



Somos un centro de investigación de la SOCIEDAD CIVIL sin fines de lucro y apartidista que contribuye a la comprensión de la economía y finanzas públicas en México, mediante herramientas y análisis ACCESIBLES Y TÉCNICAMENTE SÓLIDOS, para MEJORAR LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, lograr una sociedad MÁS INFORMADA Y PARTICIPATIVA y construir un sistema fiscal SOSTENIBLE E INCLUYENTE en beneficio de las GENERACIONES PRESENTES Y FUTURAS.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	I
ÍNDICE DE CUADROS	I
1 INTRODUCCIÓN	1
2 CONSOLIDADO DE MEJORES PRÁCTICAS	2
3 PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD	9
3.1 SISTEMA DE SALUD EN GOBIERNOS FEDERALIZADOS	12
3.2 CASOS ESTUDIADOS	12
3.2.1 ARGENTINA	13
3.2.2 BRASIL	14
3.2.3 CANADÁ	15
3.2.4 COSTA RICA	17
3.2.5 SUIZA	19
4 SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO	22
4.0.1 GOBIERNOS SUBNACIONALES	22
4.1 AFILIACIÓN	27
4.2 CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS	29
4.3 Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD	30
4.4 GASTO EN SALUD	35
4.5 FINANCIAMIENTO	38
5 CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES	41
5.1 GUANAJUATO.	41
5.1.1 CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS	43
5.1.2 Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD	45
5.1.3 GASTO EN SALUD	48
5.1.4 GASTO EN SALUD: CUENTA PÚBLICA ESTATAL	50
5.1.5 FINANCIAMIENTO	53

5.2	JALISCO	53
5.2.1	CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS	55
5.2.2	Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD	57
5.2.3	GASTO EN SALUD	61
5.2.4	GASTO EN SALUD: CUENTA PÚBLICA ESTATAL	62
5.2.5	FINANCIAMIENTO	65
5.3	NAYARIT	65
5.3.1	CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS	67
5.3.2	Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD	70
5.3.3	GASTO EN SALUD	73
5.3.4	GASTO EN SALUD: CUENTA PÚBLICA ESTATAL	74
5.3.5	FINANCIAMIENTO	77
5.4	NUEVO LEÓN.	77
5.4.1	CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS	80
5.4.2	Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD	82
5.4.3	GASTO EN SALUD	83
5.4.4	GASTO EN SALUD: CUENTA PÚBLICA ESTATAL	86
5.4.5	FINANCIAMIENTO	88
5.5	YUCATÁN	89
5.5.1	CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS	91
5.5.2	Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD	93
5.5.3	GASTO EN SALUD	96
5.5.4	GASTO EN SALUD: CUENTA PÚBLICA ESTATAL	98
5.5.5	FINANCIAMIENTO	101
5.6	DISPONIBILIDAD DE DATOS	101
6	CONCLUSIONES Y BUENAS PRÁCTICAS	103
7	IMPLICACIONES	108
	ACRÓNIMOS	109
	BIBLIOGRAFÍA	111



ÍNDICE DE FIGURAS

3.1	Organización del sistema de salud: Argentina	14
3.2	Organización del sistema de salud: Brasil	15
3.3	Organización del sistema de salud: Canadá	16
3.4	Organización del sistema de salud: Costa Rica	18
3.5	Organización del sistema de salud: Suiza	20
4.1	Organización del sistema de salud 2004 - 2019: México	22
4.2	Organización del sistema de salud: México	23
4.3	Servicios de salud para las personas sin seguridad social	24
4.4	Recursos humanos y físicos en salud 2019: por cada mil habitantes	31
4.5	Barreras para la atención en salud	32
4.6	Tasa atención en salud: entidad federativa	33
4.7	Tasa atención en salud: entidad federativa y afiliación	34
4.8	Gasto total en salud 2016: entidad federativa	36
4.9	Gasto total en salud 2018: entidad federativa	37
4.10	Gasto per cápita por afiliación 2018: entidad federativa	38
4.11	Recursos públicos subnacionales: fuentes de ingreso	39
4.12	Recaudación local 2019: % del Producto Interno Bruto (PIB) estatal	39
4.13	Recaudación local 2019: fuentes de ingreso	40
5.1	Afiliación 2018: Guanajuato	43
5.2	Recursos en salud: Guanajuato	44
5.3	Barreras para la atención en salud: Guanajuato	46
5.4	Tasa de atención: Guanajuato	47
5.5	Tiempo de espera (minutos): Guanajuato	48
5.6	Gasto per cápita en salud 2018: Guanajuato	49
5.7	Gasto per cápita por afiliación 2018: Guanajuato	50
5.8	Gasto en salud de Guanajuato	51
5.9	Gasto en salud de Guanajuato: fuente de financiamiento	52
5.10	Gasto en salud de Guanajuato: capítulo de gasto	52
5.11	Afiliación 2018: Jalisco	56
5.12	Recursos en salud: Jalisco	58
5.13	Barreras para la atención en salud: Jalisco	59

5.14	Tasa de atención: Jalisco	60
5.15	Tiempo de espera (minutos): Jalisco	61
5.16	Gasto per cápita en salud 2018: Jalisco	62
5.17	Gasto per cápita por afiliación 2018: Jalisco	63
5.18	Gasto en salud de Jalisco	63
5.19	Afiliación 2018: Nayarit	68
5.20	Recursos en salud: Nayarit	69
5.21	Barreras para la atención en salud: Nayarit	71
5.22	Tasa de atención: Nayarit	72
5.23	Tiempo de espera (minutos): Nayarit	73
5.24	Gasto per cápita en salud 2018: Nayarit	74
5.25	Gasto per cápita por afiliación 2018: Nayarit	75
5.26	Gasto en salud de Nayarit	76
5.27	Afiliación 2018: Nuevo León	79
5.28	Recursos en salud: Nuevo León	81
5.29	Barreras para la atención en salud: Nuevo León	83
5.30	Tasa de atención: Nuevo León	84
5.31	Tiempo de espera (minutos): Nuevo León	85
5.32	Gasto per cápita en salud 2018: Nuevo León	86
5.33	Gasto per cápita por afiliación 2018: Nuevo León	87
5.34	Gasto en salud de Nuevo León	87
5.35	Afiliación 2018: Yucatán	91
5.36	Recursos en salud: Yucatán	92
5.37	Barreras para la atención en salud: Yucatán	94
5.38	Tasa de atención: Yucatán	95
5.39	Tiempo de espera (minutos): Yucatán	96
5.40	Gasto per cápita en salud 2018: Yucatán	97
5.41	Gasto per cápita por afiliación 2018: Yucatán	98
5.42	Gasto público de Yucatán en salud: Entidades Paraestatales	99
5.43	Gasto público de Yucatán en salud: fuente de financiamiento	100
5.44	Gasto público de Yucatán en salud: capítulo de gasto	100
6.1	Gasto de organismos paraestatales	105



ÍNDICE DE CUADROS

2.1	a. Prioridad de la salud en la agenda de los estados (1/2)	3
2.2	a. Prioridad de la salud en la agenda de los estados (2/2)	4
2.3	b. Inversión estatal en salud y sus fuentes de financiamiento (1/2)	5
2.4	b. Inversión estatal en salud y sus fuentes de financiamiento (2/3)	6
2.5	b. Inversión estatal en salud y sus fuentes de financiamiento (3/3)	7
2.6	c. Responsabilidades de los gobiernos subnacionales	8
3.1	Estrategias de descentralización	11
3.2	Casos estudiados: 2018	13
3.3	Concentrado: Casos estudiados	21
4.1	Metas para el bienestar del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI)	27
4.2	Población afiliada a los servicios de salud: 2016	28
4.3	Población afiliada a los servicios de salud: 2018	29
5.1	Caracterización: Guanajuato	42
5.2	Las 20 enfermedades más tratadas: Guanajuato	42
5.3	Recursos en salud por cada mil afiliados: Guanajuato	43
5.4	Programas estatales de salud (millones de pesos (mdp))	53
5.5	Caracterización: Jalisco	54
5.6	Las 20 enfermedades más tratadas: Jalisco	55
5.7	Recursos en salud por cada mil afiliados: Jalisco	56
5.8	Capítulo de gasto: Jalisco	64
5.9	Programas presupuestarios: Jalisco	65
5.10	Caracterización: Nayarit	66
5.11	Las 20 enfermedades más tratadas: Nayarit	67
5.12	Recursos en salud por cada mil afiliados: Nayarit	68
5.13	Unidades reponsables del gasto: Nayarit	76
5.14	Programas presupuestarios: Nayarit	77
5.15	Caracterización: Nuevo León	78
5.16	Las 20 enfermedades más tratadas: Nuevo León	79
5.17	Recursos en salud por cada mil afiliados: Nuevo León	80



5.18	Unidades responsables: Nuevo León	88
5.19	Capítulo de gasto: Nuevo León	88
5.20	Caracterización: Yucatán	89
5.21	Las 20 enfermedades más tratadas: Yucatán	90
5.22	Recursos en salud por cada mil afiliados: Yucatán	91
5.23	Programas presupuestarios: Yucatán	101
6.1	Indicadores seleccionados	107
6.2	Incidencia de enfermedades de alta especialidad	107

1 | INTRODUCCIÓN

El bajo nivel de gasto en el sector salud ha dado lugar a una brecha presupuestaria de aproximadamente tres puntos del PIB y sostenida durante más de diez años. Esta diferencia entre los recursos que el sector salud requiere y los que efectivamente se gastan debe analizarse a la par de las fuentes de financiamiento del sistema.

El Sistema Público de Salud en México no sólo destina menos de la mitad del presupuesto que sugieren organismos internacionales o de lo que destinan países latinoamericanos como Argentina, Brasil o Costa Rica; también, **se concentra en fuentes de financiamiento federales**. Países como Canadá financian su sistema con 5.6 % PIB de fuentes sub-nacionales o Argentina, Brasil y Suiza con alrededor de 2 % del PIB de fuentes de recaudación local; México financia 0.2 % del PIB de estas mismas fuentes.

La capacidad de financiamiento de un sistema de salud dependerá también de la estructura del sistema fiscal. México, al ser un país federalizado y con sistemas estatales de salud, requiere analizar **el papel que los gobiernos sub-nacionales juegan como parte del Sistema Nacional de Salud**. En México, la atención diferenciada por subsistema de salud y el financiamiento desigual se ven agudizadas al interior del país.

El objetivo del estudio es identificar **características destacables, prioritariamente de finanzas públicas, de los sistemas estatales de salud**. Se analizará la estructura de gasto, capacidad física y humana, potencial recaudatorio, fuentes de financiamiento, entre otras, para cinco entidades: Guanajuato, Jalisco, Nayarit, Nuevo León y Yucatán.

La investigación consta de seis capítulos. El segundo capítulo describe de manera teórica el papel de los gobiernos subnacionales en un Sistema de Salud y se analizan cinco países: Argentina, Brasil, Canadá, Costa Rica y Suiza; el caso mexicano se analiza en el tercer capítulo. El capítulo cuatro presenta los casos de estudio sub-nacional. En el quinto capítulo se resumen las buenas prácticas e indicadores más relevantes para concluir en el último capítulo con implicaciones de política pública.

2 | CONSOLIDADO DE MEJORES PRÁCTICAS



2. CONSOLIDADO DE MEJORES PRÁCTICAS

CUADRO 2.1. A. PRIORIDAD DE LA SALUD EN LA AGENDA DE LOS ESTADOS (1/2)

Hallazgo	Implicación de política pública	Mejores prácticas
Además del espacio fiscal a nivel local, un factor determinante para mejorar el financiamiento y alcanzar un mejor desempeño, es que el sector salud sea considerado como prioritario dentro de las políticas estatales.	La prioridad que las entidades brindan a su sistema de salud podría estar representado por el porcentaje que destinan a este rubro respecto al gasto total estatal.	1. El compromiso de las autoridades estatales para incluir al sector salud como prioritario en las políticas públicas, reflejado en sus documentos de planeación estatal y programas, es la base para alcanzar mejores resultados en los indicadores, lo que se refleja en la percepción de la población.
Aún cuando hay estados que tienen poblaciones, infraestructura y derechohabencia similares, existe diferenciación en cuanto a los servicios de salud. Lo anterior, debido a sus prioridades de política pública y derivado de ello su asignación de recursos .	México, al ser un país federalizado y con sistemas estatales de salud, la atención diferenciada por subsistema de salud y el financiamiento desigual se ven agudizadas al interior del país.	2. Incluir en la planeación de las políticas públicas estatales la atención de la salud como factor prioritario permite lograr mayor financiamiento en su sistema de salud local, el uso más eficiente de los recursos e impactos benéficos para su población al tener mejores servicios y menor gasto de bolsillo.



2. CONSOLIDADO DE MEJORES PRÁCTICAS

CUADRO 2.2. A. PRIORIDAD DE LA SALUD EN LA AGENDA DE LOS ESTADOS (2/2)

Hallazgo	Implicación de política pública	Mejores prácticas
Aunque los estados dependan en mayor o menor medida de los recursos federales, existe discrecionalidad en la asignación del espacio fiscal para definir si éste se destina al rubro de salud , por lo que un factor determinante es que el gobierno estatal tenga un compromiso en materia de salud para la asignación de recursos.	<p>No existe una variable específica que determine el éxito de un sistema estatal de salud. Tendrían que definirse qué indicadores serán prioritarios; éstos pueden ir desde tasas de mortalidad materna hasta gasto de bolsillo, pasando por población afiliada, indicadores de capacidad física y humana.</p> <p>La fragmentación del Sistema Nacional de Salud dificulta la certeza respecto a los beneficios e incentivos de priorizar la salud a nivel estatal.</p>	<p>3. Aquellas entidades que brindan prioridad de la salud en su agenda favorecen aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none">a. La atención centrada en la persona.b. Liderazgo, planeación, desarrollo y satisfacción del personal de salud.c. Administración y mejora de procesosd. Uso de la información para la toma de decisiones.e. Parámetros de medición de la calidad en la prestación de servicios de salud, desde la perspectiva de los usuarios en relación con dos dimensiones: percepción y expectativas.f. Unidades médicas y hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General.g. Mejoramiento en el diagnóstico, atención y seguimiento a padecimientos de alta especialidad.



2. CONSOLIDADO DE MEJORES PRÁCTICAS

CUADRO 2.3. B. INVERSIÓN ESTATAL EN SALUD Y SUS FUENTES DE FINANCIAMIENTO (1/2)

Hallazgo	Implicación de política pública	Mejores prácticas
<p>En Mexico, el financiamiento del sistema de salud por fuentes subnacionales es diez veces menor al que se presenta en otros países de latinoamerica como Argentina y Brasil, que financian 2 % de su PIB de gobiernos locales, mientras en Mexico es 0.2 % del PIB.</p>	<p>Debido a la Pandemia se ha demostrado correlación entre salud y economía, destacando la importancia de financiar los sistemas de salud de manera sostenible sin dependencia a la federación o del gasto de bolsillo.</p>	<p>4. La combinacion entre fuentes de recaudacion locales, un porcentaje de financiamiento estatal por encima de 15 %, priorizacion del gasto en salud y programas presupuestarios con indicadores de calidad estan asociados a un gasto de bolsillo menor y a un gasto en salud mayor respecto a otros sectores.</p>
<p>Canadá financia su sistema con 5.6 % PIB de fuentes sub-nacionales.</p>	<p>Financiar al sector salud con recursos de fuentes distintas al presupuesto proveniente de la federación, puede reducir el desembolso de las familias, impactando directamente en su economía.</p>	<p>5. Incrementar los niveles de recaudación local a través de otras fuentes de financiamiento, más allá de los incentivos o desincentivos que provea la Ley de Coordinación Fiscal y de los recursos transferidos por la federación, podría estar asociado a un mejor desempeño del sistema estatal y reduciría la dependencia de los sistemas públicos sub-nacionales al gasto federalizado.</p>



2. CONSOLIDADO DE MEJORES PRÁCTICAS

CUADRO 2.4. B. INVERSIÓN ESTATAL EN SALUD Y SUS FUENTES DE FINANCIAMIENTO (2/3)

Hallazgo	Implicación de política pública	Mejores prácticas
<p>La capacidad de financiamiento de un sistema de salud dependerá también de la estructura del sistema fiscal. En Brasil, por ley, las tasas mínimas de contribución para gastos en salud corresponden a 12 % de los ingresos netos del gobierno a nivel estatal y 15 % de los ingresos totales tanto a nivel federal y municipal.</p>	<p>Cuando el estado decide no invertir recursos propios en su sistema de salud (entidades paraestatales), en algún momento ese gasto se asocia al incremento del gasto de bolsillo de su población.</p>	<p>Entre las estrategias identificadas para incrementar el financiamiento del sector salud a nivel local, destacan:</p>
<p>Las entidades federativas dependen, en promedio, en 83 % de los recursos federales. Al ser la principal fuente de financiamiento y de prestación de servicios, la planeación y decisiones de la federación en materia de salud (ubicación de infraestructura y servicios de primer, segundo y tercer nivel, presencia de profesionales de la salud, por ejemplo) impacta consecuentemente en la prioridad que se le brinde al sector a nivel estatal.</p>	<p>Mas allá de los incentivos o desincentivos para incrementar su recaudación local, hacerlo reduciría su dependencia de recursos federales y permitiría instrumentar políticas públicas de salud.</p>	<p>a. Recursos federales etiquetados. b. Recursos federales no etiquetados; los estados pueden destinar exclusivamente los recursos transferidos de aportaciones o reasignar parte de sus participaciones federales c. Recursos propios (recaudación local) d. Deuda estatal.</p>



2. CONSOLIDADO DE MEJORES PRÁCTICAS

CUADRO 2.5. B. INVERSIÓN ESTATAL EN SALUD Y SUS FUENTES DE FINANCIAMIENTO (3/3)

Hallazgo	Implicación de política pública	Mejores prácticas
Al menos 80 % del presupuesto de sus entidades provienen de Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).		6. Fomentar que los organismos paraestatales sectorizados a las SSA estatales cuenten con fuentes de financiamiento propias que incrementen el gasto disponible para salud en el estado.
El financiamiento por fuentes locales y el mayor gasto a través de entidades paraestatales se asocia con un gasto de bolsillo menor.	México tiene la oportunidad de fortalecer su financiamiento sub-nacional en materia de salud	7. Es importante que los estados cuenten con fuentes de información de datos abiertos, que permitan identificar con mayor facilidad sus fuentes de financiamiento y generar un análisis más adecuado de la situación del estado.
Aquellas entidades que tienen menos dependencia de recursos federales, pero sus recursos propios no lo destinan a salud, se asocian a un aumento de gasto de bolsillo.		8. Desarrollar sistemas regionales de salud podría formar parte de una solución paulatina que, con un enfoque local, pueda replicar las buenas prácticas y factores asociados a un menor gasto de bolsillo de un sistema de salud estatal a otro.



2. CONSOLIDADO DE MEJORES PRÁCTICAS

CUADRO 2.6. C. RESPONSABILIDADES DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES

Hallazgo	Implicación de política pública	Mejores prácticas
<p>En los servicios a cargo del INSABI, la diferencia entre las entidades adheridas y aquellas no adheridas al instituto radica en el financiamiento y transferencia de recursos para el tercer nivel de atención, en efectivo o en especie.</p> <p>El INSABI tiene la responsabilidad de atención sobre el primer y segundo nivel de atención en las entidades adheridas, pero para el tercer nivel las diferencias son específicas, por entidad, de acuerdo con los convenios que se modifican de manera anual.</p>	<p>Este aspecto es relevante por la prevalencia de enfermedades de alta especialidad y el impacto al presupuesto asignado para su atención en las finanzas públicas del sistema de salud.</p>	<p>9. Es fundamental contar con la definición explícita de responsabilidades en materia de salud de los gobiernos subnacionales.</p> <p>10. La claridad en las reglas de operación y especificaciones del funcionamiento del INSABI podrá generar eficiencias y evitar riesgos en el funcionamiento en el subsistema de salud.</p> <p>11. En cuanto a las entidades no adheridas al INSABI, es importante fortalecer la certeza y seguimiento sobre la transferencia de recursos para el tercer nivel de atención, así como definir las responsabilidades administrativas y financieras de la atención de tercer nivel, basado en la capacidad e infraestructura de las entidades y la posibilidad de intercambialidad de servicios a través de esquemas regionales o incluso nacionales.</p>

3 | PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

Los gobiernos subnacionales son las entidades gubernamentales por debajo del nivel nacional, independientemente del diseño político, financiero y administrativo del país (Rohrer, 2016). En las últimas décadas, los gobiernos subnacionales han asumido crecientes responsabilidades y funciones en la provisión de bienes y servicios públicos: descentralización de los servicios.

La descentralización del gasto y los servicios puede mejorar la capacidad de respuesta del estado, disminuir la corrupción y disminuir los costos unitarios del gasto público (Hayek, 1945). La descentralización puede ser una forma eficiente de brindar servicios públicos, al aumentar la participación local, mayor rendición de cuentas y desafíos políticos menos onerosos.

Se distinguen tres tipos de centralización (OCDE, 2019):

DESCENTRALIZACIÓN FISCAL Define la transferencia de recursos financieros en forma de subvenciones y poderes de recaudación de impuestos a unidades subnacionales de gobierno.

DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA Especifica que las funciones del gobierno central se trasladan a unidades administrativas geográficamente distintas.

DESCENTRALIZACIÓN POLÍTICA Los poderes y responsabilidades se delegan a los gobiernos subnacionales electos.

DESCENTRALIZACIÓN
ADMINISTRATIVA:
EN SALUD

Desde el enfoque administrativo, la descentralización se define como **la transferencia de responsabilidad formal y poder para tomar decisiones con respecto a la gestión, producción, distribución y/o financiamiento de los servicios de salud**, generalmente de un número menor a un número mayor de actores separados geográfica u organizacionalmente (Rohrer, 2016).



La transferencia de responsabilidad formal y poder para tomar decisiones indica que la descentralización implica un cambio en las estructuras formales de rendición de cuentas y toma de decisiones. Esta transferencia puede ser a través de cuatro formas de descentralización: desconcentración, delegación, devolución y privatización (Bossert, 2007).

DESCONCENTRACIÓN Transferencia de responsabilidad, autoridad para tomar decisiones y los recursos de las oficinas centrales a las oficinas periféricas de la misma estructura administrativa.

DELEGACIÓN Cambia la responsabilidad y autoridad a agencias semiautónomas, generalmente con juntas directivas que representan intereses corporativos separados.

DEVOLUCIÓN Cambia la responsabilidad y la autoridad desde las oficinas centrales de la Secretaría de Salud para separar las estructuras administrativas que todavía están dentro de la administración pública (provincias, estados, municipios).

PRIVATIZACIÓN Crea una relación contractual entre las entidades públicas y los proveedores de servicios privados.

En cada una de estas formas de descentralización, la autoridad y la responsabilidad usualmente permanecen en el centro. El término generalmente de la definición se refiere al hecho de que la descentralización también puede ser a un nivel horizontal¹ o basarse en principios funcionales y, por lo tanto, no necesariamente transfiere autoridad a un mayor número de actores (European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2007).

DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

UN SISTEMA DE SALUD DESCENTRALIZADO PUEDE CONDUCIR A UNA MEJOR PRESTACIÓN DE SERVICIOS, LO QUE A SU VEZ PODRÍA CONDUCIR A MEJORES RESULTADOS DE SALUD (Glassman, 2014). Los gobiernos locales electos tienen más oportunidades e incentivos más fuertes para adaptarse a las preferencias locales y hacer frente a los desafíos socioeconómicos y demográficos, por ejemplo el sistema de salud (European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2007).

Asimismo, un sistema de salud descentralizado es aquel en el que las responsabilidades y el poder de toma de decisiones se transfieren del nivel nacional a los niveles subnacionales de gobierno y administración.

¹ La toma de decisiones se dispersa entre instituciones del mismo nivel, por ejemplo, a nivel federal



3. PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

CUADRO 3.1. ESTRATEGIAS DE DESCENTRALIZACIÓN

Objetivo	Estrategia
Incrementar los servicios de cuidados a largo plazo	Responsabilidad de la planificación, financiación, prestación y organización de la atención a largo plazo descentralizada al nivel local de atención de la salud.
Integrar los servicios asistenciales	Responsabilidad por el conjunto de servicios prestados bajo una única autoridad decisoria.
Implementar intervenciones de salud pública eficientes	La responsabilidad de las intervenciones para grupos de alto riesgo y de difícil acceso se transfiere a los niveles locales. Acciones de salud pública comunitaria en áreas de alto riesgo.
Para aumentar la rendición de cuentas	Responsabilidad por los costos de atención médica asignados a niveles subnacionales. Subvenciones en bloque incondicionales a gobiernos locales. Nuevas formas de gestión de las organizaciones sanitarias.
Para aumentar la eficiencia	Formas innovadoras de organizar la provisión y las instituciones de salud. Mayor papel del sector privado (es decir, Asociaciones Público-Privadas (APP), Iniciativa de financiación privada, subcontratación).
Para mejorar los servicios de salud mental.	Programas comunitarios específicos en áreas de alto riesgo.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de European Observatory on Health Systems and Policies Series (2007).

FUNCIÓN DE LOS GOBIERNOS
CENTRALES

De acuerdo con un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), **la función de los gobiernos centrales se enfoca en garantizar que los servicios de salud se presten de manera eficiente y equitativa**, son responsables de diseñar e implementar una política de salud.

FUNCIÓN DE LOS GOBIERNOS
SUBNACIONALES

Los gobiernos subnacionales tienen poco poder de decisión en el sector salud pero tienen mayor responsabilidad en los asuntos relacionados con los insumos por ejemplo, determinar qué servicios pueden subcontratarse y decidir sobre la situación contractual del personal y se encargan de la prestación de los servicios de salud, o los gobiernos centrales delegan esta responsabilidad a los actores subnacionales (OCDE, 2019).

En países Europeos, **los gobiernos subnacionales se encargan de los servicios de cuidado a largo plazo, la provisión de los servicios de salud mental o de la integración de los servicios asistenciales** (Cuadro 3.1).

AUTONOMÍA FINANCIERA

Si bien no existe una conclusión sobre como se deben distribuir las responsabilidades entre los tomadores de decisiones: gobiernos centrales y subnacionales, pueden surgir problemas si la devolución de las responsabilidades financieras a los gobiernos subnacionales no va acompañada de



3. PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

una devolución equitativa de las facultades de recaudación de ingresos o, alternativamente, transferencias de recursos adicionales del gobierno central (OCDE, 2019).

El poder de un nivel de gobierno tiende a debilitarse por la ausencia de autonomía financiera y la consiguiente presión financiera de otros niveles de gobierno. La autonomía financiera tiene dos importantes aspectos: recaudación de fondos y fondos para gastos (European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2007).

Además, si las responsabilidades no están claramente definidas pueden ocasionar ineficiencias y riesgo de superposición pues la responsabilidad de las decisiones se comparte entre múltiples tomadores de decisiones (OCDE, 2019).

De igual forma, una estructura intergubernamental descentralizada no implica en sí misma una descentralización real de la responsabilidad de la toma de decisiones, **los gobiernos subnacionales pueden tener un papel crucial en el sector salud, únicamente después de tener en cuenta las funciones y responsabilidades que se les asignan y de investigar las consecuentes líneas de rendición de cuentas** (European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2007).

3.1 SISTEMA DE SALUD EN GOBIERNOS FEDERALIZADOS

En los países federales, los desafíos del sistema de salud como las necesidades y expectativas de los ciudadanos, las demandas de los profesionales sanitarios y las presiones sobre el presupuesto público se enfrentan a través de instituciones políticas que requieren la participación y cooperación de al menos dos niveles de gobierno en el diseño de la política de salud.

Los gobiernos nacionales a menudo delegan la responsabilidad de organizar la atención médica a una entidad subnacional: un gobierno local, otro organismo administrativo local o un fondo específico de atención médica. En estos casos, **la entidad subnacional es responsable de organizar tipos específicos de atención médica para poblaciones designadas**. Mientras que las funciones de financiamiento generalmente operan de manera centralizada, se agrupa en el nivel nacional (Rohrer, 2016).



CUADRO 3.2. CASOS ESTUDIADOS: 2018

Componente	Argentina	Brasil	Canadá	Costa Rica	México	Suiza
Gasto total en salud (% PIB)	9.6	9.5	10.8	7.6	5.4	11.9
Gasto público en salud (% GPT)	15.2	10.3	19.3	27.8	10.5	11.0
Gasto general del gobierno (% GTS)	61.4	41.7	73.5	72.4	50.1	31.2
Seguro médico voluntario (% GTS)	7.9	29.3	9.9	3.0	6.1	6.6
Gasto de bolsillo (% GTS)	27.7	27.5	14.7	22.4	42.1	28.0
Otro gasto privado en salud (% GTS)	10.6	30.7	11.8	5.2	7.9	40.8

Nota 1: GPT: Gasto Público Total

Nota 2: GTS: Gasto Total en Salud

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de OMS (2020).

3.2 CASOS ESTUDIADOS

La descentralización en el sistema de salud depende de las características específicas del diseño y las condiciones de las propias transferencias, así como de la capacidad de las entidades subnacionales. A continuación se presenta un análisis de los sistemas de salud y el papel de los gobiernos subnacionales en seis países: Argentina, Brasil, Canadá, Costa Rica y Suiza; el caso mexicano se presenta en el siguiente capítulo.

3.2.1 ARGENTINA

Argentina es un país federal altamente descentralizado. El sistema de salud esta compuesto por tres sectores: público, de seguridad social y privado. El sector público se integra por los secretaríos nacionales y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, principalmente personas sin seguridad social. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados (Figura 3.1).

En 2018, Argentina destina 15.2 % de su gasto público total al sector salud. En el mismo año, **el gasto total para salud fue 9.6 % del PIB**; 62 % corresponde a gasto público y 38 % a gasto privado. **Más del 70 % del gasto público en salud es financiado por los gobiernos provinciales independientes.**

GOBIERNO FEDERAL
FINANCIAMIENTO 20.5 %

El modelo federal brinda gran autonomía a las provincias para establecer la estrategia de cuidados de la salud de sus habitantes. Del total del gasto público en salud, sólo 20.5 % corresponde a erogaciones del gobierno federal (Maceira Daniel, 2020).

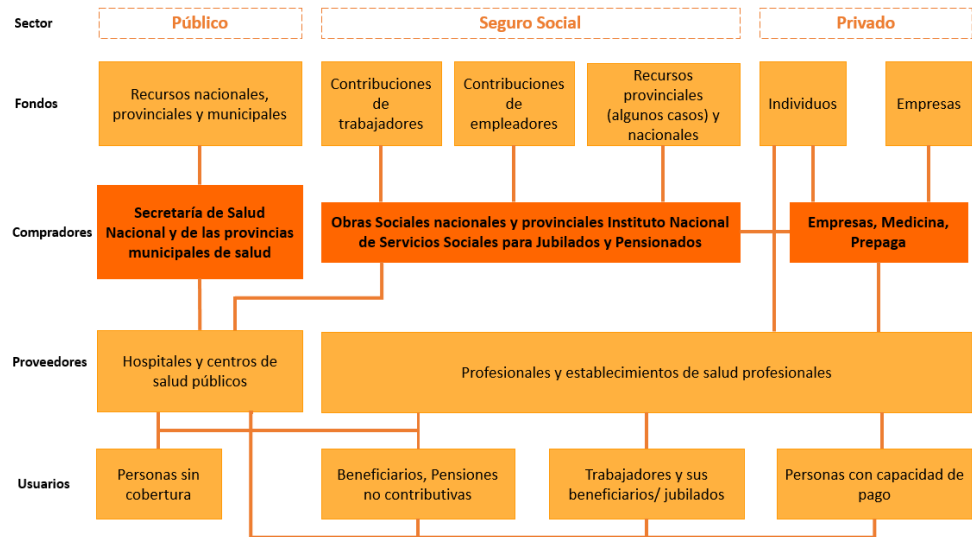
GOBIERNOS SUBNACIONALES
FINANCIAMIENTO 79.5 %

En 2004, Argentina diseñó e implementó un programa de financiamiento basado en resultados entre sus autoridades federales y provinciales llamado Plan Nacer, o el Programa de Seguro de Salud Materno-Infantil. El Plan Nacer utiliza transferencias condicionales para incentivar a las provincias a



3. PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

FIGURA 3.1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: ARGENTINA



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Cetrángolo, O; Devoto F. (2002).

ampliar la cobertura de las intervenciones de salud materno infantil (Glassman, 2014).

El programa utiliza pequeños incentivos financieros, equivalentes a menos del 1 % del gasto provincial total en salud, para recompensar a aquellas provincias que inscriben a mujeres y niños pobres sin seguro en el programa y mejoran los resultados de salud relacionados. 60 % de las transferencias federales se basa en la cantidad de personas inscritas y el 40 % restante se desembolsa en función de las mejoras en la cobertura y los resultados de salud, medidos con datos administrativos auditados (Glassman, 2014).

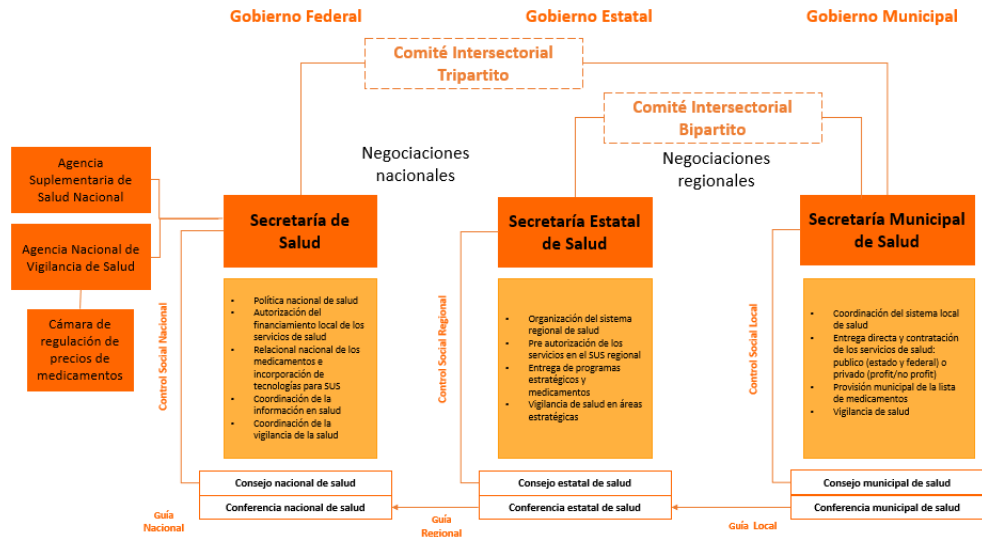
3.2.2 BRASIL En Brasil, el *Sistema Único de Saúde* es un sistema descentralizado de salud pública que ofrece atención de primer, segundo y tercer nivel, con responsabilidades para los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, y se complementa con la prestación privada de servicios (The Commonwealth Fund, 2020). El sistema público se financia con ingresos fiscales y contribuciones sociales de los tres niveles de gobierno.

En 2018, Brasil asignó 10.3 % de su gasto público total al sector salud. En el mismo año, **el gasto total para salud fue equivalente a 9.5 % del PIB; 42 % de fuente pública y 58 % con recursos privados.** (Cuadro 3.2). De acuerdo con la ley, las tasas mínimas de contribución para gastos en salud corresponden a 12 % de los ingresos netos del gobierno a nivel estatal y



3. PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

FIGURA 3.2. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: BRASIL



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de The Commonwealth Fund (2020).

15 % de los ingresos totales tanto a nivel federal y municipal. **En 2017, 43 % del financiamiento fue federal, los estados y municipios contribuyeron con 26 % y 31 %, respectivamente** (The Commonwealth Fund, 2020).

GOBIERNO FEDERAL FINANCIAMIENTO 43 %

El gobierno federal es el principal responsable de desarrollar la política nacional de salud, monitorear, evaluar, administrar las relaciones entre el sector público y privado, y brindar apoyo financiero a las administraciones delegadas del sector de la salud (OPS, 2008). La Secretaría de Salud a nivel nacional tiene representantes en funciones, conocidos como Secretarías, en los niveles subnacionales (cada nivel estatal y municipal) para asegurar el funcionamiento del sistema de salud, particularmente en relación con la responsabilidad fiscal y la gestión de recursos

GOBIERNOS SUBNACIONALES FINANCIAMIENTO 57 %

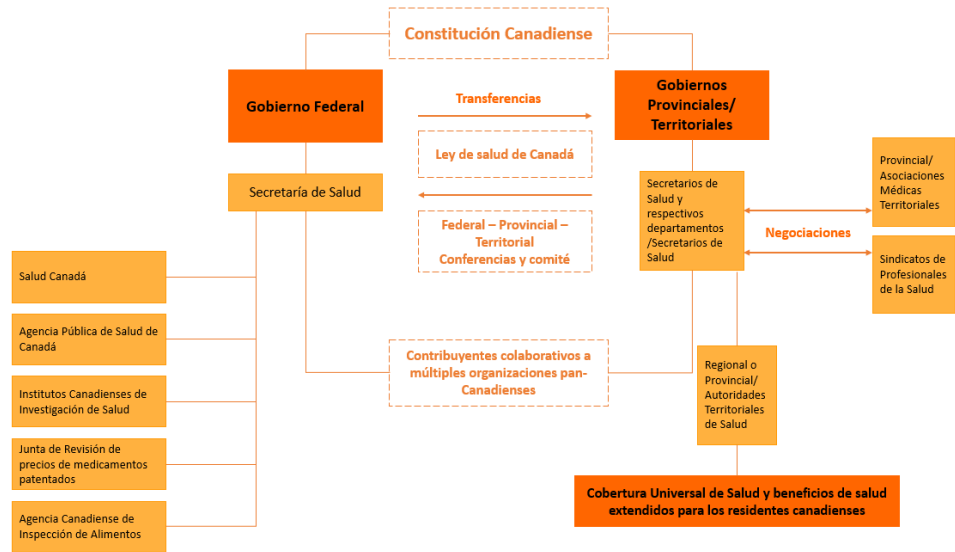
La Secretaría Estatal de Salud se encarga de la organización del sistema regional de salud. Sin embargo, la planificación a nivel municipal implica la formulación de presupuestos y planes para la asignación de recursos, además de los recursos humanos, planificación y administración. La atención primaria se realiza a través del Programa de Salud de la Familia de Brasil, que se ejecuta a nivel municipal, el tiene un componente de extensión en el que se alienta a la comunidad a desempeñar un papel activo (OPS, 2008).

Si bien la planificación de la salud es una responsabilidad principalmente del nivel municipal, las decisiones se toman cada cuatro años en las Confe-



3. PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

FIGURA 3.3. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: CANADÁ



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de The Commonwealth Fund (2020).

rencias Nacionales de Salud (OPS, 2008). La descentralización de la autoridad sanitaria al nivel local ha aumentado la movilización de recursos y ha otorgado a los gobiernos municipales un papel más activo en la prestación de servicios de salud.

3.2.3 CANADÁ

En Canadá, el sistema de salud es conocido como Canadian Medicare, es un sistema descentralizado, universal y financiado con fondos públicos. En 2018, Canadá destinó 19.3 % de su gasto público total al sector salud, en este año **el gasto público para salud alcanzó 10.8 % del PIB**. La composición entre el gasto público y gasto privado es la más alta de los países estudiados, 74/26 (Cuadro 3.2).

La principal fuente de financiación son los ingresos públicos generales de provincias que provienen de impuestos. Mientras que cerca de 24 % es proporcionado por *Canada Health Transfer* que financia la atención médica para provincias y territorios, *Canada Health Transfer* se refiere a los recursos aportados por el gobierno federal (The Commonwealth Fund, 2020).

GOBIERNO FEDERAL
FINANCIAMIENTO 24 %

El Gobierno federal tiene jurisdicción sobre la regulación de medicamentos, financiamiento y administración de servicios de salud para aborígenes, así como al seguro público de salud para las fuerzas armadas, veteranos, presos en prisiones federales y refugiados, (ver Figura 3.3).



GOBIERNOS SUBNACIONALES
FINANCIAMIENTO 70.7 %

La responsabilidad de administrar y financiar el sistema de salud recae en las 13 provincias mediante las autoridades de salud regionales. Las provincias administran los hospitales y el cuidado institucional y comunitario, y los secretarios de salud provinciales son los encargados de la remuneración de los médicos y subsidian los medicamentos, principalmente, a las personas de bajos recursos (The Commonwealth Fund, 2020).

Los primeros pasos hacia el seguro médico universal se dieron a nivel provincial, con la provincia de Saskatchewan. Aunque el diseño e implementación del sistema de salud recae principalmente en los territorios y provincias, el gobierno federal impone lineamientos generales a través del *Canadian Health Act*. Las provincias tienen el incentivo de cumplir con dichos lineamientos para recibir las transferencias de fondos federales, a través del *Canada Health Transfer*.

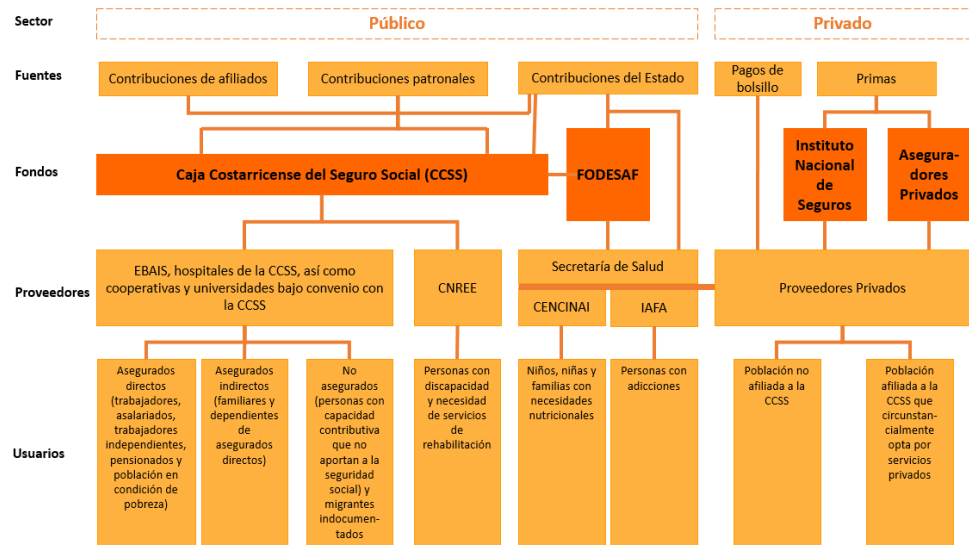
Además, la Ley de Salud de Canadá de 1984 menciona que los gobiernos provinciales deben cumplir con nueve productos a través del plan de seguro de salud público para recibir las transferencias completas del gobierno federal. Los requisitos incluyen cinco criterios, dos disposiciones y dos condiciones. *Canada Health Transfer* requiere que la atención médica brindada por las provincias sea:

- **Administración pública** los planes de seguro de salud provinciales y territoriales son administrados y operados sin fines de lucro y por una autoridad pública. De forma contraria, si existen cargos por servicios de atención médica a asegurados, la Ley exige una deducción obligatoria dólar por dólar de los pagos de *Canada Health Transfer* a esa provincia o territorio.
- **Integral** el plan de seguro de salud de las provincias y territorios debe brindar todos los servicios que sean médicamente necesarios.
- **Universal** todos los residentes asegurados de una provincia o territorio tienen derecho a los servicios de salud asegurados en términos y condiciones uniformes.
- **Portátil** si un residente se traslada a otra provincia o territorio, él no mantiene cobertura de salud en la provincia de origen por un periodo de transición.



3. PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

FIGURA 3.4. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: COSTA RICA



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de García González, R. (2004).

- **Accesible** los residentes asegurados de una provincia o territorio deben tener acceso razonable a los servicios de salud, libre de barreras financieras o de otro tipo.

3.2.4 COSTA RICA En Costa Rica, el Sistema Nacional de Salud se integra por la Secretaría de Salud; la Caja Costarricense del Seguro Social (ccss); el Instituto Nacional de Seguros; Acueductos y Alcantarillados; Universidades e institutos del área de la salud; Servicios de salud privados; Municipalidades y las Comunidades (García González, R., 2004). En 2018, Costa Rica destinó 27.8 % de su gasto público total al sector salud, en este año **el gasto público para salud alcanzó 5.5 % del PIB.**

GOBIERNO FEDERAL FINANCIAMIENTO 7.4 % La Secretaría de Salud es la autoridad rectora del sistema y como tal cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. Mientras que la ccss es la institución autónoma que se encarga del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios de salud a toda la población. Por tener competencias y responsabilidades en todo el territorio, la ccss está organizada en tres niveles administrativos (García González, R., 2004):

- **Nivel central o nacional** tiene un carácter político, normativo, controlador y financiero para garantizar la prestación de los servicios de salud.



3. PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

- **Nivel regional** se encarga de coordinar, supervisar y capacitar los recursos humanos del nivel local y administrar los recursos físicos y financieros asignados a la región. Se integra por siete direcciones regionales médicas y cinco direcciones regionales financieras.
- **Nivel local** tiene como funciones programar, ejecutar y monitorear las acciones de salud mediante las cuales se operacionalizan los planes y programas definidos por el nivel central y sistematizados por el nivel regional.

El financiamiento del sistema de salud de Costa Rica corresponde a 66.2 % por cuotas a la seguridad social, 22.4 % por los pagos directos de los hogares, ingresos recibidos por la CCSS por venta de servicios médicos, 7.4 % por transferencias de ingresos públicos, y el restante 4.2 % corresponde a pagos de pre - pago voluntarios y obligatorios (OPS, 2019).

GOBIERNOS SUBNACIONALES

Sin embargo, las regiones y las Áreas Rectoras de Salud en el nivel local no están organizadas necesariamente por provincias o cantón. Costa Rica posee una estructura administrativa muy particular, la cual recoge elementos propios de la descentralización bajo el marco desconcentración; a los gobiernos subnacionales no se les ha delegado competencias y recursos (Galilea Ocón, S; Letelier Saavedra, L., 2013).

3.2.5 SUIZA

En Suiza, el sistema de salud es muy descentralizado y los cantones desempeñan un papel fundamental en su funcionamiento. El financiamiento del sistema de salud proviene de primas de afiliados, contribuciones a la seguridad social, pagos de bolsillo e impuestos principalmente de origen cantonal.

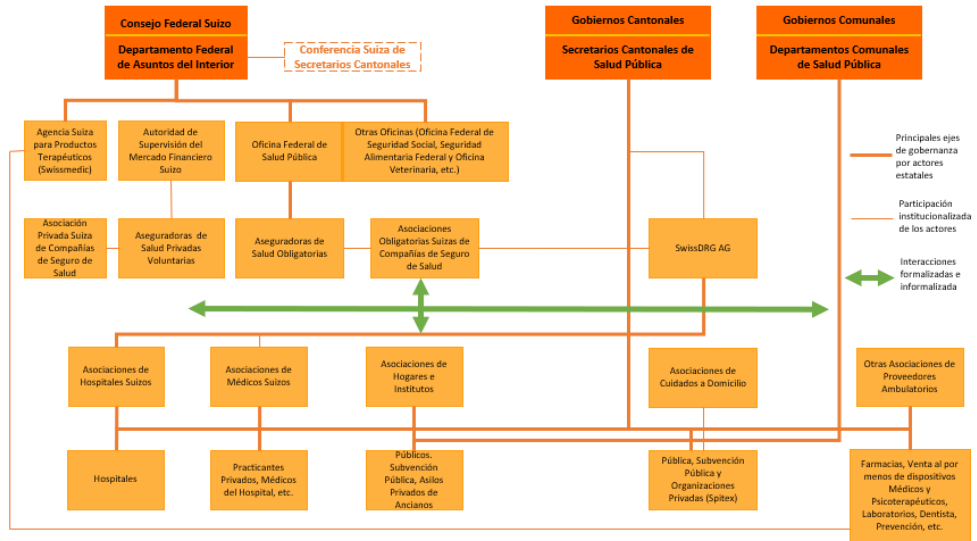
En 2018, Suiza destinó 11.0 % de su gasto público total al sector salud, de esta manera **el gasto total para salud alcanzó 11.9 % del PIB**. La composición entre el gasto público y gasto privado fue 31/69, debido a que los residentes deben adquirir un seguro con aseguradoras privadas sin fines de lucro, este gasto se clasifica como gasto privado pero no como gasto de bolsillo (Cuadro 3.2).

Por fuente de financiamiento, **los impuestos generales financiaron 17.3 % del gasto total en salud; 15.0 % corresponde a impuestos cantonales, 1.8 % a impuestos municipales y el gobierno federal aportó, 0.4 %** (The Commonwealth Fund, 2020).



3. PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

FIGURA 3.5. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: SUIZA



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de The Commonwealth Fund (2020).

GOBIERNO FEDERAL
FINANCIAMIENTO 0.4 %

De acuerdo con la organización del sistema de salud, el gobierno federal tiene la responsabilidad de regular el financiamiento del sistema de salud, garantizar la calidad y seguridad de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, supervisar las iniciativas de salud pública y promover la investigación y la capacitación (The Commonwealth Fund, 2020). Además, se encarga de establecer el catálogo de beneficios cubiertos por los seguros de salud y fijar los precios de los servicios (Trein, P., 2019).

GOBIERNOS SUBNACIONALES
FINANCIAMIENTO 16.8 %

Cada uno de los 26 cantones tiene su propia constitución por lo que se encargan de implementar su propia legislación sobre políticas de salud, esto significa que son responsables de la prestación de servicios de salud, de planificar y construir hospitales públicos y de regular a los proveedores de atención ambulatoria (Trein, P., 2019). Cada cantón tiene su propio secretario de salud pública elegido.

Los municipios son responsables principalmente de la organización y prestación de cuidados de larga duración como los cuidados en hogares de ancianos y servicios de cuidados a domicilio, así como los servicios de apoyo social para grupos vulnerables (Trein, P., 2019).



3. PAPEL DE LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES EN EL SISTEMA DE SALUD

CUADRO 3.3. CONCENTRADO: CASOS ESTUDIADOS

País	Gasto en salud (% PIB)	Gasto público (% PIB)	Subnacionales (% PIB)	Papel de los gobiernos subnacionales
Argentina	9.6	5.9	2.4	Los gobiernos provinciales cuentan con autonomía en las políticas de salud pública y con la mayor responsabilidad en la provisión de servicios de salud. El Plan Nacer utiliza transferencias condicionales para incentivar a las provincias a ampliar la cobertura de las intervenciones de salud materno infantil.
Brasil	9.5	3.9	2.3	Las tasas mínimas de contribución para gastos en salud corresponden a 15 % de los ingresos netos del gobierno a nivel municipal y 12 % de los ingresos totales tanto a nivel estatal y municipal. Los gobiernos municipales se encargan de la planificación del presupuesto y planes para la asignación de recursos económicos y humanos. La atención primaria se realiza a través del Programa de Salud de la Familia de Brasil que se ejecuta a nivel municipal.
Canadá	10.8	7.9	5.6	Las provincias administran los hospitales y el cuidado institucional y comunitario y destinan más del 30 % de su gasto total a salud. Los secretarios de salud provinciales son los encargados de la remuneración de los médicos y subsidian los medicamentos de personas de bajos recursos.
Costa Rica	7.6	5.5		A los gobiernos subnacionales no se les ha delegado competencias y recursos, la CCSS es la institución autónoma que se encarga del financiamiento, compra y prestación de los servicios de salud. La CCSS se encuentra descentralizada bajo la forma de desconcentración.
México	5.4	2.7	0.2	A partir de 2020, los estados adheridos al INSABI se encargan de la prestación de servicios especializados, mientras que los estados no adheridos al INSABI de la prestación de los servicios de salud tanto para primer y segundo nivel y servicios especializados para la población sin seguridad social.
Suiza	11.9	3.7	2.0	Los impuestos generales financiaron 17.3 % del gasto total en salud; los cantones aportaron 15.0 %, 1.8 % los municipios y la federación 0.4 %. Cada cantón tiene su propia constitución, son responsables de la prestación de los servicios de salud, planificar y construir hospitales públicos y regular a los proveedores de atención ambulatoria. Los municipios se encargan de la prestación de servicios complementarios como los cuidados de ancianos y grupos vulnerables.

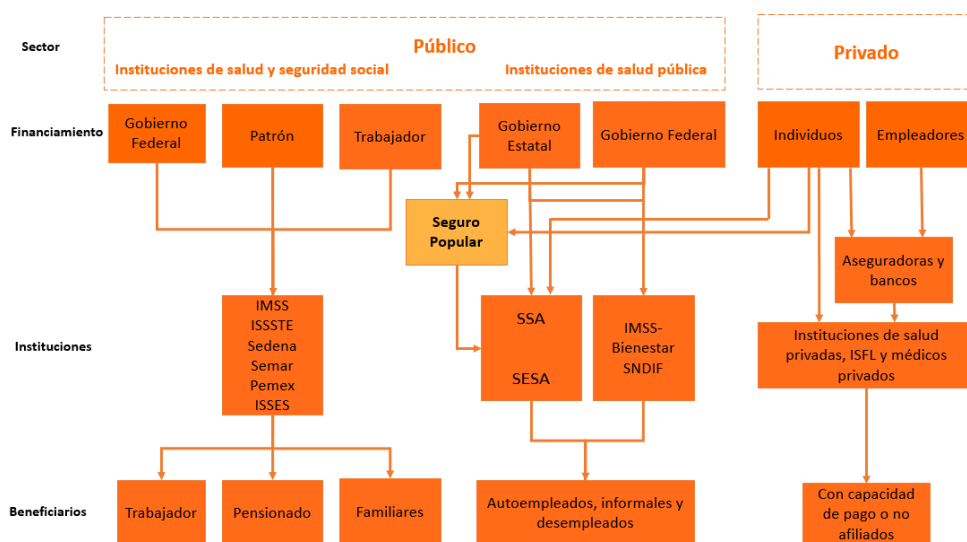
FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de OMS (2020); The Commonwealth Fund (2020); Maceira Daniel (2020).

4 | SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

El sistema público de salud en México está fragmentado y los servicios que recibe la población dependen de su situación laboral. Las instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cubren a jubilados, trabajadores y sus familiares. De 2004 a 2019, el Seguro Popular (SP) dio atención a una parte de la población sin seguridad social (Figura 4.1), desde 2020, el INSABI busca cubrir al total de esta población.

En México, el sistema de salud atiende de manera diferenciada y con financiamiento desigual (CIEP, 2018). Estas desigualdades se agudizan a nivel estatal, ya que el presupuesto para salud, los recursos humanos y físicos de salud y el tipo de afiliación son muy diferentes entre las entidades federativas y con ello la atención de salud que se puede recibir de una entidad a otra.

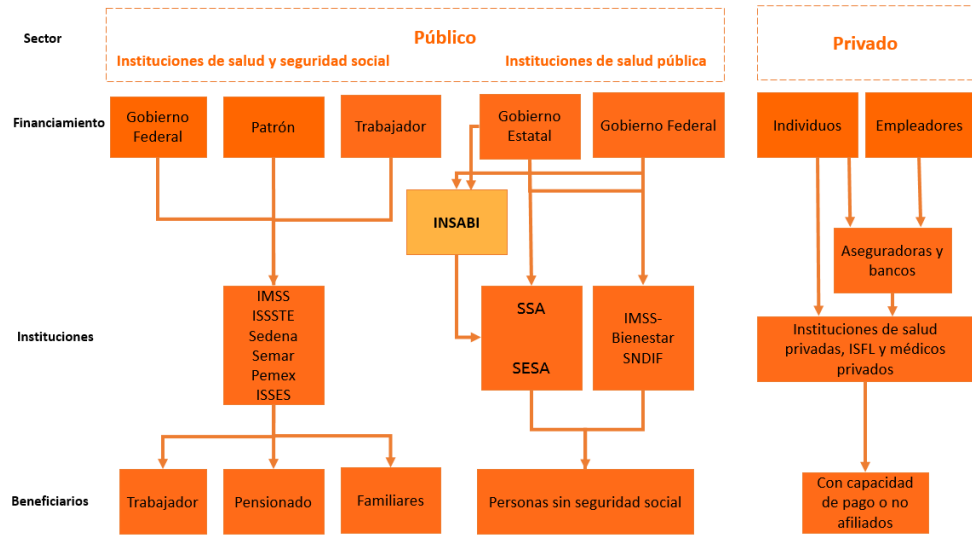
FIGURA 4.1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD 2004 - 2019: MÉXICO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de CIEP (2018).

4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.2. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: MÉXICO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de CIEP (2018); INSABI (2021).

4.0.1 GOBIERNOS SUBNACIONALES

A partir de 2020, **las entidades federativas deben suscribir acuerdos de coordinación con el INSABI²** para la prestación gratuita de los servicios de salud y medicamentos y demás insumos para las personas sin seguridad social (Figura 4.3). Los Acuerdos de Coordinación tienen dos modalidades:

ESTADOS ADHERIDOS AL INSABI El INSABI es responsable de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de los servicios de salud correspondientes al primer y segundo nivel, mientras que los estados tienen la responsabilidad de los servicios de especialidades.

ESTADOS NO ADHERIDOS AL INSABI Las entidades federativas a través de sus respectivas SSA y demás instituciones de salud son responsables de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de los servicios de salud para las personas sin seguridad social, mientras que la Federación contribuye con recursos³.

En 2021, **26 entidades federativas están adheridas al INSABI**. Los estados de Aguascalientes, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y Tamaulipas optaron por continuar siendo responsables de la prestación de los servicios de salud para la población sin seguridad social.

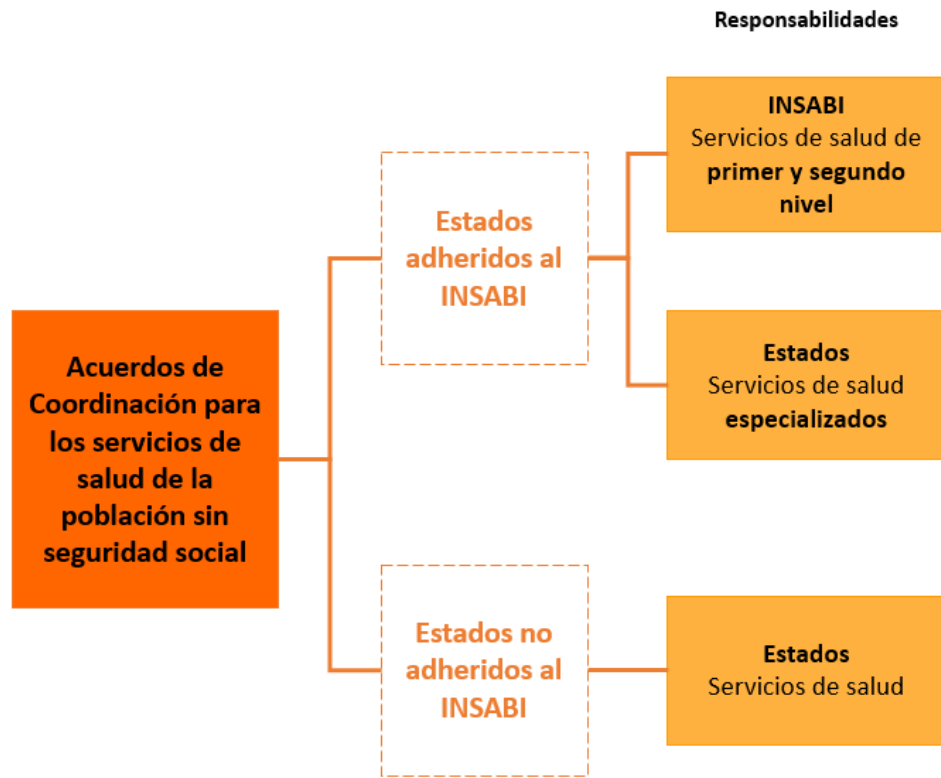
² El INSABI es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal (APF), con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud (SSA).

³ Este financiamiento corresponde a los ramos 12 y 33.



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.3. SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INSABI (2021).

ESTADOS ADHERIDOS AL INSABI En la primera modalidad, las entidades federativas pondrán a disposición del INSABI, los siguientes recursos para la atención médica del primer y segundo nivel:

- **Infraestructura en salud.** Los establecimientos de salud con una Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)⁴.
- **Recursos materiales.** Se refiere a los bienes de consumo, mobiliario, equipo de oficina, infraestructura informática y vehículos.
- **Recursos humanos.** El personal de salud⁵. El INSABI realizará los pagos de sueldos y salarios.
- **Recursos financieros.** El presupuesto federal del ramo 12 y del FASSA (ramo 33) destinado a los servicios transferidos, así como la

⁴ La entidad federativa seguirá pagando el impuesto predial de estos establecimientos. En tanto que el INSABI será responsable de los gastos de mantenimiento y conservación, el pago de los derechos por consumo de agua y los servicios contratados para la correcta prestación de los servicios de salud.

⁵ La responsabilidad patronal continuará a cargo de la dependencia del estado.



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Aportación solidaria estatal (ASE) que 70.0 % se integra por recursos en numerario y el restante 30.0 % en especie⁶.

Por su parte, los servicios de salud especializados que son responsabilidad de las entidades adheridas al INSABI, se sujetarán al Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) y serán gratuitos para las personas sin seguridad social, en caso contrario, la entidad podrá recibir sanciones administrativas y penales. El financiamiento proviene del presupuesto federal que el INSABI entregará a la entidad, del Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI)⁷ cuyos recursos no pueden ser contabilizados dentro de la ASE.

Es importante resaltar que hasta el 50 % de los recursos que el INSABI transfiera a las entidades federativas corresponde al pago de remuneraciones⁸, al menos 32 % para la adquisición y distribución de medicamentos y hasta 18 % para gastos de operación. Sin embargo, el presupuesto para medicamentos se entregará en especie, pues el INSABI se encarga de la compra de medicamentos del sistema público.

ESTADOS NO ADHERIDOS AL INSABI

Los estados son responsables de los servicios de salud para la población sin seguridad social. Estos servicios serán gratuitos y financiados con recursos federales en numerario y en especie, así como la ASE que deben ser reportadas en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y recursos del FONSABI. Al igual que en la primera modalidad, el INSABI transfiere los recursos para medicamentos en especie. No obstante, los recursos del FONSABI no están destinados al pago de medicamentos para la población sin seguridad social.

FUNCIONES BÁSICAS DEL INSABI

Sin considerar el tipo de modalidad, el INSABI tiene cuatro funciones:

1. Adquirir medicamentos, material de curación, equipos médicos e insumos.
2. Supervisar que no falte personal de salud en las unidades de salud.

⁶ En caso que la entidad no entregue su ASE, el INSABI podrá disponer de los recursos federales de participaciones (ramo 28).

⁷ Los recursos del FONSABI se pueden destinar a la atención de enfermedades que provocan gastos castróficos, necesidades de infraestructura y al pago de medicamentos para la población sin seguridad social.

⁸ Este presupuesto se compone de 40 % para el personal que hasta el 31 de diciembre de 2019 estuviera contratado a cargo de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y se encuentren directamente relacionados con la prestación de servicios de atención, y 10 % para la contratación de médicos, enfermeras o promotores de la salud.



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

3. Construcción y el mantenimiento de la infraestructura para la salud.
4. Aplicar un plan para regularizar a todos los trabajadores del sector salud.

Además, el INSABI tendrá a su cargo la aplicación de políticas del programa IMSS-Bienestar y operará de manera directa los centros de salud, hospitales y demás establecimientos de salud que se determinen en los acuerdos de coordinación con las entidades federativas.

Las fuentes de información utilizadas en esta investigación fueron las siguientes:

- **Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH).** Se obtiene el gasto de bolsillo y el tipo de afiliación que autorreportan las personas para 2016 y 2018 (INEGI, 2019).
- **Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).** Se consultan las bases de datos de las cuentas públicas (SHCP, 2019).
- **Dirección General de Información en Salud (DGIS).** Las cifras de recursos humanos y físicos del sistema de salud (DGIS, 2020a). También se consultan los datos de Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) que integra la información del gasto en salud para la población con y sin seguridad social, incluye el gasto estatal en salud y el monto de las Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSES) (DGIS, 2020b).
- **Finanzas públicas locales.** Se consultan los datos de cuenta pública a nivel estatal.

El INSABI cuenta con 13 metas del bienestar para medir el acceso a los servicios de salud de la población sin seguridad social, entre ellas se encuentran los recursos físicos y humanos y la basificación del personal médico. El seguimiento a tales parámetros será relevante para medir los avances del Instituto (Cuadro 4.1).

Ninguna de las metas contempla la variable presupuestaria de manera directa. Los resultados obtenidos por el SP pueden aportar experiencia y aprendizaje en aras de lograr un INSABI que mejore el acceso efectivo a los servicios de salud. Sin embargo, aumentar la afiliación y los servicios sin incrementos presupuestarios limita los resultados obtenidos. **Si el INSABI**



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

CUADRO 4.1. METAS PARA EL BIENESTAR DEL INSABI

Meta del bienestar	Unidad	Base 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2024
Personal médico	Por cada mil personas	1.81	1.96	2.00	2.20
Personal de enfermería	Por cada mil personas	2.64	2.81	2.95	3.35
Personas con sutimiento completo de recetas	%	69.97	ND	ND	92.00
Camas	Por cada diez mil personas	6.20	6.20	6.30	6.50
Equipo de RX	Por cada cien mil personas	2.05	ND	2.06	2.10
Equipo de ultrasonido	Por cada cien mil personas	2.30	ND	2.30	2.34
Mastógrafos	Por un millón de personas	4.83	ND	4.83	5.00
Obras terminadas en los SES (1er y 2do nivel)	%	NA	22.02	54.43	100.00
Centros de salud en mantenimiento y conservación de los SES (obras de 1er nivel)	%	NA	NA	30.00	100.00
Personas que prestan sus servicios bajo contratos eventuales/honorarios en los SES que se han regularizado	%	NA	NA	23.31	100.00
Población con carencias de acceso a los servicios de salud	%	16.19	ND	15.21	9.00
Hogares del primer quintil de ingreso cuyos gastos en salud sean catastróficos	%	4.25	ND	4.10	3.30
Acuerdos de coordinación con los estados aheridos	%	NA	NA	81.25	90.62 - 100.00

Nota 1: El indicador de Rx y equipo de ultrasonido tienen como base 2016. La base del indicador de mastógrafos es 2017.

Nota 2: NA es no aplica y ND cuando la información no está disponible.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DOF (2020b).

busca cambiar esta tendencia observada en el SP tendría que disminuir la brecha presupuestaria.

4.1 AFILIACIÓN

La fragmentación del sistema de salud tiene como consecuencia una atención desigual en los diferentes subsistemas de salud. La población afiliada a los servicios públicos de salud se redujo de 109 millones 870 mil 812 personas en 2016 a 108 millones 333 mil 890 personas en 2018, esto es un millón 536 mil 922 personas menos, como proporción de la población total, la población afiliada pasó de 83.1 % en 2016 a 82.3 % en 2018. En contraste, la población que no está afiliada al sistema público de salud se incrementó en un millón 120 mil 525 personas, al pasar de 21 millones 307 mil 945 personas en 2016 a 22 millones 428 mil 470 personas sin afiliación en 2018.

AFILIACIÓN 2016
17.4 % SIN SEGURIDAD SOCIAL

En 2016, 89.5 % de la población estaba afiliada alguna institución de salud; 45.3 % de los mexicanos eran afiliados del Seguro Popular, 35.3 % a IMSS, 5.6 % a ISSSTE, 1.4 % a ISSSTE - estatal, 1.0 % a IMSS - Bienestar y 0.8 %



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

CUADRO 4.2. POBLACIÓN AFILIADA A LOS SERVICIOS DE SALUD: 2016

Entidad	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	ISSSTE Estatal	Pemex*	IMSS-Prospera	Otra institución	Sin afiliación
Aguascalientes	33.6	53.1	6.2	0.3	0.1	0.0	0.5	13.8
Baja California	26.7	50.5	3.1	4.3	0.1	0.2	1.0	20.5
Baja California Sur	30.2	48.3	13.0	0.2	0.6	0.1	0.4	14.7
Campeche	56.6	29.0	6.6	0.3	3.4	2.3	0.2	12.1
Cochula	25.3	63.2	6.1	0.2	0.1	0.4	2.7	16.7
Colima	38.7	44.9	6.4	0.1	1.4	0.0	0.3	13.5
Chiapas	71.7	11.6	3.1	1.7	0.4	8.1	0.7	16.1
Chihuahua	34.2	51.5	4.9	0.5	0.2	0.2	3.9	14.5
CDMX	26.3	42.8	11.9	0.2	0.7	0.0	1.0	22.5
Durango	42.8	39.9	10.8	0.1	0.5	0.6	0.3	15.7
Guanajuato	49.3	36.0	4.8	0.5	0.5	0.5	0.4	15.3
Guerrero	67.3	14.2	8.3	0.0	1.5	0.7	0.0	14.1
Hidalgo	63.6	19.7	5.8	0.1	1.1	1.8	0.5	15.4
Jalisco	36.6	46.5	2.8	0.0	0.1	0.0	0.5	20.2
México	44.1	35.2	5.1	4.3	1.9	0.2	0.5	17.1
Michoacán	52.0	23.1	4.4	0.1	0.4	1.9	0.3	24.3
Morelos	52.3	30.0	6.3	0.0	0.6	0.0	0.5	16.5
Nayarit	47.7	33.9	9.9	0.1	0.5	2.3	0.4	16.2
Nuevo León	22.5	59.7	2.9	0.9	0.5	0.0	3.3	15.6
Oaxaca	68.9	10.4	5.7	0.0	1.1	2.4	0.1	16.6
Puebla	57.3	21.3	3.5	2.5	0.5	1.8	0.6	19.2
Queretaro	43.6	45.9	4.0	0.1	0.2	0.2	1.3	15.1
Quintana Roo	37.0	41.4	7.4	0.0	0.4	0.0	0.6	20.8
San Luis Potosí	53.4	34.7	6.4	0.2	0.3	1.7	0.6	10.6
Sinaloa	38.0	47.7	6.4	0.9	0.8	0.2	0.8	13.5
Sonora	32.6	47.7	4.3	6.1	0.4	0.0	0.5	17.3
Tabasco	59.4	19.3	3.0	6.3	2.9	0.0	1.4	14.8
Tamaulipas	35.3	46.3	6.4	1.3	1.3	0.3	1.2	15.1
Tlaxcala	66.1	26.1	5.8	0.2	0.2	0.2	0.4	13.5
Veracruz	53.3	22.1	4.7	0.0	3.1	2.1	0.2	20.7
Yucatán	45.2	38.4	5.1	0.4	0.7	0.6	0.5	15.9
Zacatecas	58.6	29.7	6.6	0.5	0.1	2.1	0.3	12.6
Nacional	45.3	35.3	5.6	1.4	0.8	1.0	0.8	17.4

Nota 1: Pemex* incluye a las personas afiliadas a Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y Secretaría de Marina (Semar).

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

dPetróleos Mexicanos (Pemex). La población sin seguridad social alcanzó 17.4 % de la población.

A nivel estatal, la proporción de la población afiliada a los sistemas públicos de salud es muy diferente. **Chiapas, Oaxaca, Tlaxcala, Guerrero e Hidalgo tenían más del 63.0 % de su población afiliada al Seguro Popular, mientras que Nuevo León, 22.5 % de su población** (Ver Cuadro 4.2). La población sin seguridad social representó entre 10.6 % y 24.3 %; Baja California, CDMX, Jalisco, Michoacán, Quintana Roo y Veracruz tenían una proporción superior al 20.0 % de su población sin seguridad social.

AFILIACIÓN 2018
17.9 % SIN SEGURIDAD SOCIAL

En 2018, 86.5 % de la población estaba afiliada alguna institución de salud; 42.2 % de los mexicanos eran afiliados del Seguro Popular, 36.3 % a IMSS, 5.4 % a ISSSTE, 1.4 % a ISSSTE - estatal, 1.8 % a Pemex y 0.3 a IMSS - Bienestar. La población sin seguridad social alcanzó 17.9 % de la población.

De 2016 a 2018, la población afiliada a los servicios públicos de salud se redujo, por ejemplo, en Chiapas, la población afiliada a IMSS-Bienestar pasó de 8.1 % en 2016 a 1.7 % en 2018. Asimismo, **para todos los estados la participación de la población afiliada al Seguro Popular disminuyó, con excepción de Quintana Roo que la población afiliada pasó de 37.0 % en 2016 a 37.2 % en 2018** (Ver Cuadro 4.3). **9 de los 32 estados estaban por arriba del nivel nacional, de 17.9%, de la población sin seguridad social.**



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

CUADRO 4.3. POBLACIÓN AFILIADA A LOS SERVICIOS DE SALUD: 2018

Entidad	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	ISSSTE Estatal	Pemex*	IMSS-Prospera	Otra institución	Sin afiliación
Aguascalientes	31.0	54.0	6.6	0.4	0.1	0.0	0.4	13.2
Baja California	26.7	50.7	2.9	3.7	0.3	0.1	0.8	19.8
Baja California Sur	26.3	53.3	12.6	0.1	1.0	0.1	0.6	12.9
Campeche	53.8	29.2	6.1	0.2	3.2	1.8	0.1	12.7
Coahuila	17.0	66.0	5.7	0.1	0.2	0.2	1.5	15.4
Colima	38.1	46.7	7.1	0.0	0.9	0.0	0.5	12.3
Chiapas	69.4	9.5	4.1	1.0	0.4	1.7	0.5	18.3
Chihuahua	29.7	53.3	4.1	2.7	0.2	0.5	1.7	13.9
CDMX	24.3	42.3	13.1	0.2	0.9	0.1	2.1	22.3
Durango	39.2	42.6	9.9	0.2	0.3	0.2	0.2	14.5
Guanajuato	46.8	36.2	4.0	0.5	0.4	0.1	0.2	15.1
Guerrero	65.6	13.2	8.2	0.9	1.0	0.1	0.0	14.6
Hidalgo	59.7	20.6	6.8	0.1	0.4	0.2	0.4	15.7
Jalisco	30.9	46.4	3.3	0.1	0.4	0.0	0.9	22.0
México	38.9	34.3	4.6	4.3	0.7	0.1	0.3	21.7
Michoacán	50.5	24.1	5.7	0.1	0.3	0.6	0.3	22.9
Morelos	50.7	28.4	5.7	0.0	0.3	0.0	0.6	18.1
Nayarit	44.6	37.5	9.4	0.0	0.3	0.8	0.5	15.4
Nuevo León	20.0	62.9	2.9	1.4	0.2	0.0	2.2	15.4
Oaxaca	65.3	12.9	6.9	0.0	1.1	0.4	0.2	17.2
Puebla	54.0	21.8	2.6	2.2	0.5	0.5	0.2	22.1
Quintana Roo	43.4	45.2	3.8	0.0	0.2	0.1	0.8	14.1
Quintana Roo	37.2	43.9	5.9	0.0	0.2	0.1	0.3	18.5
San Luis Potosí	49.2	38.1	5.0	0.2	0.5	0.8	1.0	10.3
Sinaloa	33.9	50.0	7.7	1.1	0.5	0.1	0.5	14.7
Sonora	31.5	53.4	3.7	5.0	0.6	0.0	0.8	14.5
Tabasco	59.2	20.5	3.0	5.2	3.7	0.1	0.4	14.2
Tamaulipas	33.0	46.4	6.2	1.9	2.2	0.1	0.6	13.9
Tlaxcala	58.4	28.9	5.0	0.4	0.6	0.1	0.7	14.6
Veracruz	52.8	26.7	4.1	0.1	2.5	1.0	0.6	17.6
Yucatán	41.0	40.9	4.9	0.2	0.9	1.6	0.7	15.8
Zacatecas	55.2	30.2	5.8	0.4	0.2	0.6	0.1	12.4
Nacional	42.2	36.3	5.4	1.4	0.8	0.3	0.7	17.9

Nota 1: Pemex* incluye a las personas afiliadas a Pemex, Sedena y Semar.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

Coahuila es el estado con la mayor participación de la población afiliada al IMSS, 66.0 % contra 9.5 % y 12.9 % en Chiapas y Oaxaca, respectivamente. En Puebla, la población afiliada al ISSSTE fue 2.6 %, mientras que 13.1 % en CDMX y 12.6 % en Baja California Sur. Tabasco sobresale por tener la mayor participación de población afiliada al ISSSTE-Estatal y Pemex con 5.2 % y 3.7 %, respectivamente.

4.2 CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS

En México, el número de camas, médicos y enfermeras por cada mil habitantes esta por debajo del promedio de la OCDE; el número de camas del promedio de la OCDE es 4.4 veces superior al promedio nacional, el número de médicos y enfermeras es 1.7 y 3.8 veces superior, respectivamente. Los estados presentan diferencias significativas en cuanto a los recursos físicos y humanos de salud (Figura 4.4).

CAMAS:
 (+) CDMX CON 2.3
 COLIMA CON 1.6
 (-) CHIAPAS Y ESTADO DE MÉXICO CON 0.7

México cuenta con 1.1 camas por cada mil habitantes contra 4.8 camas del promedio de la OCDE. No obstante, **13 estados se encuentran por debajo del promedio nacional, ya que el número de camas en los estados se sitúa entre 0.7 y 2.3** (Figura 4.4).

Los estados con el mayor número de camas por cada mil habitantes son CDMX con 2.3, Colima con 1.6, 1.5 en Baja California Sur y 1.4 tanto en Sonora y Campeche. CDMX cuenta con 2.3 veces el número de camas de Chiapas y Estado de México.



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

MÉDICOS:
(+) CDMX CON 4.3
COLIMA CON 2.8
(-) CHIAPAS Y ESTADO DE MÉXICO
CON 1.4

El número de médicos promedio de la OCDE es 3.3, en México se cuenta con 2.0 médicos. **La mitad de los estados se encuentran por debajo del promedio nacional.** CDMX es el único estado que supera el promedio de la OCDE con 4.3, esto es resultado de la concentración de los Institutos de Especialidad.

Sin considerar CDMX, el número de médicos se sitúa entre 2.8 y 1.4 por cada mil habitantes (Ver Figura 4.4). **Colima cuenta con 2.8 médicos por cada mil habitantes, Baja California Sur con 2.6 y Tabasco, Campeche y Yucatán con 2.5 médicos.** En cambio, Estado de México y Chiapas cuentan con 1.4 médicos.

ENFERMERAS:
(+) CDMX CON 5.0
COLIMA CON 3.3
(-) MICHOACÁN Y ESTADO DE
MÉXICO CON 1.9

En México, el número de enfermeras y enfermeros por cada mil habitantes es 2.4, mientras el promedio de la OCDE es 9.1. A nivel estatal, el número de enfermeras se sitúa entre 1.9 y 5.0. 15 estados están por encima del promedio nacional.

CDMX, Colima, Aguascalientes, Baja California Sur y Yucatán cuentan con más de 3.0 enfermeras. En contraste, Michoacán y Estado de México cuentan con 1.9 enfermeras (Ver Figura 4.4).

4.3 USO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

En 2018, 81 millones 359 mil 350 mexicanos manifestaron haber tenido alguna necesidad de salud que les impedía realizar sus actividades cotidianas, esto representó 65.0 % de la población total. **Sonora, Veracruz, Jalisco, Guanajuato, Tamaulipas, Sinaloa, Tlaxcala, Querétaro y Chihuahua más del 70.0 % de su población presentó alguna necesidad de salud,** contras 32.6 % en CDMX.

A nivel nacional, 75.2 % de las personas que presentaron alguna necesidad de atención buscó atenderse, esta tasa se situó entre 86.4 % y 61.5 % en las entidades federativas. CDMX, Baja California Sur, Tabasco, Zacatecas, Yucatán, Nuevo León y Durango presentan tasas superiores al 82.0 %. En contraste, en Guanajuato, Chiapas y Chihuahua, la población que buscó atenderse fue menor al 70 %.

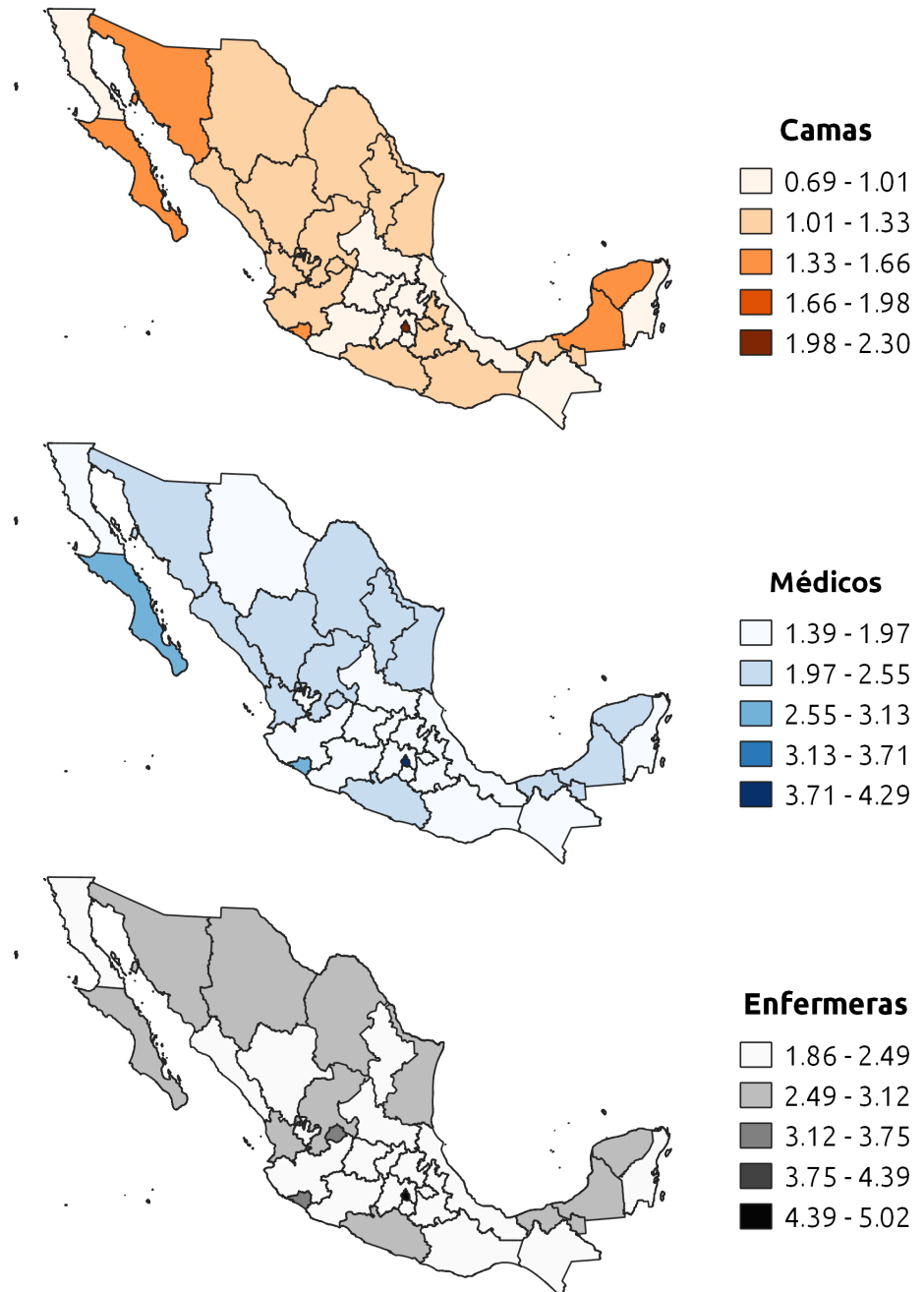
BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

En México, 20 millones 173 mil 230 personas necesitaron servicios de salud, pero no buscaron atenderse. Los principales motivos son: **se automedicó en 55.1 % de los casos y porque consideró que no era necesario, aunque no le permitía llevar a cabo sus actividades con 34.3 %.** Seguidas



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.4. RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS EN SALUD 2019: POR CADA MIL HABITANTES

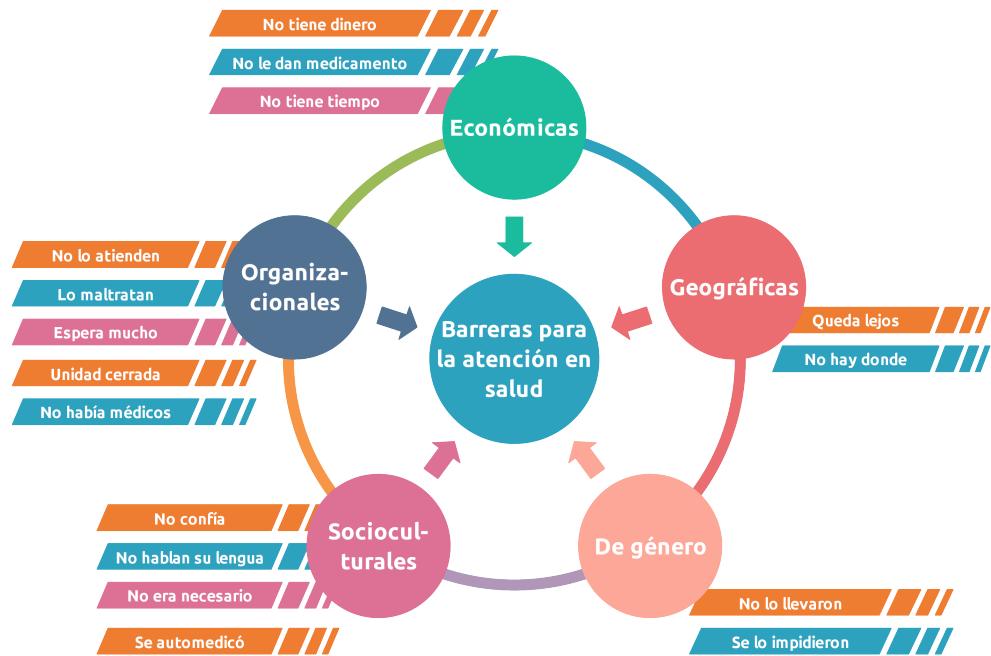


FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGIS (2020b); CONAPO (2021).



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.5. BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de CIEP (2018).

por la falta de dinero con 3.8 % y la falta de tiempo con 2.2 %. El tiempo de espera representó 1.0 % y no hubo quien lo llevara y unidad lejana alcanzaron 0.7 %.

Se automedicó y no era necesario son consideradas como barreras socioculturales, mientras que la falta de dinero y la falta de tiempo son barreras económicas. **Para lograr una atención de la salud universal, desde el lado de la oferta y de la demanda, es necesario eliminar las barreras geográficas, económicas, socioculturales, de organización o de género (CIEP, 2018).** La Figura 4.5 muestra las barreras para la atención en salud. En todos los estados más del 99.0 % de las personas que buscaron atención recibieron atención.

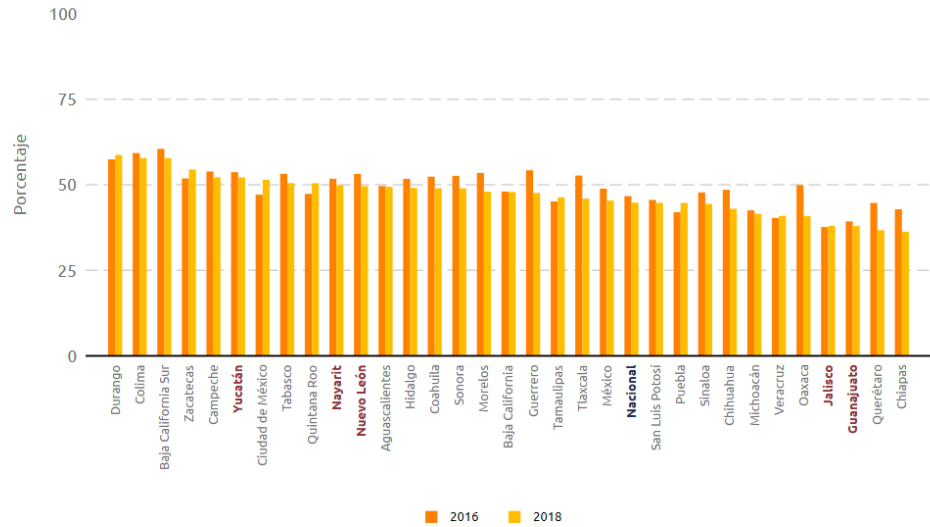
CÚANTOS UTILIZAN LOS SERVICIOS DE SALUD

En 2018 hubo 60 millones 901 mil 816 mexicanos que recibieron atención en salud; 99.5 % de las personas que buscaron el servicio y 74.9 % de aquellos que lo necesitaron. El 52.0 % lo hizo en el sector público y 49.1 % en servicios privados u otras instituciones independientes del sistema federal, en conjunto suman 101.1 % debido a que las personas pudieron recibir atención en más de un lugar. De aquéllos que recurrieron al sistema público, 46.8 % lo hizo en la SSA, 41.2 % en el IMSS y 6.0 % en el ISSSTE.



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.6. TASA ATENCIÓN EN SALUD: ENTIDAD FEDERATIVA



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

En Guerrero, Oaxaca, Chiapas e Hidalgo más del 70.0% de las personas que se atendieron en el sistema público lo hicieron en la SSA. En contraste, en Nuevo León y Coahuila se atendieron 23.7% y 17.9%, respectivamente.

TASA DE ATENCIÓN PÚBLICA
DE 46.7% A 44.8%

La tasa de atención de salud se define por aquellos que usan el servicio sobre aquéllos que se identificó que lo necesitan (ecuación 4.1).

$$TA = \left(\frac{uso}{necesidad} \right) * 100 \quad (4.1)$$

A nivel nacional, del total de personas afiliadas a las instituciones públicas de salud que manifestaron haber necesitado atención de salud, en 2016, 46.7% recibió atención por parte de alguna institución pública, para 2018, se redujo a 44.8%.

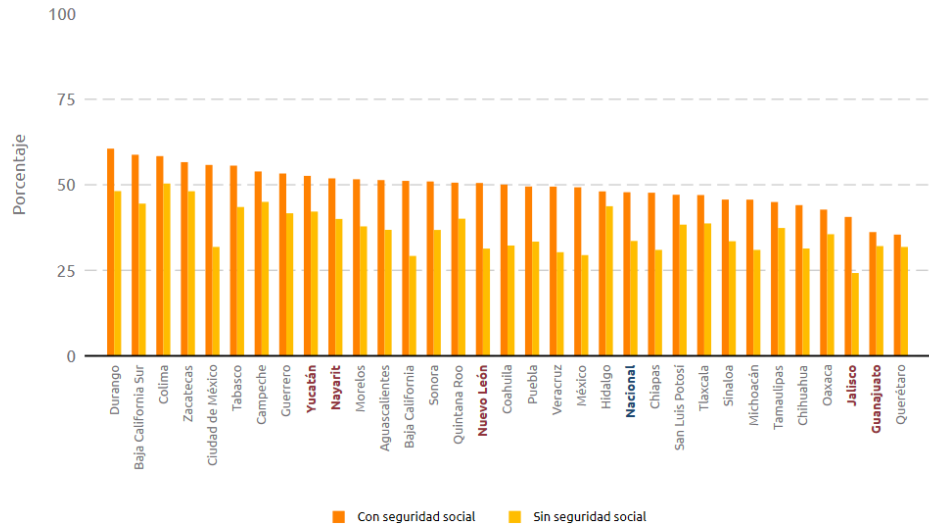
En 2018, 21 estados están por encima del promedio nacional. Baja California Sur, Colima y Durango presentaron tasas de atención de salud superiores al 57.8%. En cambio, Guanajuato, Querétaro y Chiapas cuentan con tasas inferiores a 38.0% (Ver Figura 4.6).

De 2016 a 2018, Durango, Zacatecas, Quintana Roo, CDMX, Tamaulipas, Puebla, Veracruz y Jalisco presentaron incrementos en su tasa de atención.



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.7. TASA ATENCIÓN EN SALUD: ENTIDAD FEDERATIVA Y AFILIACIÓN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

TASA DE ATENCIÓN PÚBLICA
47.8 % CON SEGURIDAD SOCIAL
33.6 % SIN SEGURIDAD SOCIAL

Asimismo, la tasa de atención del sistema público de salud difiere para una persona con y sin seguridad social. **A nivel nacional, la tasa de atención para la población con seguridad social es 47.8 % y 33.6 % para la población sin seguridad social** (Ver Figura 4.7).

La población con seguridad social considera a las personas afiliadas a IMSS, ISSSTE, ISSSTE - estatal y Pemex. La población sin seguridad social y los afiliados de Seguro Popular e IMSS - Bienestar integran la población sin seguridad social. Para calcular la tasa de atención se considera la población con o sin seguridad social que recibió atención en el sistema público entre la población que necesitó servicios.

Durango alcanza una tasa de atención de 60.6 % para la población con seguridad social, en contraste con Guanajuato y Querétaro que es menor al 37.0 %. La tasa de atención para la población sin seguridad social se sitúa entre 50.4 % y 24.2 %; Estado de México, Baja California y Jalisco cuentan con una tasa inferior al 30.0 %.

TIEMPO DE ESPERA
50 MINUTOS

A nivel nacional, el tiempo de espera promedio para ser atendido fue 50 minutos; el tiempo es diferente entre las entidades y al interior de cada una por las instituciones de salud. El tiempo de espera se situó entre 69 y 40 minutos.



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Yucatán y San Luis Potosí presentan el mayor tiempo de espera, 69 y 61 minutos, respectivamente. Por su parte, Nuevo León, Sonora, Sinaloa y Baja California cuentan con un tiempo de espera menor a 43 minutos.

4.4 GASTO EN SALUD

El gasto total en salud por estado es la suma del gasto público en salud⁹ y el gasto privado de las personas en salud. De 2016 a 2018, el gasto público en salud se contrajo 1.2 %, al pasar de 731 mil 368 mdp a 722 mil 880 mdp, en términos reales. **En 2018, la participación del gasto estatal fue 8.8 %, 3.0 % de las ISSes y 88.2 % corresponde a recursos del gobierno federal y de los institutos de seguridad social.**

La distribución del gasto entre las entidades federativas es muy heterogénea, en 2018, el gasto público de salud se situó entre 0.7 % y 24 %. Tanto para 2016 y 2018, Baja California Sur, Campeche, Colima, Nayarit y Tlaxcala concentraron menos del 1.0 % del gasto público para salud. En 2018, CDMX concentró 24 % del gasto público para salud y fue la entidad con el mayor gasto estatal reportado, 10 mil 498 mdp, mientras que Chiapas reportó 0.63 mdp de gasto estatal. **Las entidades con el mayor gasto estatal fueron CDMX, Estado de México, Jalisco, Guanajuato y Veracruz.**

GASTO PER CÁPITA EN SALUD: **El análisis del gasto total en salud por persona es una forma adicional de reflejar la heterogeneidad del gasto entre las entidades; este gasto se conforma por el gasto público per cápita y el gasto de bolsillo que autorreportan las personas.** En 2016, a nivel nacional, el gasto total en salud por persona fue 6 mil 712 pesos; 4 mil 785 pesos por gasto público y mil 927 pesos de gasto de bolsillo (Ver Figura 4.8). El gasto total en salud de la CDMX es 3 veces más el gasto en Chiapas, el gasto de bolsillo se situó entre 3 mil 249 pesos y mil 150 pesos.

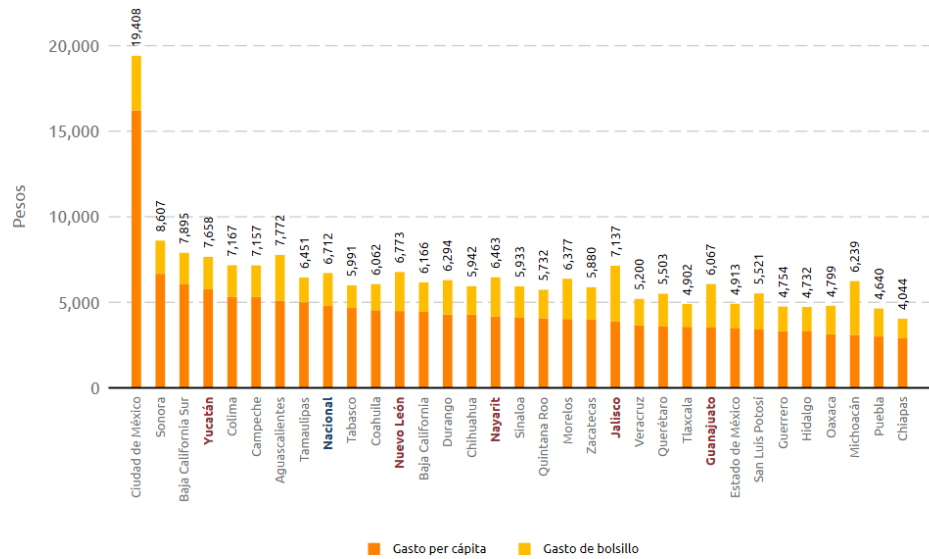
GASTO PER CÁPITA EN SALUD: **Para 2018, el gasto total en salud por estado alcanzó hasta una diferencia de 15 mil 164 pesos.** El gasto público per cápita se situó entre 3 mil 119 pesos y 17 mil 688 pesos, siendo Chiapas el estado con el menor gasto per cápita (Ver Figura 4.9). Por su parte, las entidades que presen-

⁹ El gasto público total en salud por estado incluye los conceptos de la función salud del IMSS, ISSSTE, de IMSS - Bienestar, del FASSA, más la actividad institucional Personal activo y jubilado saludable y con calidad de vida de Pemex, el presupuesto distribuible geográficamente de la SSA, el gasto estatal en salud y el monto de los ISSes.



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.8. GASTO TOTAL EN SALUD 2016: ENTIDAD FEDERATIVA



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGIS (2020a); INEGI (2019).

taron un gasto de bolsillo por persona superior a 3 mil pesos son: Jalisco, Aguascalientes y Nuevo León.

GASTO PÚBLICO PER CÁPITA: POR AFILIACIÓN

Además, el gasto per cápita público depende del acceso a los servicios de seguridad social. Las personas con seguridad social son aquellas que autorreportaron estar afiliadas al IMSS, ISSSTE, ISSSTE-Estatal y Pemex y para las personas sin seguridad social se consideró a las personas afiliadas a Seguro Popular, IMSS-Bienestar y las personas que reportaron no contar con seguridad social.

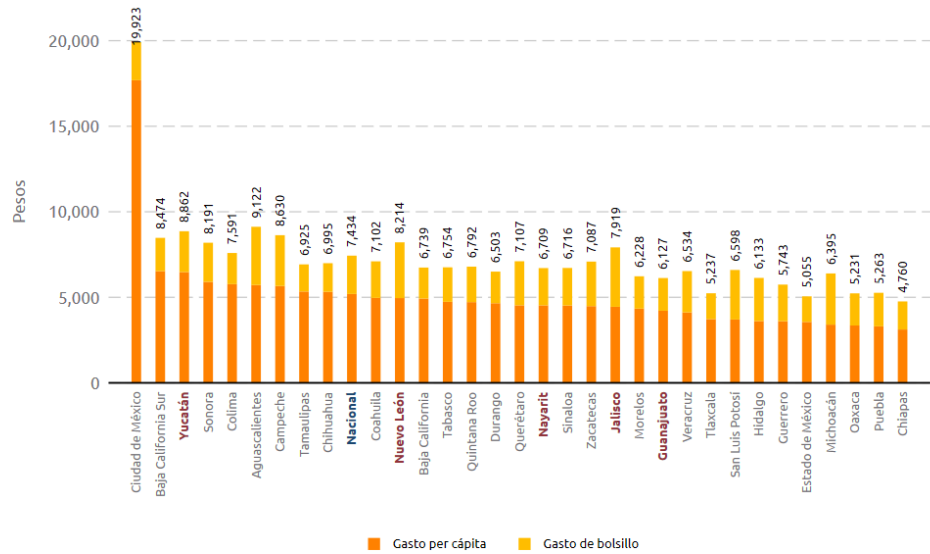
El gasto disponible para las personas con o sin seguridad social es diferente entre los estados. El primero considera el presupuesto de IMSS, ISSSTE, ISSSE y Pemex, mientras que el gasto para las personas sin seguridad social se conforma por el presupuesto de la SSa, IMSS-Bienestar, FASSA y del Gasto estatal.

A nivel nacional, el presupuesto per cápita para una persona con seguridad social es 1.7 veces el gasto de una persona sin seguridad social. A nivel estatal, el gasto de una persona con seguridad social puede variar hasta en 11 mil 257 pesos (Figura 4.10).



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.9. GASTO TOTAL EN SALUD 2018: ENTIDAD FEDERATIVA



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGIS (2020a); INEGI (2019).

Los estados que mantienen una menor brecha entre el gasto para personas con y sin seguridad social son Chihuahua y Tamaulipas, esta brecha es de al menos 706 pesos de diferencia.

CON SEGURIDAD SOCIAL

A nivel estatal, el gasto para las personas con seguridad social se sitúa entre 4 mil 665 pesos y 15 mil 921 pesos. El gasto en CDMX es 15 mil 921 pesos; esto es 3.4 veces el gasto en Estado de México.

Estado de México, Tlaxcala, San Luis Potosí, Guanajuato, Sinaloa y Nayarit presentan un gasto per cápita menor a los 5 mil pesos. En contraste, el gasto en Morelos, Yucatán, Campeche y CDMX es superior a 7 mil pesos.

SIN SEGURIDAD SOCIAL

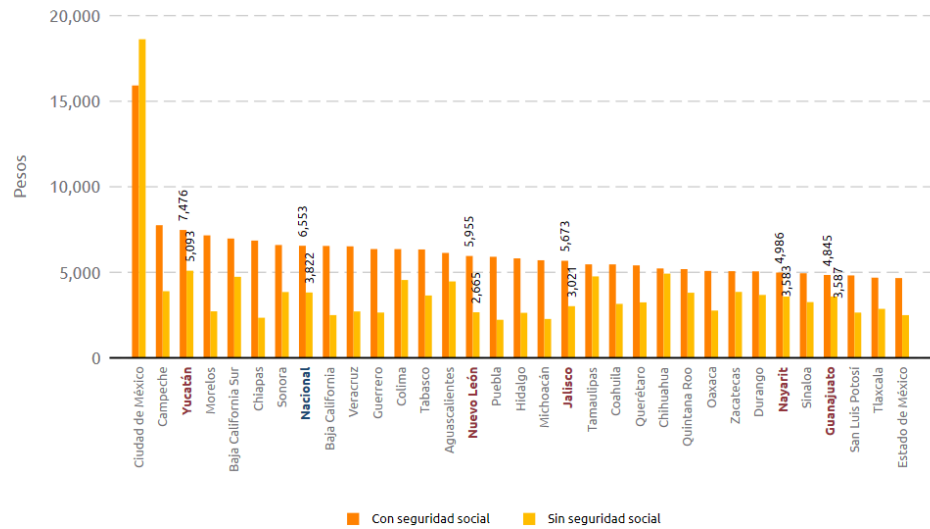
El gasto para una persona sin seguridad social se sitúa entre 2 mil 224 pesos y 5 mil 93 pesos¹⁰. **En Yucatán el gasto por persona es superior a 5 mil pesos.** El gasto de una persona con seguridad social en Baja California, Morelos y Chiapas es superior a 4 mil pesos del gasto de una persona sin seguridad social.

¹⁰Se excluye CDMX, ya que presenta un gasto de 18 mil 624 pesos.



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.10. GASTO PER CÁPITA POR AFILIACIÓN 2018: ENTIDAD FEDERATIVA



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGIS (2020b); INEGI (2019); SHCP (2019).

4.5 FINANCIAMIENTO

Los recursos públicos subnacionales son la suma del gasto federalizado y de la recaudación local. Por un lado, el **gasto federalizado** son los recursos que transfiere la federación para que sean ejercidos por los estados o por los municipios, se compone por participaciones, aportaciones y por convenios, subsidios y gasto para protección en salud (SHCP, 2021b).

Por otra parte, la **recaudación local** son los recursos que generan por sí mismos los gobiernos subnacionales mediante el cobro de impuestos, derechos y aprovechamientos, entre otras medidas fiscales (SHCP, 2021a).

DEPENDENCIA DE LOS RECURSOS
SUBNACIONALES AL GASTO
FEDERALIZADO

Los recursos públicos subnacionales promediarían 11.3 % de los PIB estatales en 2021. De los cuales, el gasto federalizado representaría 10 puntos porcentuales. De esta forma, **las transferencias federales promediarían 87 % de los recursos públicos subnacionales en 2021, mientras que la recaudación local sería el 13 % restante** (Figura 4.11).

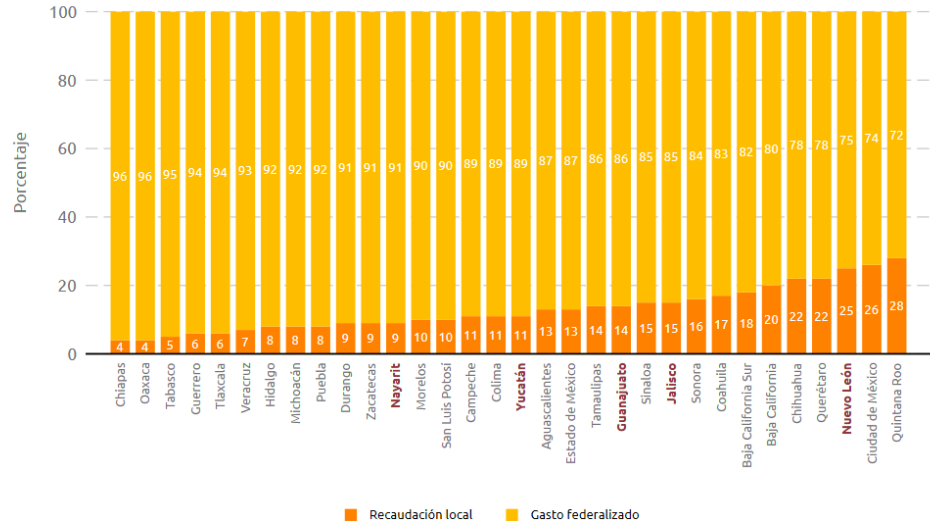
RECAUDACIÓN LOCAL

La recaudación local promedió 1.3 % de los recursos públicos estatales en 2019. Doce entidades federativas tuvieron una recaudación local superior a la media estatal, y la de veinte estados fue inferior a dicha cifra (Figura 4.12). En promedio estatal, los impuestos fueron el principal componente de la recaudación local, representaron 51 % del total. Le siguieron los derechos



4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.11. RECURSOS PÚBLICOS SUBNACIONALES: FUENTE DE INGRESO



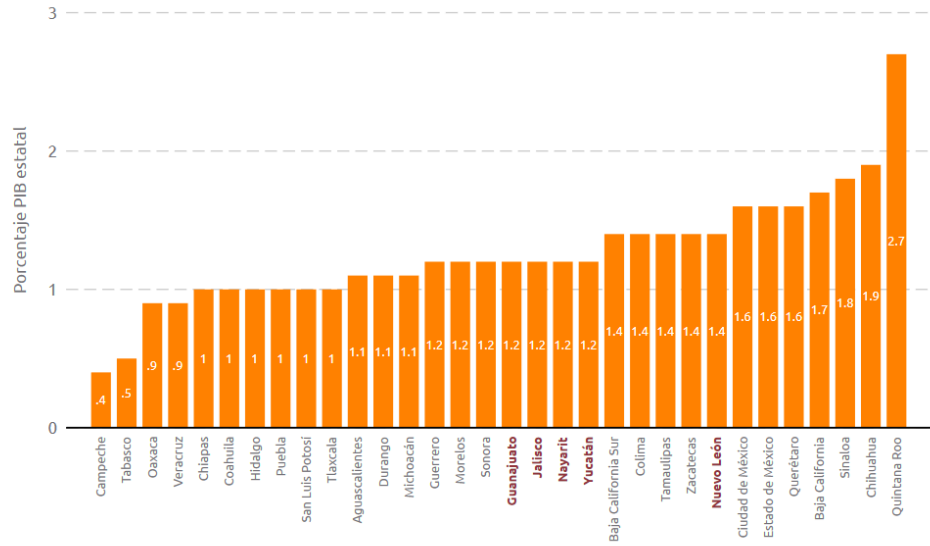
FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de SHCP (2021a, 2020, 2021b).

y el cobro por servicio de agua con 25 % y 24 %, respectivamente (Figura 4.13).



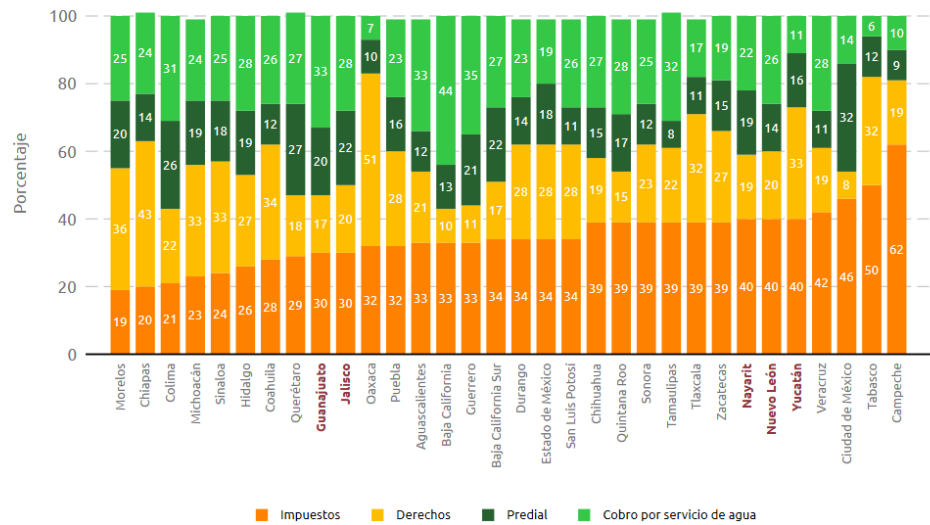
4. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

FIGURA 4.12. RECAUDACIÓN LOCAL 2019: % DEL PIB ESTATAL



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de SHCP (2021a); INEGI (2021).

FIGURA 4.13. RECAUDACIÓN LOCAL 2019: FUENTE DE INGRESO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de SHCP (2021a).

5 | CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

5.1 GUANAJUATO Guanajuato ocupa el sexto lugar a nivel nacional por su número de habitantes, 5 de cada 100 mexicanos vive en el estado y se encuentra dividido en 46 municipios. En 2021, la población total son 6 millones 280 mil 645 personas; 48.8 % son hombres y 51.2 % son mujeres. La edad promedio es 30.5 años (Ver Cuadro 5.1).

La población en edad para trabajar, de 20 a 64 años, representa 56.9%. Mientras que la población mayor de 64 años alcanza 7.1 %, cuando la población mayor de 64 años es superior a 7 % del total de la población, se considera que el estado está envejeciendo, tal fenómeno también ocurre a nivel nacional (CIEP, 2018).

En 2018, **el ingreso promedio anual por persona fue 56 mil 752 pesos; 16.5 % menor al ingreso a nivel nacional.** Además, el ingreso del decil I es 226 mil 261 pesos menor al ingreso promedio del decil X. En los primeros cinco deciles, el ingreso no supera los 40 mil pesos (Ver Cuadro 5.1)

ENFERMEDADES PRINCIPALES ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFECCIONES INTESTINALES INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

En Guanajuato, las enfermedades respiratorias son las que más se atienden en las instituciones de salud, seguidas de las infecciones intestinales y de vías urinarias (Ver Cuadro 5.2).

La Ssa atiende 7 mil 618 casos de infecciones respiratorias, contra 4 mil 156 en IMSS. 12 de las 20 enfermedades más tratadas del estado tienen mayor atención en la Ssa. Asimismo, la Ssa es la única institución en reportar casos de violencia intrafamiliar.

Por su parte, **el IMSS atendió 72.6 % y 53.3 % de los casos de obesidad e hipertensión, respectivamente.**

AFILIACIÓN 15.1 % SIN SEGURIDAD SOCIAL

En 2018, la población afiliada al sistema público representó 88.1 %, esta población considera duplicidades entre instituciones, por lo que la población sin seguridad social alcanzó 15.1 %, 898 mil 571 personas.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.1. CARACTERIZACIÓN: GUANAJUATO

Variable	Descripción	Total
Población	Personas	6,280,645
Género	Hombre	3,062,716
	Mujer	3,217,929
Edad promedio	Años	30.5
Ingreso promedio	I	12,193
	II	19,927
	III	26,245
	IV	32,598
	V	39,577
	VI	48,170
	VII	59,023
	VIII	76,171
	IX	105,732
	X	238,453
	Estatal	56,752

Nota 1: El ingreso promedio corresponde a 2018.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); CONAPO (2021).

CUADRO 5.2. LAS 20 ENFERMEDADES MÁS TRATADAS: GUANAJUATO

Padecimiento	SSa	IMSS	ISSSTE	IMSS- Bienestar	Pemex	Sedena	Otras	Total
Infecciones respiratorias agudas	7,618	4,156	782	19	202	48	4,878	17,703
Infecciones intestinales por otros organismos	1,078	842	179	2	34	11	797	2,943
Infección de vías urinarias	1,365	888	175	2	37	10	412	2,889
Úlceras, gastritis y duodenitis	591	227	96	2	5	1	264	1,187
Gingivitis y enfermedad periodontal	258	350	72	2	46	0	28	756
Intoxicación por picadura de alacrán	467	221	8	0	2	0	21	718
Conjuntivitis	185	206	25	0	11	2	125	554
Otitis media aguda	268	6	30	0	2	1	211	518
Vulvovaginitis	298	53	13	1	1	2	49	416
Hipertensión arterial	83	156	15	0	2	1	35	292
Obesidad	44	204	4	4	6	1	18	281
Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II)	77	109	12	0	2	1	21	222
Accidentes de transporte en vehículos con motor	110	7	3	0	1	0	25	147
Influenza	64	39	8	0	0	0	10	121
Neumonías y bronconeumonías	81	13	2	0	1	0	11	107
Violencia intrafamiliar	101	0	0	0	0	0	0	101
Candidiasis urogenital	68	5	4	0	0	0	14	92
Insuficiencia venosa periférica	11	66	4	0	1	2	5	89
Asma	25	41	11	0	2	0	5	83
Intoxicación por ponzoña de animales	50	26	0	0	0	0	2	79

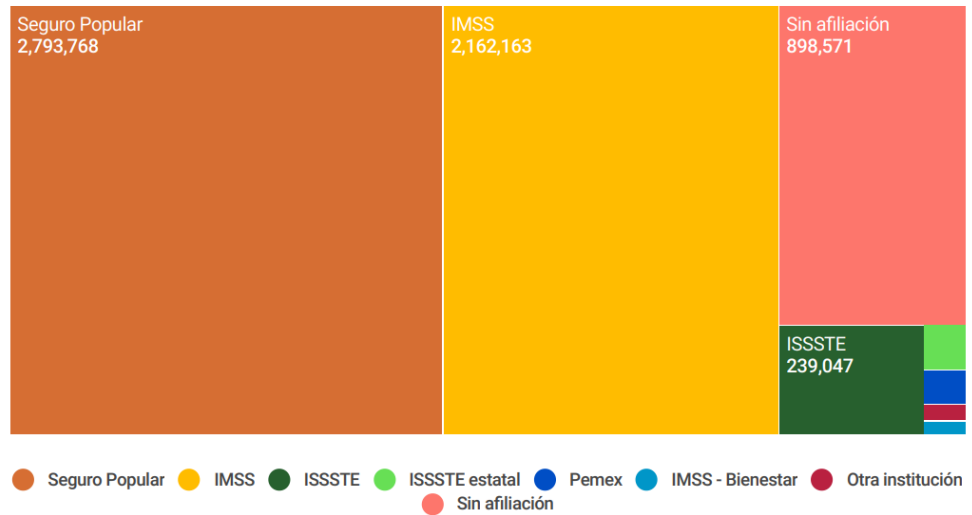
Nota 1: Casos por cada 100 mil habitantes, año 2019.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de CONAPO (2021); DGE (2021).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.1. AFILIACIÓN 2018: GUANAJUATO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

CUADRO 5.3. RECURSOS EN SALUD POR CADA MIL AFILIADOS: GUANAJUATO

Institución	Camas	Médicos	Enfermeras
IMSS	1.03	1.80	2.12
ISSSTE	1.33	3.01	2.39
Pemex*	8.50	4.74	10.10
SSa	1.26	2.01	3.15
Estatal	1.01	1.67	2.30

Nota 1: Estatal toma en cuenta el total población del estado.

Nota 2: Pemex* considera los recursos y afiliados de Pemex, Sedena y Semar.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); DGIS (2020a); CONAPO (2021).

El principal subsistema de salud fue Seguro Popular con 2 millones 793 mil 768 personas afiliadas, seguido por IMSS e ISSSTE que contaron con 2 millones 162 mil 163 y 239 mil 47 afiliados, respectivamente. En contraste, solamente 8 mil 424 personas se autoreportaron afiliadas a IMSS - Bienestar, esto representó 17.5 % del padrón de beneficiarios del instituto (IMSS, 2021).

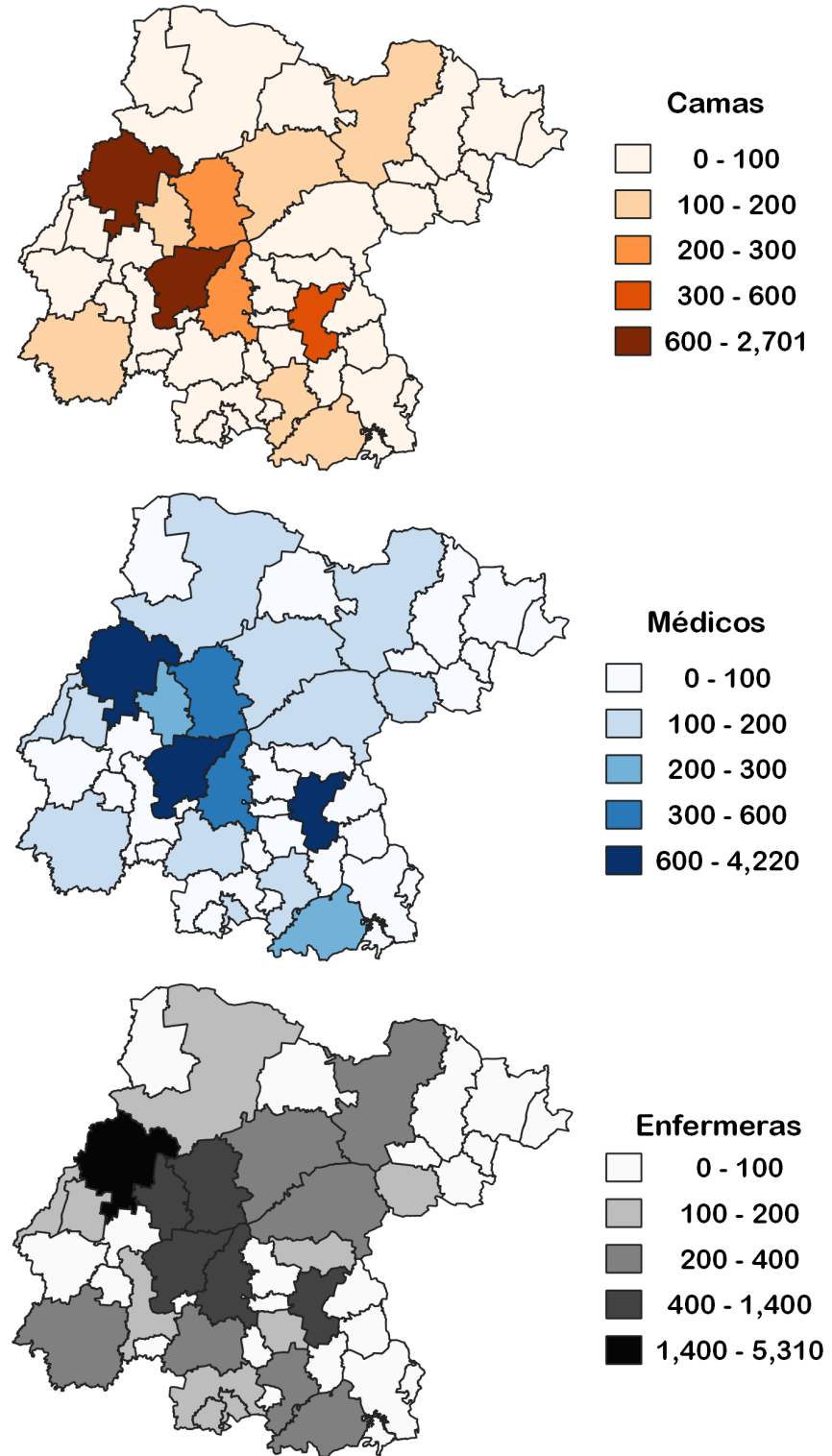
5.1.1 CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS

Guanajuato cuenta con 1.0 cama, 1.7 médicos y 2.3 enfermeras por cada mil habitantes; los tres indicadores están por debajo del promedio nacional. (Ver Cuadro 5.3) Para el cálculo de los indicadores por subsistema de afiliación se utilizó la población afiliada autoreportada en la ENIGH 2018. Sin embargo, no se identificaron recursos físicos y humanos para IMSS - Bienestar. Los indicadores también se presentan a nivel municipal.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.2. RECURSOS EN SALUD: GUANAJUATO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGIS (2020a).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CAMAS: IMSS cuenta con 1.0 cama por cada mil derechohabientes, mientras que Pemex tiene 8.5 camas. La capacidad de camas es igual para ISSSTE y SSA con 1.3 camas por cada mil afiliados.

PEMEX CON 8.5

ISSSTE Y SSA CON 1.3

IMSS CON 1.0

A nivel municipal, solamente 11 de los 46 municipios cuentan con más de 100 camas. **León concentra 43.3 % de las camas, seguido por los municipios de Irapuato y Celaya que concentran 9.6 % y 8.9 % de las camas.**

MÉDICOS: El número de médicos para todos los subsistemas de salud se encuentra por encima del valor estatal de 1.7. Pemex cuenta con 4.7 médicos por cada mil afiliados, seguido por ISSSTE y SSA con 3 y 2 médicos, respectivamente. El valor más bajo se presentan en IMSS con 1.8 médicos por cada mil afiliados.

PEMEX CON 4.7

ISSSTE CON 3.0

SSA CON 2.0

IMSS CON 1.8

León, Irapuato y Celaya cuentan con 4 mil 219, mil 6 y 945 médicos, respectivamente, esto es 59.7 % de los médicos del estado. **Cuatro municipios cuentan con menos de 20 médicos.**

ENFERMERAS: Pemex cuenta con 10.1 enfermeras por cada mil afiliados, esto es 4.7 veces el número de enfermeras de IMSS. SSA e ISSSTE cuentan con 3.2 y 2.4 enfermeras, respectivamente.

PEMEX CON 10.1

SSA CON 3.2

ISSSTE CON 2.4

IMSS CON 2.1

El número de enfermeras de los municipios se sitúa entre 18 y 5 mil 310. Salamanca, Irapuato, Celaya y León cuentan con 734, mil 262, mil 398 y 5 mil 310 enfermeras, respectivamente.

La Figura 5.2 muestra la distribución de los recursos físicos y humanos a nivel municipal. La región noreste, con excepción de San Luis de la Paz y San José Iturbide, presenta el menor número de camas, médicos y enfermeras.

5.1.2 Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

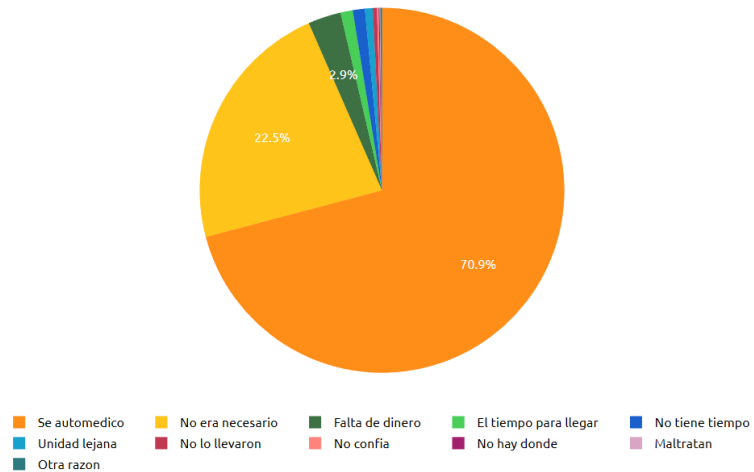
En 2018, 4 millones 586 mil 253 personas manifestaron haber tenido alguna necesidad de salud que les impedía realizar sus actividades cotidianas, 69.0 % buscó atenderse.

BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

Sin embargo, un millón 422 mil 472 personas necesitaron servicios de salud, pero no buscaron atenderse. Los principales motivos son: **se automedicó en 74.2 % de los casos y porque consideró que no era necesario, aunque no le permitía llevar a cabo sus actividades con 23.6 %.** Seguidas por la falta de dinero con 3.0 % (Ver Figura 5.3). Las primeras dos razones corresponden a barreras socioculturales y la falta de dinero es una barrera económica.



FIGURA 5.3. BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD: GUANAJUATO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

CÚANTOS UTILIZAN LOS SERVICIOS DE SALUD

En 2018 hubo 3 millones 145 mil 18 personas que recibieron atención en salud; 99.4% de las personas que buscaron el servicio y 68.6% de aquellos que lo necesitaron. El 49.1% lo hizo en el sector público y 51.6% en servicios privados u otras instituciones independientes del sistema federal, en conjunto suman 100.7% debido a que las personas pudieron recibir atención en más de un lugar. De aquéllos que recurrieron al sistema público, 58.1% lo hizo en la ssa, 35.6% en el IMSS y 5.0% en el ISSSTE.

LA TASA DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO FUE DE 37.9%

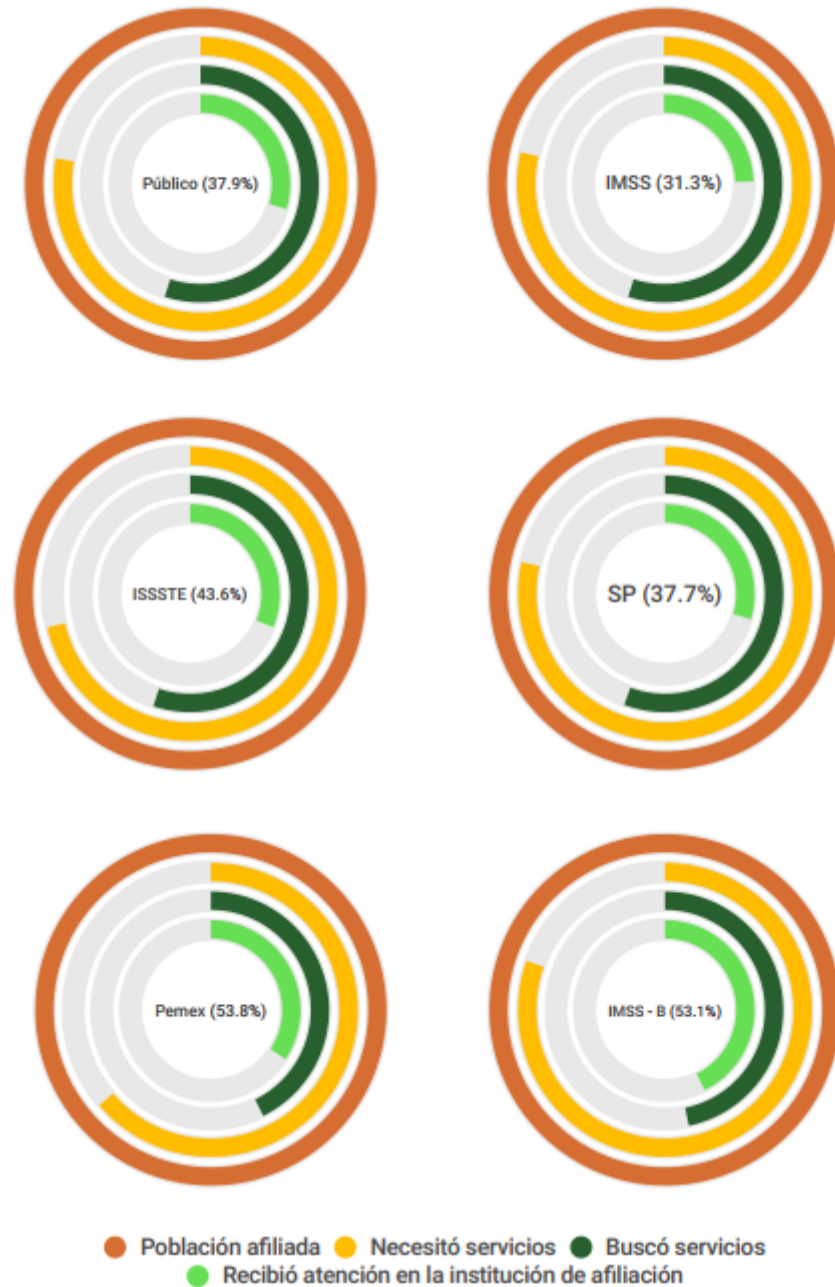
De los 5 millones 58 mil 766 afiliados al sistema público de salud, 77.8% manifestó haber tenido alguna necesidad de salud y 54.9% buscó atención. Los afiliados que recibieron atención representaron 70.1% de las personas que necesitaron servicios, sin embargo, solamente 37.9% recibió atención en el sistema público. **Esto es resultado de que un millón 265 mil 756 personas recibieron servicios de salud pero fuera del sistema público a pesar de ser afiliados de este.**

LA TASA DE ATENCIÓN POR INSTITUCIONES

En Guanajuato, **la tasa de atención en las instituciones de salud del sistema pública se sitúa entre 53.8% y 31.3% para los derechohabientes.** La tasa de atención del IMSS fue de 31.3%, del Seguro Popular de 37.7%, del ISSSTE de 43.6%, IMSS - Bienestar de 53.1% y Pemex de 53.8% (Ver Figura 5.4).



FIGURA 5.4. TASA DE ATENCIÓN: GUANAJUATO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.5. TIEMPO DE ESPERA (MINUTOS): GUANAJUATO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

La tasa de atención del IMSS está por debajo de la tasa de atención del sistema público del estado. Además, la tasa de atención del sistema privado para los afiliados de IMSS fue 35.0 %. En contraste, para los afiliados de Pemex, la tasa de atención del sistema privado fue 13.2 %.

TIEMPO DE ESPERA
55 MINUTOS

El tiempo de espera es una de las razones por las que no se busca atención de salud, 1.1 % de las personas no buscó atención por esta razón. A nivel estatal, el tiempo de espera promedio para ser atendido fue 55 minutos.

El tiempo de espera deseable es 30 minutos, **Pemex se encuentra por debajo con 23 minutos, mientras que en IMSS e ISSSTE Estatal, el tiempo de espera fue de hasta 62 y 65 minutos, respectivamente** (Ver Figura 5.5).

5.1.3 GASTO EN SALUD

En 2018, Guanajuato fue la sexta entidad con el mayor gasto público en salud, 25 mil 148 mdp, de acuerdo con datos de la cuenta pública de la SHCP. Si se consideran los datos presentados por SICIENTAS, el gasto fue 27 mil 11 mdp, mil 863 mdp más que el gasto de cuenta pública.

Del gasto público total en salud, 80.7 % fue aportado por la federación y el restante 19.3 % fue gasto estatal. Fue la segunda entidad con la mayor proporción de gasto estatal, solo detrás de Tabasco con 21.4 %.

25.7 % del gasto federal provino de la SSA, 49.3 % del IMSS, 6.1 % del ISSSTE, 15.8 % del FASSA, 3.1 % de Pemex y 0.04 % de IMSS - Bienestar.

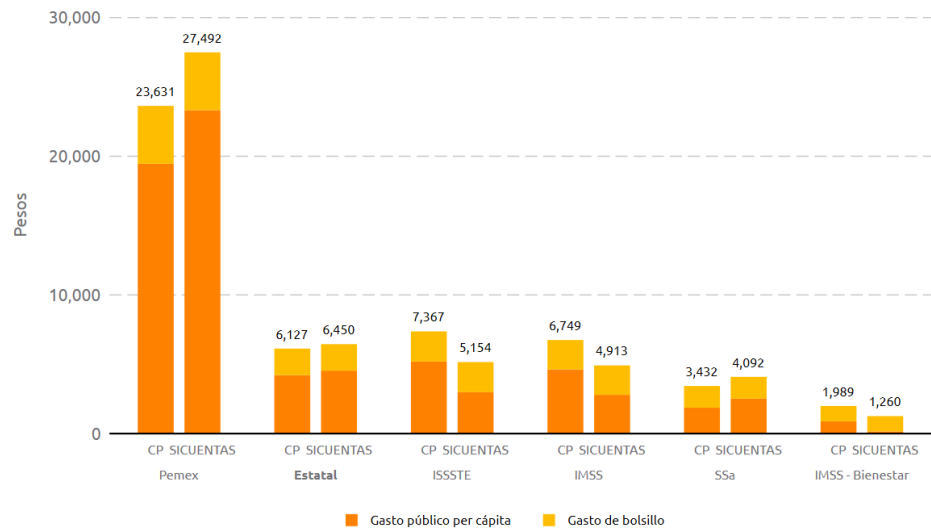
GASTO PER CÁPITA POR
INSTITUCIÓN

La Figura 5.6 muestra el gasto público per cápita con datos de cuenta pública y SICIENTAS, así como el gasto de bolsillo de cada una de las instituciones o subsistemas de salud.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.6. GASTO PER CÁPITA EN SALUD 2018: GUANAJUATO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

Pemex contó con el mayor gasto per cápita y de bolsillo, con datos de cuenta pública, el gasto per cápita fue 19 mil 458 pesos y 23 mil 319 con datos de SICIENTAS. El gasto de bolsillo fue 4 mil 173 pesos.

El menor gasto per cápita correspondió a IMSS - Bienestar; este gasto fue 883 pesos si se considera la población que se autorreportó afiliada en la ENIGH o 154 pesos con los datos de población adscrita.

Con datos de SICIENTAS, el gasto per cápita de IMSS e ISSSTE fue mil 836 y 2 mil 213 pesos menor al gasto de cuenta pública, respectivamente. Estas diferencias se deben al gasto reportado y a la población afiliada, específicamente, en ISSSTE, la población afiliada de SICIENTAS fue 2.2 veces la población autorreportada por la ENIGH, mientras que en el IMSS fue 1.6 veces.

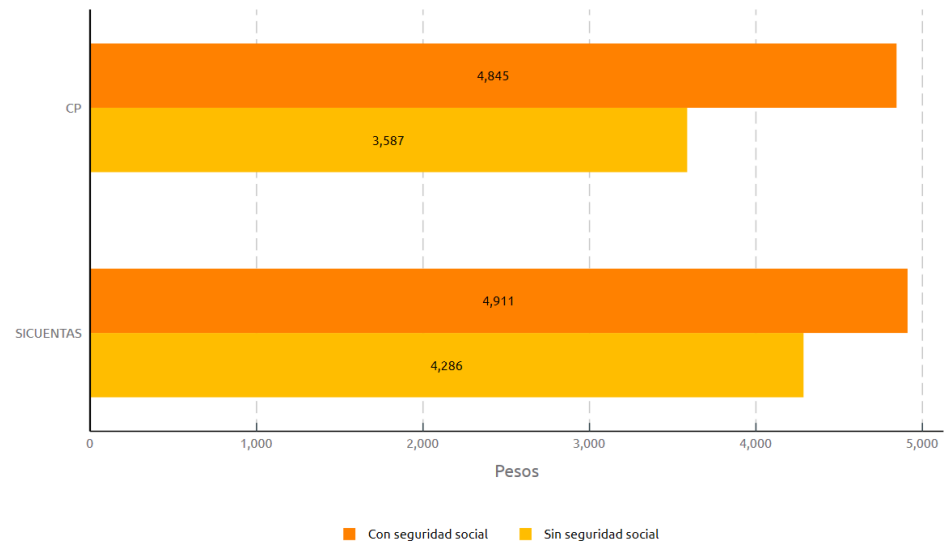
GASTO PER CÁPITA
 CON SEGURIDAD SOCIAL 4 MIL 845
 SIN SEGURIDAD SOCIAL 3 MIL 587

En 2018, **el gasto per cápita de una persona con seguridad social fue 4 mil 845 pesos; esto fue mil 258 pesos mayor al gasto de una persona sin seguridad social**. Esta diferencia es 625 pesos con datos de SICIENTAS (Ver Figura 5.7).

Con datos de cuenta pública, el gasto de una persona con seguridad social y sin seguridad social fue 66 y 699 pesos menor al gasto de SICIENTAS, respectivamente.



FIGURA 5.7. GASTO PER CÁPITA POR AFILIACIÓN 2018: GUANAJUATO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

5.1.4 GASTO EN SALUD: De 2016 a 2021, en promedio, **15.0 % del presupuesto total de Guanajuato se ha destinado a salud** a través de seis centros gestores¹¹: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico (CECAMED), Instituto Guanajuatense para las Personas con Discapacidad (INGUDIS), Regimen de Protección Social en Salud del Estado de Guanajuato (REPSSEG), Ssa, Dirección General de Construcción y el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG), sin embargo, únicamente el ISAPEG y la CECAMED presentan gasto ejercido para todo el periodo. **En 2021, el presupuesto aprobado para salud alcanza 13 mil 354 mdp, 10.5 % menos que en 2019.**

**GASTO DEL ISAPEG
99.9 % DEL PRESUPUESTO TOTAL**

En promedio, de 2016 a 2019, el REPSSEG concentró 38.6 % del presupuesto para salud¹². En 2020, desaparece el REPSSEG como consecuencia de la eliminación del SP y la creación del INSABI; por ello, el ISAPEG pasó de concentrar 57.7 % del presupuesto en 2016 a 99.9 % en 2021 (Figura 5.8).

El **ISAPEG es un organismo público descentralizado** de la Administración Pública Estatal sectorizado a la Ssa del Estado de Guanajuato. En 2020, el REPSSEG transfirió sus recursos a este organismo para la prestación de servicios de salud de la población sin seguridad social (Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, 2020).

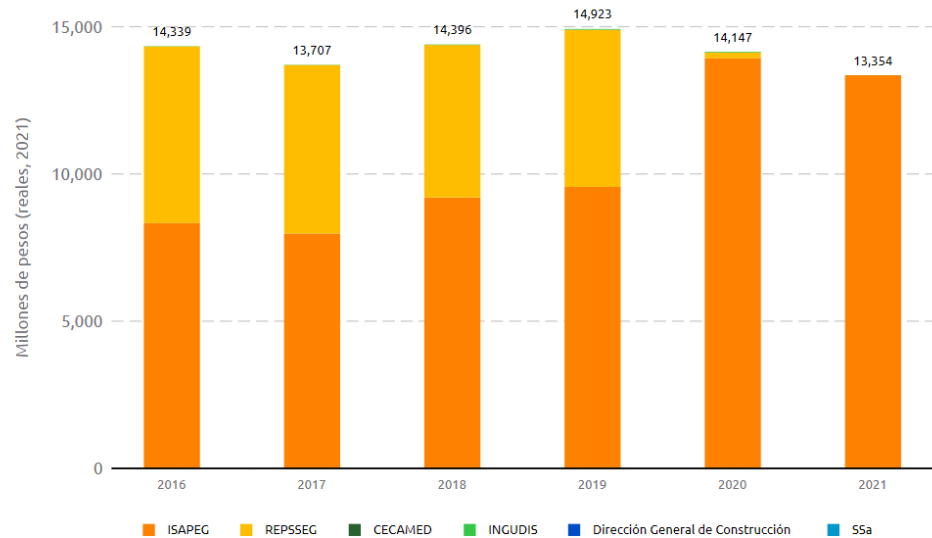
¹¹ Unidades responsables de ejecutar el gasto público.

¹² En 2020, el REPSSEG ejerció 1.4 % de los recursos para salud.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.8. GASTO EN SALUD DE GUANAJUATO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Secretaría de Salud, Guanajuato (2021).

No obstante, de 2016 a 2020, **el ISAPEG reportó un gasto ejercido entre 6 mil 177 mdp y 714 mdp más que el gasto de cuenta pública.** Estos recursos no se contabilizan en la cuenta gubernamental, por ser ingresos propios de la paraestatal.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

FEDERAL 82.8 %

ESTATAL 15.0 %

DEUDA 2.2 %

A partir de 2018, los datos por fuente de financiamiento son comparables. En promedio, de 2018 a 2021, 86.8 % de los recursos de salud provienen de la federación; esto es, 61.4 % de recursos federales por convenios, participaciones y transferencias, y 25.4 % corresponde al FASSA. En 2021, **82.7 % del gasto total en salud corresponde a la federación**, 15.0 % de recursos propios de la entidad y el restante, 2.2 % por deuda (Figura 5.9).

CAPÍTULO DE GASTO

SERVICIOS PERSONALES 60.0 %

SERVICIOS GENERALES 19.5 %

MATERIALES Y SUMINISTROS 17.7 %

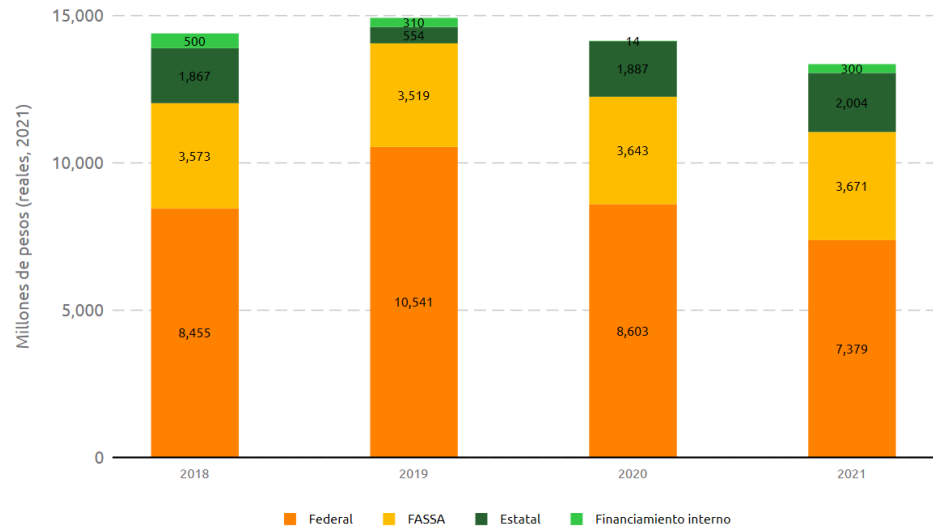
De acuerdo con el destino del gasto, en 2021, **60.0 % del presupuesto para salud corresponde a servicios personales (nómina)**, seguido por servicios generales con 19.5 % y materiales y suministros con 17.7 %.

De 2019 a 2021, el gasto para nómina, materiales y suministros, y materiales generales aumentó 33.8 %, 85.1 % y 91.8 %, en términos reales, respectivamente. Mientras que la participación por transferencias y subsidios pasó de 35.5 % a 0.01 % y el capítulo de inversión pública de 4.9 % a 1.8 % (Figura 5.10).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.9. GASTO EN SALUD DE GUANAJUATO: FUENTE DE FINANCIAMIENTO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Secretaría de Salud, Guanajuato (2021).

Si se considera el gasto total ejercido por los organismos paraestatales, en promedio, **de 2016 a 2020, 13.8 % se destinó a la adquisición de productos farmacéuticos.**

POR PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS En 2021, **se cuenta con seis programas presupuestarios estatales de salud.** El programa de Servicios de salud con oportunidad y calidad concentra 50.8 % del gasto total para salud, seguido por los programas de Prevención en salud y Cobertura de los servicios de salud con 25.7 % y 19.8 % del gasto total, respectivamente.

De 2018 a 2021, el programa de Cobertura de los servicios de salud disminuyó 57.8 % al pasar de 6 mil 257 mdp a 2 mil 643 mdp, en tanto que el programa de Servicios de Salud con oportunidad y calidad aumentó 51.2 %, en términos reales (Cuadro 5.4).

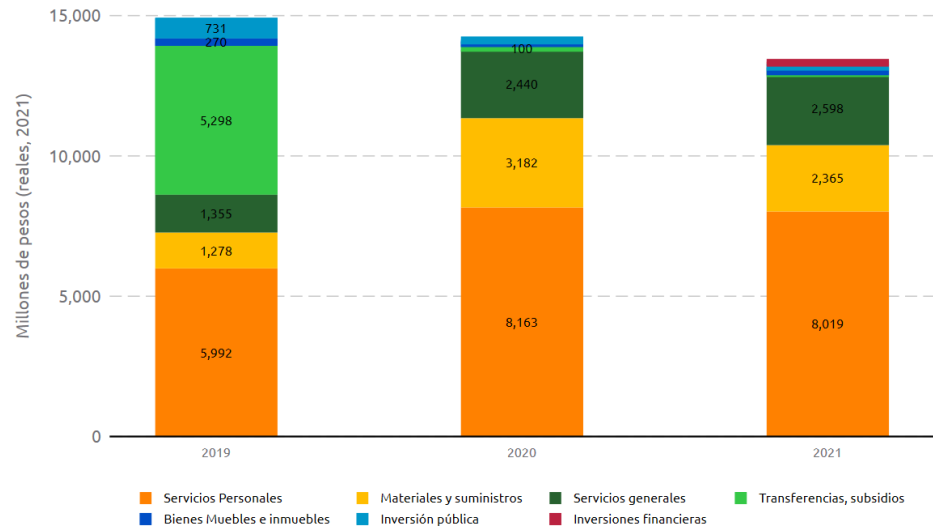
En 2020, el programa Cobertura de los servicios de salud ejerció 367 mdp; esto es, 5 mil 845 mdp menos que en 2019, mientras que el programa de Servicios de salud con oportunidad y calidad alcanzó 9 mil 210 mdp, 4 mil 297 mdp más.

5.1.5 FINANCIAMIENTO En el caso de Guanajuato, el gasto federalizado representaría 86 % de los recursos públicos estatales en 2021. Mientras que su recaudación local sería el 14 % del total (Figura 4.11).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.10. GASTO EN SALUD DE GUANAJUATO: CAPÍTULO DE GASTO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Secretaría de Salud, Guanajuato (2021).

CUADRO 5.4. PROGRAMAS ESTATALES DE SALUD (MDP)

Programas presupuestarios	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Apoyo al proceso presupuestario y para mejorar la eficiencia institucional			82	163	178	112
Atención integral a las personas con discapacidad			13	27	25	
Servicios de salud con oportunidad y calidad			4,484	4,913	9,210	6,780
Certeza jurídica en los procesos conciliatorios de los conflictos derivados del acto médico					2	2
Cobertura de los servicios de salud			6,257	6,211	367	2,643
Infraestructura para el Desarrollo					0.28	
Planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas			463	326	331	385
Prevención en salud			3,097	3,284	4,034	3,431
Total	14,439	13,854	14,396	14,923	14,147	13,354

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Secretaría de Salud, Guanajuato (2021).

La recaudación local de Guanajuato equivalió a 1.2% de su PIB en 2019 (Figura 4.12). Su principal elemento fueron los impuestos, los cuales acumularon la mitad de la recaudación local. El cobro el servicio de agua fue el 33% y los derechos el 17% (Figura 4.13).

5.2 JALISCO Jalisco ocupa el cuarto lugar a nivel nacional por su número de habitantes, 7 de cada 100 mexicanos vive en el estado y se encuentra dividido en 125 municipios. En 2021, la población total son 8 millones 490 mil 806 personas; 49.3% son hombres y 50.7% son mujeres. La edad promedio es 31.3 años (Cuadro 5.5).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.5. CARACTERIZACIÓN: JALISCO

Variable	Descripción	Total
Población	Personas	8,490,806
Género	Hombre	4,185,698
	Mujer	4,305,108
Edad promedio	Años	31.3
Ingreso promedio	I	12,272
	II	20,133
	III	26,451
	IV	32,599
	V	39,597
	VI	48,106
	VII	59,166
	VIII	76,421
	IX	105,280
	X	262,427
	Estatal	83,217

Nota 1: El ingreso promedio corresponde a 2018.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); CONAPO (2021).

De acuerdo con la distribución demográfica, la población en edad para trabajar, de 20 a 64 años, representa 57.8 %, seguida por la población de 0 a 19 años, 34.5 %. La población mayor a 64 años representa 7.7 %.

En 2018, el ingreso promedio anual por persona fue 83 mil 218 pesos; 22.4 % mayor al ingreso a nivel nacional. El ingreso del decil I es 250 mil 155 pesos menor al ingreso promedio del decil X. En los primeros cinco deciles, el ingreso anual se situó entre 12 mil 272 y 39 mil 597 pesos (Cuadro 5.5).

ENFERMEDADES PRINCIPALES
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
INFECCIONES INTESINALES
INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

En Jalisco, las enfermedades respiratorias son las que más se atienden en las instituciones de salud, seguidas de las infecciones intestinales y de vías urinarias (Cuadro 5.6).

El IMSS tiene una cobertura superior al 50 % de los casos de: infecciones respiratorias, infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, conjuntivitis, obesidad, neumonías, insuficiencia venosa e hiperplasia de la próstata. Mientras que la SSA, solamente en dengue no grave e intoxicación por picadura de alacrán.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.6. LAS 20 ENFERMEDADES MÁS TRATADAS: JALISCO

Padecimiento	SSa	IMSS	ISSSTE	IMSS Bienestar	DIF	Pemex*	Otras	Total
Infecciones respiratorias agudas	2,868	7,368	268	11	56	89	3,750	14,412
Infecciones intestinales por otros organismos	538	1,831	75	1	9	29	985	3,468
Infección de vías urinarias	604	1,540	74	1	5	18	452	2,695
Úlceras, gastritis y duodenitis	248	393	32	2	3	6	321	1,005
Gingivitis y enfermedad periodontal	266	343	38	0	1	7	68	724
Conjuntivitis	82	356	16	0	4	7	137	602
Dengue no grave	353	174	16	1	0	10	27	582
Intoxicación por picadura de alacrán	384	127	1	0	0	0	60	572
Obesidad	114	326	20	1	0	3	87	552
Otitis media aguda	162	15	12	0	5	5	261	460
Hipertensión arterial	84	219	38	0	7	3	99	451
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	89	140	23	0	1	3	69	325
Neumonías y bronconeumonías	45	142	11	0	0	1	39	238
Asma	52	122	10	0	0	2	35	221
Insuficiencia venosa periférica	24	136	14	0	1	2	22	197
Vulvovaginitis	92	52	4	0	0	2	41	192
Hiperplasia de la próstata	19	77	9	0	0	1	9	116
Depresión	42	34	10	0	1	1	25	113
Accidentes de transporte en vehículos con motor	46	1	0	0	0	1	61	109
Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	11	17	39	0	1	1	33	102

Nota 1: Casos por cada 100 mil habitantes, año 2019.

Nota 2: Pemex* incluye los casos de Pemex, Sedena y Semar.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de CONAPO (2021); DGE (2021).

Además, **la depresión se encuentra dentro de las 20 enfermedades más tratadas con 113 casos por cada 100 mil habitantes.**

AFILIACIÓN 22.0 % SIN SEGURIDAD SOCIAL

En 2018, la población afiliada al sistema público representó 81.1 %, esta población considera duplicidades entre instituciones, por lo que la población sin seguridad social alcanzó 22.0 %, un millón 813 mil 468 personas. **La cuarta entidad con el mayor número de personas sin seguridad social (Figura 5.11)**

El principal subsistema de salud fue IMSS con 3 millones 823 mil 136 personas afiliadas, seguido por Seguro Popular e ISSSTE que contaron con 2 millones 544 mil 301 y 272 mil 778 afiliados, respectivamente. En contraste, solamente 503 personas se autoreportaron afiliadas a IMSS - Bienestar, esto representó 1.0 % del padrón de beneficiarios del instituto (IMSS, 2021).

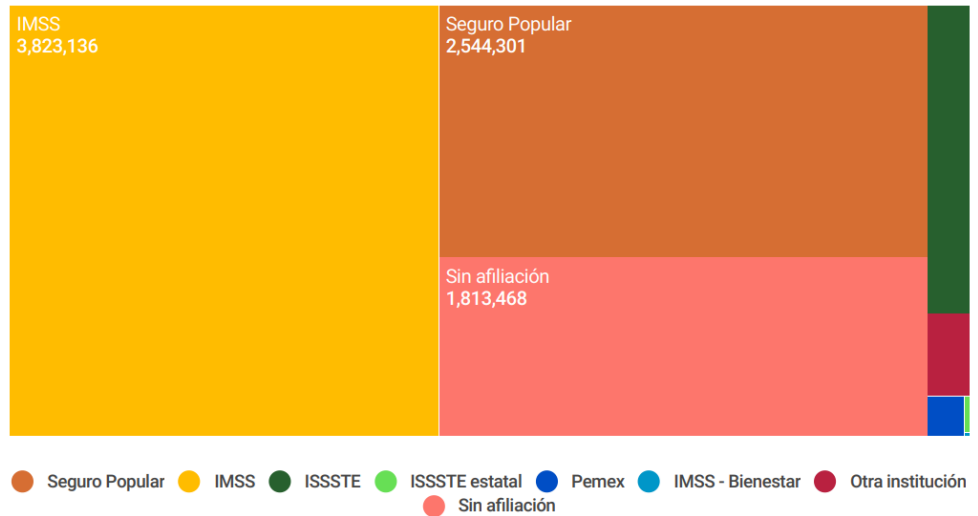
5.2.1 CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS

Jalisco cuenta con 1.1 camas, 1.9 médicos y 2.3 enfermeras por cada mil habitantes; los tres indicadores están por debajo del promedio nacional. (Cuadro 5.7) Para el cálculo de los indicadores por subsistema de afiliación se utilizó la población afiliada autoreportada en la ENIGH 2018. Sin embargo, no se identificaron recursos físicos y humanos para IMSS - Bienestar. Los indicadores también se presentan para los 125 municipios.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.11. AFILIACIÓN 2018: JALISCO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

CUADRO 5.7. RECURSOS EN SALUD POR CADA MIL AFILIADOS: JALISCO

Institución	Camas	Médicos	Enfermeras
IMSS	1.26	2.09	2.33
ISSSTE	1.21	2.61	2.62
Pemex*	43.78	44.45	31.72
SSa	1.61	2.68	3.80
Estatad	1.13	1.89	2.33

Nota 1: Estatal toma en cuenta el total población del estado.

Nota 2: Pemex* considera los recursos y afiliados de Pemex, Sedena y Semar.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); DGIS (2020a); CONAPO (2021).

CAMAS: Pemex cuenta con 43.8 camas por cada mil derechohabientes, 8.1 veces mayor el número promedio de camas de la OCDE. Esto se debe a que Pemex considera 151 camas de la Sedena, 40 camas de la Semar y 5 camas de Pemex. En contraste, el ISSSTE cuenta con 1.2 camas por cada mil derechohabientes.

PEMEX CON 43.8
SSA CON 1.6
IMSS CON 1.3
ISSSTE CON 1.2

A nivel municipal, solamente 11 de los 125 municipios cuentan con más de 100 camas y 11 municipios reportaron cero. **Guadalajara concentra 53.5% de las camas, seguido por los municipios de Zopopan y Tlajomulco de Zuñiga que concentran 18.7% y 13.6% de las camas, respectivamente.**



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

MÉDICOS: El número de médicos para todos los subsistemas de salud se encuentra por encima del valor estatal de 1.9. Pemex cuenta con 44.5 médicos por cada mil afiliados, seguido por SSA e ISSSTE con 2.7 y 2.6 médicos, respectivamente. El valor más bajo se presentan en IMSS con 2.1 médicos por cada mil afiliados.

PEMEX CON 44.5

SSA CON 2.7

ISSSTE CON 2.6

IMSS CON 2.1

La mitad de los municipios cuentan con menos de 20 médicos y solamente 14 municipios reportan más de 100 médicos. Guadalajara, Zapoan, Tlajomulco de Zuñiga y Puerto Vallarta cuentan con 8 mil 367, mil 644, 592 y 546 médicos, respectivamente.

ENFERMERAS: Pemex cuenta con 31.7 enfermeras por cada mil afiliados, esto es 13.6 veces el número de enfermeras de IMSS. SSA e ISSSTE cuentan con 3.8 y 2.6 enfermeras, respectivamente.

PEMEX CON 31.7

SSA CON 3.8

ISSSTE CON 2.6

IMSS CON 2.3

El número de enfermeras de los municipios se sitúa entre 1 y 10 mil 155. Guadalajara concentra 52.3 % del personal de enfermería, seguido por los municipios de Zopoan y Tlajomulco de Zuñiga que concentran 17.0 % y 10.1 % respectivamente.

La Figura 5.12 muestra la distribución de los recursos físicos y humanos a nivel municipal. El estado muestra una gran heterogeneidad en la distribución de los recursos, solamente tres municipios concentran 85.7 % de las camas, 80.0 % de los médicos y 79.4 % del personal de enfermería.

5.2.2 Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

En 2018, 6 millones 144 mil 932 personas manifestaron haber tenido alguna necesidad de salud que les impedía realizar sus actividades cotidianas, 71.3 % buscó atenderse.

BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

Sin embargo, un millón 763 mil 605 personas necesitaron servicios de salud, pero no buscaron atenderse. Los principales motivos son: **se automeDICÓ en 56.4 % de los casos y porque consideró que no era necesario, aunque no le permitía llevar a cabo sus actividades con 36.7 %.** Seguidas por la falta de tiempo con 2.3 % (Figura 5.13). Las primeras dos razones corresponden a barreras socioculturales y la falta de tiempo es una barrera económica. El tiempo de espera representó 0.6 % y no hay médicos, 0.2 %.

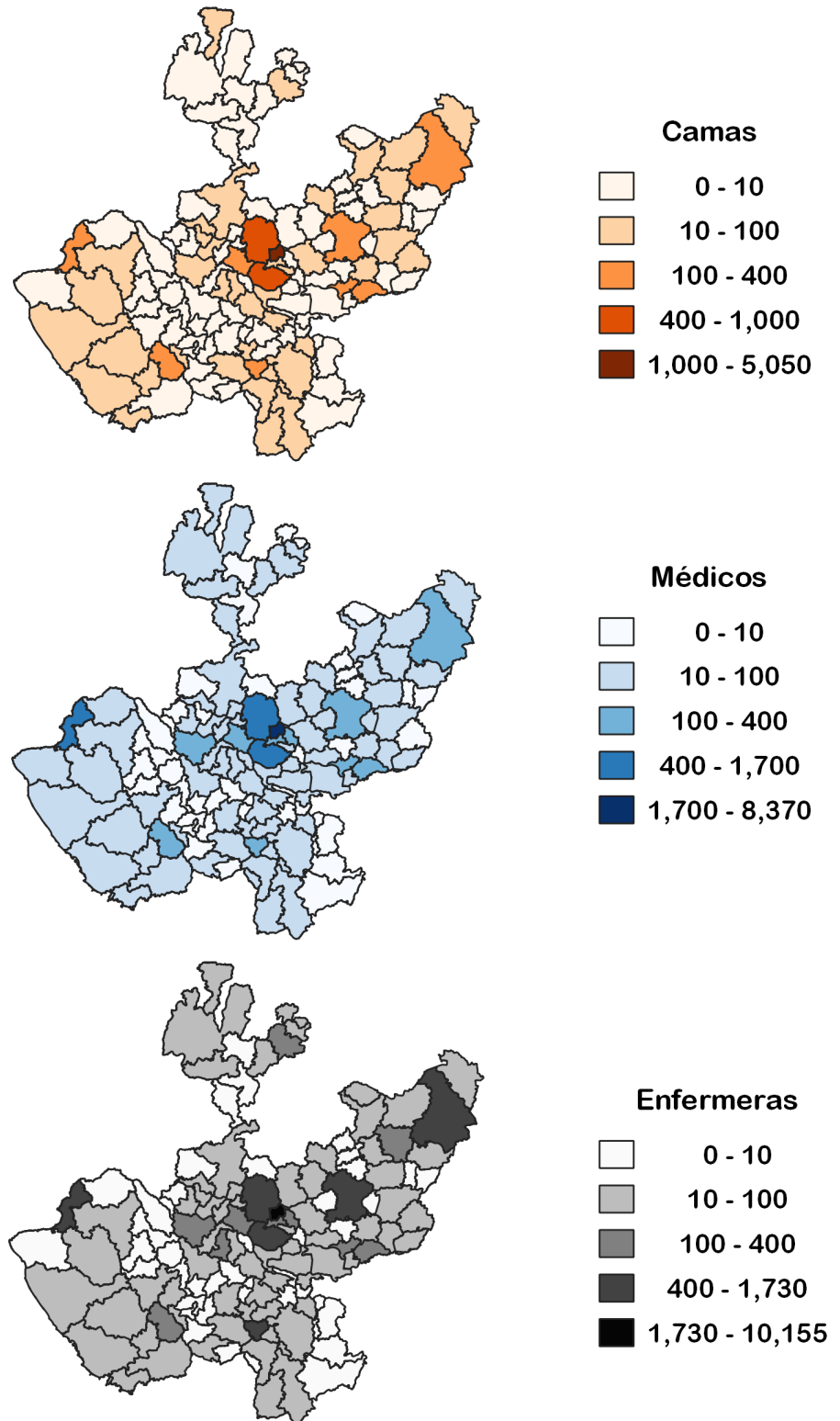
CÚANTOS UTILIZAN LOS SERVICIOS DE SALUD

En 2018 hubo 4 millones 357 mil 850 personas que recibieron atención en salud; 99.5 % de las personas que buscaron el servicio y 70.9 % de aquellos que lo necesitaron. El 44.8 % lo hizo en el sector público y 56.0 % en servicios privados u otras instituciones independientes del



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

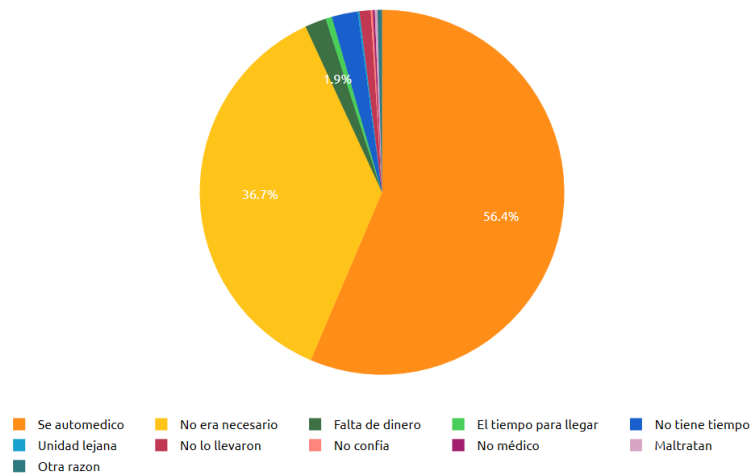
FIGURA 5.12. RECURSOS EN SALUD: JALISCO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGIS (2020a).



FIGURA 5.13. BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD: JALISCO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

sistema federal, en conjunto suman 100.8 % debido a que las personas pudieron recibir atención en más de un lugar. De aquéllos que recurrieron al sistema público, 55.2 % lo hizo en el IMSS, 38.4 % en la ssa y 4.8 % en el ISSSTE.

LA TASA DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO FUE DE 38.0 %

De los 6 millones 370 mil 775 afiliados al sistema público de salud, 76.1 % manifestó haber tenido alguna necesidad de salud y 55.5 % buscó atención. Los afiliados que recibieron atención representaron 72.5 % de las personas que necesitaron servicios, sin embargo, solamente 38.0 % recibió atención en el sistema público. **Esto es resultado de que un millón 673 mil 794 personas recibieron servicios de salud pero fuera del sistema público a pesar de ser afiliados de este.**

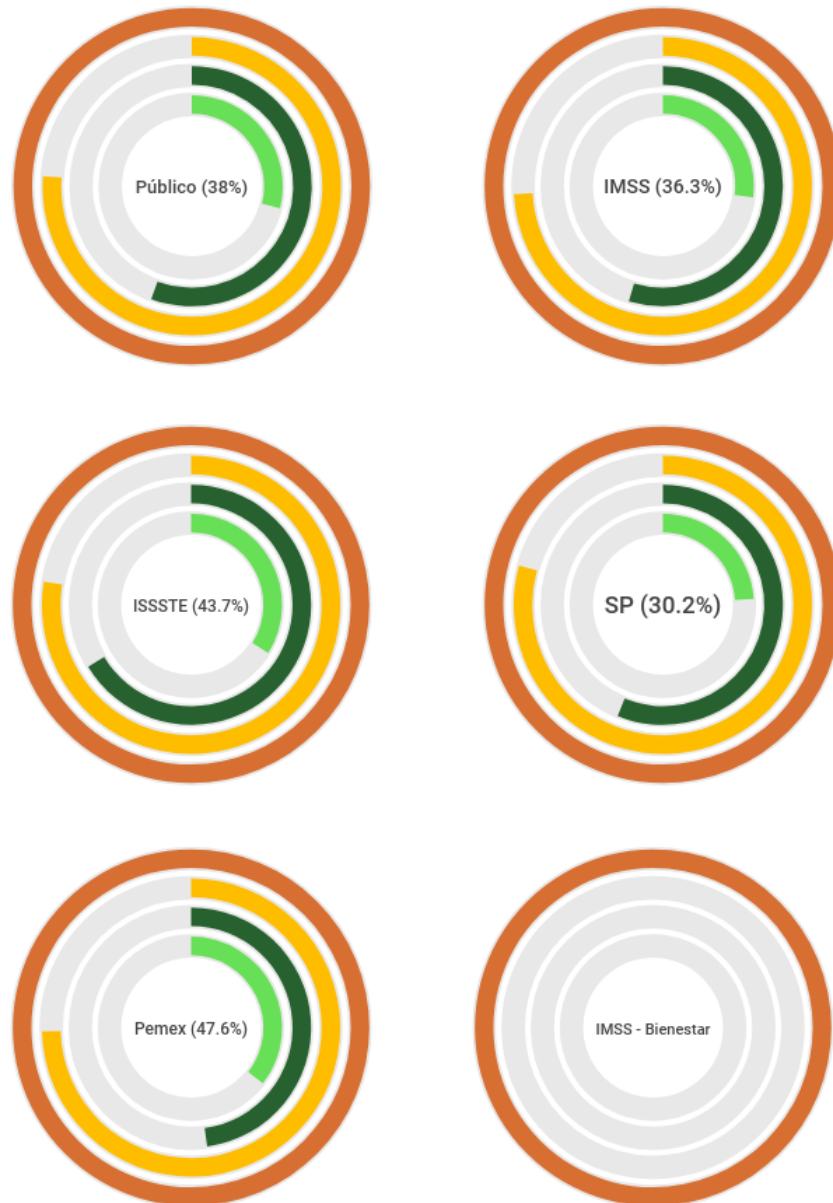
LA TASA DE ATENCIÓN POR INSTITUCIONES

En Jalisco, **la tasa de atención en las instituciones de salud del sistema pública se sitúa entre 47.6 % y 30.2 % para los derechohabientes.** La tasa de atención del Seguro Popular fue de 30.2 %, del IMSS de 36.3 %, del ISSSTE de 43.7 % y Pemex de 47.6 % (Ver Figura 5.14). Las personas que se autorreportaron afiliadas a IMSS - Bienestar no presentaron ninguna necesidad de salud, por lo que, no se puede calcular la tasa de atención.

La tasa de atención del Seguro Popular e IMSS está por debajo de la tasa de atención del sistema público del estado. Además, la tasa de aten-



FIGURA 5.14. TASA DE ATENCIÓN: JALISCO



● Población afiliada ● Necesitó servicios ● Buscó servicios
● Recibió atención en la institución de afiliación

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.15. TIEMPO DE ESPERA (MINUTOS): JALISCO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

ción del sistema privado para los afiliados del Seguro Popular fue 36.9 %. En contraste, para los afiliados de Pemex, la tasa de atención del sistema privado fue 11.2 %.

TIEMPO DE ESPERA
48 MINUTOS

A nivel estatal, el tiempo de espera promedio para ser atendido fue 48 minutos. El tiempo de espera de Pemex es 19 minutos; 11 minutos menos que el tiempo deseable. Mientras que IMSS - Bienestar fue 30 minutos. El mayor tiempo de espera fue para IMSS con 53 minutos (Figura 5.15).

5.2.3 GASTO EN SALUD

En 2018, Jalisco fue la tercera entidad con el mayor gasto público en salud, 36 mil 603 mdp, de acuerdo con datos de la cuenta pública de la SHCP. Si se consideran los datos presentados por SICIENTAS, el gasto fue 38 mil 86 mdp, mil 483 mdp más que el gasto de cuenta pública.

Del gasto público total en salud, 86.5 % fue aportado por la federación y el restante 13.5 % fue gasto estatal.

68.9 % del gasto federal provino del IMSS, 14.8 % del FASSA, 11.1 % de la SSA, 4.6 % del ISSSTE, 0.5 % de Pemex y 0.02 % de IMSS - Bienestar.

GASTO PER CÁPITA POR
INSTITUCIÓN

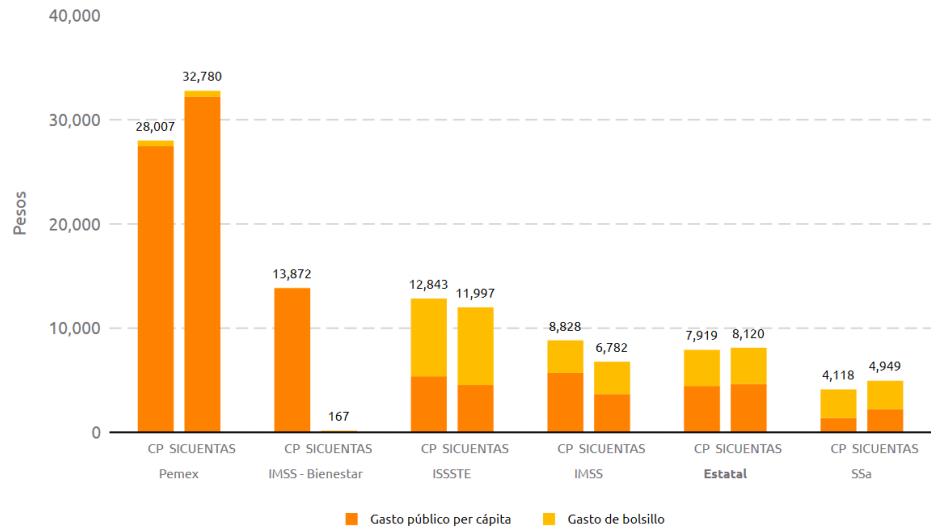
La Figura 5.16 muestra el gasto público per cápita con datos de cuenta pública y SICIENTAS, así como el gasto de bolsillo de cada una de las instituciones o subsistemas de salud. A nivel estatal el gasto per cápita fue 4 mil 445 o 4 mil 646 pesos con datos de cuenta pública o SICIENTAS, respectivamente. El gasto de bolsillo fue 3 mil 474 pesos, el mayor gasto a nivel nacional.

Pemex contó con el mayor gasto per cápita, con datos de cuenta pública, el gasto per cápita fue 27 mil 460 pesos y 32 mil 233 con datos de SICIENTAS. El gasto de bolsillo fue 547 pesos.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.16. GASTO PER CÁPITA EN SALUD 2018: JALISCO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

El menor gasto per cápita correspondió a IMSS - Bienestar. Este gasto fue 13 mil 840 pesos si se considera la población que se autorreportó afiliada en la ENIGH o 134 pesos con los datos de población adscrita.

Con datos de cuenta pública, el gasto per cápita de IMSS e ISSSTE fue 2 mil 45 y 845 pesos mayor al gasto de cuenta pública, respectivamente. Mientras que el gasto de Ssa es 831 pesos menor.

GASTO PER CÁPITA
CON SEGURIDAD SOCIAL 5 MIL 673
SIN SEGURIDAD SOCIAL 3 MIL 21

En 2018, con información de cuenta pública, **el gasto per cápita de una persona con seguridad social fue 5 mil 673 pesos; esto fue 2 mil 652 pesos mayor al gasto de una persona sin seguridad social.** Esta diferencia es mil 667 pesos con datos de SICIENTAS (Figura 5.17).

Con datos de cuenta pública, el gasto de una persona con seguridad social fue 213 pesos mayor al gasto de SICIENTAS. Al contrario, el gasto de una persona sin seguridad social con cuenta pública fue 771 pesos menor al gasto de SICIENTAS.

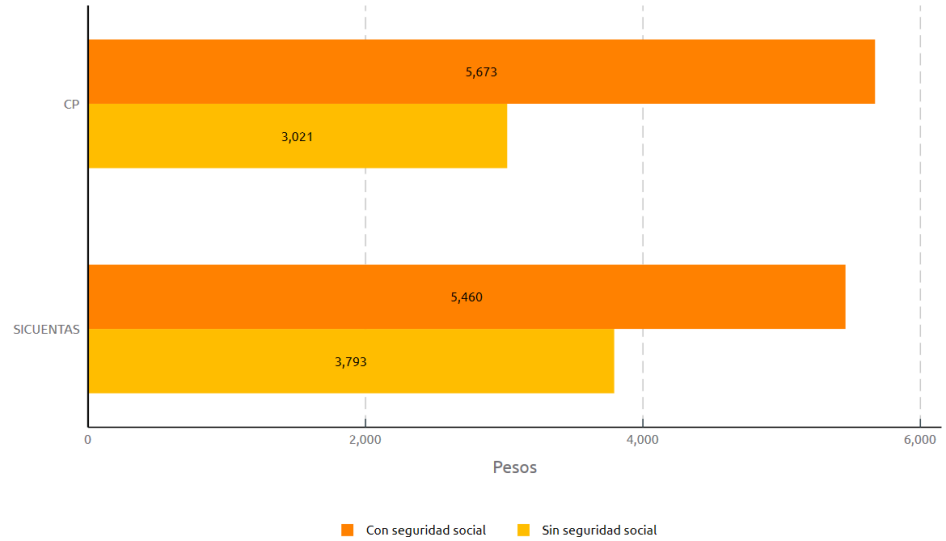
5.2.4 GASTO EN SALUD: CUENTA PÚBLICA ESTATAL

De 2016 a 2021, en promedio, **12.5 % del presupuesto total de Jalisco se ha destinado a salud.** En 2021, el presupuesto aprobado para salud alcanza 15 mil 177 mdp, 6.7 % menos que en 2020 (Figura 5.18). En 2017, se destinó a salud 16 mil 226 mdp y fue equivalente a 13.1 % del gasto total.



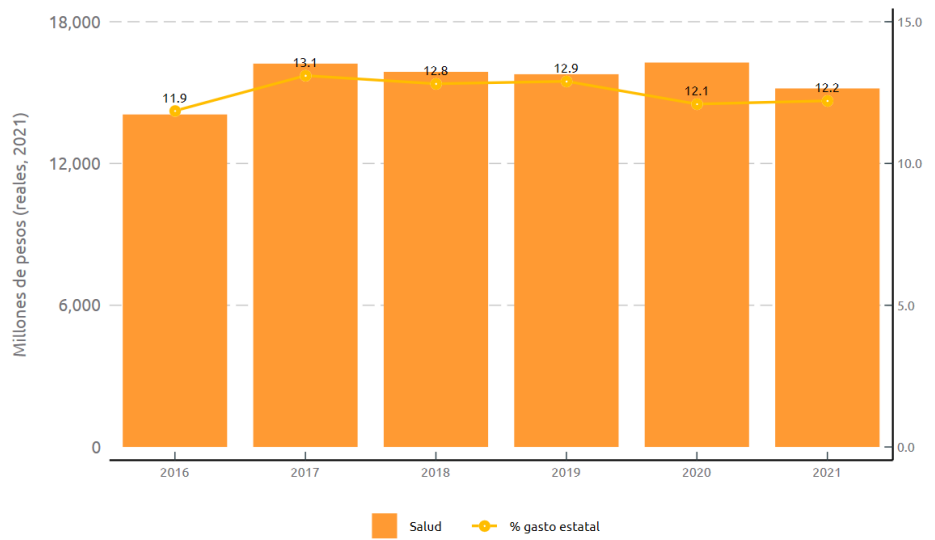
5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.17. GASTO PER CÁPITA POR AFILIACIÓN 2018: JALISCO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

FIGURA 5.18. GASTO EN SALUD DE JALISCO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Jalisco (2021).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.8. CAPÍTULO DE GASTO: JALISCO

Capítulo de gasto	Presupuesto 2021	Porcentaje
Servicios Personales	10,270.53	67.7
Materiales y suministros	2,191.88	14.4
Servicios Generales	1,547.85	10.2
Transferencias y subsidios	953.90	6.3
Bienes muebles e inmuebles	90.09	0.6
Inversión Pública	44.30	0.3
Inversiones financieras	78.11	0.5
Total	15,176.66	100

Nota 1: El presupuesto de las entidades paraestatales se clasifica en el capítulo 4000, sin embargo, se consideró el destino final de estos recursos.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Jalisco (2021).

**GASTO DE OPD SERVICIOS DE SALUD
JALISCO
68.7 % DEL PRESUPUESTO TOTAL**

En 2021, hay 12 unidades presupuestales que se encargan de ejecutar el gasto, 7 son organismos paraestatales. Sin embargo, **OPD Servicios de Salud Jalisco y OPD Hospital Civil de Guadalajara concentran 68.7 % y 27.6 % del gasto total aprobado**, ambos son organismos paraestatales. El gasto de las demás unidades se sitúa entre 0.1 % y 1.2 %.

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO
FEDERAL 83.3 %
ESTATAL 16.7 %**

En Jalisco, el presupuesto se puede desagregar en tres fuentes de financiamiento: recursos federales etiquetados, recursos federales no etiquetados y recursos fiscales. En 2021, **los recursos federales etiquetados alcanzan 8 mil 572 mdp, 56.5 %**. Seguido por los recursos federales no etiquetados con 4 mil 69 mdp y 2 mil 536 mdp de recursos fiscales (Cuadro 5.9).

**CAPÍTULO DE GASTO
SERVICIOS PERSONALES 67.7 %
MATERIALES Y SUMINISTROS 14.4 %
SERVICIOS GENERALES 10.2 %**

En 2021, **67.7 % del presupuesto para salud corresponde a servicios personales (nómina)**, seguido por materiales y suministros con 14.4 % y servicios generales con 10.2 %. Mientras que el gasto para transferencias (4000) y bienes muebles e inmuebles alcanzan 6.3 % y 0.6 %, respectivamente. La inversión pública suma 0.3 % (Cuadro 5.8).

El presupuesto de programas de inversión en salud pasó de 74 mdp en 2017 a 44 mdp en 2020, esto representó una disminución de 40.5 %, en términos reales. Para 2019, este monto fue 40 mdp, 27.9 % provino de la recuadación por multas de tránsito. En 2018, alcanzó su máximo con 119 mdp.

**POR PROGRAMAS
PRESUPUESTARIOS**

En 2021, **existen 19 programas presupuestarios estatales de salud**. No obstante, **tres programas concentran 93.2 % de los recursos totales**, el presupuesto del programa Prevención y atención primaria en salud con



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.9. PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS: JALISCO

Programa presupuestario	Recursos fiscales	Federales no etiquetados	Federales etiquetados	Total
Prevención y atención primaria en salud con énfasis en la reducción de brechas de desigualdad	70.0	2,353.8	4,350.3	6,774.2
Prevención, Promoción, Atención y Formación en Servicios Integrales de Especialidad y Alta Especialidad	2,250.6	929.8	808.1	3,988.5
Prestación Gratuita y Universal de Servicios de Salud		282.7	3,101.4	3,384.2
Acciones de prevención y atención ante la epidemia COVID-19 y sus secuelas			274.0	274.0
Fortalecimiento Institucional a la Operación del Hospital Civil de Guadalajara	143.4	62.7		206.1
Atención Integral y Especializada a toda la población que presenten neoplasias		147.1		147.1
Promoción, prevención y Atención oportuna de los trastornos mentales	44.2	69.8		114.0
Rectoría del Sistema Estatal de Salud	6.1	66.8		72.9
Prevención en el uso y abuso de sustancias adictivas	5.8	49.8		55.6
Programa de Protección contra Riesgos Sanitarios		0.4	37.7	38.1
Fortalecimiento y Gestión de los Recursos para la Atención del Paciente con Neoplasias		29.9		29.9
Atención prehospitalaria especializada	5.5	17.8		23.3
Prevención y control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana	0.1	20.9		21.0
Operación de los Centros de Atención Primaria en Adicciones	0.1	15.4		15.5
Fortalecimiento de la cultura integral de trasplante de órganos y tejidos	5.2	7.3		12.5
Atención del conflicto médico paciente	1.1	8.4		9.5
Atención médica con calidad a pacientes con dolor crónico o fase terminal	3.0	5.2		8.2
Prevención de Riesgos y Lesiones	1.0	0.1		1.2
Administración de los Recursos Humanos, Materiales y Financieros del COESIDA		0.9		0.9
Total	2,536.2	4,069.0	8,571.5	15,176.7

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Jalisco (2021).

énfasis en la reducción de brechas de desigualdad es 6 mil 774 mdp, en tanto, Prevención, promoción y atención en servicios de Especialidad y Alta Especialidad y el programa Prestación gratuita y universal de servicios de salud cuentan con 3 mil 988 mdp y 3 mil 384 mdp, respectivamente.

5.2.5 FINANCIAMIENTO Los recursos públicos subnacionales de Jalisco estarían conformados en 85 % por gasto federalizado en 2021. La recaudación local sería 15 % (Figura 4.11).

La recaudación local de Jalisco fue a 1.2% de su PIB en 2019 (Figura 4.12). La principal fuente de ingresos fueron los impuestos con 52 % de la recaudación local, le siguieron el cobro por servicio de agua y los derechos con 28 % y 20 %, respectivamente (Figura 4.13).

5.3 NAYARIT Nayarit ocupa el lugar veintinueve a nivel nacional por su número de habitantes, 1 de cada 100 mexicanos vive en el estado y se encuentra dividido en 20 municipios. En 2021, la población total son un millón 306 mil 145 personas; la mitad de la población son mujeres. La edad promedio es 31 años (Ver Cuadro 5.10).



CUADRO 5.10. CARACTERIZACIÓN: NAYARIT

Variable	Descripción	Total
Población	Personas	1,306,145
Género	Hombre	653,029
	Mujer	653,116
Edad promedio	Años	31.0
Ingreso promedio	I	10,943
	II	20,179
	III	26,527
	IV	32,685
	V	39,785
	VI	48,355
	VII	59,638
	VIII	76,492
	IX	106,758
	X	241,942
	Estatal	65,816

Nota 1: El ingreso promedio corresponde a 2018.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); CONAPO (2021).

De acuerdo con la distribución demográfica, la población en edad para trabajar, de 20 a 64 años, representa 56.4%, seguida por la población de 0 a 19 años, 35.8%. La población mayor a 64 años representa 7.8%.

En 2018, el ingreso promedio anual por persona fue 65 mil 816 pesos; 3.2% menor al ingreso a nivel nacional. El ingreso del decil I es 230 mil 999 pesos menor al ingreso promedio del decil X. En los primeros cinco deciles, el ingreso anual se situó entre 10 mil 943 y 39 mil 785 pesos (Ver Cuadro 5.10).

ENFERMEDADES PRINCIPALES
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
INFECCIONES INTESINALES
INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

En Nayarit, las enfermedades respiratorias son las que más se atienden en las instituciones de salud, seguidas de las infecciones intestinales y de vías urinarias (Ver Cuadro 5.11).

La ssa tiene una cobertura superior al 50% de los casos de: intoxicación por picadura de alacrán, depresión y accidentes de transporte en vehículos con motor. Mientras que el IMSS, solamente en obesidad. También, otras instituciones alcanzan hasta el 43.7% de cobertura en otras salmonelosis.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.11. LAS 20 ENFERMEDADES MÁS TRATADAS: NAYARIT

Padecimiento	SSa	IMSS	ISSSTE	IMSS Bienestar	DIF	Sedena	Semar	Otras	Total
Infecciones respiratorias agudas	6,352	6,507	2,034	1,935	450	131	72	6,419	23,901
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	1,486	1,563	739	410	74	12	14	1,509	5,806
Infección de vías urinarias	1,563	1,444	655	387	55	5	20	849	4,977
Úlceras, gastritis y duodenitis	807	320	207	162	55	16	4	657	2,228
Intoxicación por picadura de alacrán	872	255	19	253	0	0	0	3	1,403
Otitis media aguda	473	21	127	132	42	11	5	578	1,390
Conjuntivitis	205	400	104	67	15	0	4	230	1,025
Obesidad	124	477	57	17	0	0	3	211	890
Gingivitis y enfermedad periodontal	278	317	63	35	40	10	1	126	871
Hipertensión arterial	114	189	164	14	1	0	0	237	721
Vulvovaginitis	234	75	21	123	8	0	3	172	635
Amebiasis intestinal	140	51	74	17	15	1	2	229	528
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	100	122	133	15	0	0	0	13	384
Escabiosis	111	93	5	18	8	0	1	132	368
Depresión	232	29	48	5	0	0	0	34	348
Otras salmonelosis	116	11	42	2	2	0	3	137	312
Asma	83	24	61	3	2	0	0	116	289
Dengue no grave	114	137	5	28	0	0	0	4	288
Candidiasis urogenital	94	24	6	67	3	0	0	44	238
Accidentes de transporte en vehículos con motor	147	3	1	3	0	0	0	72	226

Nota 1: Casos por cada 100 mil habitantes, año 2019.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de CONAPO (2021); DGE (2021).

A diferencia de Guanajuato y Jalisco, en Nayarit, dentro de las 20 enfermedades más tratadas se encuentran: amebiasis intestinal, escabiosis, otras salmonelosis y candidiasis urogenital.

AFILIACIÓN 15.4% SIN SEGURIDAD SOCIAL

En 2018, la población afiliada al sistema público representó 92.6 %, esta población considera duplicidades entre instituciones, por lo que la población sin seguridad social alcanzó 15.4 %, 199 mil 550 personas (Ver Figura 5.19)

El principal subsistema de salud fue el Seguro Popular con 578 mil 932 personas afiliadas, seguido por el IMSS e ISSSTE que contaron con 485 mil 999 y 122 mil 4 afiliados, respectivamente.

Nayarit ocupa el cuarto y sexto lugar con la mayor participación de afiliados a ISSSTE e IMSS - Bienestar, respectivamente. No obstante, 5.2 % del padrón de beneficiarios del IMSS - Bienestar se autoreportaron afiliados, 9 mil 893 personas (IMSS, 2021).

5.3.1 CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS

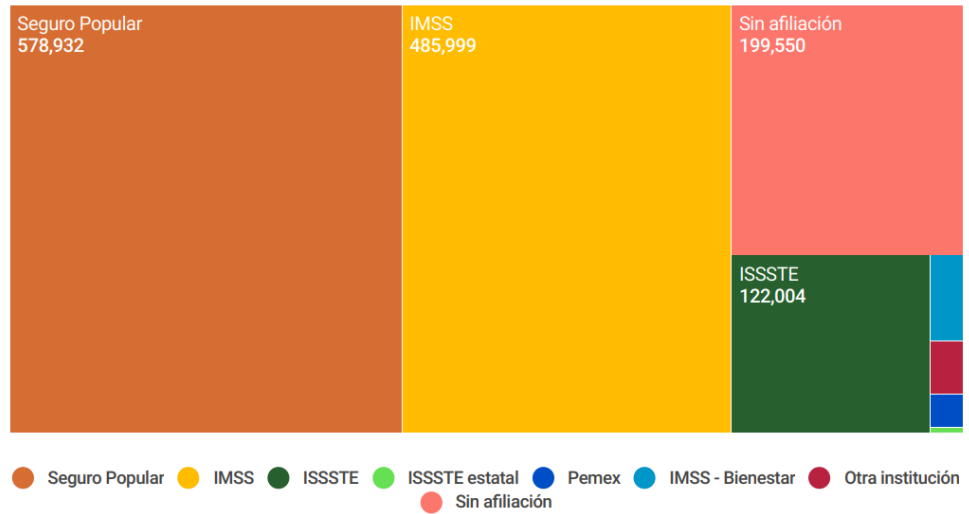
Nayarit cuenta con 1.1 camas, 2.3 médicos y 2.7 enfermeras por cada mil habitantes; el número de camas es igual al promedio nacional y los indicadores de médicos y enfermeras son superiores (Ver Cuadro 5.12)

Para el cálculo de los indicadores por subsistema de afiliación se utilizó la población afiliada autoreportada en la ENIGH 2018. Sin embargo, para IMSS - Bienestar se utiliza la población adscrita. Los indicadores también se presentan para los 20 municipios.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.19. AFILIACIÓN 2018: NAYARIT



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

CUADRO 5.12. RECURSOS EN SALUD POR CADA MIL AFILIADOS: NAYARIT

Institución	Camas	Médicos	Enfermeras
IMSS	0.80	1.99	2.26
IMSS Bienestar	0.25	0.60	1.21
ISSSTE	1.07	2.09	2.28
SSa	1.38	2.59	3.12
Estatal	1.11	2.26	2.71

Nota 1: Estatal toma en cuenta el total población del estado y la suma de los recursos más de las dependencias estatales y municipales.

Nota 2: No se registran recursos de Pemex, Sedena y Semar.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); DGIS (2020a); CONAPO (2021); IMSS (2021).

CAMAS: **SSa cuenta con 1.4 camas por cada mil derechohabientes, seguido por ISSSTE e IMSS con 1.1 y 0.8 camas, respectivamente.** IMSS - Bienestar cuenta con 0.3 camas por cada mil adscritos, al considerar la población autorreportada de la ENIGH, el indicador alcanza 4.8 %.

- SSA CON 1.4
- ISSSTE CON 1.1
- IMSS CON 0.8
- IMSS - BIENESTAR CON 0.3

El número de camas de los municipios se sitúa entre 5 y 740. Tepic y Santiago Ixcuintla concentran 52.4 % y 10.8 % de las camas, respectivamente. 6 de 20 municipios cuentan con menos de 10 camas.

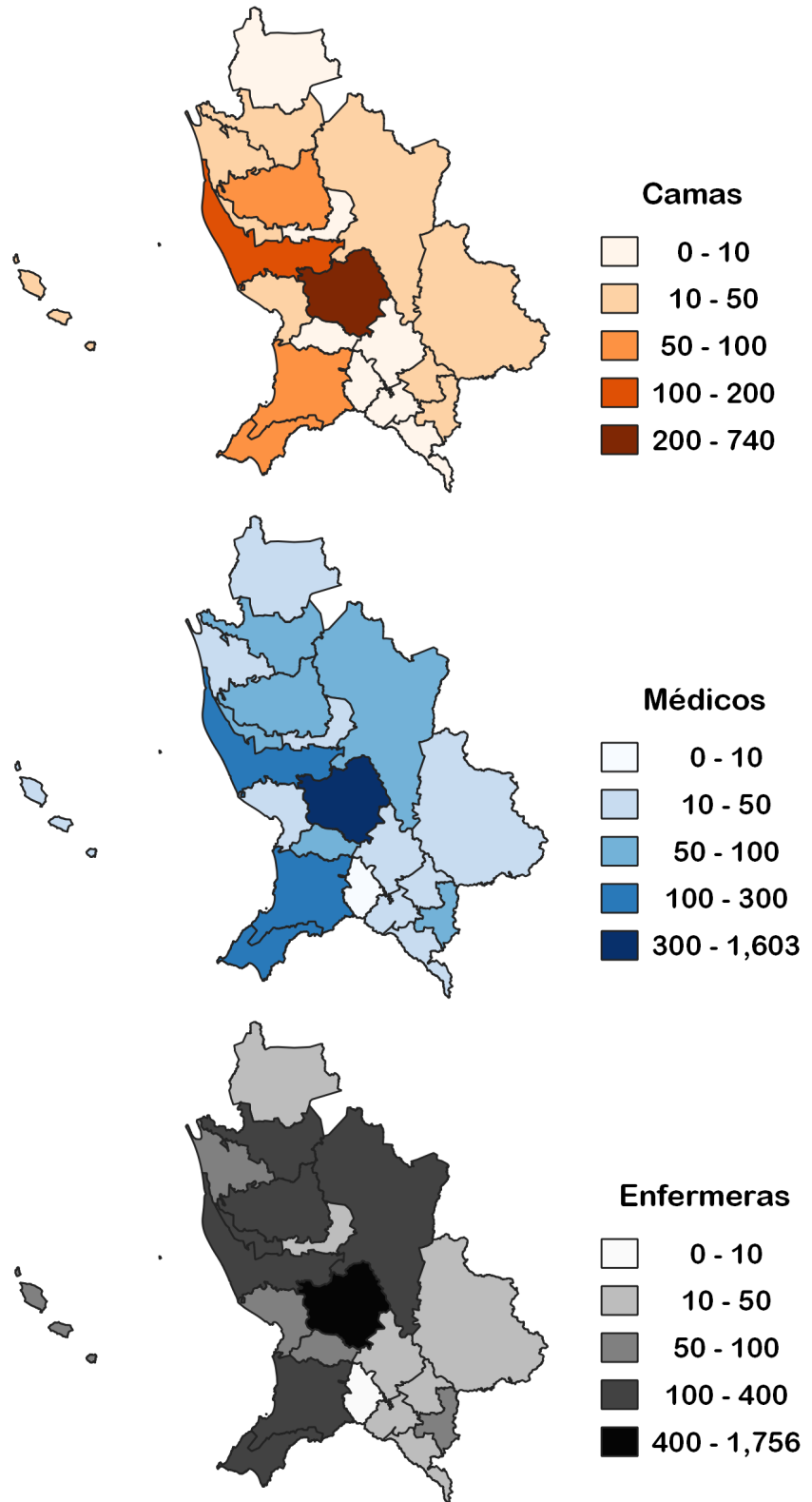
MÉDICOS: El número de médicos de SSa e ISSSTE se encuentra por encima del valor estatal de 2.3. SSa cuenta con 2.6 médicos por cada mil afiliados, seguido por ISSSTE e IMSS con 2.1 y 2.0 médicos, respectivamente. El valor más bajo se presenta en IMSS - Bienestar con 0.6 médicos por cada mil adscritos,

- SSA CON 2.6
- ISSSTE CON 2.1
- IMSS CON 2.0
- IMSS - BIENESTAR CON 0.6



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.20. RECURSOS EN SALUD: NAYARIT



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGIS (2020a).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

mientras que el indicador con la población autorreportada de la ENIGH es 18.1 veces mayor.

La mitad de los municipios cuentan con menos de 50 médicos y solamente 4 municipios reportan más de 100 médicos. Tepic y Santiago Ixcuintla cuentan con mil 603 y 249 médicos, respectivamente.

ENFERMERAS:
SSA CON 3.1
ISSSTE E IMSS CON 2.3
IMSS - BIENESTAR CON 1.2

SSa cuenta con 3.1 enfermeras por cada mil afiliados, esto es 2.6 veces el número de enfermeras de IMSS - Bienestar. ISSSTE e IMSS cuentan con 2.3 enfermeras.

El número de enfermeras de los municipios se sitúa entre 9 y mil 756. Tepic concentra 51.1 % del personal de enfermería, seguido por los municipios de Santiago Ixcuintla, Bahía de Banderas y Compostela concentran 10.0 %, 5.4 % y 5.3 %, respectivamente.

La Figura 5.20 muestra la distribución de los recursos físicos y humanos a nivel municipal. El estado muestra una gran heterogeneidad en la distribución de los recursos, solamente un municipio concentra más de la mitad de los recursos físicos y humanos de la entidad.

5.3.2 Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

En 2018, 854 mil 85 personas manifestaron haber tenido alguna necesidad de salud que les impedía realizar sus actividades cotidianas, 72.8 % buscó atenderse.

BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

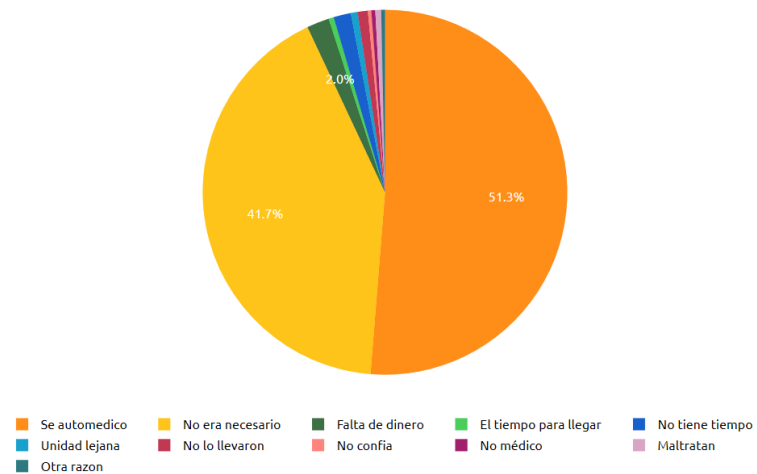
Sin embargo, 232 mil 154 personas necesitaron servicios de salud, pero no buscaron atenderse. Los principales motivos son: **se automedicó en 51.3 % de los casos y porque consideró que no era necesario, aunque no le permitía llevar a cabo sus actividades con 41.7 %.** Seguidas por la falta de dinero con 2.0 % y falta de tiempo con 1.5 % (Ver Figura 5.21). Las primeras dos razones corresponden a barreras socioculturales y las otras dos son barreras económicas. No hubo quien lo llevará presentó 0.9 % y 0.6 % por unidad lejana.

CÚANTOS UTILIZAN LOS SERVICIOS DE SALUD

En 2018 hubo 616 mil 231 personas que recibieron atención en salud; 99.2 % de las personas que buscaron el servicio y 72.2 % de aquellos que lo necesitaron. El 61.1 % lo hizo en el sector público y 39.6 % en servicios privados u otras instituciones independientes del sistema federal, en conjunto suman 100.8 % debido a que las personas pudieron recibir atención en más de un lugar. De aquéllos que recurrieron al sistema público, 46.8 % lo hizo en la SSA, 40.5 % en el IMSS y 9.9 % en el ISSSTE.



FIGURA 5.21. BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD: NAYARIT



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

LA TASA DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO FUE DE 49.9 %

De un millón 92 mil 337 afiliados al sistema público de salud, 66.4 % manifestó haber tenido alguna necesidad de salud y 49.8 % buscó atención. Los afiliados que recibieron atención representaron 74.4 % de las personas que necesitaron servicios, sin embargo, solamente 49.9 % recibió atención en el sistema público. **Esto es resultado de que 177 mil 693 personas recibieron servicios de salud pero fuera del sistema público a pesar de ser afiliados de este.**

LA TASA DE ATENCIÓN POR INSTITUCIONES

En Nayarit, **la tasa de atención en las instituciones de salud del sistema pública se sitúa entre 24.3 % y 44.7 % para los derechohabientes.** La tasa de atención de Pemex fue de 24.3 %, del IMSS - Bienestar de 31.1 %, del Seguro Popular de 40.5 %, del ISSSTE de 43.4 % y del IMSS de 44.7 % (Ver Figura 5.22). La tasa de atención de todos los subsistema esta por debajo del sistema público del estado.

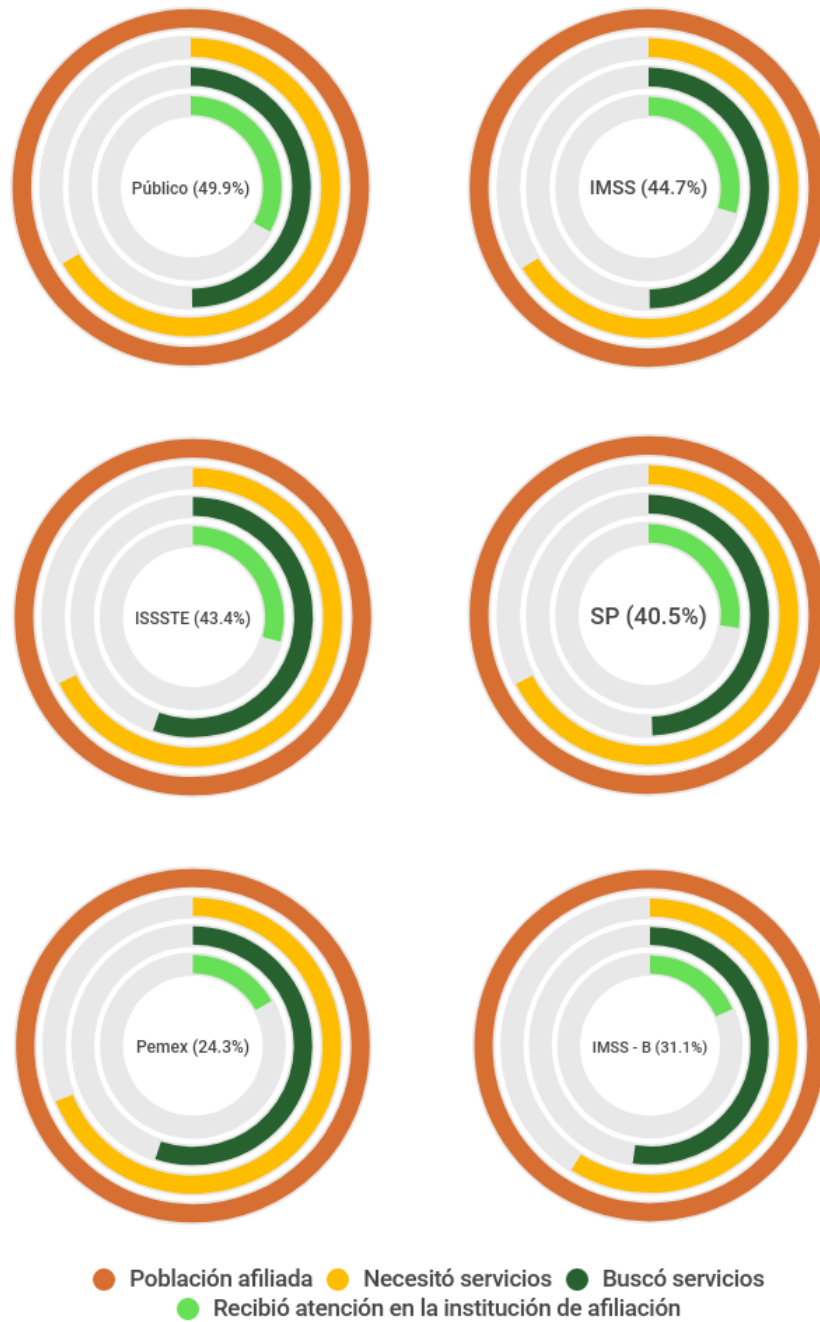
Además, la tasa de atención del sistema privado para los afiliados de Pemex fue 41.6, mientras que para los afiliados del Seguro Popular fue 24.6 %.

TIEMPO DE ESPERA 45 MINUTOS

A nivel estatal, el tiempo de espera promedio para ser atendido fue 45 minutos. El tiempo de espera de todos los subsistema de salud esta por encima del tiempo deseable de 30 minutos; IMSS - Bienestar tuvo el menor tiempo de espera, 34 minutos, seguido por Pemex e ISSSTE con 41 y 43 minu-



FIGURA 5.22. TASA DE ATENCIÓN: NAYARIT

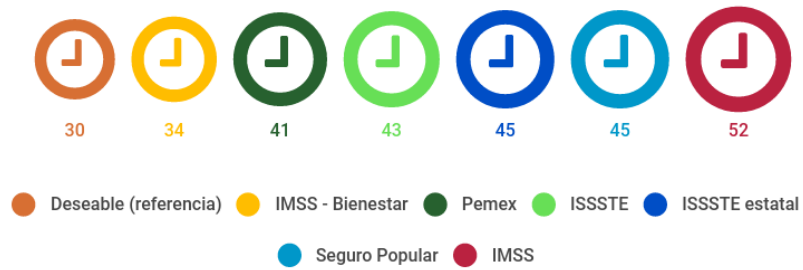


FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.23. TIEMPO DE ESPERA (MINUTOS): NAYARIT



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

tos, respectivamente. Tanto ISSSTE - estatal como Seguro Popular tuvieron 45 minutos de espera. En contraste, IMSS alcanzó 52 minutos (Ver Figura 5.23).

5.3.3 GASTO EN SALUD En 2018, Nayarit fue la quinta entidad con el menor gasto público en salud, 5 mil 879 mdp, de acuerdo con datos de la cuenta pública de la SHCP. Si se consideran los datos presentados por SICUENTAS, el gasto fue 6 mil 168 mdp, 289 mdp más que el gasto de cuenta pública.

Del gasto público total en salud, 92.1 % fue aportado por la federación y el restante 7.9 % fue gasto estatal.

47.7 % del gasto federal provino del IMSS, 30.8 % del FASSA, 9.0 % de la SSA, 8.7 % del ISSSTE y 3.7 % de IMSS - Bienestar. Pemex no reporta asignación de gasto.

GASTO PER CÁPITA POR INSTITUCIÓN La Figura 5.24 muestra el gasto público per cápita con datos de cuenta pública y SICUENTAS, así como el gasto de bolsillo de cada una de las instituciones o subsistemas de salud. A nivel estatal el gasto per cápita fue 4 mil 531 o 4 mil 779 pesos con datos de cuenta pública o SICUENTAS, respectivamente. El gasto de bolsillo fue 2 mil 177 pesos.

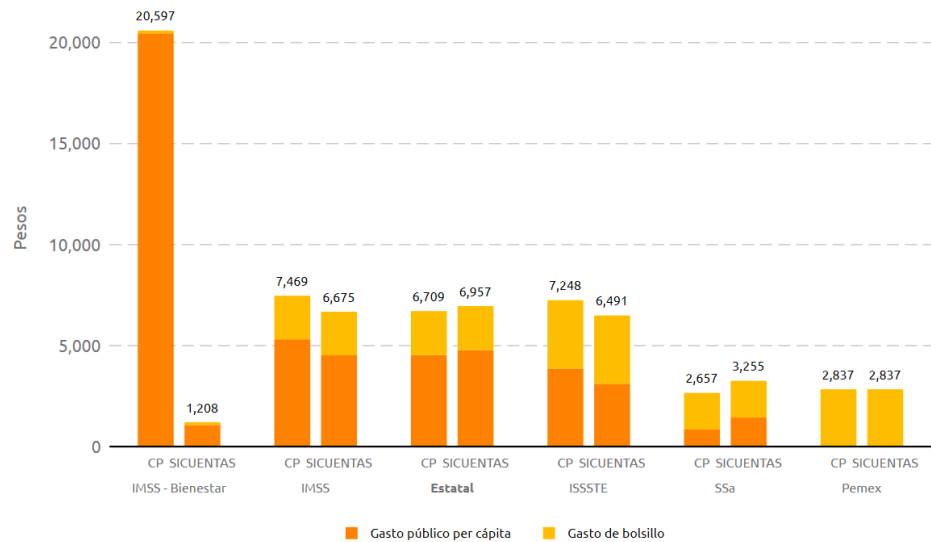
Con datos de cuenta pública y población autorreportada de ENIGH, el gasto per cápita de IMSS - Bienestar fue 24 mil 457 pesos, este valor disminuye a mil 68 pesos con datos de SICUENTAS.

Con excepción de IMSS - Bienestar, **IMSS contó con el mayor gasto per cápita**, con datos de cuenta pública, el gasto per cápita fue 5 mil 314 pesos y 4 mil 521 con datos de SICUENTAS. El gasto de bolsillo fue 2 mil 155 pesos.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.24. GASTO PER CÁPITA EN SALUD 2018: NAYARIT



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

El mayor gasto de bolsillo correspondió a ISSSTE, 3 mil 386 pesos. En cambio, el gasto per cápita fue 3 mil 862 pesos con datos de cuenta pública o 3 mil 106 pesos con SICIENTAS.

Con datos de cuenta pública, el gasto per cápita de SSa fue 842 pesos. Mientras que el gasto de SSa fue 597 pesos mayor con SICIENTAS.

En 2018, con información de cuenta pública, **el gasto per cápita de una persona con seguridad social fue 4 mil 986 pesos; esto fue mil 403 pesos mayor al gasto de una persona sin seguridad social.** Esta diferencia es mil 279 pesos con datos de SICIENTAS (Ver Figura 5.25).

Con datos de cuenta pública, el gasto de una persona con seguridad social fue 60 pesos mayor al gasto de SICIENTAS. Al contrario, el gasto de una persona sin seguridad social con cuenta pública fue mil 65 pesos menor al gasto de SICIENTAS.

GASTO PER CÁPITA
 CON SEGURIDAD SOCIAL 4 MIL 986
 SIN SEGURIDAD SOCIAL 3 MIL 853

5.3.4 GASTO EN SALUD: CUENTA PÚBLICA ESTATAL

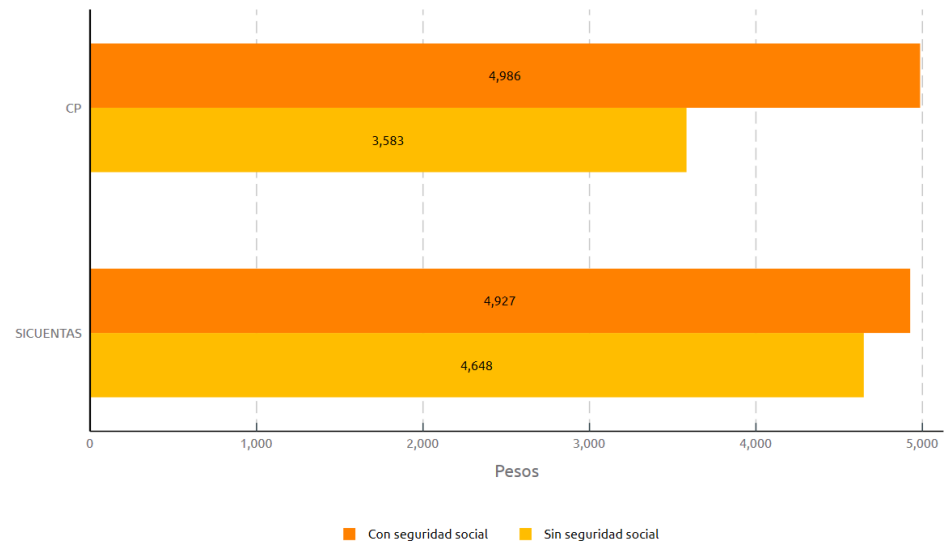
En promedio, de 2016 a 2021, **10.1 % del presupuesto total de Nayarit se ha destinado a salud.** En 2021, el presupuesto aprobado para salud alcanza 2 mil 766¹³ mdp, 0.97 % menos que en 2020 (Figura 5.26). Para todo el periodo, el gasto para salud se situó entre 2 mil 509 mdp y 2 mil 766 mdp.

¹³El monto de 2021 considera 370 mdp del INSABI que no se incluyen en la función salud.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.25. GASTO PER CÁPITA POR AFILIACIÓN 2018: NAYARIT



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

Sin embargo, considerando los reportes de gasto de las unidades presupuestales, **de 2016 a 2020, el presupuesto de salud fue entre mil 319 mdp y 512 mdp mayor que el monto reportado en cuenta pública**, pues las unidades presupuestales son organismos paraestatales que pueden obtener ingresos de fuentes propias¹⁴.

GASTO DE SERVICIOS DE SALUD DE
NAYARIT
84.9 % DEL PRESUPUESTO TOTAL

En 2021, hay cinco unidades presupuestales¹⁵. Sin embargo, **Servicios de Salud Nayarit concentra 84.9 % del gasto total aprobado**. De dicho monto, 71.7 % corresponde a gasto federalizado y 13.2 % al poder ejecutivo.

El presupuesto del INSABI es 370 mdp equivalente a 13.4 % del gasto total. El Consejo Estatal contra las adicciones, el Instituto contra las adicciones Marakame y la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Nayarit cuentan con 1.1 %, 0.5 % y 0.1 % del gasto aprobado, respectivamente (Cuadro 5.13).

FUENTE DE FINANCIAMIENTO
FEDERAL ETIQUETADO 85.1 %

En 2021, **85.1 % del presupuesto aprobado corresponde a recursos federales etiquetados**, 13.5 % a subsidios estatales, 1.3 % a ingresos propios de las entidades paraestatales y 0.1 % a gasto de inversión. No obstante, los conceptos de subsidios estatal y gastos de inversión pueden tener como fuente de financiamiento a la federación o recursos fiscales del estado.

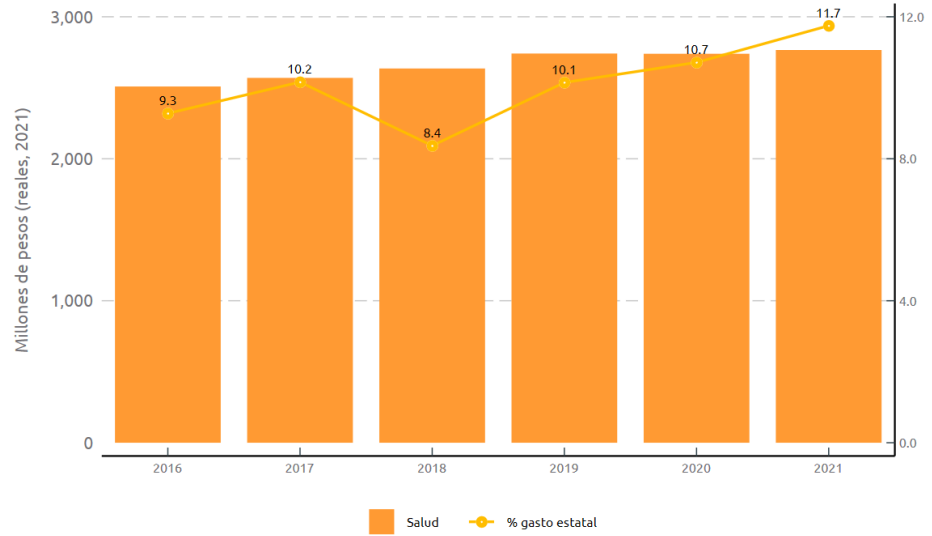
¹⁴Este monto no se reporta en la contabilidad gubernamental.

¹⁵En 2020, desaparece el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Nayarit.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.26. GASTO EN SALUD DE NAYARIT



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Nayarit (2021).

CUADRO 5.13. UNIDADES REONSABLES DEL GASTO: NAYARIT

Unidad responsable	Subsidios estatal	Gastos de inversión	Ingresos propios	Gasto federal etiquetado	Total
Servicios de Salud de Nayarit	328	3	33	1,985	2,349
INSABI	0	0	0	370	370
Consejo Estatal contra las adicciones	30	0	0	0	30
Instituto contra las adicciones Marakame	13	0	2	0	15
Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico	2	0	0	0	2
Total	373	3	35	2,355	2,766

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Nayarit (2021).

CAPÍTULO DE GASTO De 2016 a 2020, **66.7 % del gasto total en salud¹⁶ corresponde a servicios personales**, seguido por los capítulos de gasto de materiales y suministros y transferencias (capítulo 4000) con 9.7 % y 8.3 %, respectivamente. Asimismo, en promedio, servicios generales concentró 7.7 %

Del gasto total ejercido por los entes paraestatales, en promedio, de 2016 a 2020, **7.5 % se destinó a la compra de medicamentos**. La información no está disponible para 2021.

POR PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS En 2021, **existen 6 programas presupuestarios estatales de salud**. No obstante, **tres programas concentran 98.2 % de los recursos totales**, los cuales están destiandos al mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud. Prevención y atención contra las adicciones e Infraes-

¹⁶La información se obtienen de los reportes de gasto de las unidades responsables.

**CUADRO 5.14.** PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS: NAYARIT

	Descripción del programa	Monto 2021
I066	Mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud	1,911
E064	Mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud	436
E099	Mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud	370
E063	Prevención y atención contra las adicciones	45
G065	Mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud	2
B130	Infraestructura y equipamiento para la salud	2

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Nayarit (2021).

estructura y equipamiento para la salud concentran 1.6 % y 0.1 % del presupuesto, respectivamente (Cuadro 5.14).

5.3.5 FINANCIAMIENTO

Nayarit se encuentra entre los diez estados que más dependen de las transferencias federales. El gasto federalizado sería 91 % de los recursos públicos subnacionales en 2021 (Figura 4.11).

La recaudación local de Nayarit fue 1.2 % de su PIB (Figura 4.12). Los impuestos representaron el 59 % de la recaudación local en 2019, los cobros por servicio de agua fueron el 22 % y los derechos el 19 % (Figura 4.13).

5.4 NUEVO LEÓN

Nuevo León ocupa el octavo lugar a nivel nacional por su número de habitantes, 4 de cada 100 mexicanos vive en el estado y se encuentra dividido en 51 municipios. En 2021, la población total son 5 millones 685 mil 888 personas; la mitad de la población son mujeres. La edad promedio es 32 años (Ver Cuadro 5.15).

De acuerdo con la distribución demográfica, la población en edad para trabajar, de 20 a 64 años, representa 59.9 %, seguida por la población de 0 a 19 años, 32.6 %. La población mayor a 64 años representa 7.5 %.

En 2018, el ingreso promedio anual por persona fue 87 mil 777 pesos; 29.1 % mayor al ingreso a nivel nacional. El ingreso del decil I es 253 mil 72 pesos menor al ingreso promedio del decil X. En los primeros cinco deciles, el ingreso anual se situó entre 12 mil 62 y 39 mil 684 pesos, el ingreso



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.15. CARACTERIZACIÓN: NUEVO LEÓN

Variable	Descripción	Total
Población	Personas	5,685,888
Género	Hombre	2,841,387
	Mujer	2,844,501
Edad promedio	Años	32.0
Ingreso promedio	I	12,062
	II	20,406
	III	26,473
	IV	32,544
	V	39,684
	VI	48,133
	VII	59,343
	VIII	76,622
	IX	106,742
	X	265,134
	Estatad	87,777

Nota 1: El ingreso promedio corresponde a 2018.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); CONAPO (2021).

del decil IX fue 158 mil 932 pesos menor al ingreso del decil X (Ver Cuadro 5.15).

ENFERMEDADES PRINCIPALES
 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
 INFECCIONES INTESTINALES
 INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

En Nuevo León, las enfermedades respiratorias son las que más se atienden en las instituciones de salud, seguidas de las infecciones intestinales y de vías urinarias. En cuarto lugar se encuentra la conjuntivitis (Ver Cuadro 5.16).

El IMSS tiene una cobertura superior al 50 % de los casos de: infección de vías urinarias, gingivitis, obesidad, diabetes mellitus, insuficiencia venosa periférica, influenza, quemaduras y varicela. Mientras que la SSA, solamente en mordeduras por perro. También, otras instituciones alcanzan hasta el 67.4 % de cobertura en otitis media aguda.

A diferencia de los casos de estudio, en Nuevo León, dentro de las 20 enfermedades más tratadas se encuentran las quemaduras.

AFILIACIÓN
 15.4 % SIN SEGURIDAD SOCIAL

En 2018, la población afiliada al sistema público representó 87.4 %, esta población considera duplicidades entre instituciones, por lo que la población sin seguridad social alcanzó 15.4 %, 821 mil 796 personas (Ver Figura 5.27)



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

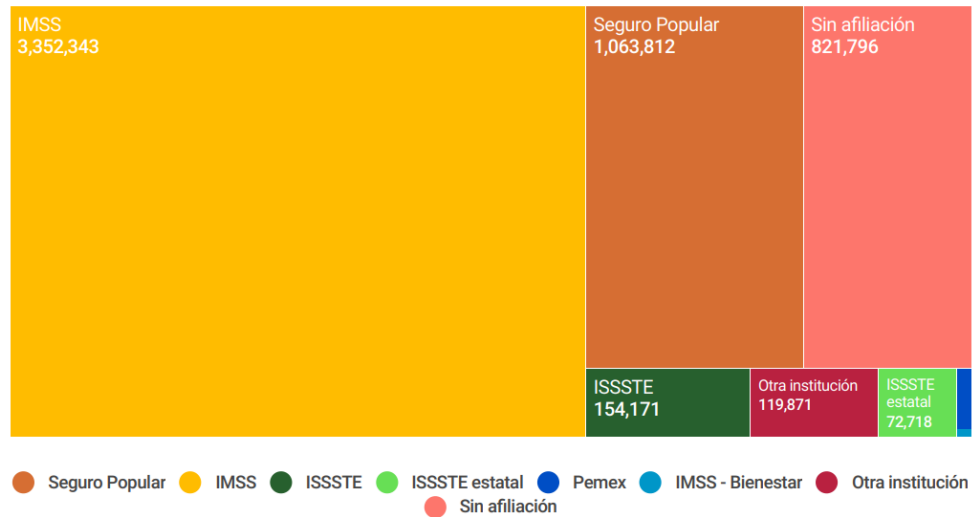
CUADRO 5.16. LAS 20 ENFERMEDADES MÁS TRATADAS: NUEVO LEÓN

Padecimiento	Ssa	IMSS	ISSSTE	IMSS Bienestar	Pemex	Sedena	Otras	Total
Infecciones respiratorias agudas	4,396	9,218	630	2	103	64	11,321	25,733
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	571	2,165	118	0	14	12	1,652	4,532
Infección de vías urinarias	563	1,682	100	0	12	11	881	3,249
Conjuntivitis	134	550	27	0	4	6	408	1,128
Úlceras, gastritis y duodenitis	201	341	42	0	3	4	465	1,056
Otitis media aguda	267	5	48	0	4	2	675	1,002
Gingivitis y enfermedad periodontal	30	540	34	0	9	52	236	901
Obesidad	66	367	33	0	5	16	220	706
Hipertensión arterial	59	270	13	0	2	10	190	544
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	54	189	14	0	2	9	107	376
Asma	58	120	4	0	1	4	123	309
Vulvovaginitis	88	109	0	0	0	1	84	283
Escabiosis	54	79	1	0	0	1	71	208
Insuficiencia venosa periférica	7	131	0	0	0	3	66	206
Influenza	18	119	4	0	0	0	13	153
Quemaduras	11	110	1	0	1	1	28	150
Varicela	22	78	4	0	0	1	43	147
Neumonías y bronconeumonías	20	38	5	0	1	1	46	111
Candidiasis urogenital	43	21	0	0	0	0	35	99
Mordeduras por perro	45	27	1	0	0	0	12	85

Nota 1: Casos por cada 100 mil habitantes, año 2019.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de CONAPO (2021); DGE (2021).

FIGURA 5.27. AFILIACIÓN 2018: NUEVO LEÓN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

El principal subsistema de salud fue el IMSS con 3 millones 352 mil 343 personas afiliadas, seguido por el Seguro Popular e ISSSTE que contaron con un millón 63 mil 812 y 154 mil 171 afiliados, respectivamente.

Nuevo León ocupa el segundo y primer lugar con la mayor participación de afiliados de IMSS y otras instituciones de salud, respectivamente. Por su parte, 21.0% del padrón de beneficiarios del IMSS - Bienestar se autoreportaron afiliados, mil 638 personas (IMSS, 2021).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.17. RECURSOS EN SALUD POR CADA MIL AFILIADOS: NUEVO LEÓN

Institución	Camas	Médicos	Enfermeras
IMSS	1.02	1.86	2.05
ISSSTE	1.36	3.89	4.58
Pemex*	16.35	12.83	10.72
SSa	0.95	2.24	3.05
Estatal	1.02	2.00	2.25

Nota 1: Estatal toma en cuenta el total población del estado y la suma de los recursos más de las dependencias estatales, municipales y universitarios.

Nota 2: Pemex* considera los recursos y afiliados de Pemex, Sedena y Semar.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); DGIS (2020a); CONAPO (2021).

5.4.1 CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS

Nuevo León cuenta con 1 cama, 2 médicos y 2.3 enfermeras por cada mil habitantes; los indicadores de camas y enfermeras están por debajo del promedio nacional y el número de médicos es igual (Ver Cuadro 5.17) Para el cálculo de los indicadores por subsistema de afiliación se utilizó la población afiliada autoreportada en la ENIGH 2018. No se identificaron recursos físicos y humanos para IMSS - Bienestar. Los indicadores también se presentan para los 51 municipios.

CAMAS:
PEMEX CON 16.4
ISSSTE CON 1.4
IMSS CON 1.0
SSA CON 0.95

Pemex cuenta con 16.4 camas por cada mil derechohabientes, seguido por ISSSTE e IMSS con 1.4 y 1 cama, respectivamente. SSa cuenta con 0.95 camas por cada mil afiliados. El indicador de IMSS y SSa está por debajo del nivel estatal.

El número de camas de los municipios se sitúa entre 0 y 3 mil 636. Monterrey, San Nicolas de los Garza y Guadalupe concentran 64.4 %, 11.5 % y 10.5 % de las camas, respectivamente. 21 de los 51 municipios no cuentan con camas.

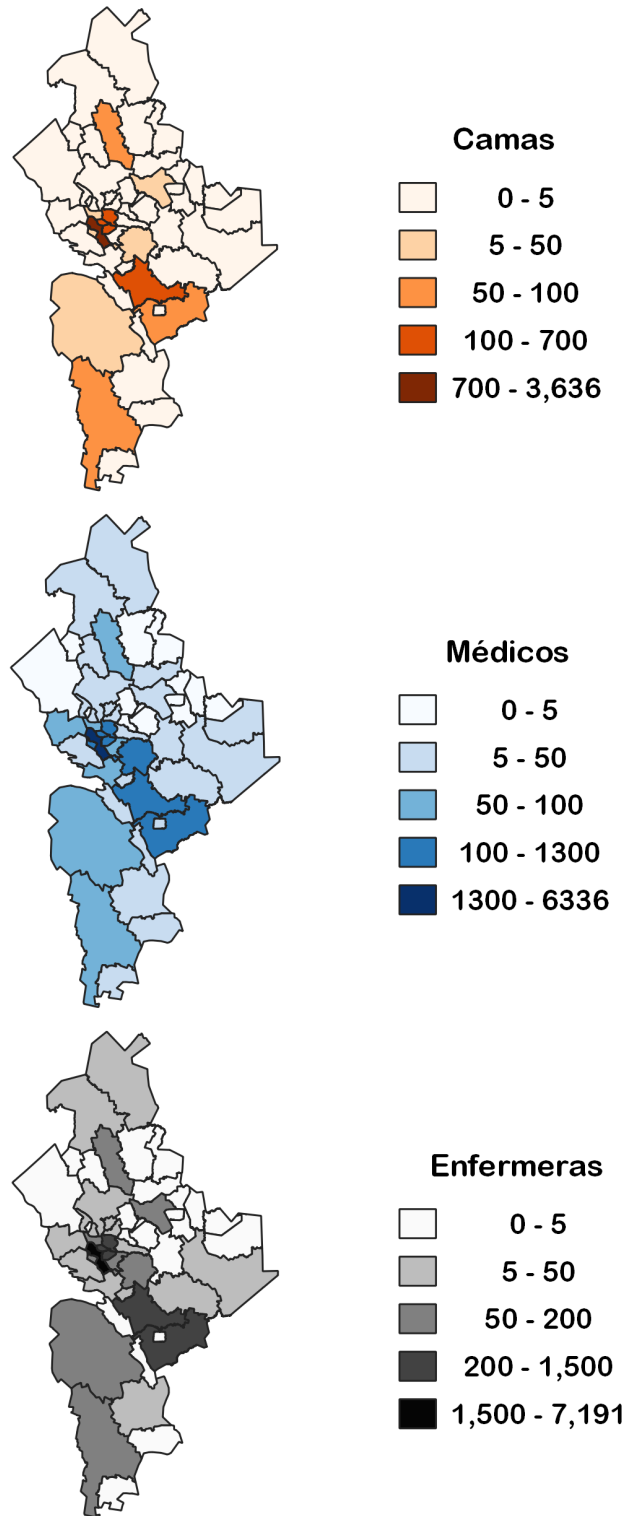
MÉDICOS:
PEMEX CON 12.8
ISSSTE CON 3.9
SSA CON 2.2
IMSS CON 1.9

El número de médicos del IMSS se encuentra por debajo del valor estatal de 2.0. Pemex cuenta con 12.9 médicos por cada mil afiliados, esto es 3.3 y 5.7 veces el número de ISSSTE y SSa, respectivamente.

La mitad de los municipios cuentan con menos de 15 médicos y solamente 8 municipios reportan más de 100 médicos. Monterrey, San Nicolas de los Garza y Guadalupe cuentan con 6 mil 336, mil 241 y mil 234 médicos, respectivamente.



FIGURA 5.28. RECURSOS EN SALUD: NUEVO LEÓN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGIS (2020a).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

ENFERMERAS: Pemex cuenta con 10.7 enfermeras por cada mil afiliados, esto es 5.2 veces el número de enfermeras de IMSS. ISSSTE y SSA cuentan con 4.6 y 3.1 enfermeras, respectivamente.

PEMEX CON 10.7
ISSSTE CON 4.6
SSA CON 3.1
IMSS CON 2.1

El número de enfermeras de los municipios se sitúa entre 0 y 7 mil 191. Monterrey concentra 57.9 % del personal de enfermería, seguido por los municipios de San Nicolas de los Garza y Guadalupe que concentran 12.1 % y 11.8 %, respectivamente. La mitad de los municipios cuenta con menos de siete enfermeras y tres municipios reportan 0.

La Figura 5.28 muestra la distribución de los recursos físicos y humanos a nivel municipal. El estado muestra una gran heterogeneidad en la distribución de los recursos, solamente tres municipios concentran 86.4 % de las camas, 79.7 % de los médicos y 81.7 % del personal de enfermería.

5.4.2 Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

En 2018, 3 millones 393 mil 852 personas manifestaron haber tenido alguna necesidad de salud que les impedía realizar sus actividades cotidianas, 82.7 % buscó atenderse.

BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

Sin embargo, 586 mil 111 personas necesitaron servicios de salud, pero no buscaron atenderse. Los principales motivos son: **se automedicó en 48.9 % de los casos y porque consideró que no era necesario, aunque no le permitía llevar a cabo sus actividades con 43.3 %.** Seguidas por la falta de tiempo con 2.5 % y falta de dinero con 1.8 % (Ver Figura 5.29). Las primeras dos razones corresponden a barreras socioculturales y las otras dos son barreras económicas. Unidad lejana representó 0.9 % y 0.7 % por el tiempo de espera para ser atendido.

CÚANTOS UTILIZAN LOS SERVICIOS DE SALUD

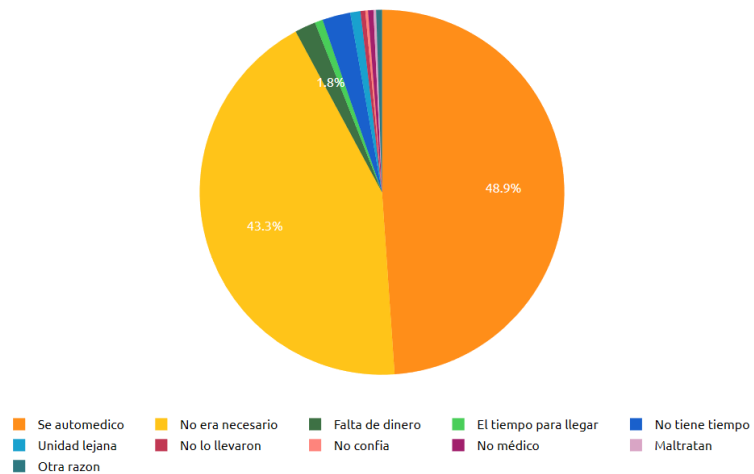
En 2018 hubo 2 millones 803 mil 30 personas que recibieron atención en salud; 99.8 % de las personas que buscaron el servicio y 82.6 % de aquellos que lo necesitaron. El 51.7 % lo hizo en el sector público y 49.2 % en servicios privados u otras instituciones independientes del sistema federal, en conjunto suman 100.8 % debido a que las personas pudieron recibir atención en más de un lugar. De aquéllos que recurrieron al sistema público, 69.3 % lo hizo en el IMSS, 23.7 % en la SSA y 3.6 % en el ISSSTE.

LA TASA DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO FUE DE 49.6 %

De 4 millones 419 mil 470 afiliados al sistema público de salud, 63.9 % manifestó haber tenido alguna necesidad de salud y 53.7 % buscó atención. Los afiliados que recibieron atención representaron 84.0 % de las personas que necesitaron servicios, sin embargo, solamente 49.6 % recibió atención



FIGURA 5.29. BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD: NUEVO LEÓN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

en el sistema público. **Esto es resultado de que 971 mil 85 personas recibieron servicios de salud pero fuera del sistema público a pesar de ser afiliados de este.**

LA TASA DE ATENCIÓN POR INSTITUCIONES

En Nuevo León, **la tasa de atención en las instituciones de salud del sistema pública se sitúa entre 58.9 % y 21.8 % para los derechohabientes.** La tasa de atención de IMSS - Bienestar fue de 21.8 %, del Seguro Popular de 38.1 %, del IMSS de 45.6 %, de Pemex de 46.9 % y del ISSSTE de 58.9 % (Ver Figura 5.30). Con excepción del ISSSTE, la tasa de atención de todos los subsistema esta por debajo del sistema público del estado.

Además, la tasa de atención del sistema privado para los afiliados del ISSSTE fue 26.3, mientras que para los afiliados de Pemex fue 46.8 %.

TIEMPO DE ESPERA 43 MINUTOS

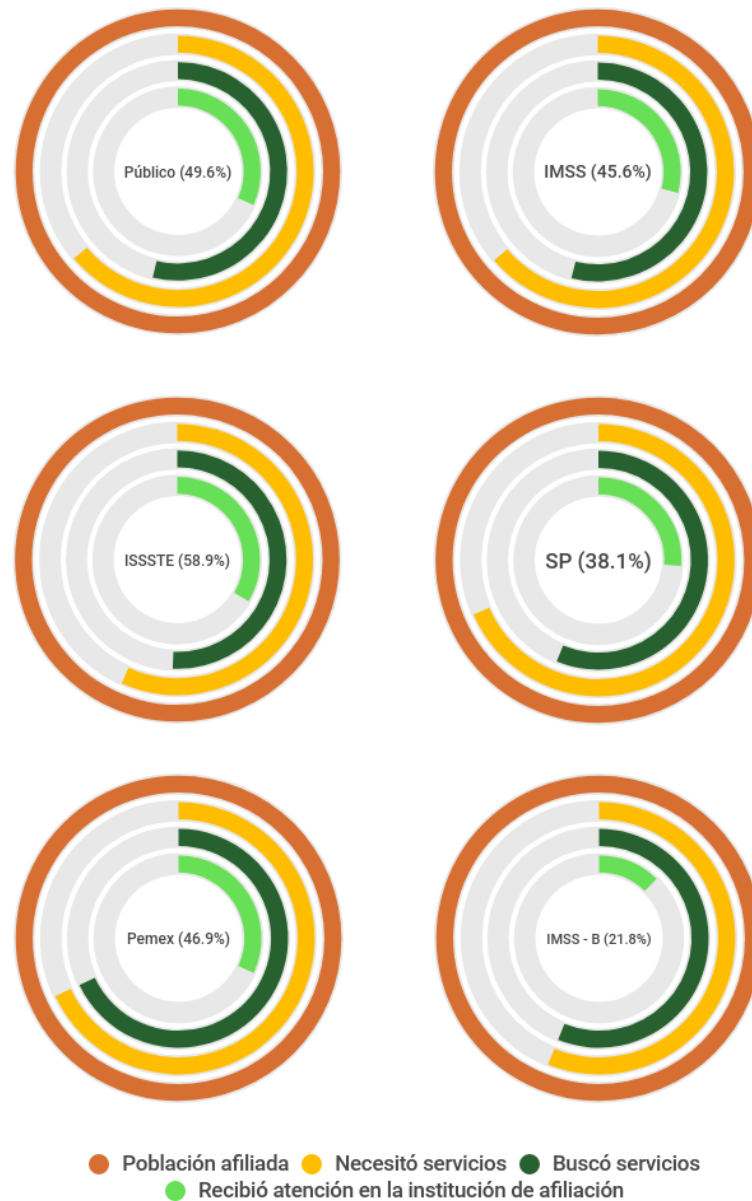
A nivel estatal, el tiempo de espera promedio para ser atendido fue 43 minutos. El tiempo de espera de IMSS - Bienestar y Pemex esta por debajo del tiempo deseable de 30 minutos, 11 y 22 minutos, respectivamente. El mayor tiempo de espera es para IMSS con 47 minutos (Ver Figura 5.31).

5.4.3 GASTO EN SALUD

En 2018, Nuevo León fue la quinta entidad con el mayor gasto público en salud, 26 mil 421 mdp, de acuerdo con datos de la cuenta pública de la SHCP. Si se consideran los datos presentados por SICIENTAS, el gasto fue 26 mil 680 mdp, 259 mdp más que el gasto de cuenta pública.



FIGURA 5.30. TASA DE ATENCIÓN: NUEVO LEÓN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.31. TIEMPO DE ESPERA (MINUTOS): NUEVO LEÓN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

Del gasto público total en salud, 89.3 % fue aportado por la federación 4.1 % fue gasto estatal y 6.6 % correspondió a ISSS.

76.2 % del gasto federal provino del IMSS, 11.1 % del FASSA, 5.6 % del ISSSTE, 5.4 % de la Ssa, 1.4 % de Pemex y 0.2 % de IMSS - Bienestar.

GASTO PER CÁPITA POR INSTITUCIÓN

La Figura 5.32 muestra el gasto público per cápita con datos de cuenta pública y SICIENTAS, así como el gasto de bolsillo de cada una de las instituciones o subsistemas de salud. A nivel estatal el gasto per cápita fue 4 mil 956 o 5 mil 33 pesos con datos de cuenta pública o SICIENTAS, respectivamente. El gasto de bolsillo fue 3 mil 258 pesos.

Con datos de cuenta pública y población autorreportada de ENIGH, el gasto per cápita de IMSS - Bienestar fue 27 mil 746 pesos, este valor disminuye a 5 mil 817 pesos con datos de SICIENTAS. No se reporta gasto de bolsillo.

Con excepción de IMSS - Bienestar, **Pemex contó con el mayor gasto per cápita**, con datos de cuenta pública, el gasto per cápita fue 24 mil 54 pesos y 13 mil 909 con datos de SICIENTAS. El gasto de bolsillo fue mil 189 pesos, el menor gasto de bolsillo de los subsistemas de salud de Nuevo León.

El mayor gasto de bolsillo correspondió a IMSS, 3 mil 1 pesos. En cambio, el gasto per cápita fue 5 mil 365 pesos con datos de cuenta pública o 3 mil 413 pesos con SICIENTAS.

Con datos de cuenta pública, el gasto per cápita de Ssa fue mil 201 pesos. Mientras que el gasto de Ssa fue 746 pesos mayor con SICIENTAS.

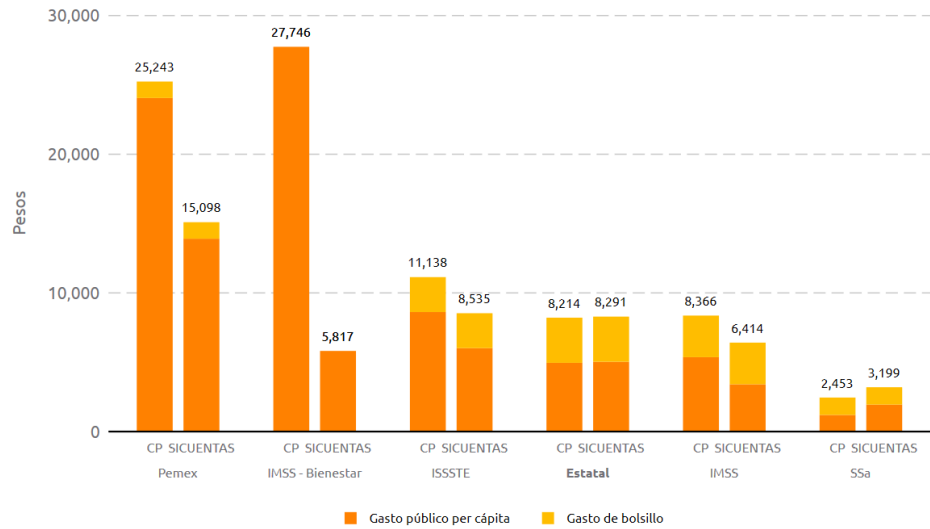
GASTO PER CÁPITA CON SEGURIDAD SOCIAL 5 MIL 955 SIN SEGURIDAD SOCIAL 2 MIL 665

En 2018, con información de cuenta pública, **el gasto per cápita de una persona con seguridad social fue 5 mil 955 pesos; esto fue 3 mil 291 pe-**



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.32. GASTO PER CÁPITA EN SALUD 2018: NUEVO LEÓN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

Los mayor al gasto de una persona sin seguridad social. Esta diferencia es 2 mil 78 pesos con datos de SICIENTAS (Ver Figura 5.33).

Con datos de cuenta pública, el gasto de una persona con seguridad social fue 286 pesos mayor al gasto de SICIENTAS. Al contrario, el gasto de una persona sin seguridad social con cuenta pública fue 926 pesos menor al gasto de SICIENTAS.

5.4.4 GASTO EN SALUD: CUENTA PÚBLICA ESTATAL

De 2016 a 2021, en promedio, **5.9% del presupuesto total de Nuevo León se ha destinado a salud.** En 2021, el presupuesto aprobado para salud alcanza 7 mil 940 mdp, 61.4% más que en 2016, pues la proporción del presupuesto para salud pasó de 4.4% a 7.4% (Figura 5.34). En 2020, se destinó el mayor presupuesto para salud con 8 mil 743 mdp equivalente a 7.9% del gasto total.

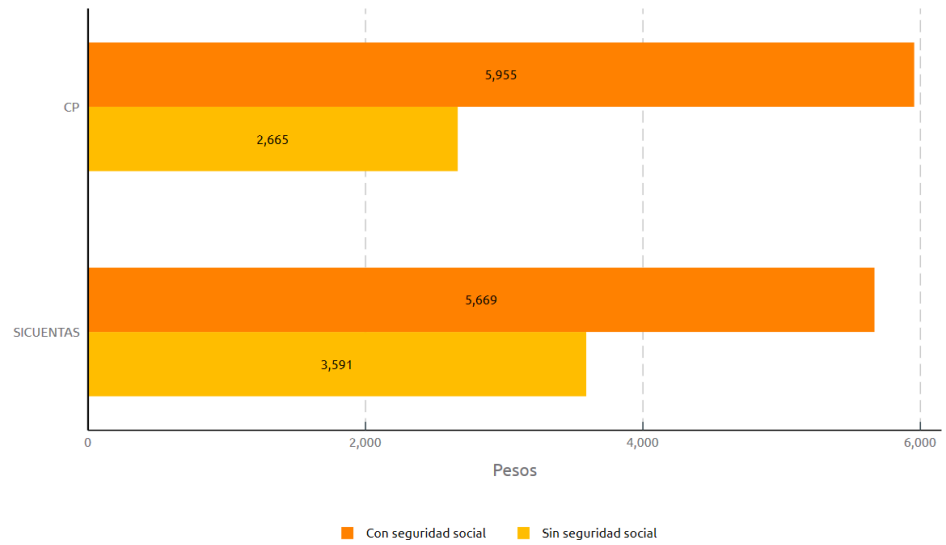
GASTO DE SERVICIOS DE SALUD 90.9% DEL PRESUPUESTO TOTAL

En 2021, hay 9 unidades responsables que se encargan de ejecutar el gasto, 2 son organismos paraestatales; estas concentran 99.4% del presupuesto total para salud; solamente **el presupuesto para Servicios de Salud asciende a 90.9% del gasto.** Sin embargo, la suma del presupuesto de todas las unidades responsables es 440 mdp menor al gasto de la función salud (Cuadro 5.18).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.33. GASTO PER CÁPITA POR AFILIACIÓN 2018: NUEVO LEÓN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

FIGURA 5.34. GASTO EN SALUD DE NUEVO LEÓN



Nota 1: El presupuesto para salud corresponde al total de función salud.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Nuevo León (2021).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.18. UNIDADES RESPONSABLES: NUEVO LEÓN

Unidad responsable	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Oficina del C. Secretario de Salud	18.7	18.8	16.4	21.1	19.4	19.4
Dirección de Administración	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades	4.4	4.7	4.8	4.1	3.2	3.1
Dirección de Salud Pública	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Dirección de Adicciones y Salud Mental	14.6	12.9	13.0	13.3	13.5	12.9
Dirección de Información y Estadística en Salud	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario	1.7	1.6	1.5	1.3	1.2	1.4
Dirección de Control Sanitario	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Dirección de Fomento y Calidad	1.1	1.0	1.0	0.5	0.0	0.0
Comisión Estatal de Arbitraje Médico	9.4	8.9	8.7	8.7	8.1	8.1
Centro de Especialidades Dentales	1.0	0.8	0.7	0.8	0.8	0.8
Dirección del Centro Estatal de Sanidad	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hospital Universitario	648.5	666.4	663.7	621.1	625.8	636.2
Servicios de Salud	4,687.1	4,202.8	4,185.9	4,619.8	7,529.8	6,817.2
Regimen de Protección Social en Salud OPD	171.6	926.9	761.4	1,526.7	48.0	0.0
Total	5,561.4	5,846.1	5,658.0	6,818.4	8,250.8	7,500.0
Función salud	4,918.4	5,974.9	5,839.9	7,151.4	8,743.3	7,940.1
Diferencia	643.0	-128.8	-181.9	-333.1	-492.5	-440.1

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Nuevo León (2021).

CUADRO 5.19. CAPÍTULO DE GASTO: NUEVO LEÓN

Capítulo de gasto	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Servicios personales	45.1	40.5	39.7	39.6	39.1	37.7
Materiales y suministros	0.9	0.2	0.1	0.1	0.0	0.1
Servicios generales	8.2	9.2	7.3	10.5	8.1	8.8
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0
Transferencias y subsidios (Paraestatal)	5,507.2	5,796.2	5,610.9	6,767.6	8,203.6	7,453.4
Total	5,561.4	5,846.1	5,658.0	6,818.4	8,250.8	7,500.0

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Nuevo León (2021).

En promedio, de 2016 a 2021, 99.2 % del presupuesto de salud fue ejercido por los organismos paraestatales. Las demás unidades conforman a la Ssa.

CAPÍTULO DE GASTO

En promedio, de 2016 a 2021, 99.2 % del presupuesto para salud se destinó a transferencias y asignaciones; esto como resultado de que el presupuesto en su mayoría sea ejecutado por organismos paraestatales. Para el resto del presupuesto se tiene la información desagregada por capítulo de gasto. No obstante, en 2021, tales desagregaciones suman 0.6 % del presupuesto para salud y 99.4 % para transferencias y subsidios a organismos paraestatales. Posteriormente, los organismos paraestatales destinan el presupuesto a los principales capítulos de gasto como nómina, servicios generales y materiales y suministros¹⁷.

5.4.5 FINANCIAMIENTO

Nuevo León es el tercer estado que menos depende de las transferencias federales, sólo detrás de Quintana Roo y de CDMX. El gasto federalizado de Nuevo León representaría 75 % de los recursos públicos subnacionales en 2021. el 25 % restante sería recaudación local (Figura 4.11).

La recaudación local de Nuevo León fue 1.4 % de su PIB (Figura 4.12). El principal componente de la recaudación local fueron los impuestos, mis-

¹⁷La información por tipo de gasto de los organismos paraestatales no está disponible en los reportes de cuenta pública.



CUADRO 5.20. CARACTERIZACIÓN: YUCATÁN

Variable	Descripción	Total
Población	Personas	2,283,943
Género	Hombre	1,124,026
	Mujer	1,159,917
Edad promedio	Años	32.3
Ingreso promedio	I	11,941
	II	20,009
	III	26,163
	IV	32,260
	V	39,612
	VI	47,691
	VII	58,725
	VIII	76,323
	IX	106,540
	X	265,064
	Estatal	66,267

Nota 1: El ingreso promedio corresponde a 2018.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); CONAPO (2021).

mos que representaron 54 % del total, el cobro por servicio de agua fue el 26 % y los derechos el 20 % restante (Figura 4.13).

5.5 YUCATÁN **Yucatán ocupa el lugar veintidós a nivel nacional por su número de habitantes, 2 de cada 100 mexicanos vive en el estado** y se encuentra dividido en 106 municipios. En 2021, la población total son 2 millones 283 mil 943 personas; 49.2 % son hombres y 50.8 % son mujeres. La edad promedio es 32.3 años (Ver Cuadro 5.20).

De acuerdo con la distribución demográfica, la población en edad para trabajar, de 20 a 64 años, representa 59.7 %, seguida por la población de 0 a 19 años, 32.1 %. La población mayor a 64 años representa 8.2 %.

En 2018, el ingreso promedio anual por persona fue 66 mil 267 pesos; 2.6 % menor al ingreso a nivel nacional. El ingreso del decil I es 253 mil 123 pesos menor al ingreso promedio del decil X. En los primeros cinco deciles, el ingreso anual se situó entre 11 mil 941 y 39 mil 612 pesos, el ingreso del decil IX fue 158 mil 524 pesos menor al ingreso del decil X (Ver Cuadro 5.20).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.21. LAS 20 ENFERMEDADES MÁS TRATADAS: YUCATÁN

Padecimiento	SSa	IMSS	ISSSTE	IMSS Bienestar	DIF	Sedena	Semar	Otras	Total
Infecciones respiratorias agudas	7,336	8,688	968	2,642	148	155	28	3,694	23,659
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	1,315	3,331	304	555	41	53	11	2,021	7,631
Infección de vías urinarias	1,359	1,735	223	353	4	44	12	67	3,797
Gingivitis y enfermedad periodontal	277	692	74	37	0	0	5	3	1,088
Conjuntivitis	209	568	45	37	8	11	3	20	901
Úlceras, gastritis y duodenitis	415	324	52	55	4	8	1	30	887
Obesidad	144	553	49	40	0	22	7	16	832
Vulvovaginitis	361	135	10	123	1	9	3	2	643
Intoxicación aguda por alcohol	4	3	0	2	0	0	0	429	438
Asma	189	137	33	8	1	11	2	47	427
Hipertensión arterial	81	241	39	19	0	19	0	17	417
Amebiasis intestinal	174	97	6	15	2	0	0	5	297
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	74	109	33	17	0	13	0	21	269
Otitis media aguda	112	11	11	46	2	4	1	52	238
Ascariasis	205	2	0	6	1	0	0	2	216
Otras helmintiasis	9	196	7	0	0	1	0	0	214
Influenza	56	103	15	3	0	0	0	4	182
Mordeduras por perro	65	74	5	20	0	1	0	1	166
Escabiosis	74	45	2	14	0	3	0	6	144
Varicela	9	75	4	11	1	0	0	0	101

Nota 1: Casos por cada 100 mil habitantes, año 2019.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de CONAPO (2021); DGE (2021).

ENFERMEDADES PRINCIPALES
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
INFECCIONES INTESINALES
INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

En Yucatan, las enfermedades respiratorias son las que más se atienden en las instituciones de salud, seguidas de las infecciones intestinales y de vías urinarias. En cuarto lugar se encuentra la conjuntivitis (Ver Cuadro 5.21).

El IMSS tiene una cobertura superior al 50 % de los casos de: gingivitis, conjuntivitis, obesidad, hipertensión, otras helmintiasis, influenza y varicela. Mientras que la SSa en vulvovaginitis, amebiasis intestinal, ascariasis y escabiosis. También, otras instituciones alcanzan hasta el 98.0 % de intoxicación aguda por alcohol.

A diferencia de los casos de estudio, dentro de las 20 enfermedades más tratadas de Yucatán se encuentran la intoxicación aguda por alcohol, ascariasis y otras helmintiasis.

AFILIACIÓN
15.8 % SIN SEGURIDAD SOCIAL

En 2018, la población afiliada al sistema público representó 89.4 %, esta población considera duplicidades entre instituciones, por lo que la población sin seguridad social alcanzó 15.8 %, 349 mil 219 personas (Ver Figura 5.27)

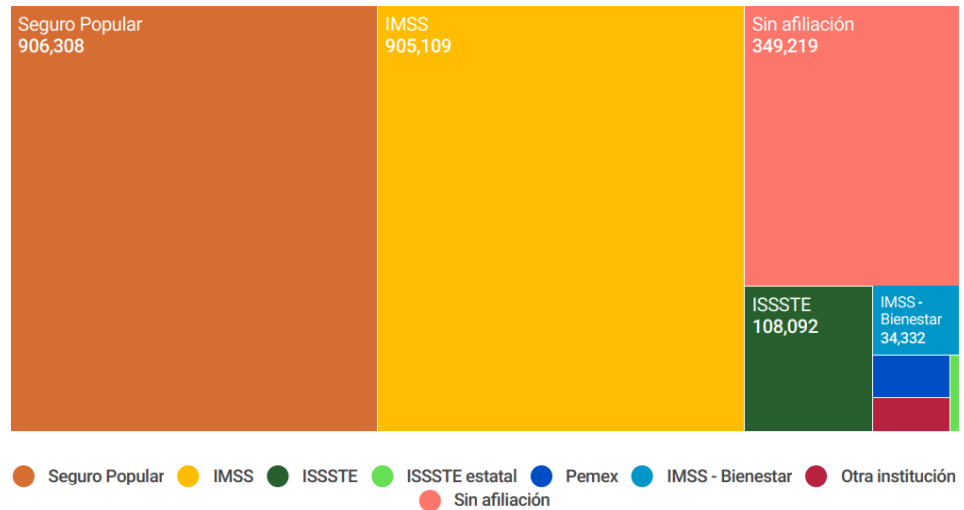
El principal subsistema de salud fue el Seguro Popular con 906 mil 308 personas afiliadas, seguido por el IMSS e ISSSTE que contaron con 905 mil 109 y 108 mil 92 afiliados, respectivamente.

Nuevo León ocupa el tercer y décimo lugar con la mayor participación de afiliados de IMSS - Bienestar y Pemex, respectivamente. No obstante, 7.2 % del padrón de beneficiarios del IMSS - Bienestar se autoreportaron afiliados, 34 mil 332 personas (IMSS, 2021).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.35. AFILIACIÓN 2018: YUCATÁN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

CUADRO 5.22. RECURSOS EN SALUD POR CADA MIL AFILIADOS: YUCATÁN

Institución	Camas	Médicos	Enfermeras
IMSS	1.21	2.59	2.57
IMSS Bienestar	0.48	0.61	1.02
ISSSTE	2.09	4.87	5.04
Pemex*	6.01	6.64	9.88
SSa	1.42	2.48	3.45
Estatal	1.34	2.49	3.02

Nota 1: Estatal toma en cuenta el total población del estado y la suma de los recursos más de las dependencias estatales y municipales.

Nota 2: Pemex* considera los recursos y afiliados de Pemex, Sedena y Semar.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); DGIS (2020a); CONAPO (2021); IMSS (2021).

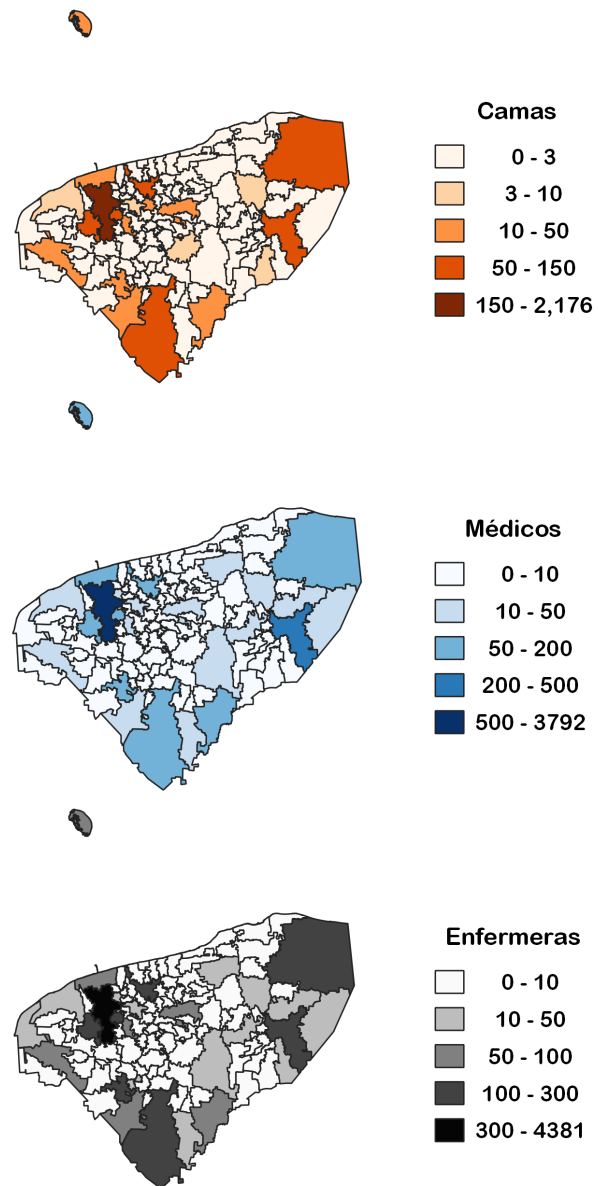
5.5.1 CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA: CAMAS, MÉDICOS Y ENFERMERAS

Yucatán cuenta con 1.3 camas, 2.5 médicos y 3.0 enfermeras por cada mil habitantes; los tres indicadores están por encima del promedio nacional (Ver Cuadro 5.22) Para el cálculo de los indicadores por subsistema de afiliación se utilizó la población afiliada autoreportada en la ENIGH 2018. Sin embargo, para IMSS - Bienestar se utiliza la población adscrita. Los indicadores también se presentan para los 106 municipios.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.36. RECURSOS EN SALUD: YUCATÁN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGIS (2020a).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CAMAS: Pemex cuenta con 6.0 camas por cada mil derechohabientes, seguido por ISSSTE y SSA con 2.1 y 1.4 camas, respectivamente.

PEMEX CON 6.0

ISSSTE CON 2.1

SSA CON 1.4

IMSS CON 1.2

IMSS - BIENESTAR CON 0.5

IMSS cuenta con 1.2 camas por cada mil afiliados. El indicador de IMSS e IMSS - Bienestar está por debajo del nivel estatal.

El número de camas de los municipios se sitúa entre 0 y 2 mil 176. Mérida y Valladolid concentran 72.7% y 3.6% de las camas, respectivamente. 71 municipios no cuentan con camas y 20 municipios cuentan con menos de 10 camas.

MÉDICOS: El número de médicos del IMSS - Bienestar se encuentra por debajo del valor estatal de 2.5. Pemex cuenta con 6.6 médicos por cada mil afiliados, esto es 10.8 y 2.7 veces el número de IMSS - Bienestar y SSA, respectivamente.

PEMEX CON 6.6

ISSSTE CON 4.9

IMSS CON 2.6

SSA CON 2.5

IMSS - BIENESTAR CON 0.6

81 de los 106 municipios cuentan con menos de 10 médicos y solamente 5 municipios reportan más de 100 médicos. Mérida y Valladolid cuentan con 3 mil 792 y 226 médicos, respectivamente.

ENFERMERAS: Pemex cuenta con 9.9 enfermeras por cada mil afiliados, esto es 9.7 veces el número de enfermeras de IMSS - Bienestar. ISSSTE y SSA cuentan con 5.0 y 3.5 enfermeras, respectivamente. El número de médicos de IMSS e IMSS - Bienestar está por debajo del nivel estatal.

PEMEX CON 9.9

ISSSTE CON 5.0

SSA CON 3.5

IMSS CON 2.6

IMSS - BIENESTAR CON 1.0

El número de enfermeras de los municipios se sitúa entre 1 y 4 mil 381. Mérida concentra 64.9% del personal de enfermería, seguido por los municipios de Valladolid, Tizimin y Kanasin que concentran 4.3%, 3.9% y 3.5%, respectivamente. La mitad de los municipios cuenta con menos de cuatro enfermeras.

La Figura 5.36 muestra la distribución de los recursos físicos y humanos a nivel municipal. El estado muestra una gran heterogeneidad en la distribución de los recursos, solamente un municipio concentra 72.7% de las camas, 68.2% de los médicos y 64.9% del personal de enfermería. En cambio, 71 municipios no cuentan con camas y 81 municipios cuentan con menos de 10 médicos.

5.5.2 Uso DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

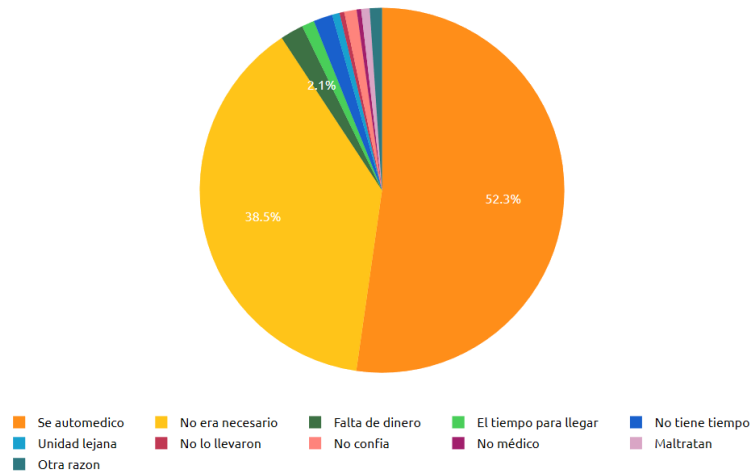
En 2018, un millón 254 mil 135 personas manifestaron haber tenido alguna necesidad de salud que les impedía realizar sus actividades cotidianas, 82.9% buscó atenderse.

BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

Sin embargo, 214 mil 232 personas necesitaron servicios de salud, pero no buscaron atenderse. Los principales motivos son: **se automedicó en**



FIGURA 5.37. BARRERAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD: YUCATÁN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

52.3 % de los casos y porque consideró que no era necesario, aunque no le permitía llevar a cabo sus actividades con 38.5 %. Seguidas por la falta de dinero con 2.1 % y falta de tiempo con 1.7 % (Ver Figura 5.29). Las primeras dos razones corresponden a barreras socioculturales y las otras dos son barreras económicas. El tiempo de espera para ser atendido y no dan medicamentos representan 1.1 %.

CÚANTOS UTILIZAN LOS SERVICIOS DE SALUD

En 2018 hubo un millón 38 mil 3 personas que recibieron atención en salud; 99.8 % de las personas que buscaron el servicio y 82.8 % de aquellos que lo necesitaron. El 55.8 % lo hizo en el sector público y 46.1 % en servicios privados u otras instituciones independientes del sistema federal, en conjunto suman 101.9 % debido a que las personas pudieron recibir atención en más de un lugar. De aquéllos que recurrieron al sistema público, 46.0 % lo hizo en el IMSS, 43.3 % en la SSA y 3.8 % en el ISSSTE.

LA TASA DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO FUE DE 52.1 %

De un millón 848 mil 251 afiliados al sistema público de salud, 57.0 % manifestó haber tenido alguna necesidad de salud y 47.9 % buscó atención. Los afiliados que recibieron atención representaron 83.9 % de las personas que necesitaron servicios, sin embargo, solamente 52.1 % recibió atención en el sistema público. **Esto es resultado de que 334 mil 552 personas recibieron servicios de salud pero fuera del sistema público a pesar de ser afiliados de este.**



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.38. TASA DE ATENCIÓN: YUCATÁN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.39. TIEMPO DE ESPERA (MINUTOS): YUCATÁN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

LA TASA DE ATENCIÓN POR INSTITUCIONES

En Yucatan, **la tasa de atención en las instituciones de salud del sistema pública se sitúa entre 52.9 % y 26.8 % para los derechohabientes.**

La tasa de atención de IMSS - Bienestar fue de 26.8 %, del ISSSTE de 33.5 %, del Seguro Popular de 41.2 %, del ISSSTE de 48.5 % y de Pemex de 52.9 % (Ver Figura 5.38). Con excepción de Pemex, la tasa de atención de todos los subsistema esta por debajo del sistema público del estado.

Además, la tasa de atención del sistema privado para los afiliados de Pemex fue 29.3, mientras que para los afiliados del ISSSTE fue 43.9 %.

TIEMPO DE ESPERA
69 MINUTOS

A nivel estatal, el tiempo de espera promedio para ser atendido fue 69 minutos. El tiempo de espera de Pemex es igual al tiempo deseable de 30 minutos, seguido por ISSSTE - estatal, 38 minutos e ISSSTE, 49 minutos. El mayor tiempo de espera es para IMSS con 76 minutos, IMSS - Bienestar con 74 y Seguro Popular con 69 minutos (Ver Figura 5.39).

5.5.3 GASTO EN SALUD

En 2018, Yucatán ocupó el lugar quince con el mayor gasto público en salud, 14 mil 321 mdp, de acuerdo con datos de la cuenta pública de la SHCP. Si se consideran los datos presentados por SICIENTAS, el gasto fue 14 mil 90 mdp, 231 mdp menos que el gasto de cuenta pública.

Del gasto público total en salud, 81.6 % fue aportado por la federación 15.6 % fue gasto estatal y 2.8 % correspondió a ISSSES. Fue la quinta entidad con la mayor participación de gasto estatal.

53.5 % del gasto federal provino del IMSS, 17.1 % del FASSA, 15.8 % de la SSA, 7.6 % del ISSSTE, 4.2 % de IMSS - Bienestar y 1.7 % de Pemex.

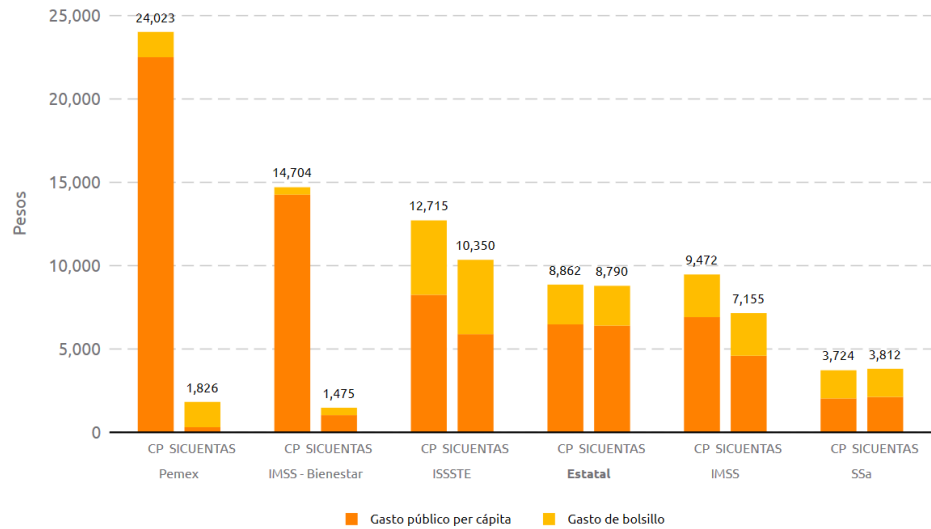
GASTO PER CÁPITA POR INSTITUCIÓN

La Figura 5.40 muestra el gasto público per cápita con datos de cuenta pública y SICIENTAS, así como el gasto de bolsillo de cada una de las instituciones o subsistemas de salud. A nivel estatal el gasto per cápita fue 6 mil



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.40. GASTO PER CÁPITA EN SALUD 2018: YUCATÁN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

476 o 6 mil 405 pesos con datos de cuenta pública o SICUENTAS, respectivamente. El gasto de bolsillo fue 2 mil 385 pesos.

Con datos de cuenta pública y población autorreportada de ENIGH, el gasto per cápita de IMSS - Bienestar fue 14 mil 260 pesos, este valor disminuye a mil 31 pesos con datos de SICUENTAS. El gasto de bolsillo fue 444 pesos. Asimismo, el gasto de cuenta pública de Pemex fue 22 mil 198 pesos mayor al gasto de SICUENTAS.

Con excepción de IMSS - Bienestar y Pemex, **ISSSTE contó con el mayor gasto per cápita**, con datos de cuenta pública, el gasto per cápita fue 8 mil 251 pesos y 5 mil 887 con datos de SICUENTAS. El gasto de bolsillo fue 4 mil 463 pesos, el mayor gasto de bolsillo de los subsistemas de salud de Yucatán.

Con datos de cuenta pública, el gasto per cápita de SSa e IMSS fue 2 mil 36 pesos y 6 mil 912, respectivamente.

GASTO PER CÁPITA
CON SEGURIDAD SOCIAL 7 MIL 476
SIN SEGURIDAD SOCIAL 5 MIL 93

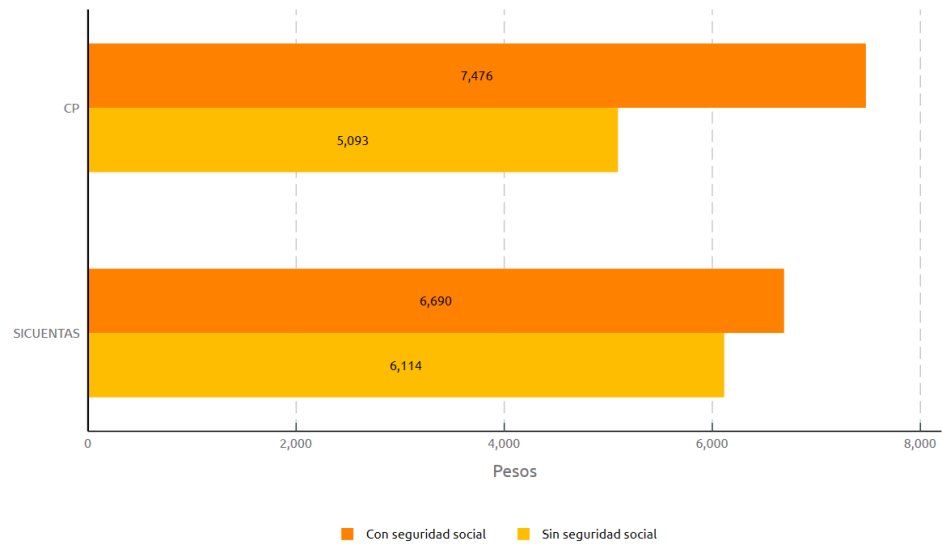
En 2018, con información de cuenta pública, **el gasto per cápita de una persona con seguridad social fue 7 mil 476 pesos; esto fue 2 mil 383 pesos mayor al gasto de una persona sin seguridad social**. Esta diferencia es 576 pesos con datos de SICUENTAS (Ver Figura 5.33).

Con datos de cuenta pública, el gasto de una persona con seguridad social fue 786 pesos mayor al gasto de SICUENTAS. Al contrario, el gasto de una



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.41. GASTO PER CÁPITA POR AFILIACIÓN 2018: YUCATÁN



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019).

persona sin seguridad social con cuenta pública fue mil 21 pesos menor al gasto de SICUENTAS.

5.5.4 GASTO EN SALUD: CUENTA PÚBLICA ESTATAL

En promedio, de 2016 a 2021, 12.2 % del presupuesto estatal se destinó a salud. En 2021, el presupuesto para salud asciende a 5 mil 56 mdp, esto representa un incremento de 10.6 % respecto a lo ejercido en 2016. Este presupuesto se conforma por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Yucatán y las Entidades Paraestatales sectorizadas a la SSA: Servicios de Salud de Yucatán, Hospital de la Amistad, Hospital Comunitario de Ticul, Hospital Comunitario de Peto, Centro Estatal de Trasplantes de Yucatán (CEETRY), Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Yucatán (APBPY) y el Hospital General de Tekax (Figura 5.42).

OPD SERVICIOS DE SALUD DE YUCATÁN 96.1 % DEL PRESUPUESTO TOTAL

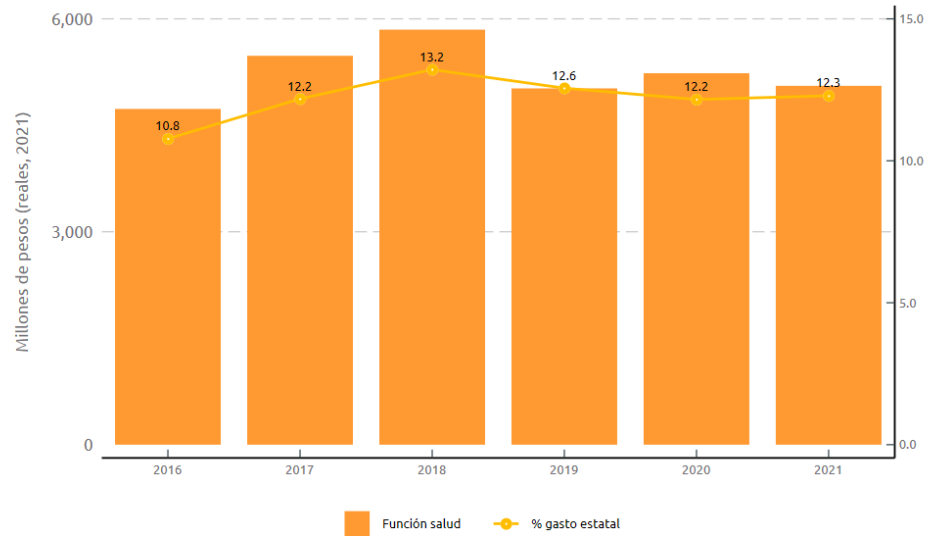
En 2021, **96.1 % del presupuesto aprobado corresponde a OPD Servicios de Salud de Yucatán**, seguido por el Hospital de la Amistad y el Hospital Comunitario de Ticul Yucatán con 1.4 % y 0.9 % del presupuesto, respectivamente. Las demás entidades paraestatales concentran menos del 0.1 % del presupuesto (Figura 5.42).

No obstante, de 2016 a 2019, el gasto ejercido por los organismos paraestatales fue entre mil 343 mdp y 398 mdp mayor al gasto de función de salud. En 2020, el gasto ejercido por las paraestatales fue 157 mdp menor.



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.42. GASTO PÚBLICO DE YUCATÁN EN SALUD: ENTIDADES PARAESTATALES



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Yucatán (2021).

FUENTE DE FINANCIAMIENTO
FEDERAL ETIQUETADO 62.9 %

En 2021, **62.9 % del presupuesto aprobado corresponde a recursos federales etiquetados** y el 37.1 % restante son recursos no etiquetados, por lo que su fuente de financiamiento puede tanto de recursos federales y estatales, sin embargo, esta desagregación no está disponible para Yucatán. En promedio, de 2016 a 2021, 63.2 % fueron recursos federales etiquetados (Figura 5.43).

CAPÍTULO DE GASTO
SERVICIOS PERSONALES 66.0 %
MATERIALES Y SUMINISTROS 26.0 %
SERVICIOS GENERALES 7.6 %

En 2021, **66.0 % del presupuesto para salud corresponde a servicios personales (nómina)**, seguido por materiales y suministros con 26.0 % y servicios generales con 7.6 %. Mientras que el gasto para bienes muebles e inmuebles alcanza 0.3 %. No hay recursos asignados para obra pública.

En promedio, de 2016 a 2021, 62.1 % se concentra en nómina, materiales y suministros y servicios generales concentraron 20 % y 15.4 %, respectivamente (Figura 5.44).

En promedio, de 2016 a 2020, **14.6 % del gasto total ejercido por los organismos paraestatales se destinó a la compra de medicamentos**.

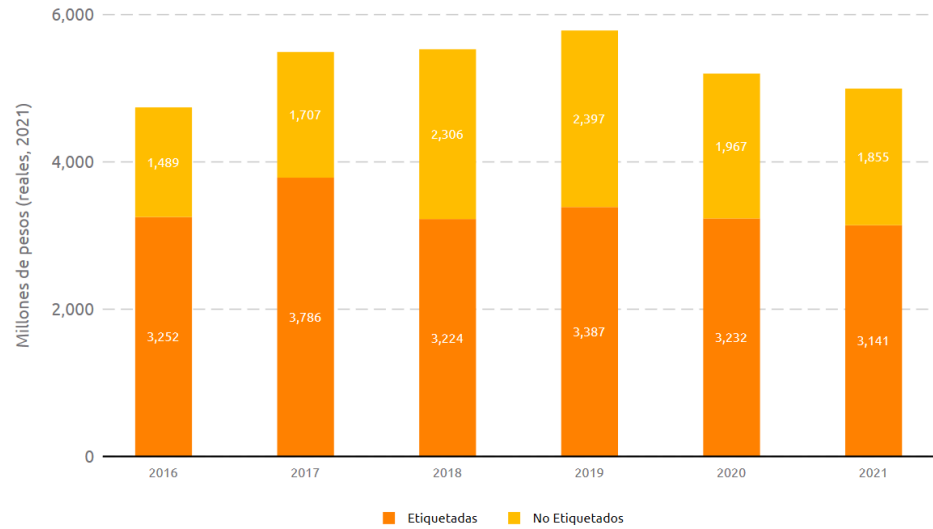
POR PROGRAMAS
PRESUPUESTARIOS

En 2021, **existen 18 programas presupuestarios estatales de salud**. No obstante, el programa de Prestación de Servicios de Salud concentra 80.7 % del presupuesto aprobado, seguido por los programas Mejora de la Calidad



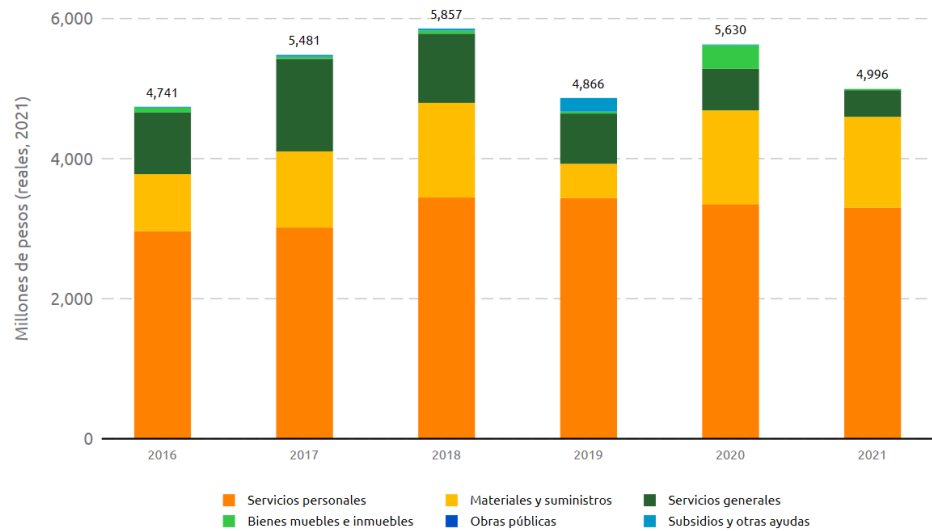
5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

FIGURA 5.43. GASTO PÚBLICO DE YUCATÁN EN SALUD: FUENTE DE FINANCIAMIENTO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Yucatán (2021).

FIGURA 5.44. GASTO PÚBLICO DE YUCATÁN EN SALUD: CAPÍTULO DE GASTO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Yucatán (2021).



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

CUADRO 5.23. PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS: YUCATÁN

Programa presupuestario	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Asistencia Social a Personas Vulnerables	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2
Atención Integral a Personas con Discapacidad del Estado de Yucatán	0.0	0.0	0.0	0.0	35.2	0.0
Atención Integral a la Salud Reproductiva	35.8	60.2	60.7	144.4	86.2	131.1
Atención en Salud a Personas Sujetas a Asistencia Social	2.7	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Carencia por Acceso a la Alimentación	3.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Conectividad e Infraestructura para Servicios Gubernamentales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
Enfermedades Crónicas degenerativas	13.9	5.2	7.9	7.8	0.0	0.0
Enfermedades Transmisibles	169.3	253.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Envejecimiento	0.8	8.5	0.8	0.8	0.0	0.0
Fortalecimiento a la Atención Médica	10.5	8.2	8.1	7.4	0.0	0.0
Gestión Eficiente de las Instrucciones del Sector Social	744.3	857.5	396.6	311.5	0.0	153.0
Implementación de Políticas Contra el Cambio Climático	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud	12.0	30.8	11.7	12.0	89.9	209.7
Mitigación de Riesgos Sanitarios	201.4	125.2	122.6	152.7	142.7	146.8
Obesidad	31.4	18.3	29.9	32.1	0.0	0.0
Preservación de la Calidad del Agua	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
Prestación de Servicios de Salud	2,760.8	2,974.8	3,729.4	3,215.7	4,651.4	4,033.5
Prestación de Servicios de Salud a la Infancia	61.3	68.9	69.7	54.3	47.3	84.2
Prevención del Embarazo en Adolescentes	0.0	0.0	0.0	0.0	7.3	0.0
Prevención y Atención Integral del Cáncer en la Mujer	0.0	0.0	13.3	0.0	7.6	5.9
Prevención y Atención a las Violencias contra las Mujeres	5.7	2.3	0.0	0.0	0.0	24.7
Prevención y Atención de Accidentes	11.5	12.3	12.8	5.7	0.0	0.0
Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vector	0.0	0.0	284.3	37.6	57.6	129.5
Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas	0.0	0.0	4.4	2.5	7.4	2.5
Prevención y Control de VIH, SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual	0.0	0.0	49.4	9.3	8.7	8.1
Prevención y Promoción de la Salud en la Comunidad	11.9	10.3	11.7	8.9	14.8	12.0
Prevención y Control de Cólera	0.0	0.0	1.0	0.4	0.0	0.0
Programa Integral Protégete	0.0	0.0	0.4	0.9	0.0	0.0
Programa Integral de Infraestructura Física en Salud	37.3	23.6	31.1	53.2	0.0	0.0
Promoción, Prevención y Atención Integral de la Nutrición	0.0	0.0	0.0	0.0	27.0	26.7
Promoción, Prevención y Atención Integral de la Salud Mental	29.9	37.8	31.6	78.0	20.9	19.3
Protección Social en Salud - Prospera	84.5	68.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Salud de la Mujer	8.5	10.1	0.0	9.8	0.0	0.0
Sangre Segura	5.4	4.0	5.7	2.8	0.0	0.0
Seguro Popular	472.1	880.2	938.7	955.0	0.0	0.0
Trasplante de Órganos	2.0	3.4	2.8	2.8	0.0	0.0
Urgencias Epidemiológicas y Desastres	9.8	8.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Vigilancia Epidemiológica	14.4	7.1	13.0	9.9	480.4	6.8
Prevención y Control de la Micobacteriosis	0.0	0.0	1.3	0.5	0.0	0.0
Total	4,740.5	5,481.4	5,847.7	5,115.9	5,684.4	4,995.7
Diferencia (mdp)	0.0	0.0	-8.9	249.5	54.0	-0.1

Nota 1: La diferencia entre el presupuesto total de los programas y el monto ejercido por las entidades paraestatales se reporta en la fila de diferencia.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Yucatán (2021).

de los Servicios de Salud y Gestión Eficiente de las Instituciones del Sector Social con 4.2 % y 3.1 %, respectivamente (Cuadro 5.23).

5.5.5 FINANCIAMIENTO

El gasto federalizado que recibe Yucatán equivaldría a 89 % de sus recursos públicos subnacionales en 2021, mientras que su recaudación local sería el 11 % restante (Figura 4.11).

La recaudación local de Yucatán fue 1.2 % de su PIB (Figura 4.12). Los impuestos fueron el 56 % de la recaudación local, mientras que los derechos y el cobro por servicio de agua representaron el 33 % y 11 %, respectivamente (Figura 4.13).

5.6 DISPONIBILIDAD DE DATOS

El acceso y análisis de la información de finanzas públicas a nivel estatal es muy complejo y diferenciado. Por un lado, **Guanajuato cuenta con datos abiertos** que concentran toda la información del origen y destino del gasto, muy similar al formato de la SHCP. En contraste, Nuevo León presenta la información en formato PDF; estos son recopilaciones de fotos que son poco legibles y no es posible realizar búsqueda rápida.

A partir de 2018, **Guanajuato cuenta con un portal presupuestal de datos abiertos para la ciudadanía avalado por la Iniciativa Global para la**



5. CASOS DE ESTUDIO: GOBIERNOS SUBNACIONALES

Transparencia Fiscal (GIFT). La información se puede desagregar por centro gestor, fuentes de financiamiento, programas presupuestarios y conceptos de gasto, sin embargo, la información de unidades paraestatales presenta discrepancias entre las fuentes de financiamiento y el gasto.

Jalisco cuenta con información en formato PDF y Excel por unidad presupuestal, fuentes de financiamiento, programas presupuestarios y conceptos de gasto solamente para el presupuesto autorizado, no para el ejercido. La información de cuenta pública se encuentra disponible en formato Excel únicamente para los analíticos de ingresos y egresos¹⁸ aunque no para los organismos paraestatales.

En Nayarit, la mayoría de la información se encuentra en formato PDF, con excepción del gasto del poder ejecutivo que está disponible en Excel y PDF. Sin embargo, se tiene un archivo para cada una de las desagregaciones de gasto, clasificación administrativa y funcional, esto dificulta el cruce de información para un análisis más riguroso.

Nuevo León cuenta únicamente con información en formato PDF que se obtiene a partir de fotos digitalizadas que son poco legibles. La información se presenta a nivel funcional y administrativa, pero en diferentes apartados de los documentos.

Yucatán presenta la información tanto en formato Excel como PDF. No obstante, esta se encuentra dispersa entre varios documentos, ya que cada una de las unidades ejecutoras del gasto cuenta con sus propios documentos. Asimismo, cuenta con un portal interactivo de la información donde se pueden realizar cruces por unidad responsable y capítulo de gasto, sin embargo, los datos presentan discrepancias con cuenta pública.

Es necesario el acceso a información y datos abiertos que permitan identificar el destino de los recursos y determinar si el gasto es eficiente y prioritario para la atención a la salud.

¹⁸Anexos Ley de Disciplina Financiera (LDF) de las Entidades Federativas y los Municipios.

6 | CONCLUSIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

Dentro de los factores que motivaron esta investigación podemos mencionar tres: el enfoque local, la revisión de las fuentes de financiamiento y la estructura del gasto estatal en salud.

En el enfoque local se confirma que no existe una variable específica que determine el éxito de un sistema estatal de salud. Para empezar, tendría que definirse qué indicadores serán prioritarios; éstos pueden ir desde tasas de mortalidad materna hasta gasto de bolsillo, pasando por población afiliada, indicadores de capacidad física y humana, entre otros. Se encuentra que **el financiamiento por fuentes locales y el mayor gasto a través de entidades paraestatales se asocia con un gasto de bolsillo menor.**

Respecto al financiamiento y el gasto en salud, dentro de los casos estudiados, se encuentra que, de las cinco entidades de estudio, **Nuevo León es la entidad federativa con la menor dependencia de los recursos federales y es la entidad que destina menor porcentaje de su gasto para el sector salud, 7.4 % contra Guanajuato que destina 15 %** de su gasto total en salud y que tiene una mayor dependencia de los recursos federales. Lo anterior indica que no sólo se requiere espacio fiscal sino priorización del sector dentro de las políticas estatales.

En México, el financiamiento del sistema de salud por fuentes subnacionales es diez veces menor al que se presenta en otros países de latinoamérica como Argentina y Brasil que financian 2 % de su PIB de gobiernos locales, mientras en México es 0.2 % del PIB. Se requiere aumentar la participación fiscal de los gobiernos locales pero de la mano de una priorización del sector salud.

La combinación entre fuentes de recaudación locales, un porcentaje de financiamiento estatal por encima de 15 %, priorización del gasto en salud y programas presupuestarios con indicadores de calidad están asociados a un gasto de bolsillo menor y a un gasto en salud mayor respecto a otros sectores. El gasto de bolsillo es una de las variables proxy



6. CONCLUSIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

utilizadas a nivel internacional para evaluar la cobertura de un sistema de salud.

Guanajuato destaca por indicadores como: mortalidad materna, financiamiento de fuentes estatales, enfoque de calidad en programas, gasto en salud como porcentaje de su gasto total y gasto de bolsillo. Guanajuato, a diferencia de los otros casos de estudio cuenta con una **participación importante de entidades paraestatales con recursos propios y cuyo financiamiento estatal corresponde a 17.2 % del gasto total en salud.**

Jalisco es otra entidad que cuenta con un porcentaje de financiamiento estatal del orden de Guanajuato con 16.7 % y con indicadores favorables en mortalidad materna, gasto en salud y dependencia federal similar. Sin embargo, el gasto de bolsillo es 81.7 % mayor que el presentado en Guanajuato. Esto podría estar asociado a las **diferencias en los ingresos propios de las paraestatales; en el caso de Guanajuato pueden provenir de recursos fiscales estatales mientras que en Jalisco podrían concentrarse en gasto de bolsillo.**¹⁹

Guanajuato, Nayarit y Yucatán son las entidades con el menor gasto de bolsillo, entre las entidades estudiadas. A excepción del caso de Guanajuato, explicado previamente, Nayarit y Yucatán tienen una dependencia de recursos federales por encima del promedio nacional y las tasas más altas de atención de los cinco estados estudiados. Sin embargo, los indicadores de mortalidad materna son los más elevados.

GASTO EN ORGANISMOS PARAESTATALES Los organismos paraestatales sectorizados a las SSA estatales de cada uno de los estados cuentan con **fuentes de financiamiento propias que incrementan el gasto disponible para salud.** La Figura 6.1 muestra el gasto ejercido por los organismos paraestatales respecto a la función salud.

GUANAJUATO + 31 % En Guanajuato, el gasto adicional ejercido por los organismos paraestatales pasó de 5 mil 852 mdp en 2016 a 519 mdp en 2020. En promedio, este gasto adicional representó 31.0 % del gasto de función salud. En 2018, el gasto ejercido por paraestatales fue 20 mil 279 mdp, 5 mil 883 mdp más que la función salud.

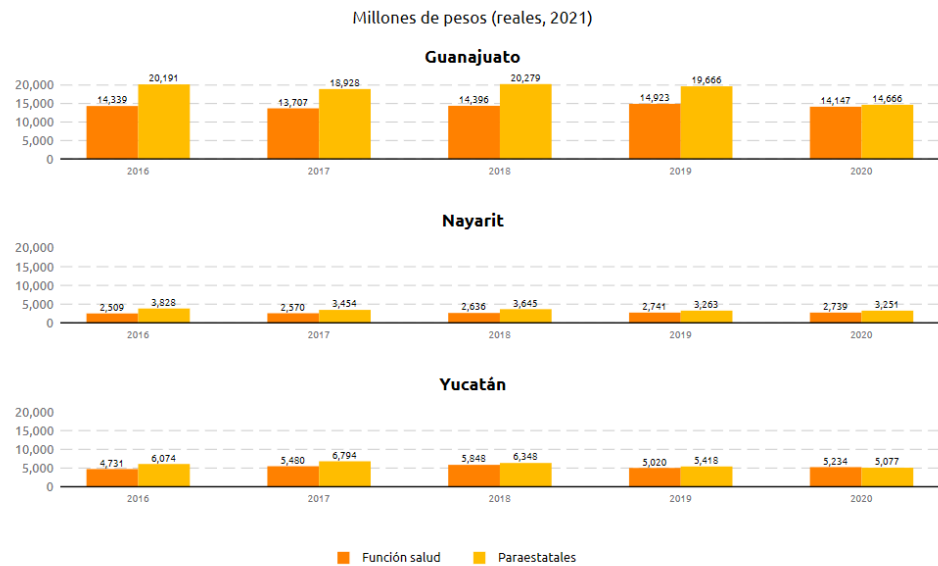
NAYARIT + 33 % Mientras que en Nayarit, el gasto adicional ejercido por organismos paraestatales pasó de mil 319 mdp en 2016 a 512 mdp en 2020. En promedio,

¹⁹Este mismo análisis en las tres entidades restantes no pudo realizarse por limitaciones en las bases de datos y es una oportunidad de investigación a futuro.



6. CONCLUSIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

FIGURA 6.1. GASTO DE ORGANISMOS PARAESTATALES



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Gobierno del Estado de Yucatán (2021); Secretaría de Salud, Guanajuato (2021); Gobierno del Estado de Nayarit (2021).

este gasto adicional representó 32.6 % del gasto de función salud. En 2016, el gasto ejercido por paraestatales representó 52.6 % de lo ejercido por la función salud.

YUCATÁN Finalmente, en Yucatán, el gasto adicional ejercido por los organismos paraestatales pasó de mil 343 mdp en 2016 a 398 mdp en 2019. En promedio, este gasto adicional representó 17.2 % del gasto de función salud.

FINANCIAMIENTO ESTATAL La existencia de **otras fuentes de financiamiento además de los recursos transferidos por la federación** podrían estar asociados a un mejor desempeño del sistema estatal. Los recursos disponibles para destinar al sector salud están vinculados a las fuentes de financiamiento particulares a cada entidad. Los estados pueden destinar exclusivamente los recursos transferidos de aportaciones y participaciones federales o aumentar los recursos a este sector de acuerdo con sus condiciones fiscales.

GUANAJUATO Guanajuato se identifica como la entidad con más y mayores fuentes de financiamiento respecto a las demás entidades: recursos federales, aportaciones etiquetadas al sector salud, recursos y deuda estatal. 17.2 % del gasto en salud proviene de fuentes estatales. Además, es la entidad que presenta el menor gasto de bolsillo con \$1,912 contra un promedio nacional de \$2,241.



6. CONCLUSIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

JALISCO Jalisco presenta tres fuentes de financiamiento: recursos federales etiquetados, federales no etiquetados y recursos estatales. Estos últimos aportan 16.7 % del gasto total en salud. Sin embargo, Jalisco es la segunda entidad, de los cinco casos de estudio, con el mayor gasto de bolsillo \$3,474 por encima del promedio nacional de \$2,241.

PRIORIDAD DEL SECTOR SALUD Aquellas entidades que tienen menos dependencia de recursos federales, pero sus recursos propios no lo destinan a salud, se asocian a un aumento de gasto de bolsillo.

La prioridad que las entidades brindan a su sistema de salud podría estar representado por el porcentaje que destinan a este rubro respecto al gasto total estatal. En este caso, el rango va **desde 7.4 % en Nuevo León hasta 15.0 % en Guanajuato**. De todos los casos estudiados, Nuevo León se ubica en un nivel inferior al promedio nacional de 11 %, el cual es superado en el resto de los casos de estudio.

CALIDAD En 2020, Guanajuato recibió el Premio Nacional en Calidad de Salud y el reconocimiento a la Mejora Continua. Ambos reconocimientos buscan que los establecimientos e instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) implementen una atención centrada en la persona, con liderazgo, planeación, desarrollo y satisfacción del personal, administración y mejora de procesos, uso de la información para la toma de decisiones, así como tomando en cuenta la responsabilidad social (DOF, 2020a).

Guanajuato cuenta con parámetros de medición de la calidad en la prestación de servicios de salud, desde la perspectiva de los usuarios en relación con dos dimensiones: percepción y expectativas (Guanajuato Gobierno del Estado, 2021). Además, es el único estado que cuenta con siete unidades médicas y hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General (CSG).

Considerando el indicador de mortalidad materna, utilizado de manera universal como una de las proxies de desempeño mínimo del sistema de salud, **Guanajuato, Jalisco y Nuevo León** están mejor ubicados con indicadores por debajo de los niveles nacionales.



6. CONCLUSIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

CUADRO 6.1. INDICADORES SELECCIONADOS

Entidad	Población SSS	Tasa de atención	Gasto de bolsillo	Gasto en salud	Financiamiento estatal	Dependencia federal	Mortalidad materna	Datos
Guanajuato	15.1	37.9	1,912	15.0	17.2	86.0	20.75	Abiertos
Jalisco	22.0	38.0	3,474	12.2	16.7	85.0	29.99	Abiertos
Nayarit	15.4	49.9	2,177	11.7		91.0	57.73	PDF
Nuevo León	15.4	49.6	3,258	7.4		75.0	32.12	PDF
Yucatán	15.8	52.1	2,385	12.3		89.0	52.65	Abiertos
Nacional	17.9	44.8	2,241	10.8	N/A	N/A	34.55	Abiertos

Nota 1: Población SSS: Población sin seguridad social.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de ; .

CUADRO 6.2. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE ALTA ESPECIALIDAD

Entidad	Diabetes Tipo I	Diabetes Tipo II	Diabetes en el embarazo	Hipertensión	Tumor maligno de la mama
Guanajuato	1.98	272.16	29.64	404.29	5.01
Jalisco	12.67	394.83	42.63	614.82	15.4
Nayarit	8.93	617.04	38.25	998.38	22.25
Nuevo León	3.56	450.18	193.24	724.29	12.08
Yucatán	3.53	320.09	20.62	551.14	17.7
Nacional	5.99	419.02	37.28	581.88	14.68

Nota 1: Diabetes Tipo I - menores de 25 años.

Nota 2: Diabetes Tipo II - mayores de 10 años.

Nota 3: Diabetes en el embarazo - mujeres entre 10 y 60 años.

Nota 4: Hipertensión - mayores de 14 años.

Nota 5: Tumor maligno de la mama - mayores de 10 años.

Nota 6: Cifras por cada 100,000 habitantes.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGE (2021).

7 | IMPLICACIONES

La ausencia de reglas de operación y especificaciones del funcionamiento del INSABI podría generar ineficiencias e introducir riesgos de funcionamiento es el subsistema de salud. Una de las condiciones para el buen funcionamiento de un sistema de salud descentralizado es la definición explícita de responsabilidades en los gobiernos subnacionales.

Además, es importante señalar que en los servicios a cargo del INSABI, la diferencia entre las entidades adheridas y aquellas no adheridas al instituto radica en la transferencia de recursos para el tercer nivel de atención, en efectivo o en especie. El INSABI tiene la responsabilidad sobre el primer y segundo nivel de atención en las entidades adheridas pero **en ningún caso es responsable del tercer nivel de atención. Este aspecto es relevante por la prevalencia de enfermedades de especialidad y el impacto presupuestado de éstas en las finanzas públicas del sistema de salud.**

Incrementar los niveles de recaudación local, más allá de los incentivos o desincentivos que provea la Ley de Coordinación Fiscal, reduciría la dependencia de los recursos públicos subnacionales del gasto federalizado. Lo anterior permitiría que los **gobiernos subnacionales instrumenten políticas públicas que satisfagan las necesidades de su población** no sólo en el rubro de salud, sino también de educación, seguridad e infraestructura, entre otras.

A raíz de la pandemia por Covid-19 se ha demostrado correlación entre salud y economía, destacando la importancia de financiar los sistemas de salud de manera sostenible sin dependencia a la federación o del gasto de bolsillo. Desarrollar **sistemas regionales de salud podría formar parte de una solución paulatina que, con un enfoque local, pueda replicar las buenas prácticas y factores asociados a un menor gasto de bolsillo** de un sistema de salud estatal a otro.

ACRÓNIMOS

- ASE** Aportación solidaria estatal
- APF** Administración Pública Federal
- APBPY** Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Yucatán
- APP** Asociaciones Público-Privadas
- CCSS** Caja Costarricense del Seguro Social
- CEETRY** Centro Estatal de Trasplantes de Yucatán
- CECAMED** Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico
- CEPAL** Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CIEP** Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.
- CLUES** Clave Única de Establecimientos de Salud
- CONAPO** Consejo Nacional de Población
- CSG** Consejo de Salubridad General
- DGE** Dirección General de Epidemiología
- DGIS** Dirección General de Información en Salud
- DOF** Diario Oficial de la Federación
- ENIGH** Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
- FASSA** Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
- FONSABI** Fondo de Salud para el Bienestar
- GIFT** Iniciativa Global para la Transparencia Fiscal
- IMSS** Instituto Mexicano del Seguro Social
- INEGI** Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- INGUDIS** Instituto Guanajuatense para las Personas con Discapacidad
- INSABI** Instituto Nacional de Salud para el Bienestar
- ISAPEG** Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato

- ISSES** Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas
- ISSSTE** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- LDF** Ley de Disciplina Financiera
- MDP** millones de pesos
- OCDE** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- OPS** Organización Panamericana de la Salud
- PEF** Presupuesto de Egresos de la Federación
- PEMEX** Petróleos Mexicanos
- PIB** Producto Interno Bruto
- REPSSEG** Regimen de Protección Social en Salud del Estado de Guanajuato
- SABI** Salud para el Bienestar
- SEDENA** Secretaría de la Defensa Nacional
- SEMAR** Secretaría de Marina
- SHCP** Secretaría de Hacienda y Crédito Público
- SICUENTAS** Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal
- SNS** Sistema Nacional de Salud
- SP** Seguro Popular
- SSA** Secretaría de Salud
- SPSS** Sistema de Protección Social en Salud

BIBLIOGRAFÍA

Bossert, T. (2007). *Decentralisation of health systems: decision space, innovation and performance*. Harvard School of Public Health.

Cetrángolo, O; Devoto F. (2002). *Organización de la Salud en Argentina y Equidad*. CEPAL.

CIEP (2018). Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento. Disponible en <https://ciep.mx/hvmq>.

CONAPO (2021). Población a mitad de año. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas>

DGE (2021). Anuario de morbilidad 1984 - 2019. <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.

DGIS (2020a). Recursos en salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html.

DGIS (2020b). Sicuentas. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_sicuentas_gobmx.html.

DOF (2020a). Acuerdo por el que se emiten las reglas de operación del programa calidad en la atención médica. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609176&fecha=29%2F12%2F2020.

DOF (2020b). Programa institucional 2020-2024 del INSABI. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020.

European Observatory on Health Systems and Policies Series (2007). *Decentralization in health care*. World Health Organization.

Galilea Ocón, S; Letelier Saavedra, L. (2013). *El estado de los servicios descentralizados en América Latina. Una perspectiva comparada*. Revista del CLAD Reforma y Democracia.

García González, R. (2004). *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades*. Universidad de Costa Rica.

Glassman, A. L.; Sakuma, Y. (2014). *Intergovernmental fiscal transfers for health: Overview framework and Lessons Learned*. Center for Global Development.

- Gobierno del Estado de Jalisco (2021). Secretaría de la hacienda pública. https://presupuestociudadano.jalisco.gob.mx/presupuesto/autorizado_2021.
- Gobierno del Estado de Nayarit (2021). Transparencia fiscal. https://www.nayarit.gob.mx/transparenciafiscal/marco_programatico.asp.
- Gobierno del Estado de Nuevo León (2021). Cuenta pública del gobierno de nuevo león. <https://www.nl.gob.mx/series/cuenta-publica-del-gobierno-de-nuevo-leon>.
- Gobierno del Estado de Yucatán (2021). Gobierno del estado de yucatán. <https://transparencia.yucatan.gob.mx/index.php>.
- Guanajuato Gobierno del Estado (2021). Mantiene guanajuato el mejor sistema de salud de México. <https://boletines.guanajuato.gob.mx/2021/04/02/mantiene-guanajuato-el-mejor-sistema-de-salud-de-mexico/>.
- Hayek, F. (1945). *The use of knowledge in society*. American Economic Review.
- IMSS (2021). Estadísticas e informes. <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar/estadisticas>.
- INEGI (2019). Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>.
- INEGI (2021). PIB por Entidad Federativa. Disponible en https://www.inegi.org.mx/programas/pibent/2013/#Datos_abiertos.
- INSABI (2021). Informe anual de actividades. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634209/1ER_INFORME_ANUAL_DE_ACTIVIDADES_DEL_INSABI.pdf.
- Maceira Daniel (2020). Caracterización del sistema de salud argentino. https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800112_155-179.pdf.
- OCDE (2019). *Decentralisation in the health sector and responsibilities across levels of government*. OCDE.
- OMS (2020). The global health observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
- OPS (2008). *Health Systems and Services Profile: Brazil*. OPS.

- OPS (2019). Perfil del sistema y servicios de salud de costa rica. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/38590/OPSCRI19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato (2020). Número 45. http://periodico.guanajuato.gob.mx/faces/PeriodicosPub?_adf.ctrl-state=ss3mrk97z_11.
- Rohrer, K. (2016). *Strategizing for health at sub-national level*. World Health Organization.
- Secretaría de Salud, Guanajuato (2021). Transparencia del gasto en salud. <https://salud.guanajuato.gob.mx/transparencia-del-gasto-en-salud.php>.
- SHCP (2019). Cuenta pública. https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/es/Finanzas_Publicas/Cuenta_Publica.
- SHCP (2020). Presupuesto de Egresos de la Federación 2021. Disponible en https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Datos_Abiertos.
- SHCP (2021a). Entidades Federativas. Disponible en <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/EntidadesFederativas>.
- SHCP (2021b). Estadísticas Oportunas de Finanzas Públicas. Disponible en <http://presto.hacienda.gob.mx/EstoporLayout/estadisticas.jsp>.
- The Commonwealth Fund (2020). Brazil. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil>.
- Trein, P. (2019). Health policy.

