

¿Cómo abatir las desigualdades en la protección de la salud en México?

Laura Flamand*

Resumen

Este trabajo ilustra, inicialmente, las persistentes desigualdades en la protección de la salud en México asociadas, sobre todo, a un sistema sanitario fragmentado, a sistemas estatales heterogéneos y a un bajo gasto público. Analiza después soluciones posibles a tales desigualdades, como sería el Seguro Popular (SP), los sistemas universales y la propuesta del gobierno de López Obrador.

Palabras clave:

descentralización
desigualdad
México
salud
seguridad social
sistema universal de salud



En las décadas recientes, México ha logrado avances notables en los indicadores de salud básicos. Como ilustración, el aumento en la esperanza de vida al nacimiento, que pasó de 47 años en 1950, a 75 en 2019. Estos avances no han beneficiado a todas las personas en la misma proporción, existiendo una diferencia en la esperanza de vida promedio de entre 1.6 y 3 años de las entidades menos desarrolladas (Chiapas, Guerrero y Oaxaca) y las más desarrolladas (Baja California, Ciudad de México y Nuevo León) (Conapo, 2019).

La salud depende de circunstancias como los hábitos alimenticios, la actividad física, la vivienda, el trabajo y el acceso a servicios de salud. Las personas sólo controlamos de manera parcial estas circunstancias

y, en general, quienes tienen bajos ingresos, servicios públicos de baja calidad o empleos precarios enfrentan situaciones de alta vulnerabilidad. En México, la salud es un derecho constitucional desde 1983; sin embargo, la desigualdad de oportunidades en el tema sanitario es muy profunda. Las diferencias se explican, en su mayoría, por los atributos intrínsecos de las personas, como son el lugar de nacimiento, el sexo, el origen social o la situación laboral. La desigualdad en la protección de este derecho, por tanto, es un problema público que amerita la intervención gubernamental para eliminar los obstáculos que limitan el acceso de las personas al pleno goce de la salud.

Esta desigualdad se vincula también con la fragmentación de la protección a la salud en subsistemas (Flamand y Moreno, 2014) estando, por un lado, los que atienden a la población que tiene seguridad social, especialmente los servicios del IMSS e ISSSTE, con 91% del total de afiliados; por el otro están los sistemas estatales de salud que se ocupan de las personas sin seguridad social (con financiamiento del SP de 2003 a 2019). Para ilustrar las desigualdades, en 2017 el gasto per cápita total en salud para la población con seguridad social fue de \$5,953 pesos per cápita, mientras que para la no asegurada fue de \$4,289 (DGIS, 2019).¹

¿CUÁLES SON LAS DETERMINANTES DE LA DESIGUALDAD EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO?

En esta sección comento sobre dos de las principales causas de la desigualdad en la protección de la salud: el acceso fragmentado a los servicios sanitarios públicos y el riesgo financiero asociado a los gastos por enfermedad (Flamand y Moreno, 2014).

El acceso a los servicios de salud suele determinarse por el tipo de trabajo de cada persona. En términos generales, los asalariados en el sector formal tienen la protección de los servicios de la seguridad social con financiamiento tripartita (empleador, empleado y gobierno). Aquellos sin un empleo formal —más de la mitad de la población— carecen de tal protección. Hasta 2019, las personas no aseguradas tenían dos opciones: recurrir a proveedores privados o afiliarse al SP para recibir servicios financiados por los gobiernos federal y estatales sin incurrir en gasto alguno (Flamand y Moreno, 2014). En 2018, aun con la existencia del SP, 20.2 millones de mexicanos dijeron no tener acceso a servicios de salud (Coneval, 2018).

Otra causa importante de la desigualdad en la protección de la salud es financiera, pues la mitad del gasto total en salud en México proviene de fuentes privadas; es decir, la persona paga para contratar seguros médicos privados, y eroga el “gasto de bolsillo”.² El SP significó una reforma profunda de las finanzas de la salud, no obstante lo cual el sector salud presenta indicadores financieros desalentadores en comparación con otros países de América Latina. Comparado con Argentina, Brasil y Chile, México destina a la salud una proporción relativamente baja de su PIB; en el presupuesto público, el peso relativo del gasto total en salud decreció en los últimos años, mientras el gasto de bolsillo como proporción del gasto sanitario total es el más elevado de los cuatro países (cuadro 1).

Cuadro I. Gasto en salud en algunos países de América Latina, 2013-2015

País	Gasto total en salud como porcentaje del PIB		Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud		Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	
	2013	2015	2013	2015	2013	2015
Argentina	6.4	6.8	66.6	71.4	19.0	17.6
Brasil	8.0	8.9	44.5	42.8	28.1	28.3
Chile	7.4	8.1	60.0	60.8	32.9	32.2
México	6.0	5.9	52.8	52.2	41.3	41.4

Fuente: elaboración propia con información de OMS (2019).

¿CUÁLES SON LAS SOLUCIONES POSIBLES?

En términos generales, hay tres instrumentos de política disponibles para proveer protección social: *a)* la seguridad social contributiva, que suele incluir seguros de salud y de desempleo, pensiones y compensaciones para los trabajadores y sus familias; *b)* la asistencia social, usualmente no contributiva, con transferencias y subsidios focalizados sobre todo para personas de bajos ingresos; *c)* las políticas universales que ofrecen cobertura a toda la población con transferencias relativamente generosas y servicios de alta calidad que se financian con impuestos generales (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2012).

Sin duda, en las dos décadas más recientes, la política de asistencia social más ambiciosa para resolver el acceso limitado a los servicios de salud fue el SP, que tuvo logros indiscutibles desde su creación en 2003: transformó la lógica del

financiamiento de los servicios de salud para la población sin seguridad social, con la consecuente mejora en su protección financiera, habiendo incrementado la utilización de los servicios de salud de sus afiliados. Con todo, dejó una deuda enorme con la sociedad en cuanto a la oportunidad y la calidad de sus servicios. Como la provisión depende de 32 sistemas estatales de salud muy heterogéneos en capacidades y desempeño, los servicios del SP eran muy desiguales entre las entidades (Flamand y Moreno, 2014). De hecho, se ha documentado que programas asistenciales de este tipo fragmentan la seguridad social, disminuyen la eficacia en la utilización de los recursos y pueden generar prioridades presupuestales muy cambiantes entre administraciones (Levy y Schady, 2013).

Los sistemas universales, en contraste, ofrecen asegurar la salud de la población desde el nacimiento hasta la muerte. Además, con sus diferencias, estos sistemas incluyen un catálogo relativamente

amplio de intervenciones y aspiran a garantizar, en la práctica, que servicios de calidad se encuentren disponibles en todo lugar y tiempo. Como instrumentos de redistribución, las políticas universales son más efectivas que las intervenciones focalizadas a grupos de bajos ingresos, no crean estigmas sociales y se administran más fácilmente. Además, en su origen, las políticas universales tienden a generar efectos macro sociales muy poderosos y positivos, tales como coaliciones entre clases y mayor cohesión social, lo cual suele ocasionar que el gasto público aumente y la calidad de los servicios mejore (Martínez-Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2012).

La amplia gama de sistemas universales responde, en especial, a la interacción de cuatro componentes a saber: las características del derecho a la salud, los sistemas de financiamiento y provisión, así como el grado de descentralización y las estrategias de evaluación. Los sistemas de Brasil, Canadá, España o el Reino Unido son claros ejemplos de los resultados heterogéneos del universalismo en salud (Flamand y Moreno, 2014).

¿UN SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD EN MÉXICO?

Al menos desde los años ochenta se ha discutido en México la creación de un sistema universal de salud; fue una promesa incumplida de la administración de Peña Nieto, ¿el gobierno de López Obrador podrá materializarla? Su propuesta es sustituir el SP con el

Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), sectorizado a la Secretaría de Salud. El objetivo principal del Insabi es crear un sistema de salud de acceso universal y gratuito para la población sin seguridad social (López Obrador, 2019). La propuesta mantiene los subsistemas de atención a la salud existentes con la rectoría de la Secretaría de Salud, que se ocupará de fomentar la articulación de las instituciones públicas, aunque no existen detalles concretos todavía. Es decir, no se ha propuesto hasta hoy un sistema universal similar al de países como Brasil o Canadá. El Insabi absorberá el programa IMSS-Bienestar (clínicas y hospitales rurales) y los sistemas estatales de salud (el personal, así como la operación de centros de salud y hospitales), en acuerdo con los gobiernos de las entidades. El Insabi adquirirá los insumos mediante compras consolidadas, procurará la suficiencia del personal médico y regularizará a los trabajadores del sector, además de construir y mantener la infraestructura (López Obrador, 2019).

La iniciativa para la creación del Insabi, aprobada por el Congreso el 14 de noviembre de 2019, es relativamente ambigua en cuanto al nuevo esquema de financiamiento, las corresponsabilidades de los órdenes de gobierno y la fórmula para transferir los recursos federales a los estados. La iniciativa no presenta una ruta de transición e integración donde se definan tiempos, procesos y las variables epidemiológicas (Reyes-Morales *et al.*, 2019).

Crear un sistema universal de salud que integre los subsistemas requiere considerar cuatro acciones fundamentales: *a)* planear a largo plazo cómo se integrarán los subsistemas considerando la operación y los recursos disponibles; *b)* definir con precisión a la población prioritaria, las modificaciones institucionales y las reformas a los subsistemas durante la transición del sistema fragmentado al universal; *c)* crear instrumentos que homologuen los costos, la calidad y la oferta de servicios de salud entre los subsistemas; *d)* vincular a todas las personas a una fuente de financiamiento considerando el estado de las reservas del sector, así como las transiciones demográficas y epidemiológicas (Villarreal, 2019).

En la reforma del sector salud en México —ojalá hacia un sistema universal—, las tareas más apremiantes son evitar que el hecho azaroso del lugar de nacimiento o residencia defina la cobertura o los estándares de calidad de los servicios de salud; priorizar de igual manera a los trabajadores formales y a quienes están ocupados en la economía popular, y revertir el financiamiento a la salud donde domina el gasto de bolsillo, especialmente, entre la población de bajos recursos.

*Profesora, Centro de Estudios Internacionales y Coordinadora de la Red de Estudios sobre Desigualdades, El Colegio de México, lflamand@colmex.mx

Notas

¹ Es importante resaltar que esta diferencia se ha reducido considerablemente: en 2003 fue de \$4,659 y \$2,047 pesos per cápita, respectivamente (DGIS,2019). El SP ayudó a reducir la brecha, pues incrementó de manera muy sobresaliente el gasto público en salud para la población sin seguridad social (Flamand y Moreno, 2014).

² Esto significa que la mitad de los recursos financieros erogados para proteger la salud de las personas provienen del dinero que ellas mismas gastan en consultas médicas, adquisición de medicamentos o servicios de hospitalización en el momento de enfrentar un padecimiento.

Referencias

- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN [CONAPO] (2019), *Bases de datos de Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/diccionario-de-las-bases-de-datos-de-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>, consultadas el 18 de septiembre de 2019.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL [CONEVAL] (2018), *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, Ciudad de México, Coneval. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf, consultado el 30 de septiembre de 2019.
- DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD [DGIS] (2019), “Gasto en Salud. Indicadores”, en *Sistema de Información de la Secretaría de Salud*. Disponible en <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>, consultado el 19 de noviembre de 2019.
- FLAMAND, L. Y C. MORENO (2014), *Seguro popular y federalismo. Un análisis de política pública*, Ciudad de México, CIDE.
- LEVY, S. Y N. SCHADY (2013), “Latin America’s Social Policy Challenge: Education, Social Insurance, Redistribution”. *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 27, Núm. 2, pp. 193-218.
- LÓPEZ OBRADOR, A. M. (2019), “Lineamientos del Instituto de Salud para el Bienestar”. *lopezobrador.org.mx*, 12 de julio. Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2019/07/12/presidente-anuncia-lineamientos-del-instituto-de-salud-para-el-bienestar/>, consultado el 18 de septiembre de 2019.
- Martínez-Franzoni J. y D. Sánchez-Ancochea (2012), “The Double Challenge of Market and Social Incorporation. Progress and Bottlenecks in Latin America”, *desiguALdades.net Working Paper Series*, Núm. 27. Disponible en: http://www.desigualdades.net/Resources/Working_Paper/27_WP_Martinez_Franzoni_and_Sanchez-Ancochea_online.pdf, consultado el 2 de septiembre de 2019.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019), “Health Financing”. *Global Health Observatory Data Repository*. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main>, consultado el 9 de septiembre de 2019.
- Reyes-Morales H., A. Dreser-Mansilla, A. Arredondo-López, S. Bautista-Arredondo y L. Ávila-Burgos (2019), “Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México.” *Salud Pública de México*, Vol. 61, Núm. 5, pp. 685-691.
- Villarreal Paez, H. J. (2019), “El diseño de un sistema de salud universal tiene que ser fiscalmente sostenible”. *Salud y Finanzas Públicas. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria*, 12 de julio. Disponible en: <https://ciep.mx/el-diseno-de-un-sistema-de-salud-universal-tiene-que-ser-fiscalmente-sostenible/>, consultado el 18 de septiembre de 2019.