



# 15° DIÁLOGO NACIONAL POR UN MÉXICO SOCIAL


## RECONSTRUCCIÓN PARA EL DESARROLLO

Palabras de Abelardo Avila Curiel

### Panel 2. Derechos, desigualdades y política social

El sistema nacional de salud mexicano (SNSM) ha evolucionado con profundas raíces a partir de las estructuras encargadas de las funciones de control sanitario de las epidemias, la asistencia social, los servicios médicos y la seguridad social. La forma como estas funciones han predominado alternativamente y se han articulado institucionalmente ha dejado una pesada impronta en el actual sistema de salud. El SNSM actual expresa los resabios del asistencialismo, la atención médica centrada en el profesionista liberal orientado a la práctica privada, los servicios de salud considerados como una mercancía, la seguridad social asociada a la condición laboral, la salud concebida como resultado de la práctica médica, la falta de integralidad en la comprensión y el manejo de los determinantes sociales, la precariedad sanitaria y el descuido de la gobernanza y de la construcción de ciudadanía necesarias para una reforma integral. Todo ello ha impedido que México pueda contar con un sistema de salud universal, integral, centrado en la persona, gratuito, no condicionado, eficiente, preventivo y de calidad, como institución central del estado de bienestar.

Los diagnósticos del SNSM realizados por los principales organismos internacionales relacionados con el bienestar, revelan que las condiciones de salud de la mayoría de la población mexicana presentan graves rezagos e inequidades, tanto por la limitada calidad y cobertura efectiva de los servicios de salud destinados a la población general, como por la escasez de recursos de los servicios de primer y segundo nivel de atención, la dificultad de acceder en forma oportuna al tercer nivel de atención, la escasa capacidad preventiva del sistema y la magnitud del daño a la salud de la población a causa de un conjunto de determinantes sociales que actúan en forma sinérgica para producir una enorme carga patológica, sobre todo entre la población en situación de pobreza. La pandemia de COVID-19 vino a exponer dramáticamente las precarias condiciones del sistema de salud y la alta vulnerabilidad de la mayoría de la población por la elevada prevalencia de obesidad y síndrome metabólico ocasionados por la mala alimentación.



El déficit de camas de hospital, de terapia intensiva, así como de equipamiento y de personal, tuvo que ser compensado con medidas extraordinarias de reconversión hospitalaria, adquisición de equipo, contratación y capacitación de personal, logrando evitar una catástrofe mayor, pero sin poder abatir la elevada letalidad de la enfermedad en la población vulnerable contagiada.

Un estudio, referido a los años recientes, de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) caracterizó al sistema de salud mexicano como un sistema al que no se destinan los recursos financieros suficientes, tiene un gasto administrativo elevado y descansa excesiva e ineficientemente en el gasto de bolsillo de los propios pacientes. Considera además que presenta un alto grado de segmentación y fragmentación de sus componentes, así como atributos de inequidad y de exclusión social. Señala que gran parte de la población que formalmente tiene acceso a servicios de salud a través de los diversos subsistemas, en la práctica no puede acceder a ellos efectivamente, por lo que tiene que recurrir a la medicina privada para compensar el desabasto de medicamentos y evitar largos tiempos de espera en la asignación de consultas, estudios clínicos y procedimientos quirúrgicos. Los sistemas de referencia entre diversos servicios, especialidades y niveles de atención, lejos de constituir un mecanismo de racionalización operativa de la eficacia terapéutica del sistema, funciona como un mecanismo burocrático de contención de la demanda, con graves consecuencias por el retardo en la atención de patologías que se agravan y encarecen su tratamiento por falta de atención oportuna. El informe concluye que el sistema de salud de México debe cambiar para brindar una atención de alta calidad y centrada en las personas<sup>1</sup>.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en su informe 2011 sobre desarrollo humano en México, señalaba que el país se encontraba entre aquellos con los sistemas de salud pública más inequitativos de la región: las considerables diferencias entre los indicadores de salud de los grupos más ricos y más pobres ponían de manifiesto la gravedad de las condiciones de salud ligadas a la pobreza extrema. Como conclusión del informe, el PNUD consideraba que la solución estratégica del rezago de las condiciones de salud en México era el establecimiento de un sistema realmente universal equitativo y de calidad<sup>2</sup>.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en su histórico documento del 2010 *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir*, tras reconocer que los mercados laborales no han logrado transformarse en la puerta de entrada universal y dinámica a los esquemas de protección social, plantea un nuevo paradigma de desarrollo en el que el Estado debe adquirir mayor peso estratégico en la búsqueda de soluciones a los problemas de desigualdad y bienestar asumiendo un papel central en las funciones de

1 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de Salud – México*. Paris, OCDE, 2016, 204 pp

2 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Salud y gasto público: de un sistema fraccionado y desigual a uno universal de calidad*. En: "Informe sobre Desarrollo Humano" PNUD, México, 2011, pp 87-107



educación, salud y protección social con un enfoque de derechos.<sup>3</sup> La universalización de la protección social, la seguridad social y el acceso pleno al derecho a la salud universal juegan el papel central en la renovación de las políticas económicas y sociales.

A conclusiones similares han arribado diversos informes estratégicos de organismos como la *Comisión sobre determinantes sociales de la salud* de la OMS;<sup>4</sup> la iniciativa de *Renovación de la Atención Primaria de la Salud* de la OPS;<sup>5</sup> la iniciativa para el desarrollo de *Sistemas Alimentarios Sostenibles* para la Alimentación Saludable de la FAO;<sup>6</sup> el trabajo conjunto de la OMS y el Grupo del Banco Mundial sobre combate a la pobreza y la cobertura universal en salud;<sup>7</sup> así como el proyecto de análisis de la Cobertura Universal de Salud en Latinoamérica de la CEPAL<sup>8</sup> todos ellos alineados en torno a la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El Informe de la OMS sobre la salud en el mundo 2010, *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, dio inicio a un proceso de análisis para la construcción en todos los países de sistemas de salud de cobertura universal. El informe identificó tres obstáculos principales: el primero la escasa disponibilidad de recursos; segundo, el sistema de pago directo de los servicios por evento individual impone costos elevados, limita su accesibilidad oportuna y puede causar el empobrecimiento de los pacientes; el tercer obstáculo es el uso ineficiente y no equitativo de los recursos; se estima, conservadoramente, que se malgasta entre el 20 y el 40% de los recursos destinados a la salud. A partir de la estimación de los costos de la cobertura universal, el informe visualiza su viabilidad financiera mediante esquemas de recaudación fiscal, diversificación de fuentes de ingreso, cooperación internacional, la eliminación de los pagos directos, la priorización de los servicios a grupos vulnerables, eficiente los recursos, eliminar el gasto innecesario en medicamentos, racionalizar la hospitalización, fortalecer la asistencia resolutoria en el primer nivel, consolidar sistemas de compras estratégicas, evitar el despilfarro y la corrupción, entre otros. El informe concluye con la propuesta de una agenda para la acción inmediata<sup>9</sup>.

La 64 Asamblea Mundial de la Salud (WHA) en mayo de 2011 hizo eco a la iniciativa de la OMS, mediante la resolución WHA64.9, la cual mandata promover las estructuras financieras sostenibles para una cobertura universal de salud justa y equitativa, a la par que

3 Comisión Económica para América Latina. *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir* CEPAL. Santiago de Chile, 2010, 289 pp.

4 Organización Mundial de la Salud. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. ¿Qué es, por qué, y cómo?* OMS, Ginebra Suiza, 2005, 3 pp.

5 Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2/3):73-84.


6 Organización Mundial de la Salud. *Programa de trabajo para el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, 2016-2025*. OMS, Ginebra Suiza, 27 de enero de 2017, 17 pp.

7 Organización Mundial de la Salud y Grupo del Banco Mundial. *Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global*. OMS, Ginebra, Suiza, mayo de 2014, 14 pp.

8 Comisión Económica para América Latina y el Caribe *Cobertura universal de salud en Latinoamérica*. MEDICC Review» Supl 2015, Vol 17, No 1. Disponible en <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>.

9 Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. OMS, Ginebra, Suiza, 2010, 120 pp.





delinea un plan de acción de 19 puntos para tal propósito y dispone la creación del *Grupo Consultivo para la Cobertura Universal de Salud con Equidad* con la tarea de elaborar la guía para el mejor desarrollo posible de sistemas nacionales de salud con cobertura universal justa y equitativa.<sup>10</sup> En octubre del mismo año, en la *Declaración de la Reunión Internacional sobre Determinantes Sociales de la Salud* en Río de Janeiro, Brasil, se destacó la necesidad de crear a escala nacional sistemas de salud de calidad con cobertura universal, comprehensivos, equitativos, efectivos, accesibles y responsables.

El Informe 2013 de la OMS fue dedicado a la investigación para la cobertura universal en salud destacando la necesidad de fortalecer la generación de conocimiento y la investigación en salud pública de acuerdo con las necesidades del proceso. En este informe se definen como temas centrales la profundización del concepto de cobertura universal, la capacidad financiera para la protección de la salud, la cobertura y la calidad de los servicios.<sup>11</sup> El tema también alcanzó la máxima relevancia en el *Programa General de la OMS 2014-2019* y fue incluido como objetivo principal en la agenda para el desarrollo sostenible 2005-2030.

El *Grupo Consultivo* concluyó su encomienda en enero de 2014. En su informe final plantea que la Cobertura Universal en Salud requiere de inicio avanzar al menos en tres dimensiones: expandir los servicios prioritarios, extender la cobertura a más personas dando prioridad a los más pobres y vulnerables, y reducir el gasto de bolsillo en el financiamiento de los costos en salud. Señala que la definición específica de las prioridades de cada país debe estar guiada por criterios de costo beneficio basados en principios de justicia y el enfoque de derechos; ello requiere que en las decisiones haya una amplia participación y deliberación ciudadana concretada en figuras sólidamente instituidas, así como transparencia y rendición de cuentas en el manejo de los recursos. El acceso a los servicios de salud de calidad debe partir de las necesidades de las personas y no de su capacidad de pago, de su condición laboral o de algún otro criterio discriminatorio; la satisfacción de las necesidades de salud no debe estar ligada a un riesgo de daño financiero ni empobrecimiento. Se requiere también establecer un eficiente sistema de información que dé cuenta eficiente y oportunamente del funcionamiento del sistema en relación con los objetivos de calidad para el bienestar de toda la población, la participación ciudadana y la contraloría social<sup>12</sup>.

En octubre del 2014 los Estados Miembros de la OPS aprobaron la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud con este enfoque, en respuesta a las inequidades en las condiciones de acceso a los servicios de salud integrales. La Estrategia propuesta supera la perspectiva de cobertura universal limitada al aseguramiento explícito de la población, como era el caso de México, e integra la equidad en el acceso a la salud y a los servicios de salud integrales de calidad, como los objetivos estructuradores de los

10 Asamblea Mundial de la Salud. *Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal*. 24 mayo 2011. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21474es/s21474es.pdf>.

11 World Health Organization The world health report 2013: research for universal health coverage. WHO, Geneva, Switzerland, 2013, 147 pp.

12 World Health Organization. Making fair choices on the path to universal health coverage. *Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Ginebra, Suiza, WHO, 2014, 81 pp.



procesos de transformación de los sistemas de salud<sup>13</sup>.

La Comisión de Alto Nivel OPS-OMS, encabezada por la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Michelle Bachelet, presentó en 2019 su informe *Salud universal en el siglo XXI*, alineado con el enfoque de la transformación de los sistemas de salud a partir de un nuevo modelo de atención orientado a las necesidades de la población, en interacción con el sistema de protección social integral, que permita garantizar la equidad y la justicia social. El informe define cinco ejes temáticos que se requieren precisar para transformar el sistema de salud en este sentido: 1) modelo de atención de salud, 2) modelo institucional, 3) modelo de financiamiento, 4) salud y protección social, y 5) recursos humanos de salud.

La viabilidad del modelo de derechos humanos para alcanzar los objetivos propuestos implica ir más allá del discurso ético que lo fundamenta y desarrollar la capacidad técnica que construya efectivamente el modelo de sociedad que postula. El reto consiste precisamente en trazar la ruta a seguir para construir un sistema de salud acorde con el mayor grado de desarrollo alcanzado en las mejores prácticas internacionales. Por supuesto que este proceso no puede darse sino en forma integral con los cambios que requiere el país para reconstituirse como un estado que finque su desarrollo el grado máximo de bienestar para toda su población.

El sistema de salud desempeña, con una lógica propia, un papel fundamental para contener las tendencias económicas inequitativas que se traducen en obstáculos para el propio crecimiento económico y para el progreso de la sociedad. El sistema de salud no sólo representa un elemento necesario para atender las necesidades de la población en este aspecto, sino también puede ser el eje articulador de un nuevo curso de desarrollo, basado en un nuevo pacto social, que dinamice el conjunto de la vida nacional. Para este fin se precisa de un intenso trabajo de construcción de ciudadanía y de capacidades institucionales que garanticen la gobernanza requerida para el funcionamiento de un estado de bienestar avanzado.

<sup>13</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Hacia el consenso en la Región de las Américas*. OPS, Washington, DC, 2014.