

COVID 19, limitaciones y retos del Sistema Público de Salud. El caso mexicano

COVID-19, limitations and challenges of the Public Health System. The mexican case

ENRIQUE VALENCIA LOMELÍ

Profesor-investigador de la Universidad de Guadalajara (México) y participante en el Grupo de Trabajo Pobreza y Políticas Sociales del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Guadalajara – México
enrivalo@gmail.com
orcid.org/0000-0001-6895-5928

RESUMEN

Este artículo se enfoca en el sistema público de salud en México en el contexto previo a la pandemia COVID-19. El objetivo es profundizar en algunas limitaciones estructurales de este sistema, a partir de una metodología histórica y comparativa, con un enfoque de universalidad, derecho a la salud y compromiso fiscal del Estado. Compara aspectos básicos del sistema público de salud con los de países de renta alta, agrupados en la OCDE. Ubica brechas estructurales del sistema público de salud en México. Concluye que las condiciones estructurales de este sistema, previas a la pandemia, fueron de cobertura incompleta, segmentación, desigualdad y fuerte jerarquización en conjuntos heterogéneos de servicios, debilidad financiera con un compromiso fiscal bajo y restricciones en recursos humanos e infraestructura, con fuertes brechas fiscales e institucionales con los países de renta elevada.

Palabras clave: Pandemia, Salud, Universalidad, Derechos, Gasto en Salud.

ABSTRACT

This article focuses on the public health system in Mexico in the context preceding the COVID-19 pandemic. The objective is to explore into some of the structural limitations of this system, based on a historical and comparative methodology, with a focus on universality, the right to health and the State's fiscal commitment. It compares basic aspects of the public health system with those of high-income countries, grouped in the OECD. It detects structural gaps in the public health system in Mexico. It concludes that the structural conditions of this system, prior to the pandemic, were incomplete coverage, segmentation, inequality, and a strong hierarchy in heterogeneous sets of services, financial weakness with a low fiscal commitment, and restrictions on human resources and infrastructure, with strong fiscal and institutional gaps with high-income countries.

Keywords: Pandemic, Health, Universality, Rights, Health Expenditure



<http://dx.doi.org/10.51861/ded.dmvtrt.1.226>

Recebido em: 27 de novembro de 2022. Aprovado em: 13 de dezembro de 2022.

INTRODUCCIÓN

COVID-19 ha tenido impactos severos en la salud en México. Un símbolo de esta situación es el exceso de mortalidad en 2020 en México, el más elevado en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE): este exceso de mortalidad fue de 52%, frente al promedio de 11% en esta organización. (OECD, 2021). Este complejo escenario nos lleva a profundizar en las limitaciones históricas y estructurales del sistema de salud.

En este texto¹ nos situaremos en el contexto previo a la pandemia, para señalar algunas limitaciones relevantes del sistema público de salud en México. Es imprescindible una mirada histórica y comparativa que permita profundizar en algunas limitaciones (vulnerabilidades) estructurales; es el objetivo de este trabajo². Nos situaremos entre las dos y tres décadas previas a la pandemia, de acuerdo a la disponibilidad de información estadística³. Nos centraremos en el sistema público de salud y sus segmentos, y en un enfoque comparativo con los países que componen la OCDE (en general países de renta alta), para analizar las brechas estructurales del sistema público de salud en México y hacer un balance de la preparación sistémica de México ante la pandemia COVID-19.

El enfoque transversal de este balance histórico del sistema público de salud reunirá la universalidad (conjunción de cobertura generalizada, servicios equivalentes e igualdad de estatus), el derecho a la salud y el compromiso fiscal asumido por coaliciones articuladas en el régimen de bienestar (BARBA et al., 2020; BÉLAND; MARCHILDON & PRINCE, 2020. BUDOWSKI & KÜNZLER, 2020; SÁNCHEZ ANCOECHEA & MARTÍNEZ FRANZONI, 2015), además de las brechas estructurales (GAUDIN & PAREYÓN, 2020) con países de renta alta.

Sistema Público de Salud: segmentado (desarticulado)

Una característica que sobresale en el sistema de salud público pre-pandémico (1992-2018) es su segmentación; a fin de cuentas, la desarticulación en un no-sistema, situación que limita la garantía del derecho a la salud. En estudios históricos comparativos, el sistema de salud mexicano es caracterizado como “Muy segmentado sin coordinación”, con la actuación de tres subsectores (seguros sociales, asistencia social pública y seguros privados) (MESA LAGO, 2005, p. 147); los segmentos

1 La versión inicial de este trabajo fue presentada en la Conferencia Internacional CLACSO 2022, en el Panel “Vulnerabilidad y Políticas de Inclusión Social”, desarrollado en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, el 7 de junio de 2022. Agradezco el apoyo de Máximo Ernesto Jaramillo Molina para la elaboración de las series presentadas en este artículo a partir de ENIGH.

2 Por cuestiones de espacio y de delimitación del objeto de estudio, no se incluyen en este trabajo discusiones relevantes acerca del sistema de salud en México y su vinculación con las transiciones demográfica y epidemiológica.

3 Cuando utilizemos las Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares, en general nos centraremos en el periodo 1992-2018; y con las bases de datos del Banco Mundial y de la OCDE, en el periodo 2000-2019. Con la excepción de la esperanza de vida, para la cual nos situaremos en una perspectiva más larga, de medio siglo.

públicos de este sistema son múltiples y han actuado en general sin coordinación institucional (o con muy débil coordinación). Efectivamente, en Valencia (2013, p. 174-175) se muestra la existencia de al menos once seguros o paquetes públicos de atención a la salud; esta fragmentación tiene raíces históricas profundas y favorece la provisión de servicios diversos en calidad y cobertura médica. La alta segmentación ha sido la base institucional de diversas ciudadanía social estratificadas con respecto al derecho a la salud. (BARBA, 2021). La problemática es cómo puede un sistema desarticulado enfrentar de manera eficiente los principales riesgos de salud de la población.

Debe tomarse en cuenta que la seguridad social en México incluía, hasta antes de las reformas pensionarias de los años 90, un amplio conjunto de protecciones relativas a pensiones, salud, riesgos de trabajo e invalidez, guarderías y vivienda; aquí nos limitaremos al campo de la salud. Con la fundación de la institución central de seguridad social en 1943, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se generó y desarrolló gradualmente el polo más comprehensivo en salud pública⁴, con la cobertura más amplia de servicios de atención de primer, segundo y tercer niveles. El enfoque original de la seguridad social fue de carácter bismarckiano, incorporación obligatoria de los trabajadores asalariados con contrato de trabajo; hubo pretensiones de incluir paulatinamente a toda la clase trabajadora y a fin de cuentas toda la población, sin embargo, se trató de proyectos no realizados institucionalmente⁵. Este polo fue conviviendo con un sector de asistencia pública, que incluía servicios mínimos. (BARBA, 2021; BARBA & VALENCIA LOMELÍ, 2013). Se construyó así un sistema público de salud segmentado desde el origen, que ha ido transitando por diversas reformas o debates sobre posibles transformaciones que se señalan a continuación.

En primer lugar, la histórica seguridad social experimentó una reforma profunda especialmente en las pensiones (también fuertemente segmentadas) que, a partir del cambio en el IMSS en 1995, paulatinamente fueron transitando de un esquema público, solidario y de beneficios definidos a otro de cuentas individuales administradas por instituciones financieras privadas y de contribución definida. (MESA LAGO, 2022; ORDÓÑEZ & RAMÍREZ, 2018; RAMÍREZ; NAVA & BADILLO, 2018; VALENCIA LOMELÍ, 2019). Esta reforma debilitó financieramente al IMSS, al

4 Después de la formación del IMSS, fueron surgiendo otras instituciones de seguridad social, las principales entre ellas el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1960 y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) en 1976.

5 En las discusiones de la Ley de 1943, sus promotores aducían esta pretensión generalizadora a toda la clase trabajadora (FARFÁN MENDOZA, 2009, p. 198); el mismo presidente Manuel Ávila Camacho (1940-1946), impulsor de esta Ley, anunciaba el propósito de que en el futuro la seguridad social abarcara a todos los mexicanos (VALENCIA LOMELÍ, 2019, p. 206). La reforma constitucional del apartado referido al seguro social (Artículo 123, fracción XXIX) en 1974 dice: "Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares" (DÁVALOS, 2016, p. 147); señalaba así una amplia cobertura de la seguridad social, más allá de sólo los asalariados.

retirarle la administración de los fondos de pensiones y mantenerle el compromiso de las pensiones de las generaciones de trabajadores amparados con la anterior Ley. Había pretensiones de la coalición de promotores de reformas de mercado, proyectos específicos, de privatizar también el apartado de salud de la seguridad social, sin embargo, el presidente Ernesto Zedillo (1994-2000) prefirió concentrarse en la reforma pensionaria del IMSS y amplió las posibilidades de subrogación de servicios de salud al sector privado. (VALENCIA LOMELÍ, 2013)⁶. Así, en un intenso periodo de reformas económicas y sociales, se mantuvo fundamentalmente la estructuración del sistema público de salud con un exhaustivo pilar de cobertura médica en la seguridad social.

En segundo lugar, las limitaciones en la cobertura de la seguridad social (como se detallarán más adelante) y las debilidades del pilar de la asistencia pública en salud favorecieron la reforma de salud de 2003, con la creación de un segmento institucional, el Seguro Popular (en el marco de un Sistema de Protección Social en Salud) cobijado en una nueva Ley General de Salud, de afiliación voluntaria y dirigido especialmente a los excluidos de la seguridad social. (BARBA, 2021; FLAMAND & MORENO-JAIMES, 2015; LAURELL, 2013; VALENCIA LOMELÍ, 2013). La pretensión de esta reforma era lograr la cobertura universal en la afiliación a seguros de salud, con este nuevo complemento en el sistema público de salud, el Seguro Popular (KNAUL et al, 2013), y reducir el gasto de bolsillo (FLAMAND & MORENO-JAIMES, 2015). La cobertura universal se refiere claramente en este caso a afiliación a un esquema de aseguramiento, al sumar los afiliados a la seguridad social y al nuevo Seguro Popular; no se trata de cobertura universal en el sentido de prestaciones médicas, porque este Seguro solamente permitía el acceso a un limitado conjunto de prestaciones médicas de primer y segundo nivel, además de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) con un pequeño paquete de servicios de tercer nivel y alto costo (BARBA, 2021; FLAMAND & MORENO-JAIMES, 2015); los servicios médicos se proveían fundamentalmente con la infraestructura pre-existente de la Secretaría de Salud (gobierno federal) y de los sistemas de salud de las entidades, además de acuerdos específicos con el sector privado, y no con infraestructura nueva creada *ex profeso*.

Debe notarse también que la organización del Sistema de Protección Social en Salud, al cual pertenecía el Seguro Popular, estaba segmentada e incluía otras iniciativas como el Seguro Médico para una Nueva Generación, para niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 (inicio del gobierno de Felipe Calderón, 2006-2012), la estrategia Embarazo Saludable (iniciada en agosto de 2008) y el ya mencionado FPGC; además este Sistema participaba desde el gobierno de Calderón en la operación del paquete de servicios de salud del llamado en aquella época programa Oportunidades y también en el programa Cirugía Extramuros. Incluía

⁶ Laurell (2013) presenta una síntesis de algunos cambios legales en el campo de la salud de los principales institutos de seguridad social, relacionados con las cotizaciones y la vinculación entre administración de los fondos y prestación de servicios.

este sistema una descentralización importante en el ejercicio del gasto de salud entre las entidades de la República (FLAMAND & MORENO-JAIMES, 2015; VALENCIA LOMELÍ; FOUST & TETREAUULT, 2012). Cada una de estas iniciativas tenía un paquete de servicios médicos diferenciado⁷, pero en resumen no modificaban sustancialmente la caracterización del Seguro Popular (y el Sistema de Protección Social en la Salud) como una nueva institucionalidad con acceso a un limitado conjunto de prestaciones médicas. Así, la segmentación del sistema público de salud se institucionalizó aún más con la reforma de 2003: se sumaron (sin articulación) los diferentes esquemas de seguridad social, de afiliación obligatoria y de financiamiento tripartito, con los diferentes esquemas de la protección social en salud, notablemente el Seguro Popular, de afiliación voluntaria y de financiamiento fundamentalmente público, aquellos con enfoque bismarckiano, el otro con enfoque de pluralismo estructurado⁸. (BARBA, 2021; LAURELL, 2013; VALENCIA LOMELÍ, 2013; VALENCIA LOMELÍ; FOUST & TETREAUULT, 2012). Entró en escena una nueva coalición tecno-sanitarista, que hegemonizó las transformaciones del sistema público de salud entre 2003 y 2018 y que cuestionó la centralidad del esquema de seguridad social impulsada por la coalición hegemónica de las políticas sociales de la sustitución de las importaciones (BARBA, 2021; BARBA & VALENCIA LOMELÍ, 2013; VALENCIA LOMELÍ, 2013, 2019).

Con el nuevo gobierno de Andrés Manuel López Obrador, que inició su periodo el 1 de diciembre de 2018, se generaron cambios institucionales relevantes en el sector salud. A finales de 2019 (14 de noviembre), se acordó el decreto de creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y desapareció formalmente la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de operar el Seguro Popular. Este nuevo Instituto comenzó operaciones el 1 de enero de 2020, pocas semanas antes del inicio de la pandemia COVID 19, y está dirigido a quienes no cuenten con seguridad social y residan en el territorio nacional. El objetivo del INSABI es la provisión de servicios de salud y medicamentos e insumos médicos de manera gratuita a los no derechohabientes de la seguridad social; se limita fundamentalmente a los servicios de primer y segundo nivel, y en los casos de atención en el tercer nivel elimina las cuotas de recuperación. (BARBA, 2021, p. 116-117). Este Instituto no requiere de afiliación ni pago de cuotas. (CONEVAL, 2021). De acuerdo a Barba (2021, p. 117) de la descentralización del anterior esquema se pasó a una “recentralización”. Las diferentes entidades deben hacer un convenio para incorporarse a los servicios garantizados por el INSABI; a lo largo de 2020 se fueron incorporando paulatinamente diversas entidades, sin embargo, seis de ellas

⁷ Puede verse en Flamand y Moreno-Jaimes, 2015, y en Valencia, Foust y Tetreault, 2012, una descripción de estos servicios.

⁸ Este enfoque, de los promotores del Seguro Popular, cuestiona la “universalidad clásica” (“todo para todos”) por insostenible; para ello propone evitar los extremos del “monopolio del sector público”, de la “atomización del sector privado” e incluir la competencia “estructurada”, la articulación de diversos segmentos y el equilibrio de fuerzas en el sistema de salud; postula, además de la ya existente seguridad social y los seguros privados, la necesidad de un paquete de “intervenciones esenciales” para todas las personas (FRENK et al., 1999, pp. 89-96).

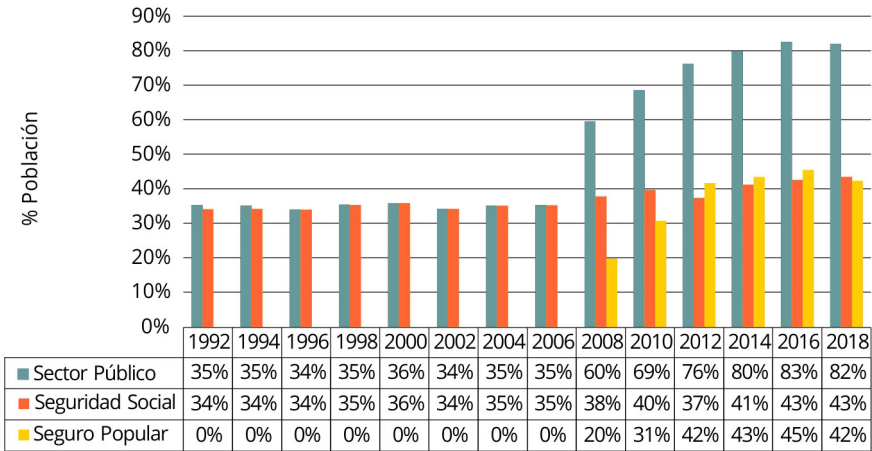
no habían firmado un convenio de carácter indefinido (CONEVAL, 2021). En este periodo de transición se aseguró a los afiliados en el Seguro Popular la vigencia de los derechos adquiridos. Entró así en escena la predominancia de una nueva coalición promotora de la universalidad y gratuidad, crítica de la presencia privada en el sistema público de salud (ver LAURELL, 2013; VALENCIA LOMELÍ, 2013).

No obstante, a fin de cuentas, con los cambios de 2019 e inicios de 2020, se mantiene la segmentación entre institutos de seguridad social y el nuevo instituto, dirigido fundamentalmente a las personas que laboran en la economía informal y sus familias. De esta manera, la pandemia COVID-19 se extendió cuando se daba una transición del Seguro Popular al INSABI y se instalaba un nuevo liderazgo en el sistema público de salud. El primer año de la pandemia, 2020, fue también el inicio de la transición hacia una nueva institucionalidad en el sistema público de salud en México.

Así, en síntesis, en el sistema público de salud en México tres proyectos de inclusión han contribuido en la trayectoria de la cobertura: los seguros sociales (desde 1943), un nuevo esquema de protección social -el Seguro Popular y adyacentes (desde 2003 hasta 2019)- y la reciente generación del INSABI a finales de 2019. Han sido tres proyectos de aseguramiento hacia cobertura amplia (seguros sociales) y tendencialmente universal (Seguro Popular e INSABI); tres proyectos que han sido sustentados por diversas coaliciones promotoras (BARBA, 2021; BARBA & VALENCIA LOMELÍ, 2013; VALENCIA LOMELÍ, 2013; 2019). ¿Cuál fue la trayectoria de esquemas de aseguramiento público en este periodo pre-pandémico? Dado que los cambios institucionales del sistema público de salud anunciados para iniciar operaciones en 2020 no impactaron fundamentalmente esta trayectoria antes de la irrupción de la pandemia COVID-19, nos limitaremos al análisis de tendencias en relación a la seguridad social y al Seguro Popular.

Tres notables tendencias se dibujan: por una parte, la afiliación a la seguridad social aparece prácticamente como estancada después de una ya larga historia de tres cuartos de siglo; por otra, la cobertura en el Seguro Popular muestra una intensa actividad de afiliación, que de cero en 2002 (se crea en 2003) llega a equipararse a la afiliación de la seguridad social desde 2012; por último, en su conjunto la afiliación al sistema público de salud prácticamente se duplicó en la segunda década del siglo XXI (ver Gráfica 1). La seguridad social no ha logrado afiliar, de acuerdo a la serie de las Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) a más de la mitad de la población, de tal forma que en 1992 sólo un tercio de la población (34%) contaba con el acceso potencial a sus amplios servicios de salud; en 2018 (año de la última ENIGH previa a la pandemia COVID-19), este indicador se acercaba tímidamente a la mitad de la población (apenas 43%). Las barreras a la entrada a la seguridad social, fundamentalmente la incorporación al empleo formal, han impedido una mayor afiliación; no son nuevas barreras sino reproducción de legados consistentes del régimen de bienestar dual mexicano. (BARBA, 2021; BARBA; VALENCIA LOMELÍ, 2013; VALENCIA LOMELÍ & JARAMILLO, 2019).

Gráfica 1 – AFILIACIÓN EN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD: MÉXICO 1992-2018



Fuente: Elaboración propia con ENIGH. (INEGI, 1992-2018).

El cambio en la afiliación a un esquema de protección financiera (o seguro) para la salud fue notable a partir de la reforma de 2003⁹. En las ENIGH (ver Gráfica 1) se registra un intenso proceso de incorporación al Seguro Popular, de tal forma que en 2008 ya un 20% de la población estaba inscrita en él (en comparación a poco menos de la mitad de los incorporados al Seguro Social); en 2016, se había cerrado la brecha de afiliación entre estos segmentos del sistema público de salud: 45% en el Seguro Popular y 43% en la seguridad social. En 2018, la afiliación total al sistema público de salud había llegado a 82% (43% en seguridad social y 42% en Seguro Popular)¹⁰. No obstante, el avance en este proceso de afiliación, sobre todo debido al Seguro Popular y en menor medida a la seguridad social, en 2018 cerca de una quinta parte de la población (18%) no contaba con acceso a un esquema de protección pública; el intento de los promotores de la reforma de lograr la universalización en la cobertura (KNAUL et al, 2013) no llegó a la meta. De esta forma, previo a la pandemia en 2018, el sistema público de salud tenía tres grandes fraccionamientos (dos de ellos segmentados a su vez): la histórica seguridad social, el Seguro Popular y los excluidos.

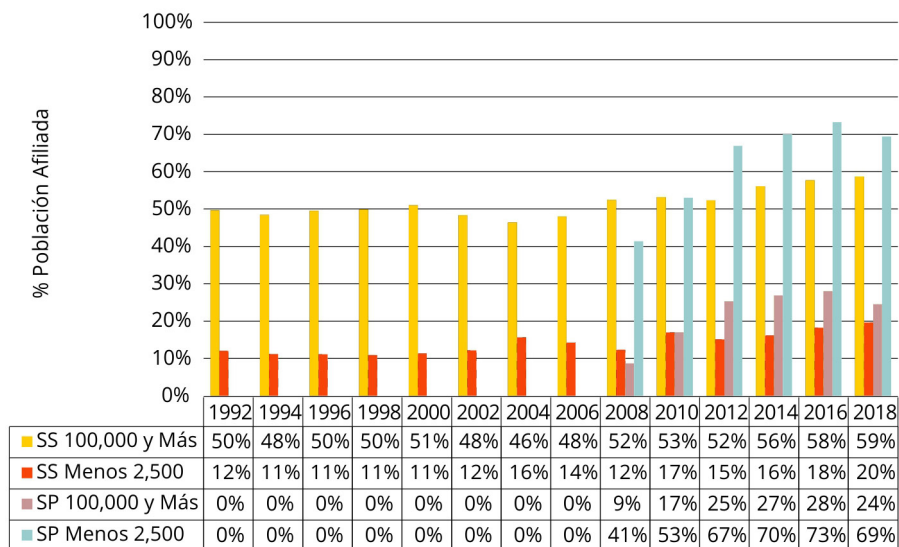
Las debilidades históricas de la incorporación a la seguridad social y los acentos en la afiliación al Seguro Popular pueden analizarse en la dimensión territorial (ver Gráfica 2). La seguridad social fundamentalmente se expandió en las ciudades y en especial en las mayores de 100.000 habitantes; la población urbana señalada pudo superar en mayor medida las barreras de afiliación a la seguridad social, sin embargo, en el periodo de estudio entre 40 y 50% de ella quedaba fuera de los

9 A pesar de que el Seguro Popular inició actividades en 2003, en las ENIGH fueron incluidas a partir de 2008; por eso en la Gráfica 1 aparece un brinco importante entre 2006 y 2008, de 0 a 20% de afiliación en el seguro Popular.

10 La suma de estos dos segmentos en 2018 es superior al indicador de afiliación total (82%), debido a doble afiliación.

servicios de salud de la seguridad social. Incluso los grandes beneficiarios urbanos de la seguridad social sólo fueron 59% de la población de estas ciudades; en la década de los 90 y en la primera del siglo XXI, la mitad de ellas quedaban fuera de la seguridad social después de más de medio siglo de historia institucional. Con todo y estas limitaciones, la seguridad social ha sido fundamentalmente urbana en México. En el otro extremo territorial, las poblaciones rurales de menos de 2.500 habitantes fueron notablemente excluidas de la seguridad social y prácticamente nueve de cada 10 en los años 90 no lograba superar la barrera de la incorporación al empleo formal; en 2018, sólo una quinta parte de ellas estaba afiliada a este segmento del sistema público de salud. Una gran debilidad del sistema de seguridad social, en términos territoriales, ha sido la exclusión de las poblaciones rurales y las grandes brechas de incorporación en comparación con las urbes.

Gráfica 2 - MAYOR AFILIACIÓN Y DESIGUALDADES TERRITORIALES SIN ARTICULACIÓN EN UN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD (1992-2018)



Fuente: Elaboración propia con ENIGH. (INEGI, 1992-2018).

En contrapartida y a partir de la reforma de 2003, el Seguro Popular, fue dirigido a los no incluidos en la seguridad social y se desarrolló fuertemente en las zonas rurales y creció menos (en términos relativos)¹¹ en las zonas urbanas mayores (ver Gráfica 2). De esta manera, las poblaciones rurales de localidades menores a 2.500 habitantes fueron afiliadas masivamente a este nuevo esquema de protección financiera: en 2008 ya 41% estaba incorporada, para con ese ritmo llegar en 2016 y 2018 a 70% de cobertura. En el otro extremo, la incorporación al Seguro Popular

¹¹ Es preciso tomar en cuenta que en 2018 poco menos de la mitad de la población total nacional (46.1%) vivía en ciudades de 100.000 habitantes o más, y aproximadamente una cuarta parte (24.5%) en localidades menores de 2.500 habitantes (estimaciones propias a partir de INEGI, 2018).

de la población de las ciudades de 100.000 habitantes o más fue menor y en 2008 poco menos de 10% había sido inscrita, y en 2016 y 2018 cerca de una cuarta parte de ella. Así, en términos relativos, el Seguro Popular tuvo un acento rural.

Con los dos segmentos mencionados del sistema público de salud, en las ciudades de 100.000 habitantes o más la afiliación (o acceso potencial) a servicios de salud superó 80% antes de la pandemia (fundamentalmente por el acceso potencial a la seguridad social) y en las localidades rurales menores de 2.500 habitantes llegó a poco menos de 90% (especialmente por el acceso potencial al Seguro Popular). Fue así un proceso intenso de reducción en la brecha de afiliación a algún segmento del sistema público de salud. Sin embargo, esta trayectoria no fue a la par junto con la unificación del sistema, que se mantuvo básicamente desarticulado en términos institucionales y notablemente en los servicios médicos que fundamentalmente fueron provistos por los sistemas de salud de las entidades en el caso del Seguro Popular. (FLAMAND & MORENO, 2015, p. 228).

SISTEMA PÚBLICO DE SALUD: SEGMENTADO, DESARTICULADO Y ESTRATIFICADO

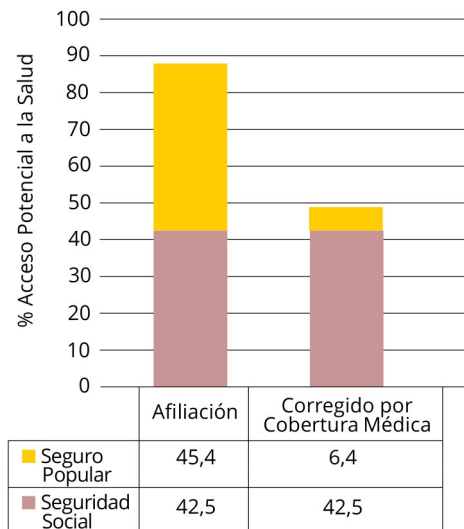
Los grandes segmentos sin articulación institucional fueron la base de una estructuración estratificada del sistema público de salud en México. Los servicios que ofrece cada fragmento del sistema son diferenciados, con un paquete más comprehensivo de cobertura médica en la seguridad social y un paquete básico en el Seguro Popular, notablemente menor. De acuerdo a Laurell (2013, p. 73) la seguridad social incluye la atención de todas las enfermedades de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)¹². En cambio, el paquete de servicios incluido en el Seguro Popular, el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), quedó muy lejos de la cobertura médica de la seguridad social y en comparación con ésta se situó apenas entre 11% y 14%. (CONEVAL, 2013, p. 58; LAURELL, 2013, p. 73; VALENCIA LOMELÍ & JARAMILLO, 2019, p. 136). Se trata de una brecha sustancial. Aunque el CAUSES se fue ampliando paulatinamente, no logró acercarse a la extensión de los servicios médicos incorporados en la seguridad social. En síntesis, la intensa afiliación a un esquema institucional no fue acompañada por una ampliación semejante de la cobertura médica, lo que implica limitaciones a la garantía del derecho a la salud.

Puede entonces considerarse el crecimiento de la afiliación al sistema público de salud desde otro enfoque más exigente; generalmente se iguala la afiliación a la seguridad social con la del Seguro Popular y en realidad, como vimos, el acceso potencial de servicios es diferente: la primera con un acceso potencial amplio; el segundo, con uno limitado a sólo una séptima parte. Así, el acceso potencial a los

¹² De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el acceso a la seguridad social incluye en términos de cobertura médica un conjunto amplio de servicios (atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria) que representa 12.487 diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (CONEVAL, 2013, p. 58).

servicios públicos de salud en lugar de superar 80% sólo significó poco menos del 50% en 2016, el año de mayor incorporación al Seguro Popular (ver Gráfica 3).

Gráfica 3 – ACCESO POTENCIAL A LA SALUD: CORREGIDO POR COBERTURA MÉDICA (2016)



Fuente: Cálculos propios a partir de Valencia Lomelí y Jaramillo (2019).

Nota: se toma como unidad la cobertura médica del Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS y se supone que todas las instituciones de la seguridad social tienen al menos esta cobertura; se utilizan los datos del año 2016 porque en él se llegó a la más alta incorporación al Seguro Popular y se asume también su cifra más alta de cobertura médica (14% de intervenciones del CIE 10) en un cruce entre CAUSES y CIE 10 en ese año. Se multiplica la afiliación al Seguro Popular por 0,14 y se obtiene un acceso potencial de sólo 6,4%.

Así, antes de la pandemia las posibilidades de acceso a los servicios públicos de salud eran notablemente desiguales, en tres grados: seguridad social con amplias posibilidades para cuatro de 10 ciudadanos, Seguro Popular con limitadas posibilidades para cada cuatro de 10 ciudadanos y exclusión de seguros con aún más limitadas posibilidades (sólo algún tipo de asistencia pública) para dos de cada 10 ciudadanos. La estructuración del sistema público de salud en el periodo pre-pandémico estaba segmentada, desarticulada y jerarquizada; la garantía del derecho a la salud estaba desigualmente distribuida. Una estructuración de tal naturaleza favorecía la institucionalización de un régimen de bienestar dual. Históricamente, la mayor capacidad de negociación y de contratación corporativa y sectorial, y de las personas con más altos ingresos, permitía más derechos o beneficios en el sistema de salud. (BARBA, 2021; BARBA & VALENCIA LOMELÍ, 2013; VALENCIA LOMELÍ & JARAMILLO, 2019). Con el surgimiento del Seguro Popular, a inicios del siglo XXI, sin representación colectiva de sus beneficiarios y sin capacidad de negociación de mayores servicios, se institucionalizó la diferencia en la gradación del sistema público de salud y en el ejercicio del derecho a la salud. No puede dejarse de lado que ciertamente se incorporó un nuevo paquete de servicios para los incluidos en el Seguro Popular (lo que implicó progresividad en un enfoque de derechos), ni

que se generó una amplia afiliación en un breve lapso de tiempo; pero el conjunto de servicios en este esquema de aseguramiento voluntario era notablemente limitado. El proceso social experimentado con anterioridad a la pandemia consolidó de este modo un sistema público de salud segmentado, desarticulado y jerarquizado. Se generó una trayectoria hacia la cobertura universal de algún tipo de afiliación, pero no a la cobertura médica universal ni a la generación de igualdad de estatus de ciudadanía social en la salud. La universalización anunciada fue notablemente limitada e incompleta, y no se anunciaba una perspectiva de progresividad hacia una universalidad más integral (conjunción de cobertura, servicios equitativos e igualdad de estatus).

SISTEMA PÚBLICO DE SALUD: DÉBIL EN FINANCIAMIENTO

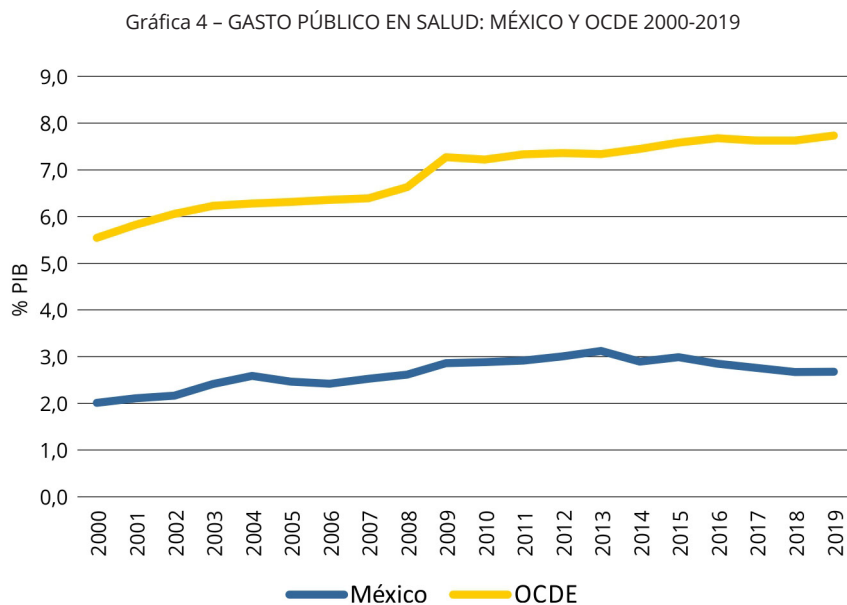
El sistema público de salud en México tenía severas limitaciones organizativas antes de la pandemia y podía caracterizarse además como débil financieramente en términos internacionales. El compromiso fiscal del sector público en México con el sistema público de salud fue marcadamente reducido, sin modificaciones sustanciales en el mediano plazo. Esta severa limitación ha sido un freno estructural a la vigencia del derecho social a la salud; así irrumpió la pandemia, con un legado histórico de débil compromiso fiscal del Estado.

Cinco imágenes fortalecen esta caracterización. En primer lugar, en el periodo 2000-2019 el gasto público en salud en México osciló en una franja entre 2% y 3% del PIB, muy distante del promedio¹³ de gasto en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), de la que México es miembro desde 1994; en esta organización este gasto se incrementó desde 5,5% del PIB en 2000 hasta 7,7% en 2019¹⁴. En 2000, el gasto público en salud mexicano fue de apenas 36% del de la OCDE y en 2019 de 35%, lo que indica una brecha sustancial; este gasto ya era bajo en relación a lo que podría esperarse por el “grado de desarrollo” de México (COMISIÓN MEXICANA SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD, 2006, p. 119). Entre 2000 y 2013 puede discernirse un incremento de este gasto en México, de tal forma que en este último año llegó a 3,1% del PIB, 42% del de la OCDE; posteriormente, se redujo constantemente hasta 2019 y la brecha con esta organización se amplió de nuevo para regresar a los niveles de inicios del siglo. En cambio, el promedio del

13 Los promedios de la OCDE que se referirán en las siguientes páginas pueden incorporar para cada indicador y fecha una cantidad diferente de países. Por ejemplo, para el promedio de gasto público en salud la base de datos de esta institución incluye en 2019 a los 38 países integrantes en 2022 (OECD, 2022). Ya se agregan en la base de datos, de manera retroactiva, a los países de reciente incorporación: Colombia se adhirió en 2020 y Costa Rica en 2021. La mayor parte de los integrantes de la OCDE son de ingresos altos, 34 países; y solamente 4 (Colombia, Costa Rica, México y Turquía) de ingresos medios altos de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial (WB, 2022b). Por ello nos referimos en este trabajo, en síntesis, al promedio de los países de la OCDE como de renta alta.

14 Para los países latinoamericanos participantes en la OCDE, la base de datos de esta organización reporta datos sobre gastos en salud a partir del año 2000 (ver OECD, 2022). Por ello, se enfatiza el periodo 2000-2019.

gasto público en salud en la OCDE aumentó en forma constante desde 2000 hasta 2019 (ver Gráfica 4). En 2019, con el nuevo gobierno de México, se mantiene esta brecha con estos países de renta alta y no se anuncia un cambio significativo; se notifica más bien la negativa a impulsar una reforma fiscal y un renovado enfoque de austeridad presupuestal, lo que dificultaría cambios relevantes en este compromiso fiscal. En mirada histórica, los proyectos de universalización en el campo de la salud no han construido una coalición promotora de mayor compromiso fiscal para garantizar efectivamente el derecho a la salud.



Fuente: Elaboración propia con datos de World Bank (2022a).

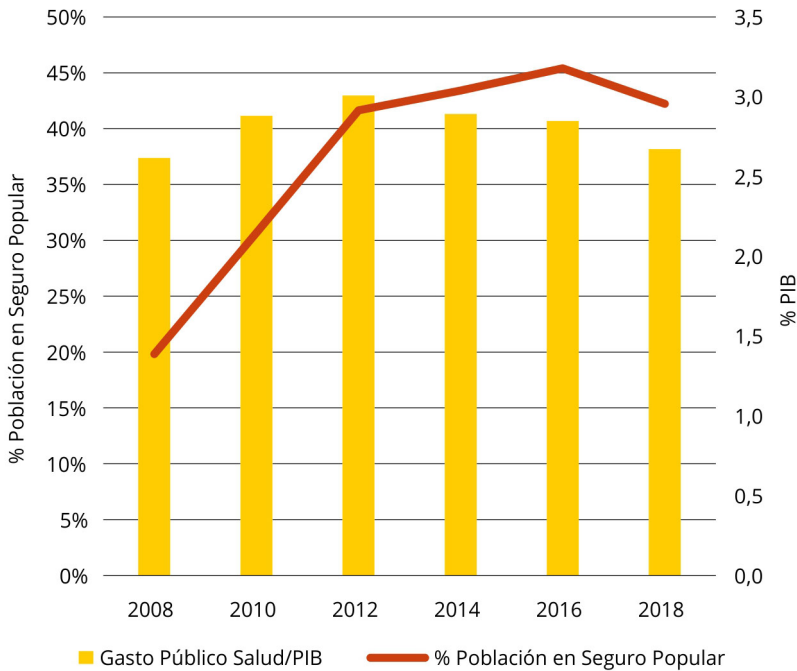
En segundo lugar, incluso el gasto público en México en salud, en porcentaje del PIB, entre 2000 y 2019 fue sistemáticamente el más bajo de todos los países integrantes de la OCDE; por ejemplo, el gasto público en salud de los otros tres países latinoamericanos de la OCDE (Chile, Colombia y Costa Rica) fue menor al promedio de esta organización pero con algunos vaivenes se incrementó, en relación al PIB, en el periodo 2000-2019: Chile pasó de 3,8% en 2000 a 5,7% del PIB en 2019, Colombia de 4,3% a 6,3% y Costa Rica de 4,3% a 5,3% respectivamente. (OECD, 2022). Así en 2019 el gasto mexicano fue de sólo 47% del de Chile, 43% del de Colombia y 51% del de Costa Rica (estimaciones propias con datos de OECD, 2022).

En tercer lugar, en el mismo periodo el gasto público en salud por persona en México fue también constantemente el más bajo de la OCDE: el gasto mexicano en 2000 fue de 234 dólares corrientes, en paridad de poder adquisitivo, frente al promedio de 1.298 dólares de la OCDE; en 2019, los gastos respectivos fueron de 549 y 3.059 dólares respectivamente. En ambos años señalados el gasto mexicano representó apenas 18% del promedio de esta organización internacional; dicho de

otra manera, éste fue 5,6 veces el mexicano en 2000 y 2019. En relación a Chile, Colombia y Costa Rica, el gasto mexicano en 2019 fue 39,5%, 54,9% y 47,7% respectivamente (estimaciones propias con datos de OECD, 2022).

En cuarto lugar, con limitaciones organizativas (segmentación, desarticulación y estratificación) y fiscales (débil compromiso fiscal), el sistema público de salud en México requería de cambios significativos. Efectivamente se incrementó la afiliación a un sistema de protección de la salud, el Seguro Popular; no obstante, al fuerte incremento en esta afiliación a los segmentos del sistema de salud público entre 2003 y 2018 no correspondió un incremento paralelo del financiamiento público. El incremento en la afiliación al Seguro Popular fue de 0 a 42% de la población en esos años; un cambio notable. En cambio, el gasto público en salud prácticamente se mantuvo en relación al PIB (ver Gráfica 5)¹⁵.

Gráfica 5 – FUERTE INCREMENTO DE LA COBERTURA SEGURO POPULAR Y ESTABILIDAD EN EL GASTO PÚBLICO EN SALUD (2008-2018)

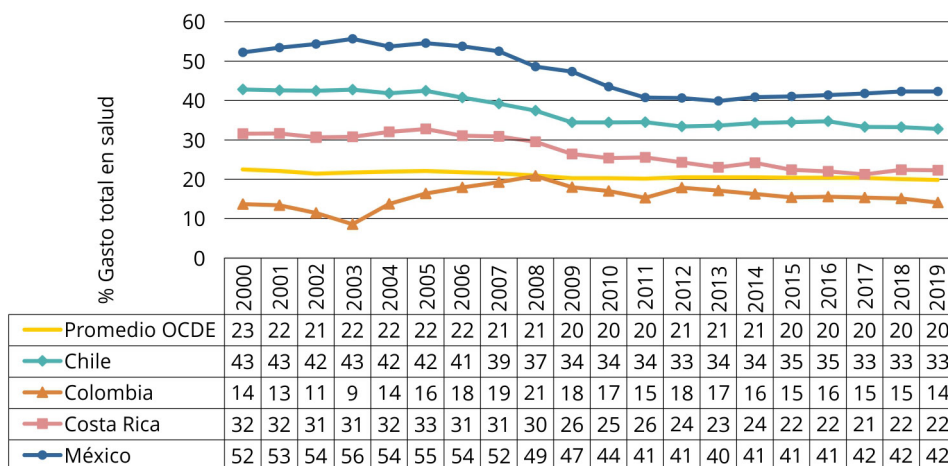


Fuentes: Elaboración propia con datos de World Bank (2022a) en gasto público e INEGI (2008-2018) en cobertura poblacional.

¹⁵ El gasto público en salud en pesos constantes sí se incrementó en el periodo. Por ejemplo, entre 2001 y 2010 aumentó en promedio anual 6,7% (VALENCIA LOMELÍ et al., 2012, p. 52). Sin embargo, no fue suficiente este incremento en términos reales para consolidar un mayor compromiso fiscal público, sintetizado en el indicador comparativo del gasto en relación al PIB, ni para reducir las brechas estructurales con los países de renta alta.

En quinto lugar, en concordancia con las limitaciones organizacionales y de compromiso fiscal, la carga financiera a los hogares (gasto de bolsillo) en el gasto de salud ha sido muy alta en México y en los 20 años previos a la pandemia no se modificó sustancialmente, con todo y las reformas recientes de salud¹⁶. Entre 2000 y 2008, el gasto de bolsillo de los hogares mexicanos superó en general (o estuvo cerca de) 50% del gasto total en salud y representó más del doble del gasto de bolsillo promedio de los países de la OCDE; en los años de mayor cobertura del Seguro Popular, después de 2010, este gasto de bolsillo se estabilizó en alrededor de 40%, el doble de los países de la OCDE (ver Gráfica 6).

Gráfica 6 – GASTO DE BOLSILLO DE LOS HOGARES EN SALUD 2000-2019



Fuente: Elaboración propia con datos OECD (2022).

De nuevo, sistemáticamente el gasto de bolsillo de los hogares en México fue el mayor en la base de datos de la OCDE e incluso fue mayor al de los países latinoamericanos miembros de esta organización (estimaciones propias con datos de OECD, 2022). En procesos de incidencia de enfermedades y sin una cobertura médica universal, el gasto elevado de bolsillo es una alternativa de financiamiento, pero con severos costos para los hogares; el Seguro Popular no representó una disminución sustantiva y sostenida de este gasto.

De manera sintética, el compromiso fiscal en México, en el periodo pre-pandémico, era débil en términos comparativos con fuerte brechas con los países de renta alta, lo que redundaba en altos gastos de bolsillo de los hogares. En 2019, el país se

16 Hay debate al respecto. González et al. (2020, p. 93) señalan efectos positivos del Seguro Popular, aunque no sustanciales e indican otros posibles factores de reducción de gastos de bolsillo como la política de promoción de medicamentos genéricos. Otras investigaciones han mostrado los límites del Seguro Popular para disminuir dichos gastos (LAURELL, 2013); García-Díaz (2022) concluye que no basta la mera afiliación a un esquema de aseguramiento para reducirlos; se requiere de acceso efectivo a los servicios de salud.

encontraba a medio camino en la meta financiera de 6% en gasto público en salud para 2030, recomendación en 2017 de la Organización Panamericana de la Salud en la agenda para alcanzar la cobertura universal y ampliar el acceso equitativo y reducir los gastos de bolsillo de los hogares (OPS, 2017). Con este pesado legado histórico y estas brechas estructurales irrumpió la pandemia a inicios de 2020.

SISTEMA PÚBLICO DE SALUD: DÉBIL EN INFRAESTRUCTURA

También puede caracterizarse el sistema público de salud en México como débil en infraestructura. La infraestructura es base importante de la capacidad de atención y del desarrollo del sistema de salud. Los recursos hospitalarios son, entre otros, fundamento clave en la atención institucional; los recursos tecnológicos permiten también mejorar los diagnósticos y posibles tratamientos (individuales, colectivos o masivos); a su vez, los recursos humanos son esenciales para la proveeduría de los servicios de salud en los tres niveles de atención, para potenciar la infraestructura misma del sistema y para atender tanto situaciones de “normalidad” sanitaria como de crisis¹⁷.

Con limitaciones financieras y con creciente población por atender, son notables las fragilidades en infraestructura. Diversos estudios han señalado la debilidad en la infraestructura del sistema de salud pública en México en términos comparativos, ya sea con países de la OCDE (CIEP, 2018; GONZÁLEZ et al, 2020, p. 104-108), de varios países de América Latina (BIZBERG, 2022) y un conjunto amplio de países (BARBA et al., 2020)¹⁸. En este trabajo seleccionamos algunos indicadores clave, incorporados en estas diversas comparaciones, referidas generalmente al sistema público de salud. Podemos en este caso resaltar cuatro características de esta debilidad comparativa de infraestructura.

En primer lugar, la dotación de camas en los hospitales públicos en México es notablemente reducida en comparación al promedio en la OCDE (CIEP, 2018; GONZÁLEZ et al, 2020). Al inicio de los años 2000, los hospitales públicos mexicanos contaban con sólo 20% de camas (0.8 por cada mil habitantes) en comparación con los países de esta organización (3.9); en 2019, en un marco de reducción de este indicador promedio en la OCDE¹⁹, con únicamente 25% (ver Gráfica 7). En general, en todos los años considerados México resaltaba como uno de los países con menos dotación de camas en los hospitales públicos (por cada mil habitantes); sólo desde 2012, los hospitales públicos de los Estados Unidos (con enfoque de salud fuertemente mercantilizado y centrado en la atención privada) tenían un indicador ligeramente menor al mexicano y desde la incorporación de los datos de Colombia en 2010, este país fue el último lugar en camas hospitalarias públicas.

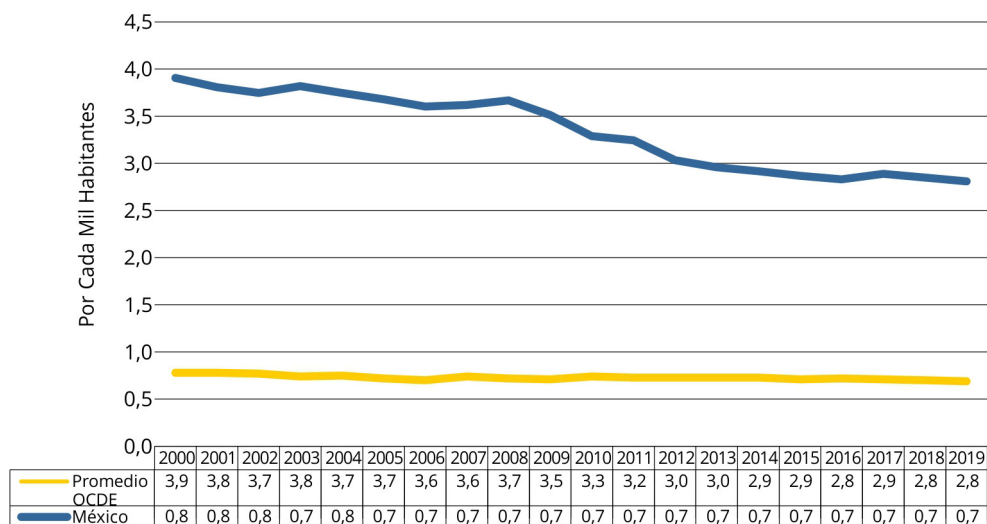
¹⁷ Un enfoque intercultural puede incorporar recursos adicionales al sistema de salud.

¹⁸ Diversas comparaciones se refieren al sistema de salud en general.

¹⁹ De acuerdo a WHO (2022, p. 69), ante excesos de capacidad en camas hospitalarias varios países de Europa y Norteamérica reestructuraron sus sistemas y la redujeron.

En breve, los hospitales públicos mexicanos estuvieron entre los más débiles y los tres más débiles en este aspecto de infraestructura en la base de datos de la OCDE en los 20 años considerados; algunos de los países de esta organización en 2019 tenían hasta ocho veces más camas de hospital por cada mil habitantes, como la República Checa y Lituania, otros cinco veces más como Francia y Alemania (estimaciones propias con datos de OECD, 2022). La brecha de esta característica del sistema público de salud en México con países de renta alta es así sustancial, como lo habían mostrado Barba et al. (2020, p. 161)²⁰, con diferencias notables territoriales en el país y por institución (GONZÁLEZ et al., 2020, p 104 y 106).

Gráfica 7 – CAMAS EN HOSPITALES PÚBLICOS (2000-2019): OCDE Y MÉXICO



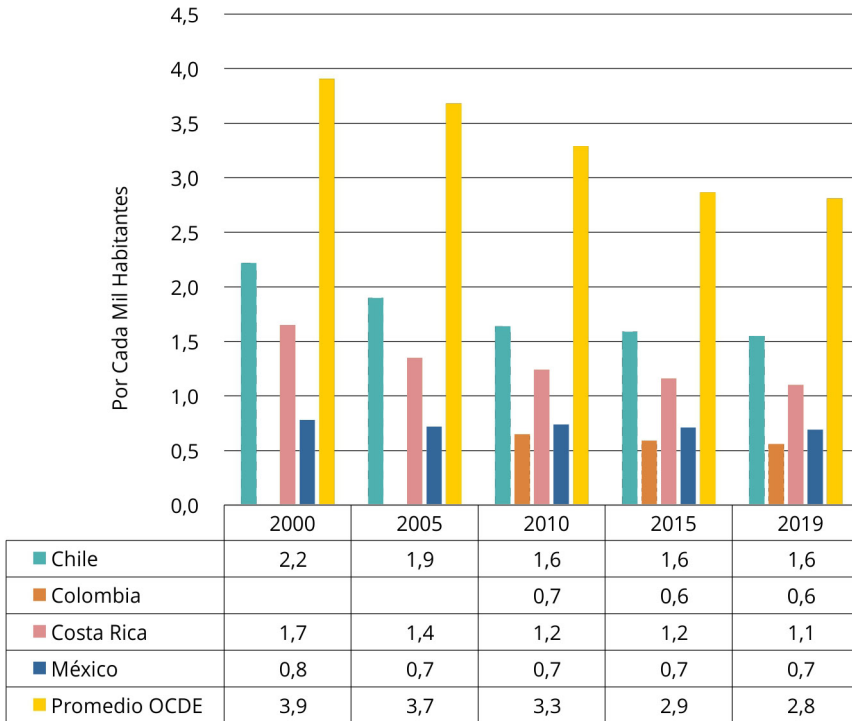
Fuente: Elaboración propia con datos OCDE (OECD, 2022).

A partir de la reforma de salud en México, legislada en 2003, se amplió notablemente la afiliación al sistema público de salud con el Seguro Popular; en paralelo a este incremento de la demanda afiliada no se mostró un incremento en la disponibilidad de camas hospitalarias en el sector público: sólo aumentaron 12,7% entre 2000 y 2019 (y estrictamente en el periodo de la reforma 11,5% entre 2004 y 2019) (estimaciones propias con datos de OECD, 2022). El incremento en la disponibilidad de estas camas no compensó el aumento poblacional y a fin de cuentas se mantuvo la debilidad en este indicador (GONZÁLEZ et al., 2020, p. 104), con fuertes brechas en relación a los países de renta alta. Aún más si se toma en cuenta a los países latinoamericanos integrantes de la OCDE, como lo señalábamos sólo Colombia muestra una mayor debilidad que México en este aspecto y en cambio Costa Rica y Chile, una menor debilidad (estos dos aún por debajo del promedio de los países de la OCDE) (ver Gráfica 8). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera

²⁰ En este caso, las comparaciones se refieren al sistema de salud en general.

que un sistema de salud con menos de 1,8 camas por mil habitantes puede tener serias dificultades para atención hospitalaria de segundo y tercer nivel (WHO, 2022, p. 69); México (y también Chile y Costa Rica, y aún más Colombia) se encuentra así entre los países con importantes limitaciones en este sentido.

Gráfica 8 – CAMAS EN HOSPITALES PÚBLICOS (2000-2019): OCDE Y PAÍSES DE AL

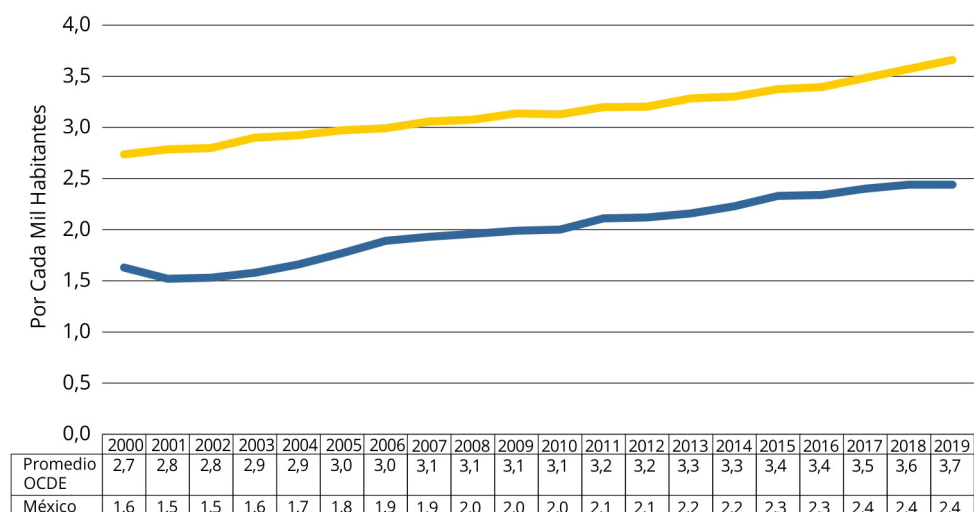


Fuente: Elaboración propia con datos OCDE (OECD, 2022).

En segundo lugar, la participación de médicos en el sistema de salud en general es notablemente baja en términos comparativos, con brechas prácticamente constantes en el mediano plazo. Para los datos que se señalarán a continuación deben tomarse en cuenta los siguientes rasgos y limitaciones: por una parte, aunque se refieren al sistema de salud en general, proporcionan un acercamiento al sistema público de salud dado que la mayor parte de los médicos en el país son empleados en éste (en 2016, 71% de los médicos estaba empleado en el sector público de acuerdo a los cálculos de González et al., 2020, p. 112). Por otra, incluso los datos proporcionados por la OCDE son una sobreestimación de la participación de médicos en el sistema mexicano de salud en general por doble contabilidad (los médicos laborando en el sector público pueden también hacerlo en el sector privado); por ejemplo, González et al. (2020, p. 113) calculan una diferencia para 2016 de 26% entre los médicos incorporados en las mediciones de la OCDE y los reportados sin doble contabilidad en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.

En 2000 había sólo 59% de médicos por cada mil habitantes en el sistema de salud en México frente al promedio de la OCDE (1,6 frente a 2,7). A pesar del incremento de médicos en el sistema de salud en México entre 2000 y 2019 (92% en este periodo, de acuerdo a estimaciones propias a partir de OECD, 2022), la brecha se mantuvo en términos generales y en este último año había 65% de médicos en México por cada mil habitantes en comparación con el promedio de la OCDE (2,4 frente a 3,7) (ver Gráfica 9). Por lo demás, el sistema público de salud segmentado y estratificado presenta un paisaje más complicado en esta dotación de personal médico: para 2016, en el IMSS y el Seguro Popular, las instituciones públicas de mayor afiliación, había sólo 1,7 médicos y 1,8 por mil derechohabientes respectivamente; en cambio, en otras con menor afiliación, como el ISSSTE y los servicios médicos de PEMEX, había 3,0 y 7,2 respectivamente (CIEP, 2018, p. 44).

Gráfica 9 – MÉDICOS EN MÉXICO Y OCDE (2000-2019)



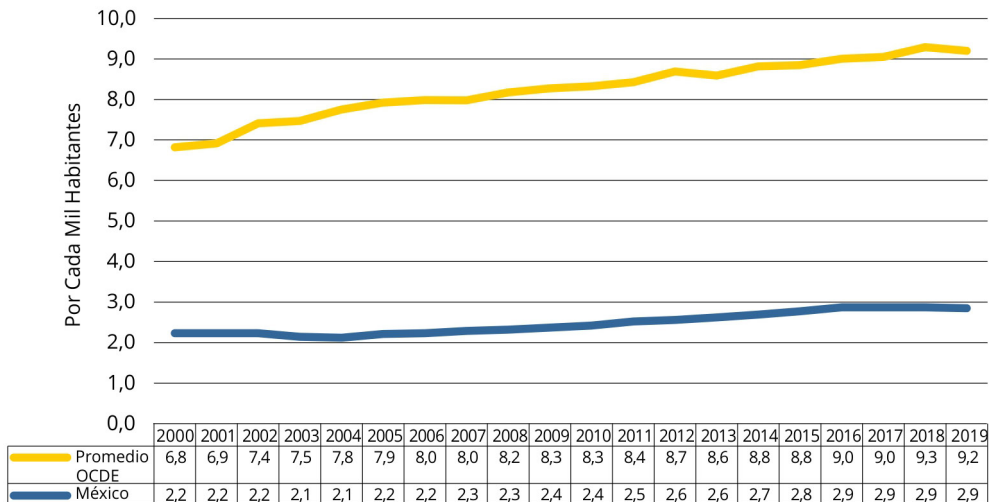
Fuente: Elaboración propia con datos OCDE (OECD, 2022).

En estos años, México fue el país en la base de datos de la OCDE con menor densidad de médicos, sólo por arriba de los indicadores señalados para Corea del Sur (estimaciones propias con datos de OECD, 2022). Así, son fuertes las brechas en la participación de médicos en México en comparación con la OCDE y los países latinoamericanos participantes en esta organización (con datos de la OMS, Costa Rica y Chile tienen mayor densidad de médicos por mil habitantes y Colombia semejante a la mexicana)²¹.

21 En la base de datos consultada, la OCDE no reporta este indicador para Colombia, Costa Rica y Chile. La OMS señala que en el periodo 2012-2020, Costa Rica tenía 3,3 médicos por mil habitantes y Chile 2,8, mientras que Colombia 2,3 y México 2,4 (WHO, 2022, p. 107 y 111).

De la misma manera, en tercer lugar, las brechas en la densidad de personal de enfermería en el sistema público de salud en México son notables. De nuevo debe indicarse el siguiente rasgo y limitación de los datos sobre dicho personal: aunque la OCDE registra el número general de personal de enfermería del sistema de salud, permite un acercamiento al sistema público de salud porque la mayor parte de este personal está empleado en el sector público (92% para 2016 de acuerdo a González et al., 2018, p. 57). En 2000, en relación al promedio de la OCDE únicamente había 32% de personal de enfermería por cada mil habitantes en el sistema de salud de México (6,8 y 2,2 respectivamente); para el año 2019 esta brecha básicamente se había mantenido con 32% de personal de enfermería en México en relación a la OCDE (2,9 y 9,2 respectivamente) (ver Gráfica 10). A pesar del incremento en 63% del personal de enfermería en el sistema de salud en México, entre 2000 y 2019, se mantuvo la brecha en relación a la dotación de recursos humanos en esta materia en la OCDE: por cada tres enfermeros (as) en el promedio de la OCDE había un (a) enfermero (a) en México; y, sistemáticamente en la base de datos de esta organización, el país con menos personal de enfermería por cada mil habitantes en el periodo fue México (estimaciones propias con datos de OECD, 2022); incluso Corea del Sur que había mostrado una razón menor de médicos por habitantes que México, en el caso de la enfermería incrementó rápidamente la densidad para pasar de 3,0 a 7,9 por cada mil habitantes entre 2000 y 2019, con un incremento de este personal de 192% en el mismo periodo (estimaciones propias a partir de OECD, 2022)²².

Gráfica 10 – ENFERMERAS POR HABITANTE (2000-2019): OCDE Y MÉXICO



Fuente: Elaboración propia con datos OCDE (OECD, 2022).

²² Debe tomarse en cuenta la fuerte presencia del sector privado en el sistema de salud en este país.

En los países de la OCDE es mayor la densidad de personal de enfermería que la de médicos (GONZÁLEZ et al., 2020, p. 118). La razón de personal de enfermería por cada médico fue en promedio en la OCDE de 2,5 en 2000 y 2019, y en México 1,4 en 2000 y 1,2 en 2019 (estimaciones propias a partir de las Gráficas 9 y 10). Podemos decir que las posibilidades en la proveeduría de servicios el trabajo en equipo del personal de salud en el sistema público en México (y en general en el sistema de salud) están limitadas fuertemente por este factor estructural.

De nuevo, la segmentación y jerarquización del sistema público de salud genera dotaciones estructurales de personal médico notablemente desiguales; se trata de un paisaje fuertemente jerarquizado en relación a los recursos en enfermería: para 2016, en el IMSS y el Seguro Popular, las instituciones públicas de mayor afiliación, había sólo 2,3 enfermeros (as) y 2,6 por mil derechohabientes respectivamente (por abajo del promedio general de 2,9). En cambio, en otras con menor afiliación, como el ISSSTE y los servicios médicos de PEMEX, había 3,1 y 7,5 respectivamente; sin embargo, aún estas instituciones con mayor densidad de personal de enfermería no llegaron al promedio de los países de la OCDE en 2016 (CIEP, 2018, p. 44, y Gráfica 10).



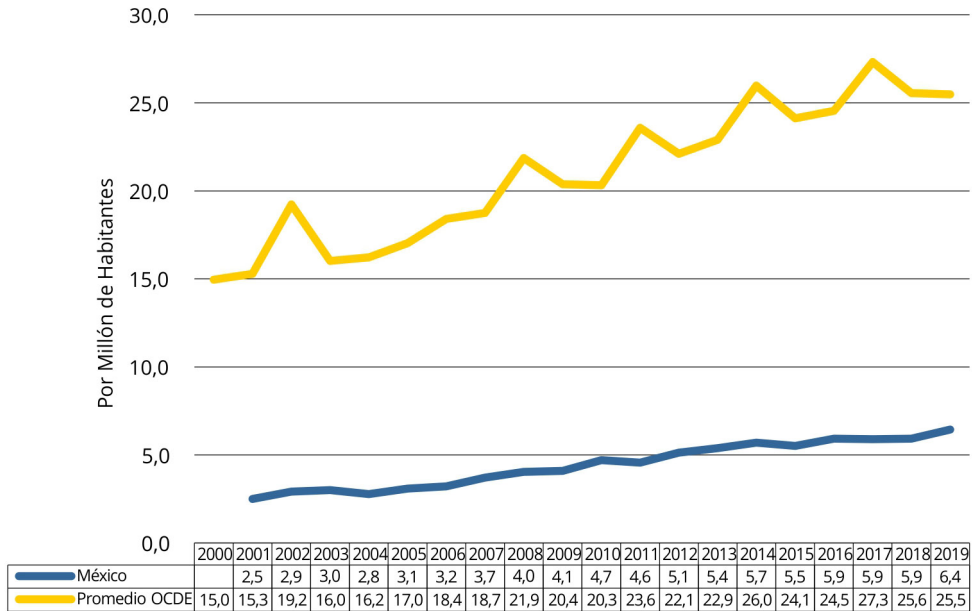
En cuarto lugar, destaca México en la OCDE por su baja disponibilidad en distintos recursos tecnológicos médicos avanzados. Dos poderosas restricciones para disponer de éstos son, primero, la tendencia a la baja inversión mexicana en el sistema público de salud (GRUPO DE PENSAMIENTO, 2015; LOMELÍ, 2020), tanto en infraestructura como en equipo; y segundo, la tendencia a la baja inversión pública en general en México en los años recientes, que pasó de 11,5% en 1981 a 2,6% del PIB en 2019 (VALENCIA LOMELÍ, 2020, p. 121). En cuanto a la inversión pública (formación bruta de capital fijo) en el sector salud, México apenas ha invertido 0,10% del PIB en los últimos años (2002-2019), mientras el promedio de la OCDE ha sido cuatro veces mayor (0,41% del PIB); en el periodo indicado la inversión mexicana en salud en relación al PIB fue la menor entre los países incorporados en la base de datos de la OCDE; por una parte, Chile y Costa Rica tuvieron en promedio una inversión que duplicó a la mexicana, 0,23 y 0,22% del PIB respectivamente; y por otra, Dinamarca, Noruega y Suecia, la quintuplicaron (estimaciones propias con datos de OECD, 2022). También muestra México una menor inversión en el sistema público de salud que el promedio de América Latina y el Caribe (0,2% en 2017) (OECD & WB, 2020, p. 138). Con estas restricciones, en México el equipamiento de tecnología médica actualizada (además de la inversión en otros aspectos de la infraestructura, como lo muestra la tendencia en el equipamiento de camas hospitalarias, ver Gráficas 7 y 8) ha sido particularmente menor en términos comparativos; lo mismo que el equipamiento en camas de la unidad de cuidados intensivos (UCI), dotadas con ventiladores, en el que México está por debajo del promedio de América Latina y el Caribe y de la OCDE²³. La dotación de camas UCI es primordial para la atención de afectaciones severas respiratorias, como con COVID 19.

Aquí destacamos un ejemplo más de disponibilidad de un recurso tecnológico y sintetizamos un conjunto más de recursos en enfoque comparativo, a partir de la base de datos de la OCDE. Ésta incluye los siguientes recursos: escáner de tomografía computarizada, unidad para tomografía de resonancia magnética, unidad para tomografía por emisión de positrones, cámara gamma, equipos para mamografía y radioterapia (OCDE, 2022). Una vez más se trata de información referida al sistema de salud en general; sin embargo, la ya de por sí extrema debilidad del sistema de salud en general en esta área se acentúa en el sistema público de salud dado que en general las instituciones con mayor acceso a los recursos tecnológicos que se indicarán son las instituciones privadas; en el sistema público de salud se cuenta generalmente con una baja inversión en estas tecnologías (GONZÁLEZ et al., 2020, p. 106). En cuanto a la disponibilidad de escáneres de tomografía computarizada, el sistema mexicano de salud tiene la menor entre los países de la OCDE, de manera consistente entre 2001 y 2019 (estimaciones propias a partir de OECD, 2022). La brecha con el promedio de la OCDE es sustancial: 16% en 2001 y 25% en 2019 (ver

23 De acuerdo a OECD y WB (2020, p. 12) en 2020 México sólo contaba con 3,3 de estas camas UCI (por cada 100.000 personas), mientras el promedio de América Latina y el Caribe (13 países incluidos en este promedio) era de 9,1 y de la OCDE (22 países incluidos en el promedio), de 12,0. Chile (7,3) y Colombia (10,5) mostraban indicadores más elevados que México y Costa Rica menor (2,7).

Gráfica 11); incluso Chile y Colombia tienen una mayor disponibilidad promedio que la mexicana (estimaciones propias con datos de OECD, 2022). Con referencia al resto de recursos tecnológicos señalados, en general la disponibilidad en México es menor, excepto en el caso de las unidades para tomografía de resonancia magnética, para las que Colombia tiene menor disponibilidad (GONZÁLEZ et al., 2020, p. 108, y estimaciones propias con datos de OECD, 2022).

Gráfica 11 - TECNOLOGÍA MÉDICA AVANZADA: DISPONIBILIDAD DE ESCÁNER DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (2000-2019)



Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE (OECD, 2022).

Nota: los incrementos inusuales en los promedios de la OCDE en algunos años se deben generalmente a la incorporación de datos de Japón.

En síntesis, el sistema público de salud en México (y el sistema de salud en general) contaba antes de la pandemia con brechas sustantivas en personal e infraestructura (camas hospitalarias, camas UCI y otras tecnologías avanzadas) en relación a los países de renta alta e incluso de algunos de AL. Puede asumirse que estas deficiencias están relacionadas con el bajo compromiso fiscal en el sistema público de salud.

SISTEMA DE SALUD: LOGROS Y LIMITACIONES

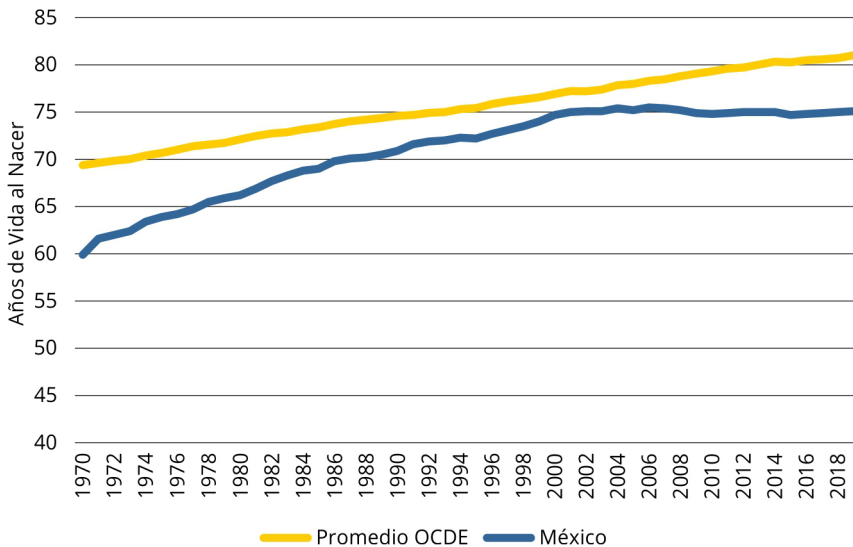
“La esperanza de vida al nacer es el mejor parámetro para medir la situación de salud de la población y a menudo se emplea para determinar el desarrollo del sector salud en un país”. (OECD & WB, 2020, p. 64). Necesariamente la evolución de esta esperanza de vida debe comprenderse desde un enfoque multidimensional e his-

tórico de largo plazo, con la incorporación de determinantes sociales, culturales demográficos, económicos e institucionales, entre ellos en particular la vigencia del derecho a la salud y del régimen de bienestar en el que se inserta. La trayectoria de largo plazo es relevante y una mirada de medio siglo, previo a la pandemia 2020, permite dimensionar los avances y limitaciones en la salud de una sociedad.

En 1970 la brecha en la esperanza de vida entre los países de renta alta y México era de cerca de 10 años más de vida en los primeros (69,4 años) que en México (59,9 años). Durante poco más de tres décadas, de 1970 a 2001, la brecha se fue cerrando paulatinamente a sólo 2,2 años, con un mayor incremento continuo (con algunos pocos retrocesos o frenos) en la esperanza de vida en México, que llegó a 75 años en 2001, y un menor incremento continuo en la OCDE, cuyo promedio en ese año a 77,2 años. Se trataba de una mejora en las condiciones generales de salud en México frente a los países de renta alta como referente. Sin embargo, a partir de 2002, la brecha nuevamente se amplió gradualmente en un duradero periodo de casi dos décadas hasta 2019: la esperanza de vida se estancó notablemente en México alrededor de los 75 años (primero se incrementó hasta 75,5 en 2006, descendió hasta 74,8 en 2010 y se mantuvo con alzas y bajas en 75 años, hasta 75,1 en 2019) y mantuvo un proceso de continuo aumento en el promedio de países de la OCDE hasta llegar a 81 años de esperanza de vida en 2019. La brecha entre la OCDE y México se situó en 5,9 años (3,7 más que en 2002), lo que señala importantes limitaciones y frenos en el sistema de salud en México (ver Gráfica 12).

Los otros países latinoamericanos incorporados a la OCDE han vivido procesos diferentes al mexicano, aunque en forma heterogénea. Chile y Costa Rica en el mismo largo periodo de 1970 a 2019 prácticamente cerraron la brecha con el promedio de países de la OCDE: el primero pasó de una esperanza de vida de 62,3 años en 1970 (con una brecha de 7,1 años) a 80,6 años en 2019 (con una brecha de sólo 0,4 años), el segundo de 65,8 en 1970 (y brecha de 3,6 años) y de 80,5 años en 2019 (y brecha de sólo 0,5 años), respectivamente; incluso en el periodo 1981-2009 la esperanza de vida fue ligeramente superior en Costa Rica. Colombia también ha experimentado un proceso de cierre de brecha de manera continua, pero a menor ritmo en este medio siglo considerado: pasó de una esperanza de vida de 59,5 años (con brecha de 9,9 años ante la OCDE), prácticamente el mismo punto de partida que México, a una de 76,6 en 2019 (y brecha de 4,4) (estimaciones propias con datos de OECD, 2022). Por otra parte, de acuerdo a OECD y WB (2020, p. 65), de 31 países considerados de América Latina y el Caribe (ALyC), México fue el que menor incremento en esperanza de vida tuvo entre 2000 y 2017: sólo un año, de 74,4 a 75,4 respectivamente, mientras el promedio de estos 31 países fue de incremento de 3,7 años, de 70,8 a 74,5 años, con lo que México se situó en 2017 muy cerca del promedio en esperanza de vida de ALyC.

Gráfica 12 – INCREMENTO DE BRECHA RECIENTE: ESPERANZA DE VIDA (OCDE Y MÉXICO) (1970-2019)



Fuente: Elaboración propia con datos OCDE (OECD, 2022).

Es notable que la trayectoria reciente de incremento de esta brecha entre la OCDE y México (y de menor incremento de esperanza de vida en comparación a los países de ALyC) sucede en el periodo de las reformas de salud mexicanas. Puede señalarse que la segmentación y estratificación del sistema público de salud, y el débil compromiso fiscal con el derecho a la salud en México no han sido el mejor contexto para cerrar las brechas en las condiciones de salud de los ciudadanos de México con el resto de países de la OCDE.

BALANCE FINAL

La pandemia COVID-19 irrumpió en México cuando el sistema público de salud manifestaba avances y limitaciones históricas; la pandemia no se expandió en un sistema público de salud articulado, equitativo, sólido fiscalmente y pujante en el desarrollo de su infraestructura; no se difundió cuando el sistema público de salud consolidaba sus reformas institucionales, sino cuando vivía el inicio de cambio de reglas y de liderazgo político, institucional e ideológico con una nueva coalición.

Las condiciones estructurales del sistema público de salud en México, previas a la pandemia, fueron de segmentación (desarticulación) con una seguridad social en freno y un subsistema de protección social en ampliación con un paquete reducido

de servicios, además de una quinta parte de la población sin protección pública; de desigualdad y fuerte jerarquización con conjuntos heterogéneos de servicios entre los segmentos mencionados y al interior de ellos; de debilidad financiera con un compromiso fiscal bajo y sin importante dinamismo creciente; de restricciones en recursos humanos e infraestructura. Con fuertes brechas fiscales e institucionales (recursos humanos e infraestructura) con los países de renta elevada.

Los avances en la cobertura o afiliación se objetivaron en diversos estatus en la ciudadanía social en salud expresados en la miscelánea de servicios garantizados y en la diversidad de arreglos legales de estos segmentos. De esta manera el proceso de universalización fue acotado y contenía potencialidades redistributivas muy limitadas. Estas condiciones estructurales se manifestaban en brechas sustantivas en relación con la OCDE y algunos países latinoamericanos, y se asociaban con un freno histórico en el logro social de mayor esperanza de vida.

La reforma de salud de 2003, con sus desarrollos institucionales y limitaciones estructurales, fue interrumpida legalmente semanas antes de la pandemia y comenzó una nueva institucionalidad en tiempos de crisis sanitaria severa. Esta transformación institucional incluía la continuidad inicial de los derechos adquiridos en la anterior reforma de protección social en salud; así, la pandemia detonó en un marco institucional incierto y en transición, con legados inerciales. El marco fundacional anunciado no implicó un proyecto explícito de unificación del sistema público de salud ni una reforma fiscal transformadora de la debilidad financiera en salud; así el sistema público de salud enfrentó la crisis sanitaria segmentado, jerarquizado y débil fiscalmente, con un paradigma de austeridad económica.

Referencias

- BARBA, C. *El régimen de bienestar mexicano: inercias, transformaciones y desafíos*. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021. (Serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México, n. 191).
- BARBA SOLANO, C.; JARAMILLO-MOLINA, M.; VALENCIA LOMELÍ, E. & ZAZUETA BORBOA, J. D. Claves universalistas de la reforma de salud en México. In: Huesca, L.; Ordóñez, G.; Sandoval, S. A. (Coords.). *Los retos de la política social en el sexenio de la Cuarta Transformación*. Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte; Hermosillo, México: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, 2020. pp. 133-180.
- BARBA SOLANO, C. & VALENCIA LOMELÍ, E. La transición del Régimen de Bienestar mexicano: entre el dualismo y las reformas liberales. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, Montevideo, Uruguay, v. 22, n. 2., pp. 47-76. 2013.
- BÉLAND, D.; MARCHILDON, G.P. & PRINCE, M. J. Understanding Universality within a Liberal Welfare Regime: The Case of Universal Social Programs in Canada. *Social Inclusion*, Lisbon, Portugal, v. 8, n. 1, pp. 124-132. 2020.
- BIZBERG, I. Latin American Health Regimes in the Face of the Pandemic. *Revue Interventions économiques* [Online], Quebec, Canadá, n. 67, 2022. Disponible en <https://bit.ly/3CzOF4A>. Acceso: 17 nov. 2022.
- BUDOWSKI, M. & KÜNZLER, D. Universalism in Social Policies: A Multidimensional Concept, Policy Idea or Process. *Social Inclusion*. Lisbon, Portugal, v. 8, n. 1, pp. 86-89. 2020.

- CIEP (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.). *Sistema universal de salud. Retos de cobertura y financiamiento*, Ciudad de México: CIEP, 2018.
- COMISIÓN MEXICANA SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD. *Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico*. Ciudad de México: Secretaría de Salud; Fondo de Cultura Económica, 2006
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social). *Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020*. Ciudad de México: CONEVAL, 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3QvjRGf>. Acceso: 10 mar. 2021.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social). *Evaluación Estratégica de Protección Social en México*. Ciudad de México: CONEVAL, 2013.
- DÁVALOS, J. *El constituyente laboral*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2016.
- FARFÁN MENDOZA, G. *Los orígenes del seguro social en México: un enfoque neoinstitucional histórico*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2009.
- FLAMAND, L. & MORENO-JAIMES, C. La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012). *Foro Internacional*. Ciudad de México, v. 55, n. 219, pp. 217-261, ene./marzo. 2015.
- FRENK, J; GONZÁLEZ BLOCK, M.A.; KNAUL, F. & LOZANO, R. La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma. In: Solís Soberón, F. & Villagómez, F.A. (Coords.). *La seguridad social en México*. Ciudad de México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C.; Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro; Fondo de Cultura Económica, 1999. pp. 35-102.
- GARCÍA-DÍAZ, R. Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Services Research* [Online], v. 22, n. 1027. Disponible en <https://bit.ly/3IH18FJ>. Acceso: 23 nov. 2022.
- GAUDIN, Y. & PAREYÓN NOGUEZ, R. *Brechas estructurales en América Latina y el Caribe: una perspectiva conceptual-metodológica*. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020. (Documentos de Proyectos, LC/TS.2020/139; LC/MEX/TS.2020/36).
- GONZÁLEZ BLOCK, M.A.; ALDAPEVALDÉS, R.; CAHUANA HURTADO, L.; PATRICIA DÍAZ PORTILLO, S. & GUTIÉRREZ CALDERÓN, E. *El subsistema privado de atención de la salud en México. Diagnóstico y retos*. Ciudad de México: Universidad Anáhuac, 2018.
- GONZÁLEZ, M.A; REYES, H.; CAHUANA, L.; BALANDRÁN, A.; MÉNDEZ, E. & ALLIN, S. Mexico: Health system review. *Health Systems in Transition*, Copenhagen Ø, Denmark, v. 22, n. 2. 2020.
- GRUPO DE PENSAMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y CONSENSO SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD Y EL GOBIERNO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Diagnóstico de los retos al Sistema Nacional de Salud Universal*. Ciudad de México: Fundación Mexicana para la Salud A.C., 2015.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)*. 1992-2018. Disponible en: <https://bit.ly/3GvMqij>. Acceso: 18 ene. 2022.
- KNAUL, F. M et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, México, v. 55, n. 2, pp. 207-235, marzo/abril. 2013.
- LAURELL, A. C. *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), 2013.
- LOMELÍ VANEGAS, L. La economía de la salud en México. *Revista de la CEPAL*, Santiago de Chile, n. 132, pp. 195-208, diciembre. 2020.
- MESA LAGO, C. *Desempeño de pensiones privatizadas en América Latina, 1980-2020: el caso de México*. Ciudad de México, *El Trimestre Económico*, vol. 89 (3), n. 355, pp. 755-794, jul./-sept. 2022
- MESA LAGO, C. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005.

OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). *Health*. C2022. Disponible en <https://stats.oecd.org/>. Acceso: 12 nov. 2022.

OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). *Excess mortality*. C2021. Disponible en: <https://bit.ly/3IBxD8g>. Acceso: 21 oct. 2022.

OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) & (WB) The World Bank. *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París, Francia: OECD Publishing, 2020.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*. C2017. Disponible en: <https://bit.ly/3VZn5Tx>. Acceso el 23 nov. 2022.

ORDÓÑEZ BARBA, G. & RAMÍREZ SÁNCHEZ, M.A. La seguridad social en México a dos décadas de las reformas privatizadoras. Balance y perspectivas. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, Guadalajara, México, v. 25, n. 73, pp. 121-158, sept./dic. 2018.

RAMÍREZ LÓPEZ, B.; NAVABOLAÑOS, I. & BADILLO GONZÁLEZ, G. Las raíces de la desigualdad y de la exclusión previsional en México: propuesta para su rediseño. In: Rodríguez, I & Vommaro, P. (Coords.), *Desigualdades, exclusión y crisis de sustentabilidad en los sistemas previsionales de América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), 2018. pp. 143-171.

SÁNCHEZ ANCOECHEA, D. & MARTÍNEZ FRANZONI, J. *La incorporación social en Centroamérica: trayectorias, obstáculos y oportunidades*. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sede Subregional en México, 2015.

VALENCIA LOMELI, E. México: desafíos del estancamiento (estabilizador) económico y social. In: Aziz Nassif, A. & Valencia Lomeli, E.; Alonso Sánchez, J. *Tres miradas al México de hoy*, Guadalajara, México: Cátedra Jorge Alonso, 2020. p. 87-189.

VALENCIA LOMELI, E. Dinámicas históricas de desigualdad en el régimen de bienestar mexicano. In: Bayón, M.C. (Coord.). *Las grietas del neoliberalismo Dimensiones de la desigualdad contemporánea en México*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2019. pp. 195-242.

VALENCIA LOMELÍ, E. Segmentación y estratificación del sistema de salud en México: actores y raíces históricas. In: Fidel, C. & Valencia Lomelí (Coord.), *(Des) Encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; Centro de Desarrollo Territorial de la Universidad Nacional de Quilmes, 2013. pp. 159-191.

VALENCIA LOMELÍ, E.; FOUST RODRÍGUEZ, D & TETREALT WEBER. *Sistema de protección social en México a inicio del siglo XXI*. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/ASDI, 2012. (Documento de Proyecto).

VALENCIA LOMELÍ, E. & JARAMILLO MOLINA, M. E. El Programa Progresa-Oportunidades-Prospera en el régimen de bienestar dual mexicano. In: Hernández Licona, G; De la Garza, T.; Zamudio, J. & Yashine, I. (Coords.). *El Progresa-Oportunidades-Prospera, a 20 años de su creación*. Ciudad de México: CONEVAL, 2019. pp. 115-147.

(WB) THE WORLD BANK. *World Development Indicators*. C2022a. Disponible en <https://bit.ly/2XIV9sO>. Acceso: 4 jun. 2022.

(WB) THE WORLD BANK. *World Bank Country and Lending Groups*. C2022b. Disponible en <https://bit.ly/3Qt9OBo>. Acceso: 25 nov. 2022.

WHO (World Health Organization). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Disponible en <https://bit.ly/3X417jI>. Acceso: 19 nov. 2022.

