

# Las causas del reciente deterioro de los servicios públicos de salud



RICARDO VELÁZQUEZ LEYER

Doctor en Política Social por la Universidad de Bath. Profesor de Tiempo Completo del Departamento de Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), Nivel 1. Se especializa en el análisis de políticas públicas y política social comparada. Sus recientes investigaciones incluyen estudios sobre la comparación de los sistemas de salud de Chile y México, el análisis de cambios recientes en los sistemas de pensiones de países latinoamericanos y la revisión de la respuesta del gobierno mexicano a la pandemia de COVID-19.



El rubro de salud registra los peores resultados de la última medición multidimensional de la pobreza del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

La población con carencia de acceso a servicios de salud aumentó del 16% en 2018 al 28% en 2020; con carencias prácticamente similares en zonas urbanas y rurales, 27% y 31% de la población, respectivamente<sup>1</sup>. Este artículo busca explicar las causas de este deterioro.

## La expansión de los servicios de salud

Durante el siglo XX la política de salud se basó en programas contributivos de seguridad social financiados con aportaciones de los trabajadores, sus empleadores y el Estado. Diferentes programas se crearon para distintos grupos de trabajadores, como el del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para empleados del sector privado, y el del Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores al

La población con carencia de acceso a servicios de salud aumentó del 16% en 2018 al 28% en 2020; con carencias prácticamente similares en zonas urbanas y rurales, 27% y 31% de la población, respectivamente.

Servicios del Estado (ISSSTE), para servidores públicos del gobierno federal, además de otros esquemas de dimensiones menores para otras categorías de trabajadores públicos.

La Secretaría de Salud debía ser el organismo responsable de organizar servicios de salud para personas sin una relación formal de trabajo, pero dicha oferta fue insignificante en comparación con la demanda y nunca se logró construir un programa que ofreciera



Personal médico aplicando la vacuna contra el COVID-19. Fotografía de Adobe Stock.

atención integral a esa población. Se crearon programas para beneficiarios de programas sociales focalizados, pero igual quedaban lejos de garantizar una atención de calidad y amplia cobertura de intervenciones<sup>2</sup>.

El sistema público de salud evolucionó de manera fragmentada y desigual, con una diversidad de programas que ofrecían diferentes niveles de acceso y calidad a sus beneficiarios e ignorando las necesidades de la mayoría de la población no cubierta por la seguridad social. El derecho a la salud se introdujo en la Constitución en 1983, pero no se adoptaron medidas para tratar de garantizarlo hasta la creación en 2003 del Seguro Popular de Salud (SPS), seguro voluntario de salud para personas sin seguridad social, financiado con aportaciones de los asegurados y el Estado, con exenciones para familias de bajos ingresos, y con cobertura de un paquete específico de intervenciones médicas, que llegó a incluir varios tratamientos de enfermedades de alto costo.

Como resultado de la expansión del sistema público de salud a través del SPS, la población cubierta por un seguro público de salud pasó del 40% del total en 2000 al 82% en 2017<sup>3</sup>, y el gasto público en salud aumentó del 2%

del Producto Interno Bruto (PIB) y del 45% del gasto total en salud en 2000 al 2.7% del PIB y el 50% del gasto total, habiendo alcanzado máximos históricos del 3.1% del PIB y 54% del gasto total en el rubro en 2013<sup>4</sup>.

A pesar de que el SPS representa el primer esfuerzo del Estado mexicano por ampliar masiva e integralmente la cobertura de los servicios públicos de salud, su evolución quedó lejos de cumplir con las necesidades del país<sup>5</sup>.

La expansión de la cobertura a través del SPS reprodujo la fragmentación e inequidad del sistema, con diferentes niveles de acceso y calidad de servicios para diversos grupos de la población; los resultados de los indicadores de gasto continuaron por debajo de los de países comparables como Chile, en donde el gasto público representaba el 5.5% del PIB y 60% del gasto total en salud en 2018; la infraestructura no creció al mismo ritmo que el aseguramiento público, el número de camas de hospital por cada 1,000 habitantes incluso se redujo de 1.05 en 2000 a 0.98 en 2018<sup>6</sup>; el diseño descentralizado del financiamiento y operación del SPS generó problemas en su implementación, incluyendo casos de corrupción; y la



Clínica pública para la atención de pacientes con COVID-19. Fotografía de Adobe Stock.

El derecho a la salud se introdujo en la Constitución en 1983, pero no se adoptaron medidas para tratar de garantizarlo hasta la creación en 2003 del Seguro Popular de Salud (SPS), seguro voluntario de salud para personas sin seguridad social, financiado con aportaciones de los asegurados y el Estado.

oferta de todos los componentes del sistema continuó con serias deficiencias, incentivando o forzando a que personas beneficiarias de los seguros públicos eligieran buscar atención en el sector privado. En 2017 el 19% de derechohabientes del IMSS y el 22.5% de los del ISSSTE utilizaron con mayor frecuencia servicios privados<sup>7</sup>.

### Regresiones en la provisión de servicios de salud

El gobierno federal actual ha culpado del deterioro del sistema de salud a las acciones de los gobiernos recientes. La evidencia demuestra que este argumento no es válido. A pesar de sus limitaciones, la expansión de la cobertura de salud a través del SPS logró reducir la carencia por acceso a servicios de salud de manera constante desde 2008, cuando se comienza a medir<sup>8</sup>. Las causas del deterioro en el acceso a la salud se ubican

en los deficientes procesos de diseño e implementación de los cambios introducidos por el gobierno, que en lugar de tratar de solucionar las fallas de la expansión mediante el SPS, generaron nuevos problemas.

En enero de 2020 el SPS fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que, a diferencia del primero, busca ofrecer servicios de salud gratuitos sin el pago de contribuciones a la población no cubierta por la seguridad social como un derecho de ciudadanía, argumentado la aplicación de un modelo de política social universal. Sin embargo, los procesos de diseño e implementación del INSABI presentan múltiples deficiencias; por ejemplo, entre otros aspectos:

- se preservó la fragmentación y desigualdad del sistema público, sustituyendo al SPS por otro esquema que busca cubrir a la misma población objetivo, sin propiciar su unificación con otros programas;



Pintas a manera de protesta frente a las oficinas del IMSS en Paseo de la Reforma ante la falta de medicamento para combatir el VIH, Ciudad de México. Febrero de 2020. PetrohsW en Wikimedia Commons.

- se excluyó la cobertura de intervenciones de especialidades de tercer nivel, a diferencia del SPS que, aunque ofrecía un paquete específico, sí cubría varias de ellas que resultan inaccesibles en el sector privado para muchas familias;
- la arquitectura institucional es frágil, los documentos normativos del INSABI se publicaron hasta finales de 2020, y aún no detallan los mecanismos para el registro de los derechohabientes en un médico familiar, ni la operación de expedientes clínicos ni de sistemas de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención;
- se centraliza la operación de los servicios, justificada por la intención de combatir la corrupción, pero con el riesgo de generar ineficiencias, además de que se eliminó la agencia de compras consolidadas de medicamentos e insumos médicos para todo el sistema público de salud, sin que una nueva agencia se haya creado para desempeñar esa labor de manera eficiente, provocando escasez de muchas medicinas;
- y, además, no se ha asignado el presupuesto que se requeriría para ampliar la cobertura de salud con servicios de calidad.<sup>9</sup>

---

**El gobierno federal actual ha culpado del deterioro del sistema de salud a las acciones de los gobiernos recientes. La evidencia demuestra que este argumento no es válido. A pesar de sus limitaciones, la expansión de la cobertura de salud a través del SPS logró reducir la carencia por acceso a servicios de salud de manera constante desde 2008, cuando se comienza a medir.**

---

Las deficiencias en el diseño e implementación del INSABI explican el aumento en la carencia por acceso a servicios de salud: en 2018 el 42.1% de la población



Doctora atiende a paciente embarazada en la región de la sierra chiapaneca. Febrero 2019. Fotografía: Secretaría de Salud del Gobierno de México.

manifestó tener acceso a la salud a través del SPS, comparado con el 26.9% que manifestó tenerlo a través del INSABI en 2020. Este deterioro en el acceso afecta desproporcionadamente a la población más pobre; el aumento en la carencia de salud es mucho mayor en los primeros deciles de ingreso y en los estados más pobres del país.<sup>10</sup>

El panorama se agrava por la ausencia de acciones para mejorar la oferta de los programas de seguridad social. Por todo ello, en 2020, cuando la pandemia de COVID-19 requería de la acción pública enérgica y expansiva, del total de personas que requirió atención médica, únicamente el 34% la obtuvo en el sector público, y del total de pacientes COVID, sólo el 14% fue atendido en servicios públicos.<sup>11</sup>

### Falsos y auténticos universalismos

El INSABI pretende aplicar los principios del universalismo de la política social, al otorgar acceso automático a servicios como un derecho de ciudadad-

---

Las deficiencias en el diseño e implementación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) explican el aumento en la carencia por acceso a servicios de salud: en 2018 el 42.1% de la población manifestó tener acceso a la salud a través del Seguro Popular de Salud (SPS), comparado con el 26.9% que manifestó tenerlo a través del INSABI en 2020.

---

nía, pero ésta puede resultar una medida falsamente universal. Se debe tomar en cuenta que el auténtico universalismo en política social no se alcanza por los

criterios de elegibilidad para acceder a un programa, sino por sus resultados medibles en función de sus niveles de cobertura, generosidad y equidad.<sup>12</sup>

En otras palabras, no importa si el acceso a un programa se establece como un derecho automático o mediante el pago previo de contribuciones, ya que si su diseño e implementación no contribuyen a alcanzar una cobertura masiva, una oferta de servicios suficiente y de calidad para lograr una protección integral y la equidad en la provisión de servicios a toda la población, no debe definirse como un programa universal. La creación del INSABI no parece contar con el potencial para avanzar hacia un auténtico universalismo en salud, pues

- no ha representado una ampliación de la cobertura masiva real que disminuya la dependencia

de los servicios privados de muchos sectores de la población;

- representa una reducción en la oferta pública al ignorar la provisión de servicios de tercer nivel;
- no ha sido acompañada de la inversión necesaria para aumentar la calidad de los servicios de todos los programas públicos,<sup>13</sup> ni rompe con la fragmentación que se requeriría para combatir las desigualdades del sistema.

En conclusión, el INSABI representa un caso de falso universalismo. Si el gobierno actual no enmienda la trayectoria para avanzar hacia un auténtico universalismo, difícilmente se pueden esperar mejoras significativas en la protección de los mexicanos en materia de salud. 🐼

<sup>1</sup> CONEVAL, *Nota técnica sobre la carencia por acceso a servicios de salud, 2018-2020*, 5 de agosto de 2021.

<sup>2</sup> M. Bonilla-Chacín, M. y N. Aguilera, *The Mexican Social Protection System in Health*, Universal Health Coverage Studies Series No. 1, The World Bank, 2013.

<sup>3</sup> INEGI, *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social*, 2017.

<sup>4</sup> OECD Data, Health, 2021, en <https://data.oecd.org/health.htm>

<sup>5</sup> G. Nigenda, V. Wirts, L. M. González-Robledo y M. Reich, "Evaluating the Implementation of Mexico's Health Reform: The Case of Seguro Popular", *Health Systems & Reform*, vol. 1, num. 3, 2015, pp. 217-228. J. Larkin, "The End of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001-2007", *Health Policy Law*, vol. 35, num. 3, 2010, pp.313-352.

<sup>6</sup> OECD Data, 2021.

<sup>7</sup> INEGI, 2017.

<sup>8</sup> CONEVAL, *Medición de la Pobreza 2008-2018*, en <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

<sup>9</sup> INSABI, "Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar", *Diario Oficial de la Federación*, 12 de diciembre de 2021; M. Reich, "Restructuring Health Reform, Mexican Style", *Health Systems & Reform*, vol. 6, num. 1, 2020.

<sup>10</sup> Los estados que registran mayores incrementos en la carencia por acceso a servicios de salud son Oaxaca, Guerrero, Chiapas y Michoacán, CONEVAL, 2021; L. Flamand, "La responsabilidad social en la protección de la salud", *Letras Libres*, noviembre de 2021, pp. 11-16.

<sup>11</sup> INSP, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19. Resultados Nacionales*, 2020.

<sup>12</sup> D. Sánchez Ancochea y J. Martínez Franzoni, *The Quest for Universal Social Policy in the South. Actors, Ideas and Architectures*, Cambridge University Press, 2016.

<sup>13</sup> El financiamiento representa un gran reto para construir un sistema de calidad. La llamada gratuidad de los servicios ofrecidos como un derecho de ciudadanía sólo se refiere a la gratuidad que se ofrece al paciente en el punto de atención, pero en realidad ningún servicio público es gratuito, el financiamiento debe provenir de alguna fuente. Los programas no contributivos se deben financiar de impuestos generales, por lo que una cuestión a definir dado los bajos niveles de recaudación del Estado mexicano es si resulta conveniente y factible en el contexto actual aumentar impuestos al consumo, que pueden ser regresivos, o impuestos a la renta, con lo que se corre el riesgo de constreñir al sector formal de la economía. Es por esta razón que la ampliación de la cobertura de salud a través de programas contributivos, que cuentan con su propia fuente de financiamiento, representa una alternativa que no se puede descartar.