

# DIAGNÓSTICO DE LOS SISTEMAS DE SALUD MUNDIAL Y LOS RETOS DEL SEGURO UNIVERSAL EN MÉXICO

*Antonio Rafael Ramos Arreola<sup>1</sup>  
Francisco Javier Ayvar Campos<sup>2</sup>*

## Resumen

El financiamiento de los sistemas de salud debe buscar que el acceso sea equitativo, universal, competitivo y de calidad. Por eso deben crearse mecanismos que permitan impulsar la sostenibilidad y sustentabilidad para que el Gasto en Salud (GS) se refleje en el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible. A nivel mundial México ocupa el lugar 20°, la posición 6º en el Continente Americano, y la 4ª en Latinoamérica en la aplicación del GS. De esta forma, el objetivo del presente estudio, es describir como los GS, contribuyen al conocimiento y análisis para la toma de decisiones, en la utilización adecuada de los recursos en los sistemas sanitarios, dado que, el GS mundial ha registrado aumentos importantes en los últimos años. Para tal fin, se utilizó un análisis transversal, que permitió profundizar su evolución a través de la obtención de datos históricos. Los resultados desprenden del modelo muestran el gasto público en salud (GPS), tiende a aumentar conforme se incrementa el ingreso per cápita de cada país, existiendo una correlación entre el GS y aumento de la población, lo que la evidencia empírica revela que el GS no está relacionada con el PIB, debido a que, la inversión pública en salud (IPS), arroja resultados desfavorables para las condiciones de vida, en virtud de que el 63% de las muertes están relacionadas con el aumento de enfermedades de larga duración y crónico-degenerativas (OMS, 2018). De manera que, las cuentas nacionales de la Secretaría de Salud Federal (SSF), no muestran también una correlación sólida, lo que pone en evidencia a Michoacán con un Gasto Total en Salud (GTS) con variaciones del 1.89% en el 2000, 7.99% en el 2002 y un 5.27% en 2003.

**Palabras claves:** Salud, gasto, PIB

## Introducción

El diagnóstico en salud, es un instrumento de análisis descriptivo, que muestra el comportamiento de las limitaciones en los recursos en los gastos en salud mundial (GMS), mismos que son prioritarios para obtener las asignaciones más eficientes para la toma de decisiones desde una perspectiva más territorial. La investigación ha sido desarrollada con las bases de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Mundial (BM), y Cuentas Nacionales de la Secretaría de Salud Federal (SSF), en un periodo de estudio del 2000 al 2016.

El objetivo del presente estudio, es la realización de un análisis descriptivo de como a pesar de tener crecimiento económico y que se han tenido grandes avances en salud, sigue persistiendo pobreza e inequidad, debido a que acuerdo con la OPS (2018), estima que la región de las Américas, mantiene un 29% de la población vive en pobreza, un 30% no tiene acceso a la atención médica y un 21% no lo logra por las barreras geográficas. Es por eso que la OPS, nos describe que ineficiencia de la asignación de los

---

<sup>1</sup> Estudiante del Doctorado en Ciencias del Desarrollo Regional en el Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, e-mail: antonio.r.ramos.a@gmail.com

<sup>2</sup> Doctor en Ciencias de Desarrollo Regional adscrito al Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, e-mail: franciscoayvar@hotmail.com.

recursos y el uso inadecuado de los recursos, representa un desafío, en virtud de que el promedio de GPS en América es del alrededor del 4% del PIB, cifra muy por debajo del 8% que mantiene la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

En ese contexto, el documento se encuentra estructurado en cinco apartados en los que se efectúan un análisis sobre el GS, empezando con el ámbito mundial, para continuar con el continente americano y proseguir por la región Latinoamericana. Para más adelante extender el estudio sobre el territorio mexicano y concluir con en el estado de Michoacán. Finalmente se destacada como conclusión del estudio que, a pesar del financiamiento en salud, persiste la falta de acceso a los sistemas sanitarios y que el GS tiende aumentar en medida de que se incrementa el ingreso per cápita.

## **1. SISTEMAS DE SALUD MUNDIAL**

### **1.1. Situación mundial del sector salud**

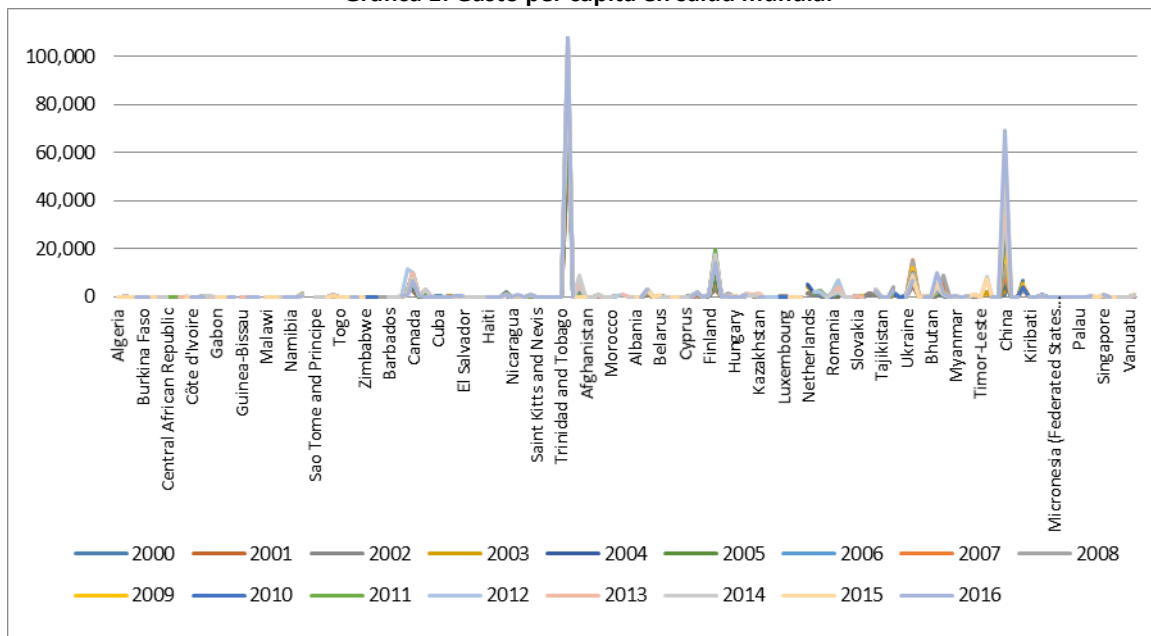
De acuerdo con la información del BM (2019), existen cerca de 800 millones de personas que emplean el 10% de su presupuesto familiar para afrontar los gastos relativos de salud dentro de su seno familiar (padres, hijos u otros); en muchos de estos casos, los gastos son catastróficos, a las familias no les alcanza para cubrir la atención médica lo que los ha orillando a las condiciones de pobreza extrema.

Por otro lado, más de la mitad de la población mundial se encuentra privada de los servicios de salud pública; por eso, el director general de la OMS, hace un llamado para que toda la población cuente con cobertura universal y que las personas puedan recibir los servicios sanitarios. En ese mismo contexto, el presidente del BM ha manifestado también que es importante invertir en la salud de las personas, puesto que esto garantiza la generación de un crecimiento humano sostenible e inclusivo.

En el periodo del 2012, el GS de los países en desarrollo alcanzó la cifra de los \$351,000 millones de dólares (mdd), representando el 12% del total mundial; por otro lado, en los países en desarrollo, el GS superó los \$ 6,319 mdd, representando el 20% del total mundial. Algunos países concentran un gran número de personas con necesidades de atención en la salud, por lo que los costos de apoyo son diferentes; en ese sentido, los países con ingresos altos, gastaron alrededor del 10% del PIB en salud, mientras que, en los países con ingresos medios o bajos, el desembolso estuvo entre el 5.3% y 6% del PIB (Gottret y Schieber 2007, 41-43).

En la Figura 1 se muestra cómo el gasto público tiende a aumentar conforme se incrementa el ingreso per cápita de cada país, existiendo una correlación entre la población que aumenta y el gasto en salud (Gottret y Schieber 2007, 43).

Gráfica 1: Gasto per cápita en salud mundial



Fuente: Elaboración propia con base en la OMS (2018).

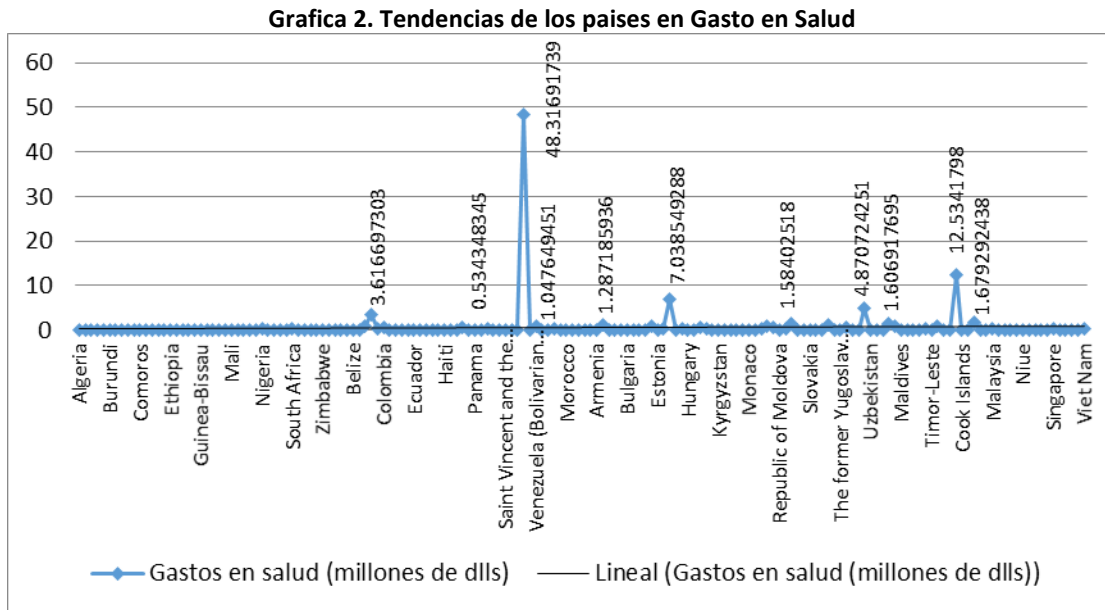
Entre los países con mayor aumento en GS se encuentran Estados Unidos, con un 48.31%; China, con el 12.53%; y Francia, con el 7.03% (véase Tabla 1). Mientras tanto, entre los países con menor GS se localizan: San Marino, Malawi, Nauro, Turkmenistán, entre otros. En el caso específico de México, vemos que se localiza en el lugar 20 del ranking internacional, y se mantiene con un 0.549793% en GS (Banco Mundial, 2018).

Tabla 1  
Rating mundial de países en gastos en salud

Países con mayores gastos	%	Países con menores gastos	%
United States of America	48.316917	San Marino	0.0000011
China	12.53418	Malawi	0.0000069
France	7.0385493	Nauru	0.0000410
United Kingdom	4.8707243	Turkmenistan	0.0000572
Canada	3.6166973	Suriname	0.0000598
Japan	1.6792924	Vanuatu	0.0000664
India	1.6069177	Marshall Islands	0.0000785
Russian Federation	1.5840252	Jamaica	0.0001260
Austria	1.2871859	Palau	0.0001410
Sweden	1.2017504	Cook Islands	0.0001712
Venezuela (Bolivarian Republic of)	1.0476495	Niue	0.0001956
Indonesia	1.0229471	Sao Tome and Principe	0.0001977
Brazil	0.9855459	Antigua and Barbuda	0.0002005
Norway	0.9614981	Gambia	0.0002436
Australia	0.7880563	Liberia	0.0002574
Denmark	0.7849437	Tuvalu	0.0003870
Turkey	0.7005263	Honduras	0.0004053
Colombia	0.6569772	Uzbekistan	0.0004402
Poland	0.5707701	Seychelles	0.0004920
Mexico	0.5343483	Dominica	0.0005069

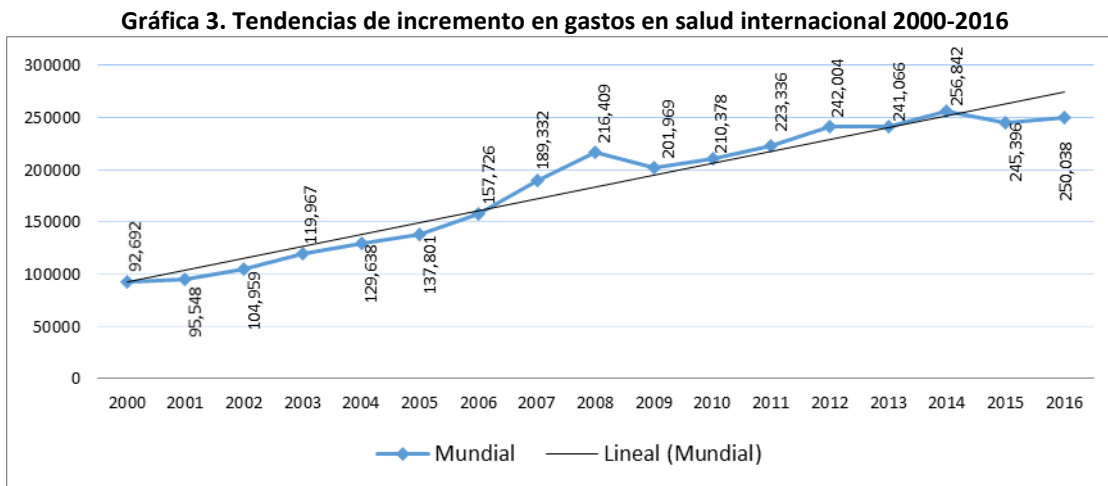
Fuente: Elaboración propia con base a datos del Banco Mundial (2018).

En ese sentido, la expectativa a nivel mundial es que la cantidad de personas atendidas en los sistemas de salud aumente y, por consiguiente, aumente también el GS (véase grafica 2).



Fuente: Elaboración propia con base en la OMS (2018).

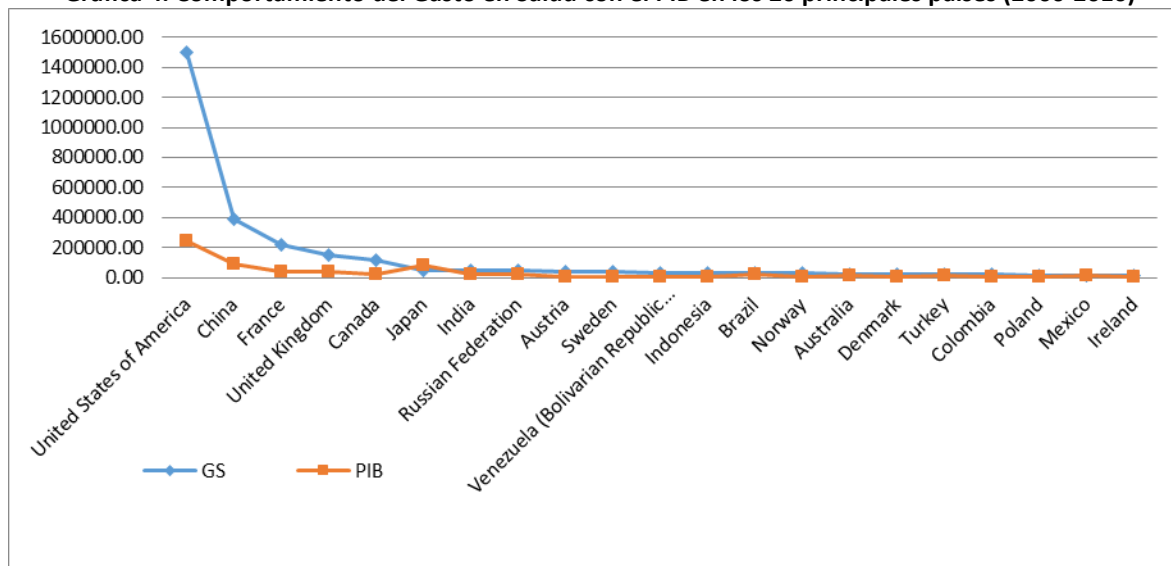
En consecuencia, en los escenarios internacionales se puede analizar que en 2000 se tuvo un gasto de 92,692 mdd, a diferencia de los 250,038 mdd de 2016; por esto, podemos decir que la tendencia es que el GS se incremente año con año, como se percibe en la grafica 3.



Fuente: Elaboración propia con base a la información de la OMS (2018).

Considerando lo anterior, la evidencia empírica de los datos nos revela que el efecto del GS no se encuentra en relación con el PIB (véase gráfica 4), sino que existen diferencias significativas entre ambas. La producción de bienes y servicios es siempre mayor que la inversión pública en salud, lo que arroja resultados desfavorables para las condiciones de vida en los países en desarrollo, ya que, como señala la OMS (2019), el 63% de las muertes están relacionadas con el aumento de enfermedades de larga duración y crónico-degenerativas, tales como padecimientos cardiacos, Cáncer, enfermedades respiratorias y Diabetes.

Gráfica 4. Comportamiento del Gasto en Salud con el PIB en los 20 principales países (2000-2016)



Fuente: Elaboración propia con base a la información de la OMS (2018).

Por lo tanto, de acuerdo a los informes de (Gottret y Schieber 2007, 41) nos proponen poner atención en las señales del gasto en salud (GS) y comprender que se trata de un presupuesto esencial para el desarrollo de políticas públicas (PP) y el consecuente financiamiento de la atención médica; considerando los indicadores del Producto Interno Bruto (PIB) y el PIB per cápita, podemos calcular los gastos totales en salud, tanto para organismos públicos como para los privados.

## 2. SISTEMAS DE SALUD DEL CONTINENTE AMERICANO

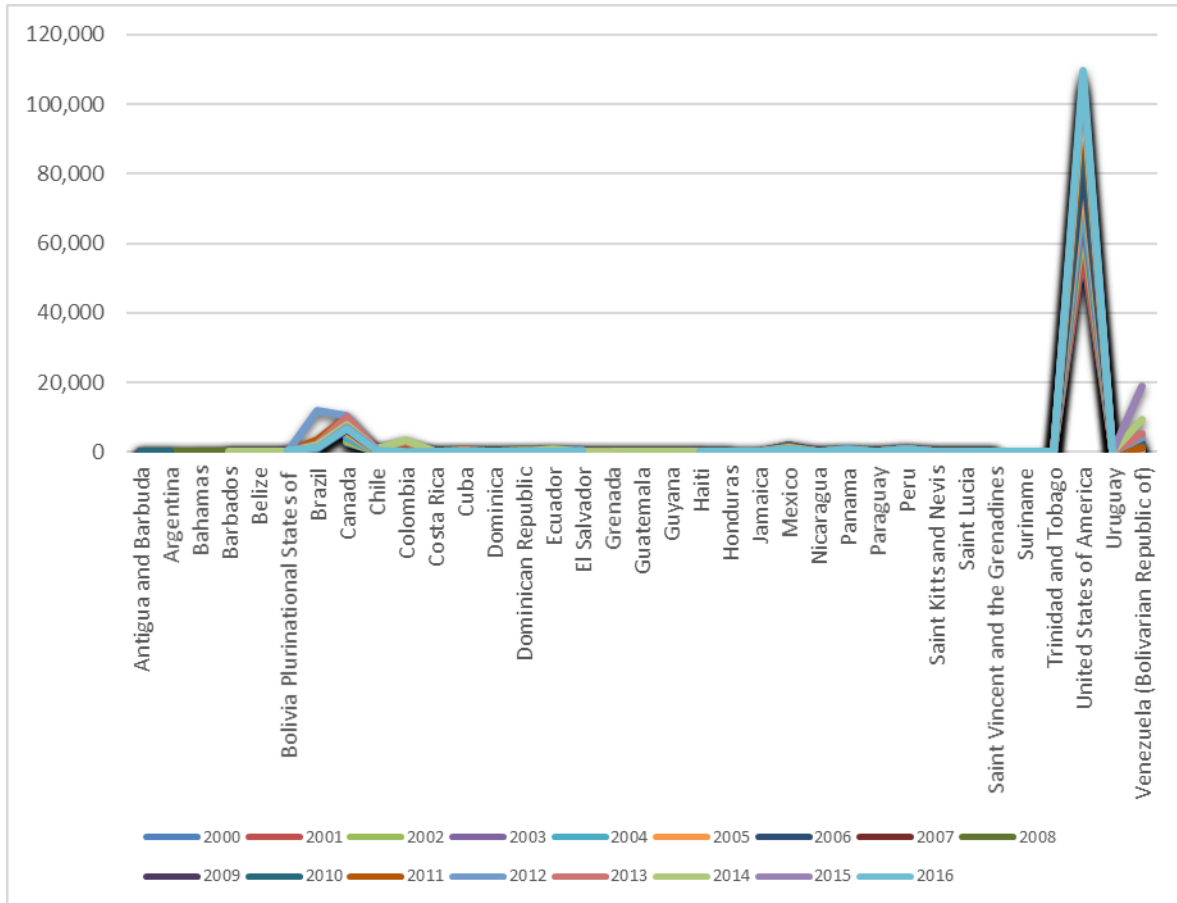
### 2.1. Situación del sector en el continente americano

Continuando con en el diagnóstico del GS, ahora nos referiremos a la región de las Américas, donde se destaca que, de acuerdo con la OMS (2019), se tienen avances en el crecimiento económico, pero logros nulos en la salud, debido a la pobreza y la inequidad.

Para finales de 2009 y principios de 2010, representa un retroceso en los derechos fundamentales del acceso a la salud, puesto que el 29% de la población vive todavía por debajo del umbral de pobreza, mientras que el 40% no percibe un presupuesto adecuado para la subsistencia, lo cual refleja desequilibrios regionales en los ingresos. Por otro lado, se revela que el 10% de la población más rica posee 14 veces el ingreso que percibe el 40% más pobre en los países de América Latina y el Caribe (ALC) (CEPAL 2006, 10).

En las gráficas 5 y 6 se observó en la región de las Américas, Estados Unidos, Canadá, Venezuela, Brasil y Colombia son los países con más incremento en GS, mientras que México ocupa el sexto lugar en el rating; los demás países manifiestan un crecimiento casi nulo del GS.

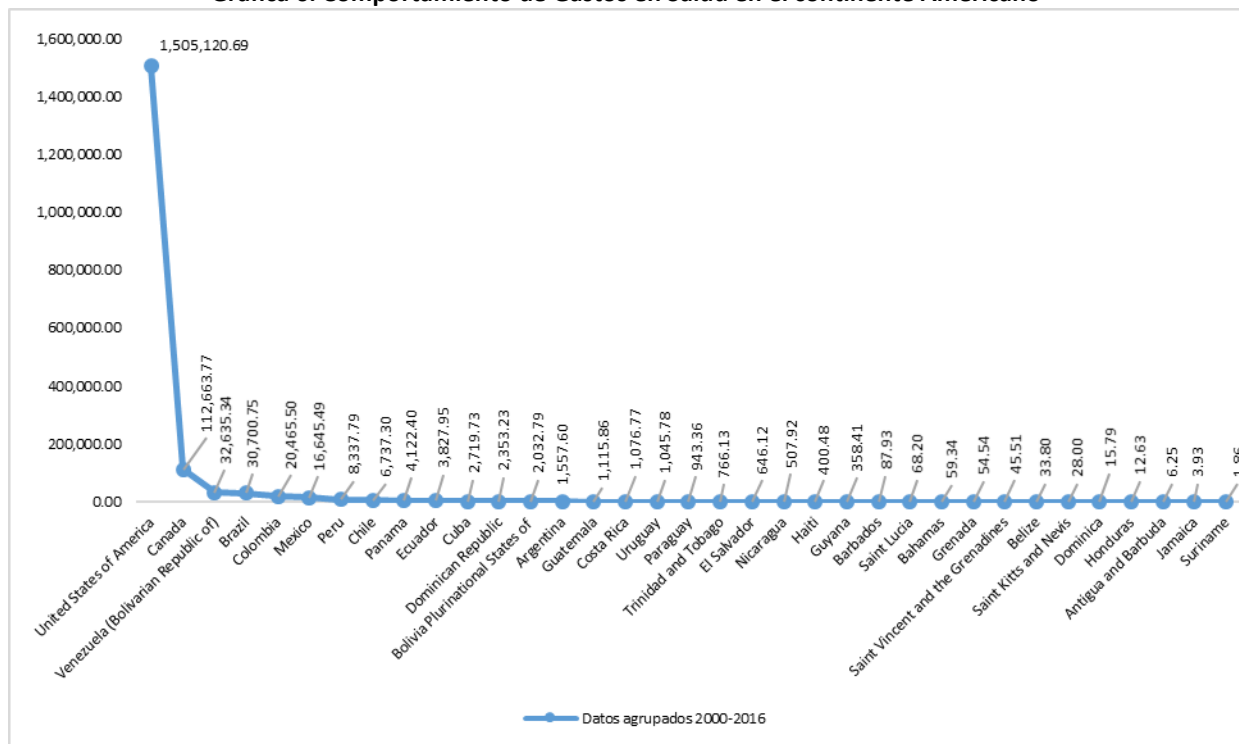
**Gráfica 5. Tendencias del Gastos en Salud en el continente Americano**



Fuente: Elaboración propia con base a la información de la OMS (2018)

En este contexto, se estima que un 30% de la población no tiene acceso a la atención médica debido a impedimentos económicos, mientras que otro 21% no lo tiene debido a las barreras geográficas (OPS, 2019).

Gráfica 6. Comportamiento de Gastos en Salud en el continente Americano



Fuente: Elaboración propia con base a la información de la OMS (2018)

### 3. SISTEMAS DE SALUD REGION LATINOAMERICA

#### 3.1. Situación del sector en Latinoamérica

De acuerdo con el documento CD53/5<sup>3</sup> del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017), la salud es un derecho inclusivo y equitativo, que además debe ser universal, por lo cual es fundamental el diseño e implementación de políticas públicas que garanticen la integración total de acceso y cobertura.

Durante los años 2013 y 2014, de acuerdo con la información de la OMS (2018), en la región de las Américas, se hubieran podido evitar 1,200,000 muertes si la población utilizara los servicios preventivos de salud una vez al año. Por ello, los gobiernos de cada país tienen una función importante en el manejo del crecimiento económico, pues deben integrar el acceso y la cobertura de los servicios de salud, lo cual implica muchas tareas pendientes: la creación de empleos formales que generen espacios físicos adecuados para la atención, ya que las unidades de salud tienen escasa capacidad resolutoria y no responden al crecimiento de la población.

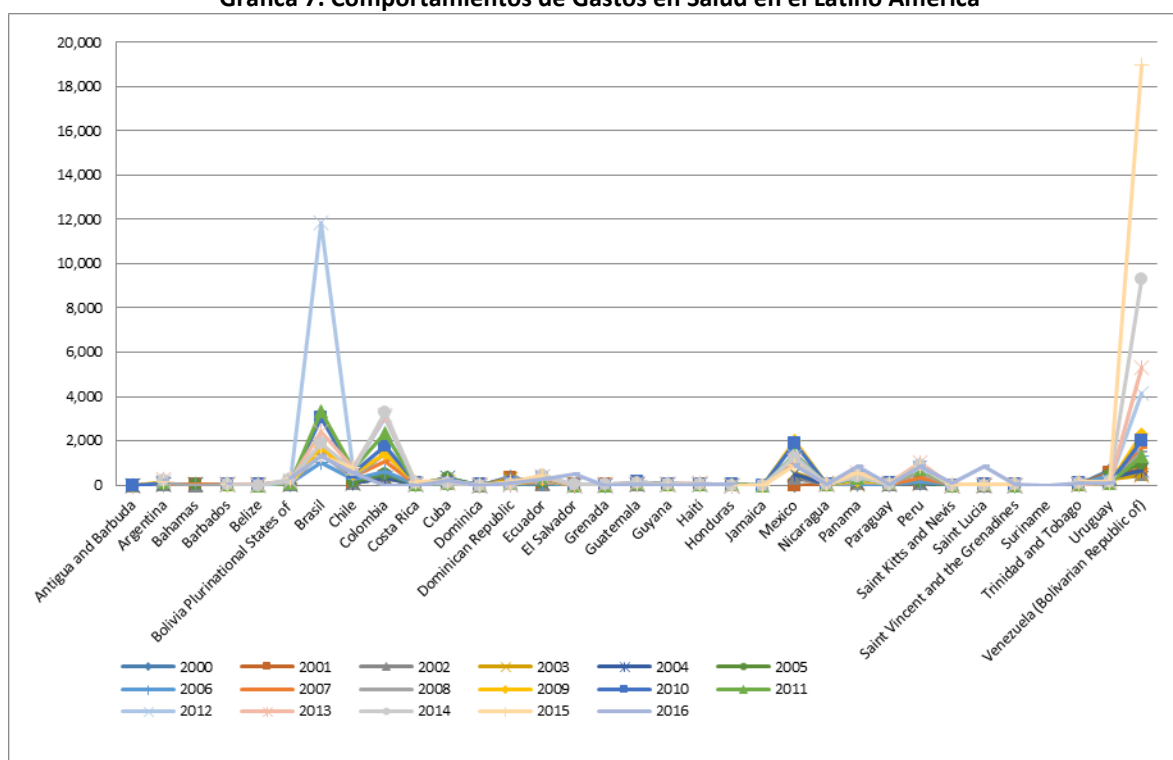
Es importante señalar que la mala aplicación de los recursos es un problema para que los sistemas de salud puedan avanzar y la población cuente con una cobertura universal; muchas veces sucede que, aunque el financiamiento sea adecuado, su aplicación es ineficiente. Según la OPS (2017), en 2011, el Gasto Público en Salud en América Latina y el Caribe medido con el PIB, sólo alcanzaba un 4%, porcentaje inferior al de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE 2016, 10-13).

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C.; del 29 de septiembre al 6 de octubre del 2014 (CD53/5 Rev. 2).

Por este motivo, el GS entre 2010 y 2015 en la región de las Américas aumentó, aunque a un ritmo lento, y no permitiendo llegar a la meta del 6% del PIB, por lo que los gastos de los bolsillos de los ciudadanos bajaron, pero no lo suficiente. Esto implica que, no porque haya periodos de crecimiento económico y el GS haya subido un 10.6%, por lo cual, en el 2017, por ejemplo, los impuestos financiaron el 55% del total del GS, pero el 38% provino de los hogares y el 5% de seguros médicos privados (OPS, 2017).

De manera que, sólo un 6% del PIB representa una estrategia de salud universal; Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos y Uruguay sobrepasan ese porcentaje, mientras que Colombia, Nicaragua y Panamá están apenas por encima del 5%. El gasto público en salud (GPS), como se muestra en la Figura 8, denota variaciones y asimetrías de correlación en el gasto per cápita en salud en Latinoamérica, donde se exhibe, por ejemplo, que Venezuela, entre 2012 y 2015, tuvo un incremento del 50.65% en GS; en ese mismo sentido, Colombia tuvo un incremento en la inversión del 28.73% en salud en 2011, pero en 2014 decreció a 19.09%; en México, el presupuesto pasó del 27.76% en 2005 al 4.07% en 2015 (OPS, 2017).

**Gráfica 7. Comportamientos de Gastos en Salud en el Latino América**



Fuente: Elaboración propia con base a la información de la OMS (2018)

## 4. SISTEMAS DE SALUD TERRITORIO MEXICANO

### 4.1. Situación del sector salud en México

De acuerdo con la OCDE (2016, 10-13), la introducción del sistema de seguro universal de salud, llamado Seguro Popular (SP) ha financiado al sistema público de salud, mejorando su desempeño en algunos indicadores, como es el caso de la afiliación de las personas que no contaban con ningún tipo de atención médica, disminuyendo de 3.3% a 0.8% el gasto de bolsillo de los asegurados, así como reduciendo la mortalidad infantil en un 38% (de 2000 a 2013). Así mismo la OCD nos describe que se mantienen fallas en las tasas de supervivencia, dado que el 32% de la población mexicana adulta mantiene un grado de



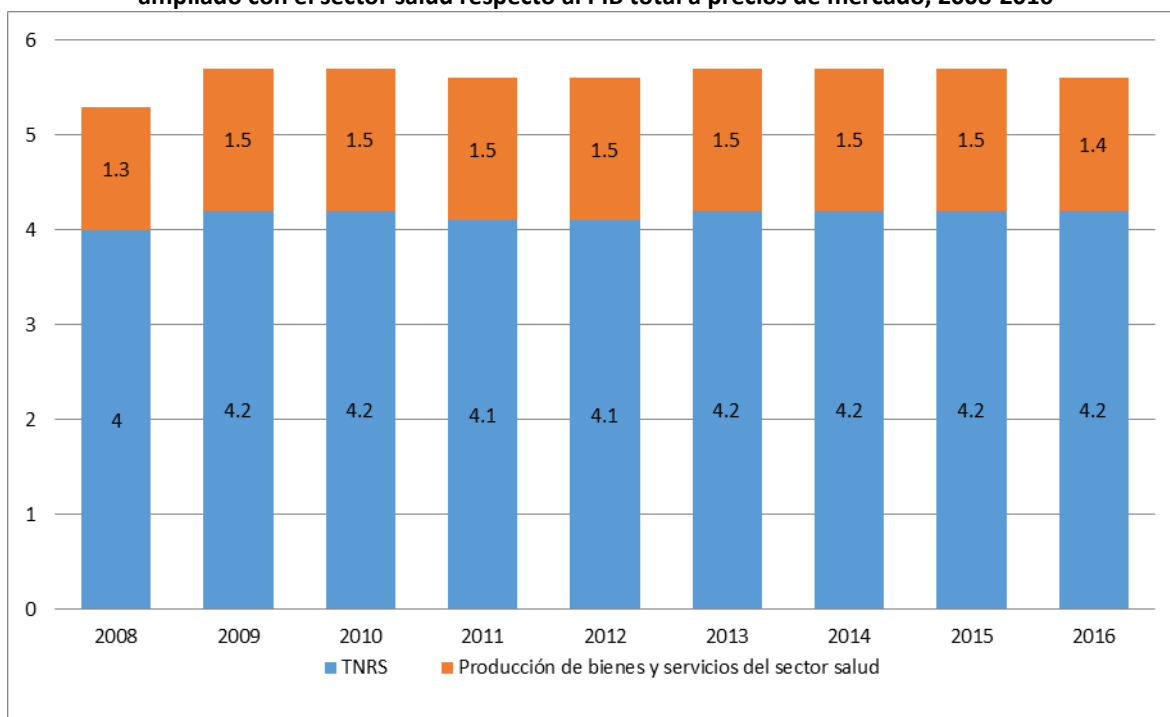
obesidad, siendo México el segundo lugar con mayor sobrepeso –y teniendo, dentro de su población, a una de cada seis personas con Diabetes.

Se puede decir que la inversión en México en los sistemas de salud ha aumentado de 2.4% a 3.2% con base en el PIB, esto durante el periodo 2003-2013; sin embargo, estas cifras no son un indicativo del mejoramiento de la salud, a pesar de que el esquema sanitario estaba asegurado por el Seguro Popular, dando cobertura a 50 millones de mexicanos y haciendo que el gasto disminuyera del 3.3% al 0.8%. Pero a pesar de todo esto la población mexicana, en su mayoría, es joven, enfrenta necesidades de salud serias, dado que, durante los años 2000 y 2013 (OCDE, 2016), la EVN se mantuvo entre 73.8 a 74.6 años (1.3 años de incremento), siendo muy bajo en comparación con los demás países, que oscilan entre 77.1 y 80.4 años.

Existe una diferencia nodal entre el sector público y el privado, la cual radica en que el servicio público se brinda a los trabajadores con seguridad social formal activos, pensionados o jubilados de empresas, así como empleados del estado, mientras que el Servicio de Salud Privada (SSP) otorga los servicios a través del SP de la población afiliada y los servicios de consultorios y clínicas particulares que ofrecen los servicios sanitarios mediante un cobro monetario, mismo que es cubierto por las personas con capacidad de pago.

En este contexto, el GS está compuesto por bienes y servicios que son generados por las actividades de prevención, curación y mantenimiento de la salud humana, por lo que, de acuerdo con la información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018), para obtener el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA)<sup>4</sup>, se tuvo que agregar la valoración del trabajo no remunerado que los hogares destinan a la salud (TNRS), de manera que el porcentaje de participación del PIBA en el sector salud ha fluctuado desde 5.3% a 5.7% entre 2008 y 2016 (véase gráfica 8).

**Gráfica 8. Cuenta satélite del sector salud de México, mostrando los porcentajes de participación del PIB ampliado con el sector salud respecto al PIB total a precios de mercado, 2008-2016**



Fuente: INEGI (2018).

<sup>4</sup> El PIB ampliado agrega al valor de la producción de bienes y servicios finales del sector salud el valor del trabajo no remunerado de los hogares, que destinan a las actividades de prevención, curación y mantenimiento de la salud.

En consecuencia, la SS (2018) muestra que las cuentas de gasto en salud por entidad federativa entre 2000 y 2016, los 10 estados con mayor GS fueron: Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Veracruz, Nuevo León, Guanajuato, Puebla, Chihuahua, Tamaulipas y Sonora, mientras que Michoacán ocupó el lugar 13° del ranking nacional (véase tabla 2).

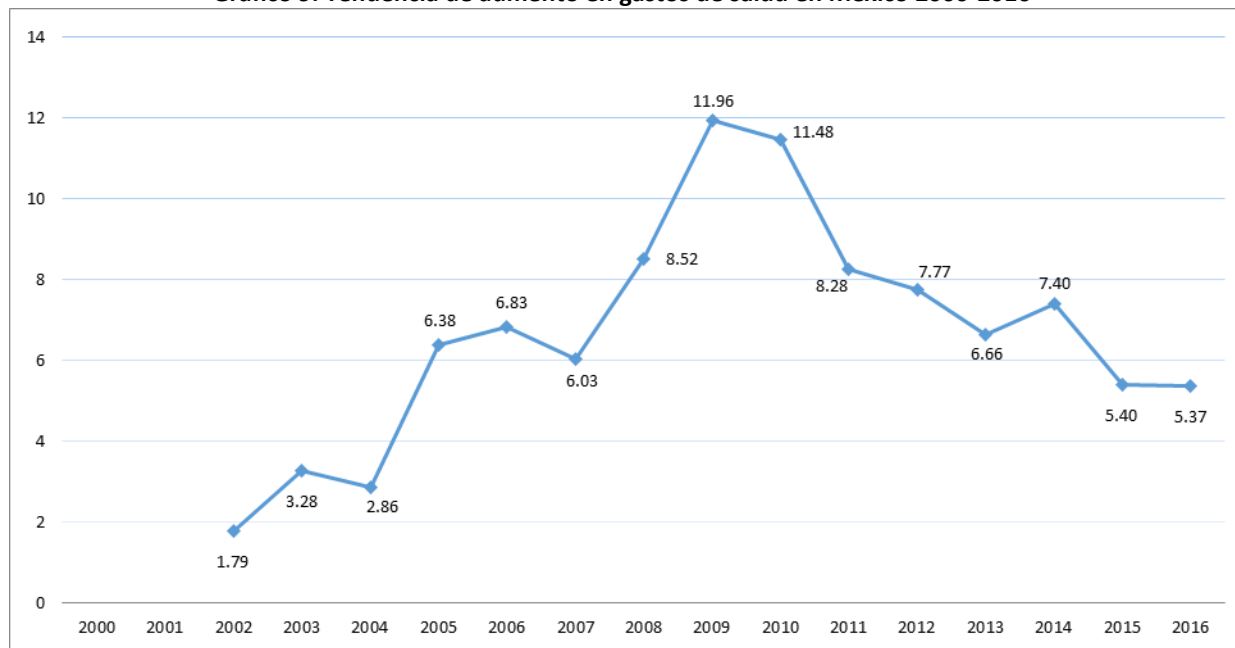
**Tabla 2**  
**Comparativo del Gasto en salud y el PIB acumulado 2000-2016**

No.	Entidad	Gasto total en salud	PIB total acumulado
1	Distrito Federal	1,261,590,264.53	7,916,742.65
2	Estado de México	592,107,626.33	13,519,625.36
3	Jalisco	346,670,878.50	3,610,230.43
4	Veracruz	314,291,394.54	1,742,075.89
5	Nuevo León	293,483,269.91	2,102,441.38
6	Guanajuato	214,961,647.48	2,711,790.00
7	Puebla	199,479,147.30	3,426,722.99
8	Chihuahua	180,585,825.98	3,846,648.94
9	Tamaulipas	177,776,887.17	6,914,751.66
10	Sonora	165,103,102.01	4,537,105.18
11	Baja California	162,641,806.90	2,496,756.09
12	Chiapas	161,434,239.12	1,331,557.75
13	Michoacán	146,073,884.14	16,680,247.06
14	Coahuila	143,805,746.60	10,991,019.20
15	Oaxaca	139,968,132.90	13,808,995.44
16	Tabasco	135,879,922.51	6,411,454.23
17	Sinaloa	132,196,737.60	3,949,632.23
18	Guerrero	127,365,019.76	7,241,761.29
19	Yucatán	112,668,114.12	9,668,023.50
20	San Luis Potosí	104,737,354.67	2,885,580.84
21	Hidalgo	99,268,605.86	2,942,477.24
22	Durango	80,484,353.26	33,046,817.13
23	Morelos	80,297,569.40	4,632,448.83
24	Querétaro	77,233,035.08	6,488,721.77
25	Quintana Roo	65,641,865.51	4,030,267.90
26	Aguascalientes	64,546,574.69	192,711,026.65
27	Zacatecas	61,582,729.75	2,733,166.73
28	Campeche	55,419,454.23	2,470,195.92
29	Nayarit	51,765,089.43	2,353,031.02
30	Tlaxcala	48,440,632.12	6,070,530.69
31	Baja California Sur	45,774,180.59	6,012,406.36
32	Colima	40,442,657.68	6,699,521.67

Fuente: Elaboración propia con base a la información de la SSM (2018).

Por otra parte, México no registró, en los años 2000 y 2001, las tendencias en el aumento del GS, no brindó información al BM ni a la OMS sobre dichos gastos. En el gráfico 9, se muestran las variaciones del GS durante el periodo del 2000 a 2016, considerando que en 2002 sólo hubo un crecimiento del 1.79%, en comparación con 2009, que alcanzó una ampliación de 11.96%; 2016, por otro lado, cerró con un GS menor a 6.59%.

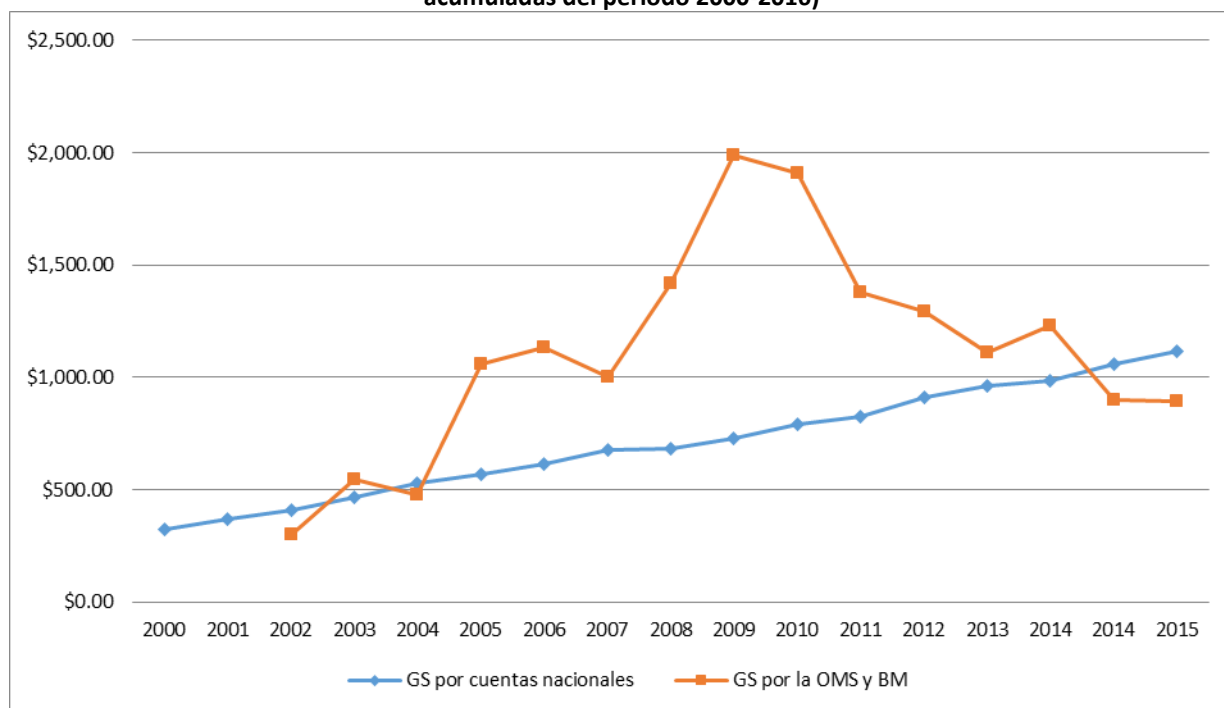
**Gráfico 9. Tendencia de aumento en gastos de salud en México 2000-2016**



Fuente: Elaboración propia con base a la información de la OMS (2018).

Los datos que presentan, tanto la OMS como el BM, así como las cuentas nacionales de la SSF, no muestran una correlación sólida, por lo que se presume que se han omitido cifras y los GS presentados a nivel mundial podrían tener variaciones en miles de millones de dólares (véase gráfica 10).

**Grafico 10. Relación del gasto en salud mundial con las cuentas de gastos en salud en México (cifras acumuladas del periodo 2000-2016)**



Fuente: Elaboración propia con base a la información de la OMS (2018), SSF (2018) e INEGI (2018).

## 5. SISTEMAS DE SALUD DEL ESTADO DE MICHOACÁN

### 5.1. Situación de los servicios de salud en Michoacán

En lo que respecta a la información de la SSF (2018) en la tabla 3 se expone que el GST en Michoacán presenta un egreso de \$176,862,509.42 millones de pesos (mdp) proveniente de dos fuentes de financiamiento: público y privado, donde la composición del GTS estimada por la SS durante el periodo comprendido de 2000 a 2016, destinaba un 90.15% al gasto público y un 9.84% al gasto privado, lo que implica un desembolso para los michoacanos.

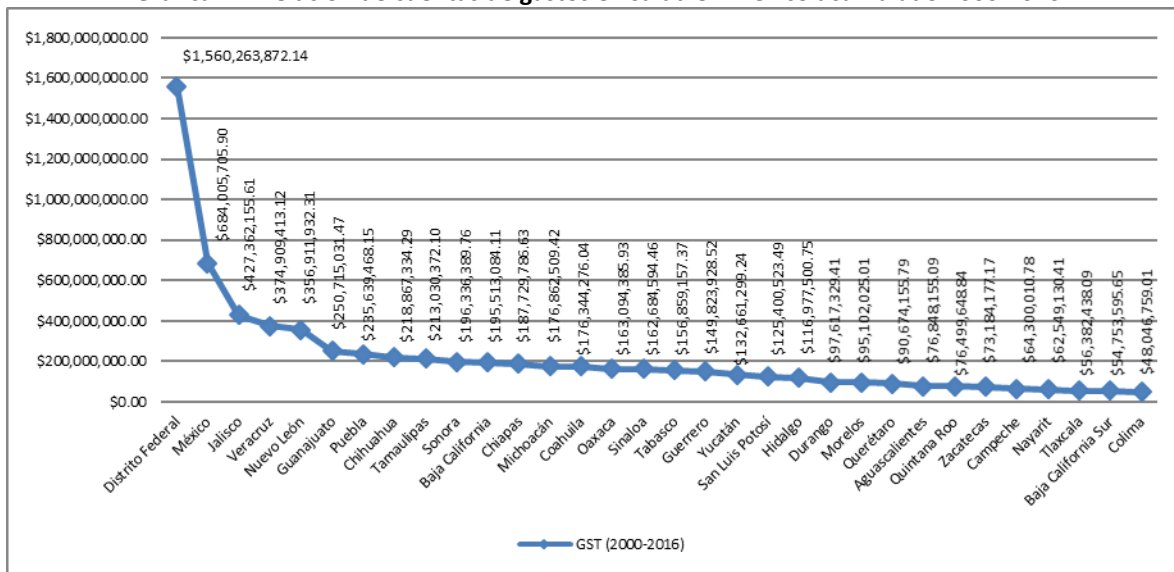
**Tabla. 3**

Gasto total en salud acumulado 2000-2016 de Michoacán	GTS
Gasto estatal	3,275,910.89
Gasto federal ramo12	41,682,887.24
Gasto federal ramo33	32,093,492.02
Gasto federal total	81,780,471.70
Gasto IMSS	62,283,921.33
Gasto ISSSTE	16,406,861.64
Gasto PEMEX	929,616.32
Gasto privado en salud	12,185,727.54
Gasto público en salud	164,676,781.88
Gasto total en salud	415,315,670.56

**Fuente: Elaboración propia, con base a la información de la SSF (2018) e INEGI (2018).**

En ese sentido, el GS del estado de Michoacán ha sufrido diferentes variaciones desde el año 2000, que representó el 1.89% del GTS, obteniendo un aumento considerable del 7.99% en el 2002, para posteriormente tener una caída de 5.27% en 2003. En 2003 y 2004, se mantuvo una tasa del 3.27% al 3.89%, para posteriormente tener aumentos consecutivos de 4.83% en 2005 y 10.11% al final del año 2016.

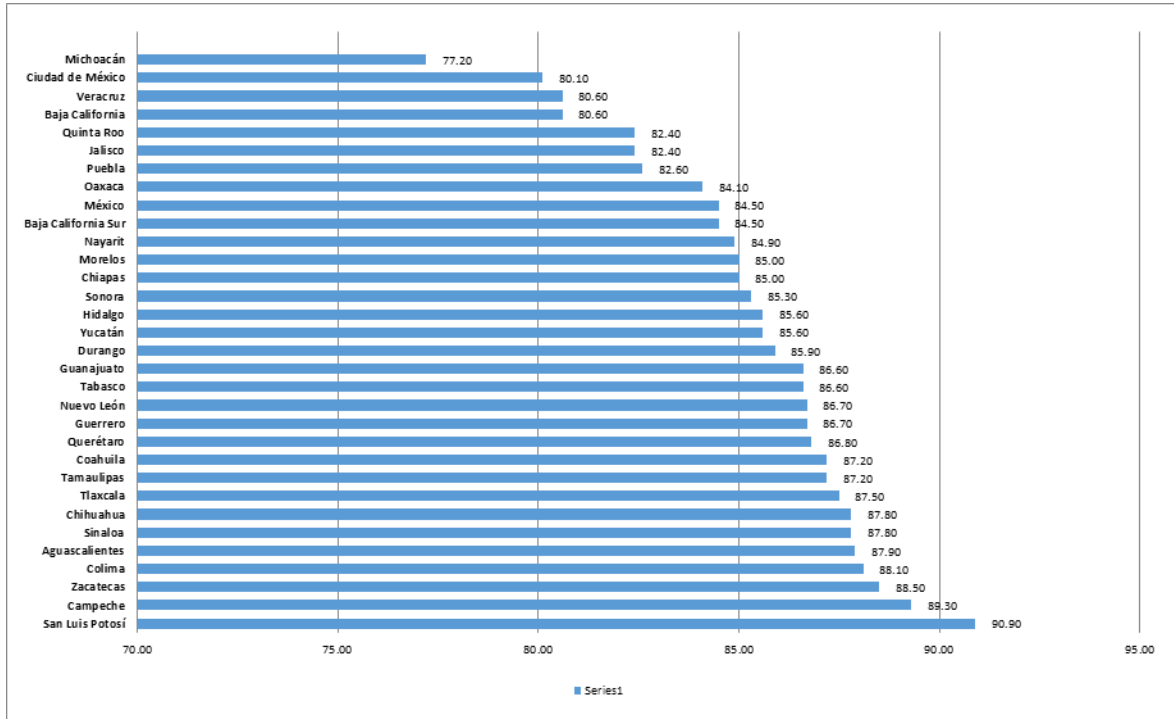
**Gráfica 11. Relación de cuentas de gastos en salud en México acumulado 2000-2016**



**Fuente: Elaboración propia con base a la información de la SSF (2018) e INEGI (2019).**

Esto ubica a nuestra entidad en el lugar 13º entre los estados con más GST, con el 2.50% (véase gráfica 11), teniendo una menor aplicación en el gasto público destinado a la atención, y de acuerdo a la información de INEGI (2019), Michoacán se ubica en el último lugar en el acceso a la salud, como se muestra en la gráfica 12, con un 77.20%, muy por debajo de la media nacional, que fue de 85.37%.

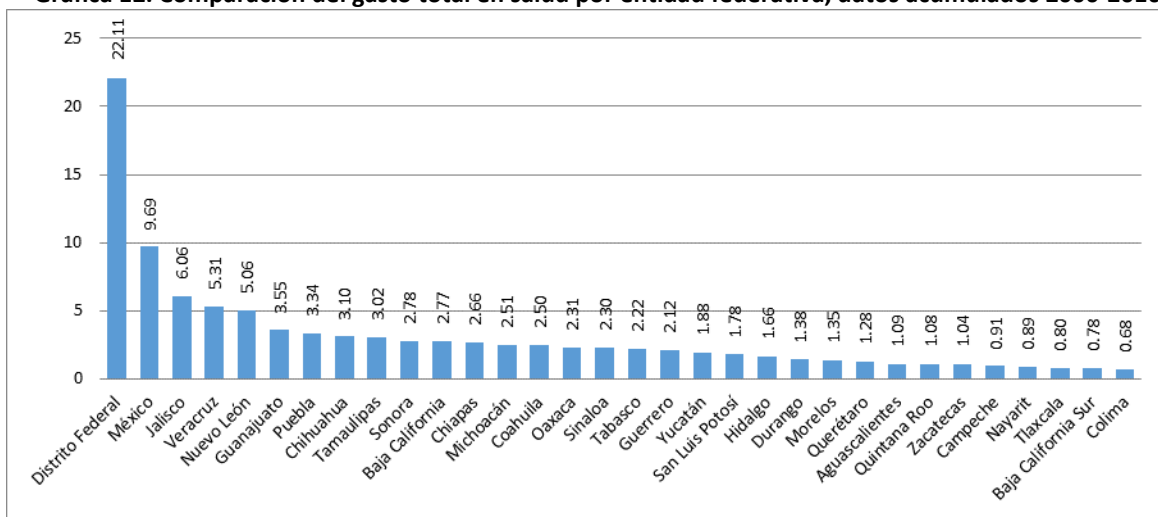
**Gráfica 11. Acceso a los servicios de salud en México 2016**



Fuente: Elaboración a partir de la información de INEGI (2019),

Esto se debe, quizás, al menor ritmo de crecimiento económico dentro del PIB estatal (véase gráfica 12), donde se muestra que el GST en un 2.51% muy bajo en el período 2000-2016, en comparación con los estados cercanos: Jalisco presenta un GS del 6.06%; el Estado de México, 9.69%; Guanajuato, 3.55%; y Guerrero, 2.12%.

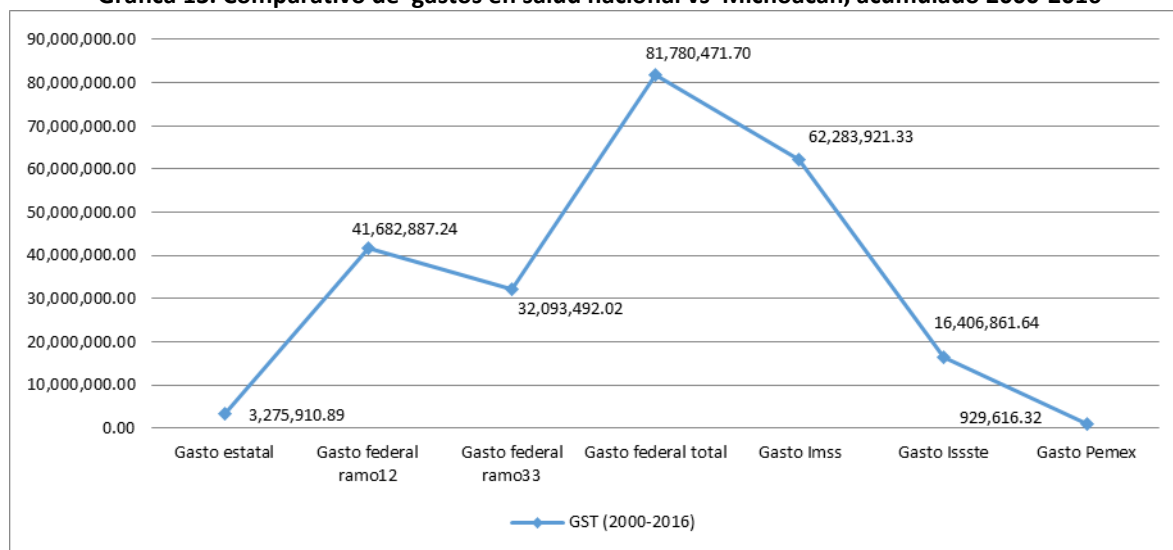
**Gráfica 12. Comparación del gasto total en salud por entidad federativa, datos acumulados 2000-2016**



Fuente: Elaboración propia con base a la información de la SSM (2018) e INEGI (2018).

Esto llevó a Michoacán a un bajo ritmo de crecimiento del gasto dentro de las instituciones médicas, en cambio, el que más aportó en el GST fue el IMSS, con \$62,283,921.33 mmd, mientras que los ramos 12 y 33 fueron de \$81,780,471.70 mmd, dentro de los cuales se incluyen las actividades de la Secretaría de Salud con el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA); por su parte, el ISSSTE desembolsó \$16,406,861.64 mmd, mientras que Pemex solo consumió \$929,616.32 mmd (Figura 17).

**Gráfica 13. Comparativo de gastos en salud nacional vs Michoacán, acumulado 2000-2016**



Fuente: Elaboración propia con base a la información de la SSM (2018) e INEGI (2018).

## Conclusiones

De acuerdo con el análisis del diagnóstico, se concluye que se han tenido avances en el crecimiento económico pero logros nulos en la salud, principalmente debido a la pobreza y la inequidad, en este sentido, a finales de 2009 y principios de 2010, se tuvo un retroceso en el acceso a la salud, debido a que un 30% de la población no tiene acceso a la atención médica, a casusa de impedimentos económicos, en razón de que el 29% vive por debajo del umbral de pobreza y un 40% más no percibe un presupuesto en salarios, mientras que el otro 21% no lo tiene debido a las barreras geográficas.

Estas cifras contrastan los gastos en salud, en virtud de que, a nivel internacional el GS destinado a la atención médica de población sin seguridad social alcanzo una cifra \$92,692 mmd en el 2000 a \$250,038 mmd para el 2016, esta tendencia es similar en el continente Americano, aunque con un ritmo lento no alcanzando a llegar al 6% del PIB, de manera que en los sistemas de salud se tuvieron un incremento del 2.4% al 3.2% con base al PIB.<sup>5</sup>

Sin embargo, estas cifras no son un indicativo del mejoramiento de la salud, a causa de que en Michoacán presenta un GST de \$176,862,509.42, proveniente de dos fuentes de financiamiento el público y privado, destinando un 90.15% al gasto público y un 9.84% al gasto privado, esto ubica a la entidad en el lugar 13º entre los estados con más GST, con el 2.50%, destinado a la atención, pero quedando en el último lugar en el acceso a la salud, con un 77.20%, muy por debajo de la media nacional, que fue de 85.37%.

Se concluye que la distribución del gasto es fundamental para garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad, considerando que los altos costos sociales que esto representa, dado que, la mayoría de las

<sup>5</sup> Periodo 2003-2013

personas no acceden a la atención médica debido a las barreras económicas, geográficas, culturales, etc., los cuales deterioran la salud, lo que implica el aumento de los gastos y la pérdida de ingresos, debido principalmente a que grupos más vulnerables se encuentran en pobreza y pobreza extrema, y son más susceptibles a las enfermedades, generando desigualdades y desequilibrios regionales en el desarrollo humano.

## Referencias

**Banco Mundial.** Base de datos de gastos en salud mundial. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/tema/salud?display=graph--%3E&locations=VE> (consultada el 30 de noviembre 2018).

**BM.** Banco Mundial. Datos. Gastos en salud-% PIB. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?end=2014&locations=CN&start=2014&view=chart> (consultada el 31 marzo 2019).

**BM y OMS.** Banco Mundial y OMS. Centro de prensa. La mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses> (consultada el 18 marzo 2019).

**CEPAL** (2005) Indicadores de desempeño en el sector público. República Dominicana: Organización de las Naciones Unidas.

**Comisión Económica para América Latina y el Caribe** (2005) Indicadores de desempeño en el sector público. República Dominicana: Organización de las Naciones Unidas.

**Gottret, P., & Schieber, G.** (2007) Estudio del financiamiento de la salud una guía para especialistas (1st ed.). Bogotá (Colombia): Banco Mundial.

**Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.** Estadísticas de mortalidad. Disponible en [www.inegi.org](http://www.inegi.org) (consultada el 20 de mayo 2017).

**Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.** Población Asegurada. Disponible en [www.inegi.org](http://www.inegi.org) (consultada el 20 de mayo 2017).

**Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.** Producto Interno Bruto 2015. Disponible en [www.inegi.org](http://www.inegi.org) (consultada el 20 de mayo 2017).

**OCDE** (2016) Estudios sobre los sistemas de salud: México. Resumen ejecutivo, diagnóstico y recomendaciones.

**OMS,** (2015) Base de datos de gastos de salud en Latinoamérica. Disponible en <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (consultada el 30 noviembre 2018).

**OPS,** (2017) Financiamiento de la Salud en las Américas. Disponible en [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=290&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=290&lang=es) (consultado el 30 noviembre, 2018).

**OPS**, (2019) Financiamiento de la Salud en las Américas. Disponible en [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=290&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=290&lang=es) (consultada el 31 de marzo 2019).

**Organización Mundial de la Salud [OMS]** 2019. Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses> (consultada el 20 febrero 2019)

**Organización Mundial de la Salud**, (2013) Organización Panamericana de la Salud. Informe Regional sobre el desarrollo sostenible y la salud en las Américas. Washington D.C. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3189/informe-reg-des-sostenible.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consultada el 20 marzo 2018).

**Organización Panamericana de la Salud [OPS]**, 2017. Salud en las América. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.:

**Secretaría de Salud Federal [SSF]**, (2018) Cuentas Nacionales en Salud. Gastos en Salud Nacional. Disponible en <http://pwidgis03.salud.gob.mx/cubos/sicuentas/cuentas.htm> (consultada el 18 junio 2018)

**Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHCP]**, (2018) Aportaciones federales, ramo 33. Disponible en <http://hacienda.gob.mx/ApartadosHaciendaParaTodos/aportaciones/33/aportaciones.html> (consultada el 01 diciembre 2018).

**Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHCP]**, (2018) Ramo 12. Salud. Disponible en <https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2018/ramo12> (consultada el 01 diciembre 2018).