,5 proveedores médicos por cada 1.000 personas para proporcionar una cobertura adecuada (Banco Mundial, 2022). El promedio de México está cerca del valor ideal, lo que demuestra que proporcionan una cantidad adecuada de médicos y enfermeras para los mexicanos. A continuación, el número de camas por población es de 1 cama por cada 1.000 personas (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2022). La OMS recomienda al menos 2-4 camas por cada 1.000 personas para los países desarrollados (Excel Medical, 2022). El indicador final de cobertura es el porcentaje de la población inscrita en un seguro de salud, que es del 75% (Statista, 2021). Según los ODS (2022), el valor ideal es una cobertura del 100% para todos (Sachs et al., 2022). México es aproximadamente un 25% menos que el valor previsto, pero con nuevas reformas, el sistema de salud continuará tratando de lograr una cobertura del 100% para todos los mexicanos, especialmente para los más vulnerables.

Indicadores de desempeño

El indicador de desempeño incluye cuatro sub indicadores dentro de él. Estos indicadores son la eficiencia del sistema, la eficiencia técnica, la eficacia del sistema y la equidad del sistema.

Eficiencia del sistema

Para comenzar, discutiremos los indicadores de eficiencia del sistema. Estos indicadores incluyen visitas ambulatorias por hora de trabajo del médico, costo por visita ambulatoria y costo por día de cama en el hospital. Los costos se examinarán en dólares de los Estados Unidos. En primer lugar, las visitas ambulatorias por hora de trabajo del médico son 2,1 (OCDE, 2022). El Estudio del Fondo de la Commonwealth (2022) establece que debe ver a unos 20 pacientes al día, lo que equivale a aproximadamente 2,2 pacientes por hora (The Commonwealth Fund Study,

2022). A continuación, el costo promedio por visita ambulatoria es de \$20 USD (Wise, 2022). El costo ideal por visita ambulatoria es de aproximadamente \$15-25 USD (Deuda, 2021). El indicador final es el costo por día de cama de hospital, que es de \$438 USD (Vistalegre, 2019). El costo ideal por día de cama de hospital es de \$216 USD (Page et al., 2017). El sistema de salud mexicano está cerca de los valores ideales para las visitas ambulatorias por hora de trabajo del médico y el costo promedio por visita ambulatoria. El promedio de estar cerca del sistema de salud mexicano significa que están viendo una cantidad adecuada de pacientes todos los días. La eficiencia del sistema de salud mexicano necesita más mejoras entre el costo por día de cama de hospital. El alto costo por día de cama en el hospital indica que los pacientes pueden permanecer más tiempo del necesario antes de poder tratar a otro paciente.

Eficiencia técnica

Ahora, analicemos los indicadores de eficiencia técnica, que son el número de enfermeras por cama de hospital y el número de médicos por cama de hospital. El número de enfermeras por cama de hospital es de 2,9 (OCDE, 2022). El número ideal de enfermeras por cama de hospital es 4.0 (OCDE, 2022). El número de médicos por cama de hospital es de 2,4 (OCDE, 2022). El valor ideal para el número de médicos por cama de hospital es 3.4 (OCDE, 2022). El número de médicos y enfermeras por hospital debe aumentar en al menos una persona, lo que puede aumentar el acceso para los pacientes que viven en áreas desatendidas.

Eficacia del sistema

El tercer indicador a discutir son los indicadores de efectividad del sistema. Estos indicadores incluyen la esperanza de vida, los años de vida ajustados por discapacidad y la tasa de mortalidad. La esperanza de vida de un mexicano es de 75 años (Banco Mundial, 2021). Según el Informe de Desarrollo Sostenible (2022), la esperanza de vida ideal es de 81 años

(Sachs et al., 2022). Los años ajustados por discapacidad de un mexicano son 15,658 por cada 100,000 personas (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010). El valor ideal de los años ajustados por discapacidad es de 7.000 por cada 100.000 personas (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010). La tasa de mortalidad en México es de 6.15 muertes por cada 1,000 personas (Moody Analytics, 2022). La tasa de mortalidad ideal es de 3,2 muertes por cada 1.000 personas (Sachs et al., 2022). El sistema de salud mexicano produce grandes resultados en la esperanza de vida, pero la tasa de mortalidad y los años ajustados por discapacidad son muy altos. Al disminuir los años ajustados por discapacidad y la mortalidad, los mexicanos podrán vivir una vida más saludable y más larga.

Equidad del sistema

El indicador final para los indicadores de desempeño es la equidad del sistema, que incluye medidas de utilización de servicios, razones para nosotros y medidas de resultados de salud desagregadas. Las medidas de utilización de servicios para las personas que viven en áreas rurales son de 3.59 visitas por año y las personas que viven en áreas urbanas es de 4.62 visitas por año (Salinas et al., 2010). La principal razón para el uso de los servicios de salud es la diabetes entre las zonas rurales y urbanas. La incidencia de diabetes para las personas que viven en áreas rurales es del 7,2% y en las áreas urbanas es del 18,7% (Salinas et al., 2010). Las personas que viven en áreas rurales y urbanas tienen un uso similar de los servicios de salud en un año, pero la incidencia de diabetes aumenta en las áreas urbanas. Debido a que la mayoría de los mexicanos viven en áreas urbanas, la incidencia de diabetes sería mayor porque tienen más acceso a los servicios de salud. La medida de resultados de salud desglosados es la diferencia en la mortalidad de menores de cinco años entre mujeres y hombres. La mortalidad de menores de cinco años para las mujeres es de 12 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y la de los hombres es

de 15 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (Fondo Internacional de Emergencia para la Infancia de las Naciones Unidas, 2020). Hay una pequeña diferencia entre la tasa de mortalidad de menores de cinco años para hombres y mujeres, pero es necesario que haya una disminución sustancial para ambas tasas de mortalidad.

Análisis

Para analizar los hallazgos de la revisión de la literatura, estas respuestas serán informadas por las dos preguntas de investigación introducidas en la introducción. El modelo organizativo del sistema de salud mexicano es el Seguro Nacional de Salud. Este modelo informa cómo funciona todo el sistema, pero ha cambiado con el tiempo. En este modelo, los ciudadanos de México cuentan con un seguro bajo el Seguro Popular (Columbia Public Health, 2022). Las personas pueden recibir atención médica de tres maneras desde la Seguridad Social, el bienestar y el privado (Figura 1). El gobierno federal financia tanto la Seguridad Social como la asistencia social, pero financia al ISSSTE, PEMEX e IMSS junto con los empleados. Con la Seguridad Social, las personas que son empleados asalariados, beneficiarios y jubilados tienen cobertura y pueden visitar hospitales públicos, clínicas y médicos asalariados para recibir atención. Con asistencial, los empleados asalariados, los mexicanos en comunidades rurales y las personas que trabajan por cuenta propia también pueden visitar hospitales públicos, clínicas y médicos asalariados. El seguro privado y la medicina prepagada también están disponibles para los mexicanos. Por lo general, los mexicanos ricos usan seguros privados (April International, 2022). Los mexicanos que usan seguros privados y medicina prepagada pueden ir a hospitales y clínicas privadas o pagar servicios médicos (Figura 1). La marcada disparidad entre mexicanos ricos y pobres se muestra aquí en la capacidad de pagar la atención fuera del sistema público que puede ayudarlos mejor.

Recientemente, el sistema de salud mexicano ha experimentado una reforma con el nuevo presidente de México Andrés Manuel López Obrador (AMLO). El presidente AMLO disolvió el Seguro Popular y creó un nuevo sistema de salud llamado Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (Reich, 2020). Este nuevo sistema se implementó el 1 de enero de 2020, y determinó muchos cambios. La estructura del sistema de salud se centralizó con el gobierno federal. Los programas realizados para obtener medicamentos, como REPSS, se disolvieron y sus funciones se asignaron a los Secretarios de Salud (Reich, 2020). Para eliminar la corrupción y aumentar la eficiencia, el gobierno de AMLO disolvió la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (Reich, 2020). La disolución de esta agencia de compras causó interrupciones en la cadena de suministro de medicamentos importantes, como la medicina contra el cáncer (Reich, 2020). El financiamiento que se utilizó en la reforma de salud anterior se cambió completamente de 80% fondos federales y 20% estatales a solo impuestos generales (Reich, 2020). El presupuesto fue un aumento significativo para INSABI del Seguro Popular, pero se necesitaba una cantidad mayor para dar a todos el mismo acceso a los servicios (Reich, 2020). Aunque INSABI parecía una gran nueva reforma para el sistema de salud mexicano, trajo otro conjunto de problemas al sistema de salud en dificultades.

El desempeño del sistema de salud mexicano parece ser adecuado para sus ciudadanos. La cobertura promedio es del 75% y aumenta constantemente debido a las cambiantes reformas de salud en México (Statista, 2021). Además, el número de proveedores de salud por población es de 2.4 por cada 1,000 personas en México, que está muy cerca del valor ideal (Statista, 2022). El sistema de salud mexicano tiene una gran eficiencia del sistema con aproximadamente 2.1 pacientes por hora de trabajo del médico, asegurándose de que todos sean atendidos para sus

chequeos (OCDE, 2022). La esperanza de vida de un mexicano es de 75 años y a sólo 6 años de la esperanza de vida ideal, lo que demuestra que la salud de los mexicanos está mejorando y se están moviendo hacia un estilo de vida más saludable. Aunque hay indicadores con grandes resultados, hay lugares donde puede haber mejoras. Por ejemplo, la tasa de mortalidad es de 6,15 muertes por cada 1.000 personas, mientras que la mortalidad ideal es de 3,2 muertes por cada 1.000 personas (Moody Analytics, 2022). Al tratar de disminuir la tasa de mortalidad, también disminuirán los años ajustados por discapacidad y mejorará la esperanza de vida.

Conclusión y Recomendaciones

El sistema de salud mexicano es un sistema en dificultades que necesita ayuda. Hay tres formas de recibir atención bajo el modelo organizativo del Seguro Nacional de Salud, pero la forma de recibir atención está cambiando debido a las reformas. INSABI ha cambiado completamente el sistema de salud con algunas mejoras y problemas. Aunque el sistema de salud ha demostrado tener un buen desempeño en los indicadores de la evaluación del desempeño del sistema de salud, todavía hay más cambios normativos e institucionales que deben realizarse.

Para comenzar a mejorar el sistema, primero deben mirar a las poblaciones más vulnerables en México. Necesitan ir a estas comunidades y realizar una evaluación de las necesidades de salud de la comunidad para averiguar qué necesita cada una de estas comunidades. Cuando las personas más vulnerables con la menor cantidad de acceso reciban la atención que necesitan, todos los demás también recibirán acceso porque los recursos ahora son verdaderamente accesibles para todos. Además, es necesario que haya otra reestructuración del sistema de salud para permitir que los sectores público y privado coexistan pacíficamente de manera efectiva.

Referencias

April International. (2022). *The healthcare system in Mexico*. Recuperado de October 9, 2022, from

<https://fr.april-international.com/en/healthcare-abroad/healthcare-system-mexico>

Avila-Burgos, L., Montañez-Hernández, J. C., Cahuana-Hurtado, L., et al. (2020).

Government Expenditure on Maternal Health and Family Planning Services for Adolescents in Mexico, 2003–2015. *International Journal of Environmental*

Research and Public Health, 17(9), 3097. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093097>

Britannica. (2021). *Mexico - Demographic trends*. Encyclopedia Britannica. Recuperado de September 20, 2022, from

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

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Health care expenditures*.

<https://www.cdc.gov/nchs/hus/topics/health-care-expenditures.htm>

Columbia Public Health. (2022, June). *MEXICO | Summary*. Recuperado de September 20, 2022, from

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

DBpedia. (2018). *Secretariat of Health (Mexico)*. Recuperado de October 9, 2022, from

[https://dbpedia.org/page/Secretariat_of_Health_\(Mexico\)](https://dbpedia.org/page/Secretariat_of_Health_(Mexico))

Debt. (2021, October 19). *How Much A Doctor Should Cost You?* Debt.org.

<https://www.debt.org/medical/doctor-visit-costs/>

Excel Medical. (2022, November 13). *The Number Of Recommended Hospital Beds Per 1 000 People – excel-medical.com*.

<https://www.excel-medical.com/the-number-of-recommended-hospital-beds-per-1-000-people/>

Guardian Insurance MX. (2020, August 26). *INSABI: The free healthcare system in Mexico*.

<https://guardianinsurancemx.com/insabi-the-free-healthcare-system-in-mexico/>

History. (2020, June 5). *History of Mexico*. History. Recuperado de October 9, 2022, from <https://www.history.com/topics/mexico/history-of-mexico>

Homedes, N., & Ugalde, A. (2009). Twenty-Five Years of Convoluting Health Reforms in Mexico. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000124.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000124>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2010). *GBD Profile: Mexico*.

https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gb_d_country_report_mexico.pdf

Moody Analytics. (2022). *Mexico Death Rate | Moody's Analytics*.

<https://www.economy.com/mexico/death-rate>

Organization for Economic Co-operation and Development. (2022). *Health - OECD Data*. <https://data.oecd.org/health.htm>

Page, K., Barnett, A. G., & Graves, N. (2017). What is a hospital bed day worth? A contingent valuation study of hospital Chief Executive Officers. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2079-5>

Rathe, M., Hernández-Peña, P., Pescetto, C., et al. (2022). Primary health care expenditure in the Americas: measuring what matters. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 46, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.70>

- Reich, M. R. (2020). Restructuring Health Reform, Mexican Style. *Health Systems & Reform*, 6(1), e1763114. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1763114>
- Roach, E. (2021, August 6). *Education in Mexico*. WENR.
<https://wenr.wes.org/2019/05/education-in-mexico-2>
- Sachs, J., Kroll, C., Lafortune, G., Fuller, G., et al. (2022). Sustainable Development Report 2022. *Cambridge: Cambridge University Press*.
<https://doi.org/10.1017/9781009210058>
- Salinas, J. J., Al Snih, S., Markides, K., et al. (2010). The Rural-Urban Divide: Health Services Utilization Among Older Mexicans in Mexico. *The Journal of Rural Health*, 26(4), 333–341. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00297.x>
- Statista. (2021, August 3). *Main types of health insurance in Mexico 2020*.
<https://www.statista.com/statistics/1044201/mexico-share-population-health-insurance-type/>
- Statista. (2022, April 14). *Health spending as a share of GDP in Mexico 2010-2020*. Recuperado de September 23, 2022, from
<https://www.statista.com/statistics/947944/mexico-health-expenditure-share-gdp/#:%7E:text=Health%20spending%20as%20share%20of%20GDP%20in%20Mexico%202010%2D2020&text=In%202020%2C%20Mexico%27s%20healthcare%20expenditure,relatively%20stable%20in%20previous%20years>
- Statista. (2022, April 14). *Health spending as share of GDP in Mexico 2010-2020*.
<https://www.statista.com/statistics/947944/mexico-health-expenditure-share-gdp/>
- Statista. (2022, November 10). *Urbanization in Mexico 2021*.
<https://www.statista.com/statistics/275432/urbanization-in-mexico/>

Statista. (2022, November 14). *Doctors per 1,000 inhabitants in Mexico 2006-2020*.

<https://www.statista.com/statistics/787632/number-doctors-inhabitants-mexico/>

The Commonwealth Fund Study: How Many Patients Does The Average Primary Care

Provider See Each Day? – excel-medical.com. (2022, January 28).

<https://www.excel-medical.com/how-many-patients-do-primary-care-providers-see-every-day/>

The World Bank. (2019). *GDP per capita (current US\$) - Mexico*. Recuperado de October 9, 2022, from

<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=MX>

The World Bank. (2021). *Life expectancy at birth, total (years) - Mexico | Data*.

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=MX>

The World Bank. (2022). *Glossary | DataBank*.

<https://databank.worldbank.org/metadataglossary/health-nutrition-and-population-statistics/series/SH.MED.PHYS.ZS>

Trading Economics. (2022). *Mexico - Population, Male (% Of Total)*. Recuperado de October 9, 2022, from

<https://tradingeconomics.com/mexico/population-male-percent-of-total-wb-data.html>

UNICEF. (2020, February 6). *Mexico (MEX)*. <https://data.unicef.org/country/mex/>

Vistalegre. (2019). *The Cost of Treatment at Public Hospital Without Insurance in Puerto Vallarta, Mexico?* Vistalegre.

<https://www.vistalegrerentals.com/the-cost-of-treatment-at-public-hospital.htm>

Water.org. (2022). *Mexico's Water Crisis - Water In Mexico 2022*.

<https://water.org/our-impact/where-we-work/mexico/>

Wise. (2022, December 4). *Healthcare in Mexico: A guide to the Mexican healthcare system*. <https://wise.com/us/blog/healthcare-system-in-mexico>

World Health Organization. (2019). *Health expenditure*.

<https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/health-expenditure>

Apéndices