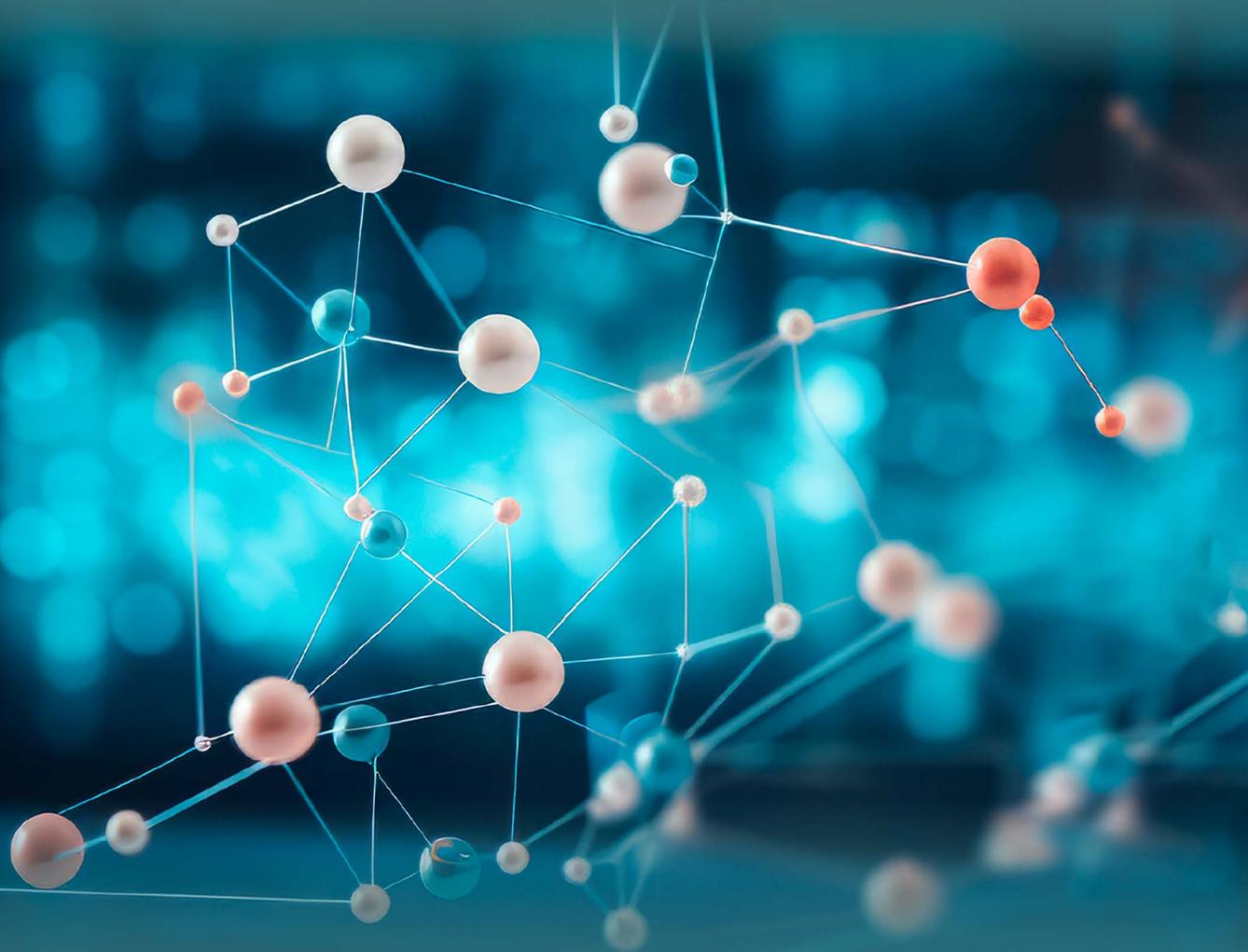


Retos de la economía mexicana

EL SECTOR SALUD



Jorge Basave Kunhardt
(Coordinador)



UNAM
Nuestra gran
Universidad



 **Seminario
EcMex**

RETOS DE LA ECONOMÍA MEXICANA.
EL SECTOR SALUD



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas

Rector

Dra. Patricia Dávila Aranda

Secretaria General

Dr. Tomás Humberto Rubio Pérez

Secretario Administrativo

Dr. Miguel Armando López Leyva

Coordinador de Humanidades



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

Dr. Armando Sánchez Vargas

Director

Dr. José Manuel Márquez Estrada

Secretario Académico

Dra. Nayeli Pérez Juárez

Secretaria Técnica

Mtra. Graciela Reynoso Rivas

Jefa del Departamento de Ediciones

RETOS DE LA ECONOMÍA MEXICANA.
EL SECTOR SALUD

Jorge Basave Kunhardt
(Coordinador)



Primera edición digital en pdf, marzo 2025

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, Coyoacán,
04510, Ciudad de México.
Instituto de Investigaciones Económicas
Circuito Mario de la Cueva s/n,
Ciudad de la Investigación en Humanidades,
04510, Ciudad de México.

ISBN: 978-607-587-273-5

Diseño de portada: Citlali Morales Martínez.
Cuidado de la edición: Héliida De Sales Y.

Preparación y cuidado editorial del libro electrónico: Salvador Ramírez.

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Esta obra fue arbitrada por pares académicos en un proceso doble ciego, a cargo del Comité Editorial de Publicaciones No Periódicas del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM.

Las opiniones expresadas en cada uno de los trabajos son de exclusiva responsabilidad de las autoras y de los autores.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Hecho en México.

ÍNDICE

Presentación	9
I. MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO. SITUACIÓN ACTUAL Y SU LUGAR EN EL MUNDO	
1. El estado de salud y nutrición de la población mexicana, retos actuales para el bienestar de la población <i>Teresa Shamah Levy y Abelardo C. Ávila Curiel</i>	21
2. Los modelos de atención frente a la salud de los mexicanos <i>Berenice P. Ramírez López</i>	39
3. Indicadores económicos del sistema de salud. Comparaciones internacionales <i>Jorge Basave Kunhardt y Erika Martínez López</i>	69
II. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA. REALIDADES Y PROPUESTAS	
4. El financiamiento del sistema de salud. Realidades y posibilidades <i>José Narro Robles</i>	97
5. El financiamiento para un sistema de salud universal en México <i>Alejandra Macías Sánchez y Judith S. Méndez Méndez</i>	111
III. EL FUTURO POSIBLE Y EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS	
6. Presente y futuro de la salud en México <i>Salomón Chertorivski Woldenberg</i>	133
7. Ciencia, tecnología e innovación para los problemas de salud en México: una propuesta para incentivar su aplicación en problemas nacionales <i>José Miguel Natera, Soledad Rojas-Rajs y Arturo Torres</i>	145

IV. LA VISIÓN DEL PROFESIONISTA DEL SECTOR SALUD

8. El rumbo de la salud mexicana desde la perspectiva del trabajador de la salud <i>Francisco Moreno Sánchez</i>	167
Síntesis de propuestas	173
Semblanzas	175

PRESENTACIÓN

Este libro contiene textos presentados como ponencias en el XXIX Seminario de Economía Mexicana que se llevó a cabo en agosto de 2023 con el título Retos de la Economía Mexicana: el Sector Salud. El propósito del seminario fue abordar uno de los mayores desafíos que enfrenta la economía mexicana: construir un sistema de salud eficiente y de cobertura universal, así como resolver la insuficiencia presupuestal que padece desde hace décadas y mejorar la asignación de recursos. Para ello se organizaron mesas de discusión que incluyeran a académicos, representantes del sector público y de organizaciones sociales dedicadas al análisis de la salud, pero también a exfuncionarios que han ocupado puestos relevantes en el sector salud y a profesionistas de la medicina del sector privado, con la finalidad de recoger sus experiencias prácticas para enriquecer la discusión académica. Los textos de todos ellos conforman este libro.

INTRODUCCIÓN

Entre las seis carencias sociales que repercuten en la evolución de la pobreza en México, la correspondiente al “acceso a los servicios de salud” de la población pasó del 15.6 % en 2016 al 39.1 % en 2022, lo que equivale a 50 millones de personas [Coneval, 2023: 1 y 4]. Este hecho por sí sólo bastaría para mostrar la importancia del tema que se aborda en este libro y por qué se trata de un reto para la economía mexicana.

La problemática general del sector salud mexicano es muy compleja: tiene que ver con deficiencias económicas estructurales, con insuficiencias presupuestales y con malas decisiones técnicas y políticas. Se trata de problemas que se arrastran por varias décadas, sin enfrentarlos ni integral ni adecuadamente por las últimas administraciones gubernamentales, incluida la actual.

Como se demuestra en varios de los capítulos de este libro, el gasto total en la salud, medido como porcentaje del producto interno bruto (PIB), así como el presupuesto del sector público destinado a la salud han sido insuficientes y con pronunciadas tendencias a la baja. De tal manera que la infraestructura y los servicios de todas las instancias y centros gubernamentales que atienden la salud de los mexicanos se han deteriorado (quizá con la excepción de los servicios a los empleados y trabajadores de Pemex), lo que causa insatisfacción y protestas de los usuarios que se manifiestan recientemente, sobre todo después de la pandemia de covid-19, con la sustitución de sus servicios por los del sector privado.

Lo anterior conlleva la aparición de dos nuevas problemáticas, una de orden normativo y otra de naturaleza social y económica. La primera consiste en que la sustitución de la atención pública —Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otros— se ha dirigido hacia espacios privados de bajo costo y atención rápida, en su mayoría los consultorios anexos a farmacias, pero también insuficientemente reglamentados, lo que se presta a posibles diagnósticos deficientes o a recetas tendientes a satisfacer la venta de medicamentos de laboratorios con los que las farmacias tienen preferencias o convenios comerciales.

La segunda es que la sustitución de la atención pública por la privada representa un costo adicional en los presupuestos familiares de los mexicanos, hecho que se refleja en el indicador que técnicamente se conoce como “gastos de bolsillo” y que, como se comprueba en algunos capítulos de este libro, en los últimos años se ha incrementado de forma importante.

Estos mayores “gastos de bolsillo” tienden a agravar los índices de pobreza en México. Uno de los dos factores que, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), en gran medida inciden en estos indicadores es la carencia de servicios de salud (el otro es la carencia de servicios de educación) [Coneval, 2023: 1 y 4], y pesan en forma determinante para que el 36.3 % de los mexicanos se encuentren en pobreza y el 7.1 % en pobreza extrema. Ahora, con el incremento de los “gastos de bolsillo” en salud, a la insuficiencia de servicios se añade su mayor costo.

La información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) para el año 2022 es muy reveladora al respecto.

El 52 % de la población se atendió en el sector público y el 48.8 %, en servicios privados: el 22.4 % en consultorio en domicilio del médico, el 17.7 % en consultorios adyacentes a farmacias (CAF), el 3.3 % en consultorio en hospital, el 1.6 % en consultorio en torre médica, el 1.1 % en urgencias/hospitalización y el 2.7 % en otros servicios privados [INSP, 2023: 17].

De acuerdo con el reporte, se ha dejado de tener confianza (por diversos motivos) en el sector público. El 59.6 % de los afiliados al IMSS se atendió en unidades de salud del Instituto, mientras que el 23.2 % se atendió en unidades privadas y el 11.3 % en CAF. De los afiliados al ISSSTE, el 50.8 % se atendió en sus unidades de salud, mientras que el 31.9 % se atendió en unidades privadas y el 8.9 % en CAF [INSP, 2023: 17].

El 71 % de los motivos por los que los usuarios decidieron no atenderse en el sector público se relacionó con el acceso, el 21 %, con la calidad y el 8 %, por otros motivos [INSP, 2023: 20].

Los principales motivos (factores) relacionados con el acceso fueron: el 19 % debido al tiempo de espera para obtener una cita (“le dan cita dentro de mucho tiempo”); el 18 % a causa de la distancia al centro de atención (“está muy lejos el lugar donde me toca ir”); el 11 % por la falta del servicio necesario y el 10 % por la falta de disponibilidad de servicios en el horario requerido.

De esta información se desprenden varios asuntos por atender, sobre todo los relacionados con el acceso. En los capítulos de este libro se abordan estos temas y se plantean propuestas para su solución.

En relación con la problemática general y sus prioridades, la primera es que exista el reconocimiento en la administración pública de que el presupuesto asignado al sector salud es deficitario desde hace décadas, lo que lo convierte en un problema crónico. Se requiere voluntad política para incrementarlo, como propone uno de los autores de esta obra colectiva, en al menos 0.25 puntos del PIB cada año de forma constante durante diez años. Al respecto, recordamos lo que se advierte en el lema del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), cuya destacada funcionaria participa en esta obra: “una política pública sin presupuesto NO es política pública”. A su vez, para abarcar la totalidad de gasto en salud, también deficitario,

la cooperación en proyectos comunes entre el Estado y el sector salud privado es fundamental. En esto coinciden todas las aportaciones en este libro.

Son varios los padecimientos crónicos en la población mexicana que requieren cambios de hábitos alimenticios y que el Estado fomente una nueva cultura de salud, como se insiste en algunos capítulos de esta obra. Dos de los más perniciosos son la diabetes y el sobrepeso, y la obesidad en niños y adolescentes. En 2006, la prevalencia en prediabetes fue del 12.7 % y en 2022, del 22.1 % [INSP, 2023: 164-165]; a su vez, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes (escolares), en 1999, fue del 26.8 %, en 2018 del 35.2 % y en 2022 del 37.3 % [INSP, 2023: 219-220].

Son varias las coincidencias que los lectores encontrarán en los diversos capítulos de este trabajo, pero una que debe señalarse es la necesidad de la prevención. Con una “atención primaria” se evita en el largo plazo un costo económico mayor, así como la detección tardía de enfermedades cuya atención temprana es benéfica para la salud de los pacientes. Las experiencias en economías tan diferentes como Dinamarca y Cuba así lo confirman. Otra es la fragmentación del sistema. Debe planearse y construirse un sistema más homogéneo en cuanto a calidad en todas las instituciones públicas y privadas que lo componen, para que un nuevo modelo de salud sea posible. La cobertura médica a distancia por medio de la telemedicina, que ha evolucionado con la revolución electrónica, abre todo un espacio nuevo para cubrir zonas remotas, entre otras.

Atendiendo a la opinión de la mayoría de los autores, cabe insistir en que —como una medida de política pública que permita asignar un mayor presupuesto a uno de los problemas económicos más acuciantes en la sociedad mexicana: el de su sector salud— se requiere, a la mayor brevedad, una reforma hacendaria, que incluya una reforma fiscal progresiva y una mejor distribución del gasto, contemplado éste como una inversión a largo plazo.

Finalmente, resulta pertinente destacar de forma sintética algunas de las principales aportaciones que se encuentran en esta obra, contemplada en conjunto: el sector salud es un tema amplio y complejo de una importancia significativa para la sociedad y la economía mexicanas. El reconocimiento de sus evidentes carencias ha generado intensos debates sobre la forma de abordarlas. Comprende decisiones técnicas y políticas sobre la asignación del presupuesto federal y su distribución, las cuales tienen repercusiones de largo plazo sobre la salud y el bienestar general de la población mexicana.

Debido a esta complejidad el objetivo del seminario, y en consecuencia de este libro, ha sido reunir análisis que provienen de diversos sectores y experiencias en el sector salud, para contrastarlos y ampliar la información de nuestros lectores. El sector académico aporta visiones holísticas y éstas se ven complementadas y enriquecidas por la exposición de experiencias prácticas en la administración de la salud en nuestro país.

Por último, para asegurar la presentación actualizada de datos concernientes al desempeño del sector, resultó indispensable convocar a expertos en el acopio de estadísticas especializadas. De tal forma, este libro incluye los análisis y el juicio de quienes presiden dos de las instituciones más importantes de acopio y procesamiento de estadísticas sobre la salud en México, una pública y otra privada. Reúne además contribuciones de dos exsecretarios de salud federales, además de las de académicos expertos en el tema.

En varios de los capítulos se exponen y se discuten datos de la última Ensanut en México, correspondiente a 2022, que confiere gran actualidad y precisión al conjunto de la obra.

Permite comparar el sistema de salud de nuestro país con algunos de similar tamaño y contexto regional y con otros que son líderes a causa de la eficacia de su funcionamiento, lo que facilita evaluar resultados y fijar metas. Exhibe un panorama actualizado de las enfermedades crónicas, responsables de los más altos índices de mortalidad en el país, que además pone de manifiesto la deficiente cultura alimentaria de la población y sus repercusiones. Aborda también un tema sensible que requiere más atención de las autoridades: la proliferación de embarazos de menores de edad. Estos y otros problemas sociales relacionados con la salud son encarados en el libro reclamando su prevención.

Es precisamente la necesidad de un cambio de enfoque del sistema hacia la prevención y la atención primaria de sus usuarios una de las propuestas que más destaca en los trabajos incluidos. Demuestra cómo esto tendría efectos positivos en la salud de la población y en ahorros presupuestales para el sector. Las repercusiones de este giro deberían inducir a un cambio en la cultura de atención de las mexicanas y los mexicanos, y a definir y consensuar nuevas prioridades en la formación y las especializaciones de profesionistas de la salud en las universidades del país.

A este respecto, una de las aportaciones de esta obra es que no se limita a la exposición general sobre la necesidad de la estrategia preventiva, sino que presenta propuestas para su implementación e insiste, de forma relevante, en consideraciones sobre las consecuencias económicas favorables en el costo de la administración del sistema de salud, en el largo plazo, y en los beneficios para los usuarios, en el corto.

Incluye dos temas poco abordados, pero muy sensibles e importantes respecto del sistema y su funcionamiento: uno es el resultado de investigaciones sobre lo que las nuevas tecnologías le pueden aportar al sector y otro es la valoración del sistema basada en la experiencia personal de un profesionista de la salud especializado en epidemiologías. Se trata, en consecuencia, de dos aportaciones valiosas de esta obra que pretende incentivar nuevas investigaciones sobre la vinculación de la ciencia y la tecnología con la atención y la prevención de padecimientos en el marco de los avances de la revolución tecnológica en curso, así como dar espacio editorial académico a los trabajadores del sector salud cuyas experiencias prácticas, en especial durante

la epidemia de covid-19, contribuyen a encontrar la mejor manera de afrontarlas y resolverlas.

El texto permite contrastar en sus distintos capítulos, diferentes evaluaciones de eventos tan importantes y polémicos como lo fue la sustitución del Seguro Popular por el IMSS-Bienestar. Esto se debe a la pluralidad en la composición de los autores del libro, así se cumple uno de sus objetivos.

Ciertamente, predomina una valoración crítica a lo que se ha dejado de hacer y/o se ha descuidado en administraciones anteriores y en la actual, que es otro de los objetivos del seminario académico institucional del que desprenden los capítulos de la obra escrita.

Por último, debe destacarse que se trata de textos propositivos para atender la problemática del sector y contribuir al desarrollo social y económico de México. Propuestas que se retoman y sistematizan en la sección final del este trabajo.

ESTRUCTURA

La obra se compone de cuatro partes. La primera parte, “Modelos de atención de la salud en México. Situación actual y su lugar en el mundo”, contiene tres capítulos.

En el primero, Teresa Shamah y Abelardo César Ávila advierten que México enfrenta desafíos significativos en materia de salud y nutrición, en donde la triple carga de la malnutrición (desnutrición, sobrepeso/obesidad y deficiencia de micronutrientes) juega un papel importante que en el futuro se traducirá en enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, lo que ya representa una carga importante para el sistema de salud mexicano. Su trabajo se basa en las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut) hasta 2022. Al principio se describe la utilización de servicios de salud por la población mexicana, después se plantea la cobertura e inmunidad de vacunación por covid-19 y la cobertura por cartilla de vacunación en niños y adolescentes, así como la prevalencia de la intoxicación por plomo en niños. Finalmente, se describen las prevalencias del estado de nutrición a lo largo del ciclo de vida —que incluye la lactancia materna, la desnutrición infantil, el sobrepeso y la obesidad—, de enfermedades crónicas en donde la obesidad juega un papel primordial y, por último, el consumo de alimentos de la población.

En el capítulo 2, Berenice Ramírez afirma que, hasta ahora, más que modelos de atención a la salud se construyeron modelos de atención a la enfermedad como consecuencia de la debilidad de programas preventivos y debido a la prevalencia de entornos sociales que carecen de condiciones de bienestar saludables. Sustentando sus afirmaciones en extensos datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), ambas

del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), y de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) de la Secretaría de Salud, entre otras fuentes, nos muestra los sectores de la población con carencia de servicios de salud, la problemática social que esto implica y cuáles son los lugares de atención existentes. Se detiene ante todo en la explicación de las razones por las cuales se efectuó la transición del Seguro Popular al IMSS-Bienestar, así como en los modelos de financiamiento del sector para concluir señalando los desafíos actuales, entre los más acuciantes, la necesidad de la universalización de los servicios de salud.

En el tercer capítulo, Jorge Basave y Erika Martínez realizan un análisis comparativo de los índices de salud en México con los de una muestra de ocho países de América Latina y seis de países desarrollados que permite, según los autores, conocer dónde nos encontramos y a qué sistema de salud aspiramos. Para ello, seleccionaron índices con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) y la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), y los agrupan y procesan en tres subtemas: índices económicos relacionados con el presupuesto asignado a los sistemas de salud; índices de cobertura de los sistemas e índices de calidad. Destacan en sus análisis la enorme distancia que separa a México de los países de la OCDE en cuanto a todos los índices analizados e incluso el hecho de que ocupa uno de los últimos lugares en relación con otros países de igual o menor tamaño en el área latinoamericana. Esto a causa de insuficiencias presupuestales desde hace décadas, a una precaria infraestructura y a malas decisiones técnicas y políticas recientes.

La segunda parte, “Financiamiento del sistema. Realidades y propuestas”, se compone de dos capítulos. En el capítulo 4, José Narro inicialmente pasa revista a los cambios sociales y demográficos que influyen en la salud de la población mexicana y que se han registrado en los últimos 40 años. Nos informa sobre las principales causas de mortalidad en México hasta 2022 y efectúa un análisis de lo que significa la “transición epidemiológica” en el país y cuáles son sus repercusiones para el financiamiento a la salud. Enfatiza sobre la insuficiencia del presupuesto oficial asignado al sector dado el crecimiento poblacional y la transición demográfica en México. Otro problema señalado por Narro es la deficiente aplicación del presupuesto oficial, pues se afirma que el modelo se diseñó con base en la condición laboral y no con base en el derecho ciudadano. Señala que el sistema carece de una adecuada normatividad, para finalizar con un análisis detallado de las diferentes partidas del gasto público al sector y una serie de recomendaciones sobre las reformas que considera indispensables para lograr una cobertura universal, descentralizada y debidamente articulada con el sector privado.

Alejandra Macías y Judith Méndez, en el capítulo 5, destacan la importancia de una Cobertura Universal de Salud y el avance que en esa dirección significó la creación del Seguro Popular. Sin embargo, afirman las autoras, se carece todavía de una

cobertura efectiva y oportuna y el mayor desafío sigue siendo la ausencia de una reforma integral, así como el insuficiente presupuesto asignado al sector. Las autoras analizan estas premisa a lo largo del trabajo y resaltan la ambigüedad y los obstáculos que enfrenta la nueva política de la actual administración gubernamental con la que se sustituyó al Seguro Popular. Prosiguen con la revisión de la estructura y funcionamiento de todas las instituciones que cubren la salud en México, así como de su financiamiento, y se detienen en la explicación de lo que significa una cobertura universal y efectiva de la salud y los servicios que debería comprender. Le dan una gran importancia a la dimensión de su financiamiento y a la protección económica de los usuarios para finalizar con propuestas específicas al respecto.

La tercera parte, “El futuro posible y el uso de nuevas tecnologías”, comprende dos capítulos. Salomón Chertorivski abre el capítulo 6 con la advertencia de que, para planear hacia el futuro, es indispensable entender el pasado. Aborda los logros de la edificación institucional que se llevó a cabo durante décadas, como fueron la fundación del IMSS, el inicio de la descentralización del sistema, la implementación de la vacunación universal y la creación del Seguro Popular que incrementó exponencialmente la cobertura. Analiza también las insuficiencias presupuestales y la fragmentación del sistema y resalta la desigual distribución de personal de la salud entre las urbes y las regiones rurales y más apartadas. El autor le dedica un espacio importante a advertir sobre los riesgos para la salud de los mexicanos que se enfrentan a causa de los cambios que se han implementado durante la pasada administración gubernamental desde 2019. Plantea que se procedió a “destruir” el sistema de protección a la salud y desaparecer el sistema de compra y distribución de medicinas, todo lo cual, entre otras cosas, derivó en una pésima administración de la pandemia de covid-19. Finaliza esbozando todos los aspectos del sistema que deben ser atendidos para construir un modelo eficiente y justo.

Miguel Natera, Soledad Rojas y Arturo Torres, en el capítulo 7, abordan la relación entre ciencia, tecnología, innovación y los problemas de salud en México. El caso de la diabetes les sirve para ejemplificar la complejidad de esta problemática y sostener que el desarrollo tecnológico en este campo nunca ha sido contemplado como una prioridad aun cuando se trata de una de las enfermedades que más afectan a la población. Utilizan un marco metodológico, basado en el “cuadrante de Pasteur” de Stocks, para evaluar proyectos de investigación en ciencia, tecnología e innovación (CTI) orientados a resolver problemas de salud. Esto les permite equilibrar la generación de conocimiento con su aplicación práctica y fomentar una investigación alineada con las necesidades sociales y de salud pública. Analizan los problemas sistémicos en la transferencia de conocimiento que limitan su efecto en la solución de problemas como el de la diabetes. Proponen un nuevo marco metodológico para la evaluación de proyectos en CTI que atienda las demandas sociales en el campo de la salud y que puede servir para

la evaluación de los Proyectos Nacionales Estratégicos (Pronaces) fomentados por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt).

La cuarta parte, “La visión del profesionista del sector salud”, comprende un capítulo. En él, Francisco Moreno Sánchez expone las cifras de contagios y fallecimientos por covid-19, que se calcula que son las reales, y las contrasta con las oficiales, lo mismo en el mundo que para México. Argumenta por qué fue un grave error eliminar el Seguro Popular para sustituirlo por programas a cargo de instituciones que no han funcionado. Prosigue exponiendo cuáles han sido algunos de los efectos pospandemia en la salud de los mexicanos, entre los más graves, un incremento en suicidios y enfermedades mentales. En una perspectiva distinta, alentadora, afirma Moreno Sánchez, la pandemia trajo consigo avances en la investigación y la aplicación de nuevas técnicas emergentes para afrontarla, como son la telemedicina y la robótica y, sin duda, el desarrollo de vacunas en tiempo récord. Por último, el autor destaca los esfuerzos actuales en la medicina mundial, que se apoya en la tecnología para abatir las enfermedades crónicas-degenerativas y para prevenir aquellas cuya atención tiene costos cada vez más elevados.

Para cerrar esta introducción quiero expresar mi agradecimiento al doctor Armando Sánchez, director del Instituto de Investigaciones Económicas (IIEc), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por su apoyo para la edición de esta obra, a la maestra Graciela Reynoso, jefa del Departamento de Ediciones del IIEc y a la maestra Erika Martínez, coordinadora técnica del Seminario que incluye la publicación de este libro. Igualmente, a los dictaminadores de esta obra cuyas observaciones contribuyeron a mejorarla.

Las opiniones vertidas en esta introducción son responsabilidad exclusiva del coordinador.

BIBLIOGRAFÍA

Coneval [2023], “Comunicado #7 del 10 de agosto de 2023”, Dirección de Información y Comunicación Social, consultado el 10 de octubre de 2023, <<https://www.coneval.org.mx>>.

INSP [2023], “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022”, *Salud Pública de México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 65(6).

I. **MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO.**
SITUACIÓN ACTUAL Y SU LUGAR EN EL MUNDO

1. EL ESTADO DE SALUD Y NUTRICIÓN DE LA POBLACIÓN MEXICANA, RETOS ACTUALES PARA EL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN

*Teresa Shamah Levy
Abelardo C. Ávila Curiel*

La salud es un derecho humano, el cual al ser garantizado desempeña una función en la calidad de vida de cualquier sociedad, que se traduce en bienestar y salud plena; sus antecedentes están avalados bajo la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aprobada en 1948 y firmada por 50 países, entre ellos México, que incluye el acceso a la salud como uno de esos derechos [ONU, 1948: 1]. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” [OMS, 1946: 1].

En los años recientes, la Agenda 2030 sobre Desarrollo Sostenible adiciona a los Objetivos de Desarrollo Sostenible acordados en 2015 —de los cuales el objetivo 3 menciona: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” [ONU, 2015]— el compromiso de “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” [ONU, 2015: meta 3.8]. Asimismo, el objetivo 10: “Reducir la desigualdad en y entre los países”, establece como meta “Adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad” [ONU, 2015: meta 10.4].

En México se han aplicado diversas reformas al sistema de salud, con el fin de reducir las inequidades en la atención a la salud de la población, sin lograr la equidad y avanzar hacia la universalización de éste, al ser un sistema fragmentado que depende de la situación laboral [Cotonieto-Martínez, 2020: 748-752].

En los últimos 20 años, la respuesta del gobierno mexicano se ha centrado en la cobertura de aseguramiento médico o social y de protección financiera. A partir de la reforma a la *Ley General de Salud* en 2003, se puso en marcha el Sistema de Protección Social en Salud, con énfasis en el aseguramiento en salud como mecanismo para la protección financiera con el llamado Seguro Popular [Frenk, 2005: 588], que funcionó hasta 2018, con resultados mixtos en cuanto su impacto [Colchero *et al.*, 2022: 8].

En la actualidad, el gobierno mexicano se ha planteado un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), el cual se define como:

El esquema de cuidados integrales que conjunta los recursos, herramientas, las estrategias, procesos y procedimientos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad e incluye los servicios personales y los de la salud colectiva [Secretaría de Salud, 2022: 4.2].

Con base en este contexto, en este capítulo se describe la situación actual de la salud y la nutrición de la población mexicana, a partir de la información generada de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) hasta 2022 [Romero-Martínez *et al.*, 2022: 522-529], con la finalidad de describir los desafíos, retos y acciones que requieren atención y soluciones efectivas para dar cumplimiento al derecho efectivo a la salud.

Las Ensanut, realizadas en colaboración por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud, se han constituido en un referente único para el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de salud, así como de las acciones en otros sectores, en particular el de desarrollo social y de educación. El uso de la Ensanut ha apoyado en la planeación de estrategias nacionales para el bienestar común, un ejemplo de ello ha sido que, con base en sus resultados, las secretarías de Economía y del Trabajo sustentaron el impuesto a bebidas azucaradas y los tiempos para brindar lactancia materna a los menores de edad. Asimismo, sus datos son referencia, tanto nacional como internacional, para las comparaciones de estadísticas en la materia, por organismos multilaterales como las Naciones Unidas, la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otras.

El antecedente de las Ensanut en nuestro país, son la Encuesta Nacional de Salud (Ensa), realizada en 1986, 1994 y 2000, y la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) repetida en 1988 y 1999, ambas enfocadas en identificar la situación y las características de la salud y la nutrición de los mexicanos. En 2006, ambas encuestas se unen, en un mismo operativo de campo, para conformar la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, conocida actualmente como Ensanut [Olaiiz-Fernández *et al.*, 2006: 17-18], la cual se ha aplicado Ensanut en 2006 y 2012, Medio Camino 2016 y en 2018-2019, con un enfoque sistematizado de su levantamiento cada seis años [Romero-Martínez *et al.*, 2019: 918].

A partir del año 2020, la Secretaría de Salud federal apoyó la idea de llevar a cabo la Ensanut de manera continua, con el fin de contar a lo largo del periodo de cinco

años (2020-2024), con una muestra cuya representatividad, además de nacional, urbana y rural; y por región de residencia, alcance la representatividad por cada una de las entidades federativas del país. Es de relevancia mencionar que el periodo de levantamiento de la Ensanut Continua es de agosto a noviembre cada año [Romero-Martínez *et al.*, 2023: 395].

Entre las temáticas a abordar en el capítulo, se referirán algunos tópicos selectos de la Ensanut Continua, 2022, como el panorama sobre la utilización de los servicios de salud, la cobertura de vacunación por covid-19 y la inmunidad de la población mexicana al 2022 al virus SARS-CoV-2, así como, de manera general, la cobertura de vacunación por cartilla en niños y adolescentes.

Asimismo, se incluirá una breve descripción sobre la prevalencia de intoxicación por plomo en población infantil y los daños que ésta causa, el cual es un tema prioritario para la agenda en salud.

En cuanto a la alimentación y la nutrición, se presentarán las prevalencias de la lactancia materna, las tendencias del estado de nutrición de la población mexicana por grupo de edad, y en adultos se mostrarán las prevalencias de enfermedades crónicas y su relación con el sobrepeso y la obesidad, y finalmente el consumo de alimentos como uno de los factores que puede explicitar la pandemia de sobrepeso y obesidad que enfrenta el país.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN MEXICANA

Uno de los objetivos más importantes del Estado mexicano es garantizar el derecho a la salud mediante el acceso oportuno a servicios, bajo el principio fundamental de garantizar los derechos de sus ciudadanos, con libertad de elección y equidad.

Las necesidades de salud de la población determinan directamente la demanda de atención y la decisión de los hogares está influida y restringida por aspectos estructurales: legales, de accesibilidad, pobreza, lo cual tiene consecuencias distributivas y de equidad.

En México, el sistema de salud históricamente ha estado fragmentado y ha dependido de la condición laboral [Rivera *et al.*, 2021], por lo que muchas personas aún enfrentan barreras para obtener atención médica de calidad, sobre todo en zonas rurales y marginadas; esto complica la coordinación y la gestión eficiente de los recursos y produce un acceso desigual como uno de los principales problemas del sistema de salud mexicano. Actualmente se está trascendiendo al Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) [Insabi, 2020: 13]; este modelo se basa en los principios y la práctica de la atención primaria de salud (APS) [OPS, 2020], que estará bajo la responsabilidad operativa de las entidades federativas y, al armonizarse con los

modelos de atención a la salud de las instituciones de seguridad social, “será una pieza fundamental hacia el objetivo superior de la universalización de los servicios de salud a la población mexicana” [Secretaría de Salud, 2022: 1].

Respecto a la utilización de los servicios de salud, las Ensanut previas al 2022 han documentado que una baja proporción de la población se atiende en el sector público (la más baja referida en 2020); alrededor del 50 % de la población no tiene seguridad social y una proporción importante se atiende en el sector privado (incluyendo los derechohabientes), de los cuales existe una proporción del 17.7 % [Bautista-Arredondo *et al.*, 2023: s15-s22] que se atiende en los cerca de 18 000 consultorios adyacentes a farmacias (CAF),¹ los cuales pueden dar una atención inmediata a padecimientos agudos e infecciosos. Un dato importante por destacar es que, para agosto de 2023 se documentó que los CAF crecieron un 38 % en 10 años (de 13 000 en 2013 a 18 000 en 2023), y que proporcionan al mes 10 millones de consultas, sin una regulación actualizada [Nochebuena, 2023], aunado a que no se ha documentado si el gasto de la población es mayor, ni su efectividad y su potencial conflicto de intereses.

Una cuarta parte de la población mexicana informó haber tenido una necesidad de salud en los últimos tres meses previos a la encuesta y, de éstos, el 44 % recibió atención en servicios públicos, y el resto en privados [Bautista-Arredondo *et al.*, 2023: s17].

El uso de servicios privados es extensivo a toda la población, pero fue más elevado en aquellos sin derechohabiencia; el 71 % de los motivos por los que las personas no se atendieron en el lugar que les correspondía de acuerdo con su derechohabiencia se relacionó con el acceso, en donde la afiliación fue una de las principales razones, la cercanía y el costo, y el 21 % se relacionó con la percepción de calidad, la atención rápida y satisfacción con la atención [Bautista-Arredondo *et al.*, 2023: s17-s19].

En México es emergente la universalización de acceso a los servicios de salud para cubrir a toda la población, toda vez que cerca del 50 % de la población se encuentra sin seguridad social; mejorar la calidad de la atención a la salud y el acceso —la distancia, los horarios de atención, las barreras burocráticas— puede ayudar a avanzar en este objetivo.

Ante este panorama y la reforma emergente al sistema de salud pública en México, se debe unificar y simplificar del Sistema de Seguridad Social y mejorar la gestión de recursos, garantizar una atención equitativa y de calidad para todos los mexicanos. Ello puede ser una oportunidad única que requiere del fortalecimiento del Sistema de Atención Primaria (SAP) como base, dirigido a la universalidad, la equidad y la resiliencia; a abordar problemas de salud antes de que se vuelvan crónicos y reducir la carga sobre hospitales y servicios especializados, en donde se cuente con servicios de calidad que respondan a las necesidades de salud y no a la capacidad de pago de las personas [Ávila, 2023: 19-25]. Se persigue además un esquema dirigido a la

¹ Información de la Asociación Nacional de Farmacias de México, A. C., <<https://www.anafarmex.com.mx/>>.

detección temprana y prevención de enfermedades, así como estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, a fin de fomentar estilos de vida saludables, promover la actividad física y una alimentación adecuada y nutritiva.

A pesar de los desafíos, existen oportunidades significativas para mejorar el sistema de salud y asegurar un acceso equitativo y una atención de calidad para todos los ciudadanos mexicanos. La inversión en la salud es una inversión en el futuro y el bienestar de la nación.

VACUNACIÓN E INMUNIDAD A COVID-19

En el ámbito mundial, se ha referido que la manera de mejorar la respuesta a la pandemia de covid-19 es mediante la recopilación y el análisis de datos de vacunación y anticuerpos a SARS-CoV-2 [Murhekar, 2021: e559; OMS, 2022: 7].

La información de la Ensanut 2022 mostró que la mayoría de la población mexicana (el 94.01 %), ya había estado en contacto con el virus de SARS-CoV-2 y/o había adquirido anticuerpos para el periodo de agosto a noviembre de 2022. Dentro de la población elegible a vacunación, el 20.2 % no estaba vacunada, el 16.2 % tenía una dosis, el 30 %, dos dosis y el 33.6 %, tres dosis o más. El 11.2 % de la población elegible rechazó la vacunación, el 5.5 % reportó una barrera y el 3.2 % refirió que la vacuna no había llegado a su localidad; ello incluye a la población de menores de cinco años no vacunada, que al momento de la encuesta todavía no les correspondía de acuerdo con el esquema de vacunación marcado por el gobierno mexicano [Carnalla *et al.*, 2023: s137-s143].

La prevalencia de anticuerpos por infección natural y por vacunación contra covid-19 para el 2022 mostró ser alta en México. Las variaciones de rechazo y barreras a la vacunación entre grupos de edad y regiones deben tomarse en cuenta para enfocar esfuerzos y promover la vacunación en grupos de mayor vulnerabilidad.

Debido a que el virus sigue circulando y mutando y no se ha definido de manera concluyente el esquema de vacunación nacional e internacional, se debe continuar la medición en 2024 mediante la persistencia de anticuerpos.

SALUD Y NUTRICIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Vacunación de la población infantil y adolescente

Los programas de vacunación son la forma más eficaz de prevención para la población, es una de las mayores intervenciones de salud pública por su asociación en la prevención de la morbilidad y la mortalidad y de mayor costo-beneficio; en la población infantil protege y reduce riesgos de propagación de enfermedades infecciosas [Ozawa *et al.*, 2012: 97].

La vacunación en México es un tema de suma importancia, sobre todo en el contexto de la pandemia de covid-19 y las campañas de inmunización contra otras enfermedades prevenibles.

En México, el Programa de Vacunación Universal (PVU) fue creado en 1991, éste invierte anualmente alrededor de 6 000 millones de pesos de fondos públicos para la compra de 16 inmunógenos distintos. Durante los últimos 15 años se han triplicado las vacunas incluidas en el esquema básico, lo que ha marcado una mayor presión sobre los sistemas del primer nivel de atención para garantizar el suministro continuo y adecuado de vacunas para los 2.2 millones de niñas y niños que nacen cada año en nuestro país [Hernández *et al.*, 2020: 216].

Aun cuando de manera oficial se han referido altas coberturas de vacunación en población infantil, diversas fuentes nacionales y multilaterales han documentado coberturas bajas o muy bajas [Hernández *et al.*, 2020: 216]. Para 2022, de acuerdo con la Ensanut la cobertura de vacunación por cartilla, con el esquema universal en niñas, niños y adolescentes, fue menor al 90 %, probablemente asociado a la pandemia de covid-19. La cobertura estimada por cartilla para la primera dosis contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) fue del 72.6 por ciento.

En niñas y niños menores de cinco años, la cobertura del biológico bacilo de Calmette-Guérin (BCG) contra tuberculosis fue del 78.5 %; hepatitis B, 65.1 %; pentavalente o hexavalente, 69.0 %; neumococo, 88.0 %; rotavirus, 81.6 %, y SRP, 61.8 por ciento.

La inmunización contra hepatitis B aumentó cerca del 8 %, debido a que en el segundo semestre de 2018 se incorporó a la vacuna hexavalente.

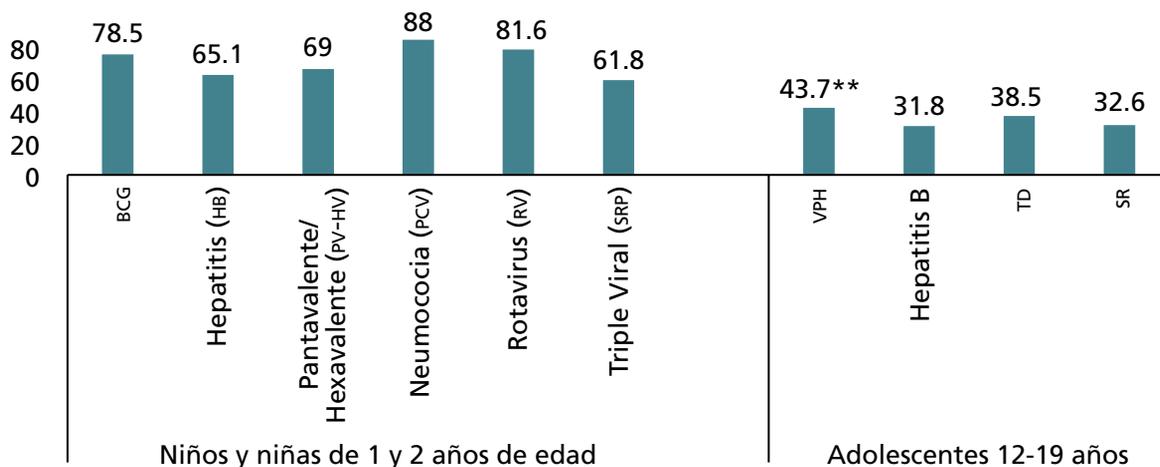
Al primero y al segundo año, de los menores de cinco años, el 42.6 % y el 26.6 % habían recibido el esquema correspondiente. Se redujo significativamente la cobertura estimada para primera dosis de SRP (el 72.6 % *vs.* 61.8 %) (gráfica 1) [Mongua-Rodríguez *et al.*, 2023: s26-s27].

En adolescentes, el antecedente de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) lo refirió el 43.7 %; hepatitis B, uno de cada tres adolescentes; tétanos, el 38.5 % y SRP, el 32.6 % (gráfica 1) [Mongua-Rodríguez, 2023: s27-s30].

Intoxicación por plomo en niños

La exposición a plomo (Pb) en México es un problema con un gran rezago, que se encuentra pendiente en la agenda de la salud pública. En 2019, fue responsable de 0.9 millones de muertes en el mundo [Fuller *et al.*, 2022: e536] y de importantes efectos en la salud y el desarrollo que perjudican de forma más severa a la población infantil [ATSDR, 2020: 15-20].

Gráfica 1. Cobertura de vacunación en niños y adolescentes referidos por cartilla*



* Incluye a quienes presentaron Cartilla Nacional de Vacunación, Cartilla Nacional de Salud o algún documento probatorio de la vacunación.

** Sólo mujeres.

‡ Incluye BCG (dosis única), hepatitis B (tres dosis), pentavalente (tres dosis) o hexavalente (tres dosis), antineumocócica (dos dosis) y antirrotavirus (dos dosis) administradas durante el primer año de vida. En niños de 12 a 35 meses de edad incluye BCG (dosis única), hepatitis B (tres dosis), pentavalente (tres dosis) o hexavalente (tres dosis), antineumocócica (dos dosis), antirrotavirus (dos dosis) administradas durante el primer año de vida y triple viral-srp (una dosis) aplicada desde los 12 meses de edad hasta antes de cumplir los dos años.

BCG: vacuna bacilo Calmette-Guérin. HB: cualquier vacuna que contenga un antígeno de superficie del virus de hepatitis B. pv: vacuna pentavalente contra difteria, tosferina, tétanos, meningitis o neumonía por *Haemophilus influenzae* tipo b y poliomielitis. hv: vacuna hexavalente contra difteria, tosferina, tétanos, meningitis o neumonía por *Haemophilus influenzae* tipo b, poliomielitis y hepatitis B. srp: vacuna triple viral contra sarampión, rubéola y parotiditis. vph: virus del papiloma humano. Td: toxoide tetánico y diftérico. sr: doble viral.

Fuente: elaboración propia con base en Mongua-Rodríguez *et al.*, 2023: s28 y s31; Ensanut 2022.

La intoxicación por plomo tiene secuelas en la salud, puesto que afecta todos los órganos y sistemas del cuerpo humano, además de ser un neurotóxico. La población infantil, desde la etapa prenatal, es la más vulnerable, aunado a que es un factor de riesgo para mortalidad por enfermedad cardiovascular en adultos [ATSDR, 2020:15-20].

En México, se ha documentado esta exposición tóxica desde hace más de 200 años [Valdés *et al.*, 1801]. Los primeros estudios en el nivel poblacional son recientes. En Morelos, en 2016 se realizó un estudio con representatividad estatal en recién nacidos [Téllez-Rojo *et al.*, 2017: 220]; la Ensanut 100k 2018 tuvo representatividad nacional de localidades menores a 100 000 habitantes y la Ensanut 2018-19, representatividad nacional y estatal [Téllez-Rojo *et al.*, 2020: 629-631].

La Ensanut 2022 refirió que la prevalencia nacional de intoxicación por plomo en niños de entre uno y cuatro años fue del 16.8 % *vs.* el 17.4 % en 2018-19 [Téllez-Rojo *et al.*, 2020: 629-631]. Este resultado es esperado ya que no se ha implementado un programa de control y prevención. El uso de loza de barro vidriado con plomo es la principal fuente de exposición en la población general (33 %) [Bautista-Arredondo *et al.*, 2023: s199-s201].

Aun cuando el Consejo de Salubridad General en 2019 estableció el “Programa de acción de aplicación inmediata para el control de la exposición a plomo en México”, se considera que su monitoreo es prioritario para dar cumplimiento al programa y evitar mayor daño a la salud [Consejo de Salubridad General, 2020].

Lactancia materna

La lactancia materna tiene un efecto positivo en la salud de los niños, pues proporciona nutrientes esenciales y protección contra enfermedades. También beneficia a las madres en la recuperación posparto y al disminuir el riesgo de ciertas enfermedades.

La lactancia materna en México ha experimentado diversos patrones y tendencias a lo largo de los años. A partir de 2012, la lactancia materna exclusiva (sin algún otro tipo de alimento o líquido) en menores de seis meses (14.8 %) va en aumento [González de Cossío *et al.*, 2013: s171-s172], para 2018 el 28 % de los niños recibieron lactancia exclusiva [González-Castell *et al.*, 2020: 704-708] y para 2022 la prevalencia se ubicó en un tercio de la población (33.6 %) [González Castell *et al.*, 2023: s206-s207], aunque aún está por debajo de otros países en América Latina y dista de las recomendaciones internacionales. Asimismo, la lactancia materna continua después del año sigue mejorando y se ha llegado a un 45 %, muy por debajo de la meta del 80 %; también se reportó que el uso de biberones ha disminuido de manera importante desde 2012 hasta llegar alrededor de un 30 por ciento.

Asimismo, el 27.2 % de niñas y niños menores de 24 meses no recibieron lactancia materna exclusiva durante los primeros tres días de vida y fueron alimentados con fórmula comercial infantil (FCI) u otro líquido. El 42 % de niños y niñas de entre 6 y 23 meses consumió alimentos no saludables.

Diversos factores influyen en el comportamiento de la lactancia materna en México, como la educación y nivel socioeconómico de las madres, el acceso a información sobre lactancia, el apoyo de la familia y del entorno laboral y la disponibilidad de servicios de salud y apoyo a la lactancia.

En México se han implementado diversas políticas y programas de apoyo a la lactancia materna. Esto incluye iniciativas como la Semana Nacional de la Lactancia Materna y la certificación de hospitales “Amigos de la Madre y el Niño” que promueven prácticas de lactancia adecuadas, que se ven mermadas por desafíos que las madres enfrentan, como la falta de apoyo de sus redes sociales, de tiempo debido a la jornada laboral, de acceso a espacios adecuados para la lactancia en el trabajo o en lugares públicos, aunado a ciertas creencias y prácticas que pueden influir en la decisión de amamantar.

En resumen, México muestra un alto índice de iniciación de la lactancia materna (> 90 %), pero la duración de la lactancia exclusiva y la introducción de alimentos

complementarios antes de los seis meses representan retos importantes. La promoción de prácticas de lactancia adecuadas, el apoyo a las madres y la creación de entornos propicios para la lactancia son aspectos esenciales para mejorar la salud y el bienestar de los niños y sus madres en el país.

En este sentido, y con el fin de promover la lactancia materna exclusiva, es de gran relevancia garantizar que las prácticas de alimentación infantil en México se protejan mediante políticas que regulen y se alineen al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, al cual México se encuentra moderadamente alineado en cuanto a legislación [Unar *et al.*, 2022: 4-6].

Estado de nutrición en niños, adolescentes y adultos

La malnutrición es un problema de salud global que se manifiesta cuando hay un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades del cuerpo. Puede presentarse de diversas formas, que incluyen a la desnutrición que ocurre cuando hay una falta de nutrientes esenciales en la dieta, lo que lleva a una insuficiencia en el crecimiento y el desarrollo corporal. La desnutrición puede ser aguda o crónica y afecta especialmente a niños, mujeres embarazadas y lactantes, lo que resulta en retraso en el crecimiento, debilidad inmunológica y, en casos extremos, puede causar la muerte [Katoch, 2022: 1].

En la condición también se incluye la deficiencia de micronutrientes, que se conoce como desnutrición oculta. Aunque una persona pueda consumir suficientes calorías, es posible que padezca de malnutrición si carece de ciertos micronutrientes esenciales, como vitaminas y minerales. Esto puede deberse a una dieta desequilibrada o a la falta de acceso a alimentos variados y nutritivos. Las deficiencias de micronutrientes pueden dar lugar a problemas de salud graves, como anemia, ceguera nocturna y trastornos del desarrollo.

En sentido opuesto están el sobrepeso y la obesidad; este problema se presenta cuando hay un exceso de ingesta de alimentos, pero no necesariamente de nutrientes esenciales. Está estrechamente asociado con el consumo excesivo de calorías, grasas saturadas, azúcares y sal, lo que puede conducir a problemas de salud, como la obesidad, la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y otros trastornos relacionados con la dieta [Shrimpton, 2020: 1].

La malnutrición puede tener múltiples causas, entre las que se incluyen la pobreza, la carencia de alimentos nutritivos, la falta de educación sobre una alimentación saludable, los conflictos y las crisis humanitarias, entre otros. Es un desafío complejo que requiere enfoques integrales que aborden no sólo la disponibilidad de alimentos, sino también la educación nutricional, la seguridad alimentaria y otros factores socioeconómicos [Katoch, 2022: 1].

En México, la malnutrición es un problema de salud pública que abarca diversas formas, y afecta diferentes grupos de la población, que se relaciona con desigualdades socioeconómicas. Las poblaciones con menor acceso a recursos y servicios de salud, así como aquellas que viven en áreas rurales o marginadas, tienden a enfrentar mayores desafíos en términos de malnutrición.

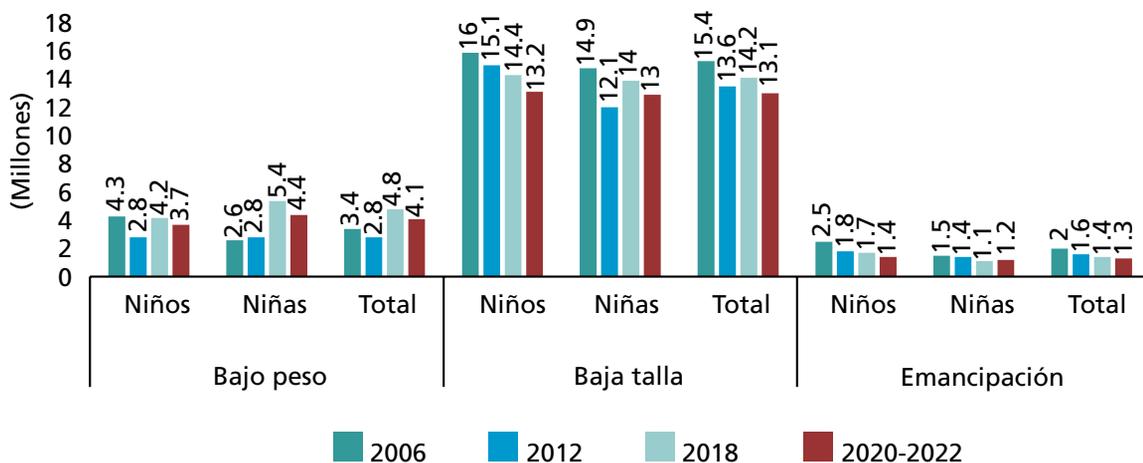
Por su parte, la desnutrición infantil ha sido durante décadas un problema de salud pública, que aún persiste en zonas rurales del sur del país —en su mayoría población indígena—. Las mayores prevalencias se manifiestan con retraso en el crecimiento, la falta de desarrollo cognitivo adecuado y la anemia [Velasco-Lavín, 2016: 5].

También en algunas regiones de México la población se enfrenta a deficiencias de micronutrientes, como el hierro y la vitamina A; la falta de éstos puede tener efectos significativos en la salud, sobre todo en mujeres embarazadas y niños en edad temprana.

Al mismo tiempo, México enfrenta una alta prevalencia de obesidad y sobrepeso entre adultos y niños. La dieta rica en calorías vacías, el consumo excesivo de alimentos ultraprocesados, los altos niveles de azúcares y grasas saturadas, junto con estilos de vida sedentarios, contribuyen a este problema. La obesidad está asociada con enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y trastornos metabólicos [Marrón-Ponce *et al.*, 2019: 1859-1860].

La situación actual de México presenta un contraste en el cual la desnutrición infantil y la baja talla o desnutrición crónica había venido disminuyendo desde 1988 hasta 2012 (del 26.9 al 13.6 %) [Cuevas-Nasu *et al.*, 2018: 285]; y a partir de entonces se estancó con una prevalencia del 12.8 % en 2022 (gráfica 2), lo que se traduce en 1.3 millones de niños menores de cinco años con talla baja (desnutrición crónica) [Cuevas-Nasu *et al.*, 2023: s213]. La baja talla y el bajo peso son ligeramente mayores en niñas que en niños.

Gráfica 2. Desnutrición por diferentes indicadores en niños menores de 5 años, por sexo y año de encuesta

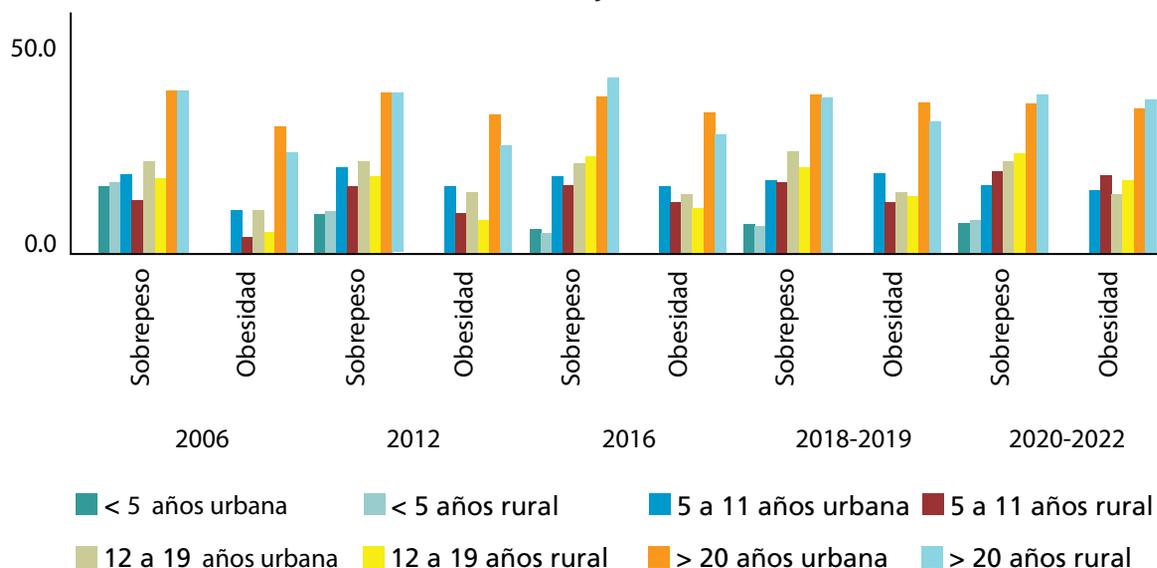


Fuente: elaboración propia a partir de la Ensanut, 2006, 2012, 2018; 2020-22. Bases de datos de la Ensanut en: <<https://ensanut.insp.mx/>>.

Por otra parte, en términos de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años, el 7.7 %, es decir, alrededor de 960 000 niños, padece sobrepeso; en escolares lo presentó el 37.3 %, con un aumento del 24 % de 2006 a 2022, el cual es mayor en niños que en niñas y en adolescentes hubo un aumento del 24 % (7.9 puntos porcentuales -pp-) en el mismo periodo, con lo cual alcanzó una prevalencia del 41.1 % en 2022. No hay diferencias importantes entre sexos [Shamah-Levy *et al.*, 2023: s220-s223].

En los adultos, el sobrepeso y la obesidad se ubicaron en el 75.2 %, y son mayores en mujeres (el 76.8 %) que en hombres (el 73.5 %). Es de resaltar que la prevalencia de obesidad aumentó al 21.4 % en el periodo de 2006 a 2022 (gráfica 3). Otro dato por destacar es que, en los adultos de 40 a 60 años, en donde se ubican las prevalencias más altas, alcanzan el 85 % [Campos *et al.*, 2023: s240-s242].

Gráfica 3. Sobrepeso y obesidad de la población mexicana por grupo de edad, área de residencia y año de encuesta



* En menores de cinco años la prevalencia presentada es la suma de sobrepeso más obesidad.

Fuente: elaboración propia a partir de la Ensanut, 2006, 2012, 2016, 2018 y 2020-22. Bases de datos de la Ensanut en: <<https://ensanut.insp.mx/>>.

En cuanto a la obesidad abdominal medida por circunferencia de cintura, la prevalencia fue de 81 %, y es mayor en mujeres (87.9 %) que en hombres (73.9 %) [Campos *et al.*, 2023: s240-s242].

El informe de la Comisión de Obesidad de Lancet en 2019 manifestó su preocupación por la “síndrome global” como una amenaza global, ante la doble carga (obesidad y desnutrición), la cual es causada por la producción no controlada de alimentos no saludables, e insta a detener esta tendencia, con “un replanteamiento radical de la relación entre los responsables políticos, las empresas, la gobernanza y la sociedad civil” [Swinburn *et al.*, 2019: 791].

El gobierno mexicano ha implementado diversas iniciativas para abordar estos problemas, como programas de educación nutricional, regulaciones para la industria alimentaria y esfuerzos para mejorar la disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables. Sin embargo, la malnutrición en México sigue siendo un desafío complejo que requiere estrategias integrales y esfuerzos continuos de múltiples sectores, en donde los niños son un grupo prioritario en donde actuar.

Dados los efectos adversos del sobrepeso y la obesidad en el ciclo de vida, es indispensable contar con un paquete integral de acciones de prevención de obesidad y promoción de dietas saludables, sustentables y sostenibles para todos los grupos de la población, que incluya regulaciones y otras políticas para convertir el entorno alimentario en saludable, que promueva la actividad física.

Enfermedades crónicas en adultos

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales también son altamente prevalentes en la población mexicana, representaban un importante desafío de salud pública mundial.

La Ensanut, 2022 mostró que la prevalencia de prediabetes fue del 22.1 %, de diabetes diagnosticada del 12.6 %, y la no diagnosticada del 5.8 %, es decir, el 18.4 % de la población mayor de 20 años padece diabetes en México. Se estima que el 31.7 % de las personas con esta enfermedad desconoce su diagnóstico; en menores de 40 años el porcentaje llega al 65.6 %, y en adultos de 60 o más, el 18.1 % [Basto *et al.*, 2023: s165-s166].

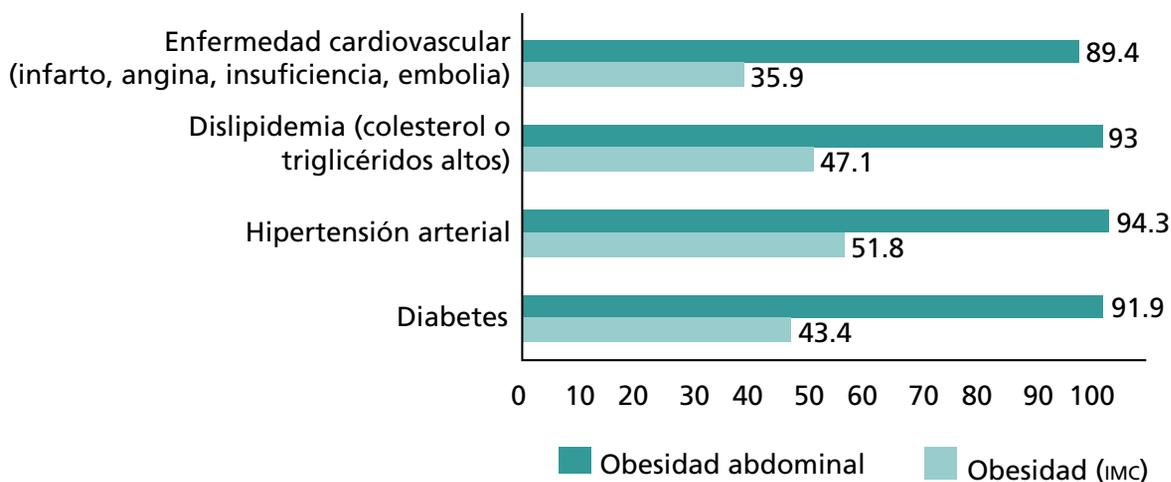
Asimismo, para hipertensión arterial (HTA), el 29.4 % (16.5 % con diagnóstico previo y 12.9 % hallazgo de la encuesta) la presentó utilizando el punto de corte del Eighth Joint National Committee (JNC-8) con tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica (TAD) ≥ 90 mmHg; según esta clasificación, el 43.9 % ignoraban su diagnóstico [Campos-Nonato *et al.*, 2023a: s171].

Es importante resaltar que la obesidad es un factor de riesgo en la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, en donde el 38 % de los diabéticos, el 75.7 % de los hipertensos y el 79.4 % de los adultos con dislipidemias padecían obesidad [Campos-Nonato *et al.*, 2023: s241-s242].

La obesidad es un factor de riesgo en la aparición de enfermedades crónicas, toda vez que alrededor del 90 % de la población que padece de obesidad abdominal ya contaba con diagnóstico médico de diabetes, hipertensión o ha presentado un infarto o dislipidemias (gráfica 4).

En México, factores como el envejecimiento de la población, cambios en los estilos de vida, el aceleramiento en los procesos de urbanización y la adopción de dietas poco saludables han contribuido al aumento de las ECNT. La obesidad, en particular, ha sido un factor de riesgo contribuyente para varias de estas enfermedades.

Gráfica 4. Obesidad evaluada por IMC* y adiposidad central** y presencia de enfermedades crónicas



* Puntos de corte de la oms. Índice de masa corporal (IMC): normal = 18.5-24.9 kg/m², sobrepeso 25.0-29.9 kg/m², obesidad ≥ 30 kg/m².

** Circunferencia de cintura: ≥ 80 cm en mujeres y ≥ 90 cm en hombres

Fuente: Ensanut, 2022. Elaboración propia a partir de Campos-Nonato *et al.*, 2023: s242.

Consumidores de grupos de alimentos en población mexicana

Un consumo adecuado de alimentos es esencial para mantener la salud a corto y a largo plazos. Una dieta equilibrada y variada, combinada con un estilo de vida activo, contribuye sobremanera a la calidad de vida y al bienestar general.

Para 2022, los grupos de alimentos en su mayor parte consumidos en toda la población fueron el agua sola (> 83 %) y las bebidas endulzadas (> 76 %). Cerca de la mitad de la población menor de 20 años consumieron botanas, dulces y postres, cifra similar al porcentaje de consumidores de frutas y mayor al de consumidores de verduras (< 30 %). En todos los grupos de edad los consumidores de leguminosas no superan el 26 % [Gaona-Pineda *et al.*, 2023: s251-s252].

Un alto porcentaje de la población mexicana, en todos los grupos de edad, consume bebidas endulzadas, mientras que la ingesta de alimentos saludables es baja, lo que demerita la calidad de la dieta en la población mexicana.

Los resultados presentados implican un reto importante de atención para el sistema de salud y disminución de la calidad y expectativa de vida de la población, si no se toman acciones inmediatas que contemplen el ciclo de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ATSDR [2020], “Toxicological profile for lead”, Atlanta, Agency for Toxic Substances and Disease Registry/Department of Health and Human Services/Public Health Service, <<https://bit.ly/4cUJCJK>>.
- Ávila Curiel, A. [2023], *La construcción social del sistema nacional de salud en México*, México, Ítaca.
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., Rivera-Dommarco, J. A., Romero-Martínez, M., Barquera, S., Barrientos-Gutiérrez, T. [2023], “Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65(supl. 1): s163-s168, <<https://doi.org/10.21149/14832>>.
- Bautista-Arredondo, L. F., Trejo-Valdivia, B., Estrada-Sánchez, D., Tamayo-Ortiz, M., Cantoral, A., Figueroa, J. L., Romero-Martínez, M., Gómez-Acosta, L. M., Cuevas-Nasu, L., Téllez Rojo, M. M. [2023], “Intoxicación infantil por plomo en México: otras fuentes de exposición más allá del barro vidriado (Ensanut 2022)”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65(supl. 1): s197-s203, <<https://doi.org/10.21149/14798>>.
- Bautista-Arredondo S., Vargas-Flores A., Moreno-Aguilar L. A., Colchero M. A. [2023], “Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65(supl. 1): s15-s22, <<https://bit.ly/47jQ6jS>>.
- Campos-Nonato I., Oviedo-Solís C., Vargas-Meza J., Ramírez-Villalobos D., Medina-García C., Gómez-Álvarez E., Hernández-Barrera L., Barquera S. [2023], “Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65(supl. 1): s169-s180, recuperado de <<https://doi.org/10.21149/14779>>.
- Campos-Nonato, I., Galván-Valencia, O., Hernández-Barrera, L., Oviedo-Solís, C., Barquera, S. [2023], “Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65(supl. 1): s238-s247, <<https://bit.ly/3za6uqC>>.
- Carnalla, M., Basto-Abreu, A., Stern, D. Colchero, M. A., Bautista-Arredondo, S., Alpuche-Aranda, C. M., Martínez-Barnette, J., Romero-Martínez, M., Cortés-Alcalá, R., López-Martínez, I., Aparicio-Antonio, R., Barrientos-Gutiérrez [2023], “Prevalencia de anticuerpos y vacunación contra SARS-CoV-2 en 2022 en México”, *Salud Pública de México*, , Cuernavaca, INSP, 65(supl. 1): s135-s145, <<https://bit.ly/3za6yqm>>.
- Colchero, M. A., Gómez, R. y S. Bautista-Arredondo, S. [2022], “A systematic review of the literature on the impact of the Seguro Popular”, *Health Research Policy and Systems*, Londres, Springer, 20(1): 42, <[doi:10.1186/s12961-022-00839-w](https://doi.org/10.1186/s12961-022-00839-w)>.

- Consejo de Salubridad General [2020], “Programa de acción de aplicación inmediata para el control de la exposición a plomo en México”, actualizado el 12 febrero de 2020, <http://www.csg.gob.mx/descargas/MundoQuimico/Acuerdo_CSG_Plomo_Final-12_feb_2020-10pm.pdf>.
- Cotonieto-Martínez, E. [2020], “Evolución de la Seguridad Social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional (1900-2020)”, *Journal of Negative and No Positive Results*, Madrid, Research and Science, 5(7): 740-762, consultado el 5 de julio de 2021, <<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3511>>.
- Cuevas-Nasu, L., Muñoz-Espinosa, A., Shamah-Levy, T., García-Feregrino, R., Gómez-Acosta, L. M., Ávila-Arcos, M. A., Rivera-Dommarco, J. A. [2023], “Estado de nutrición de niñas y niños menores de cinco años en México. Ensanut 2022”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65: s211-s217, consultado el 21 de noviembre de 2023, <<https://bit.ly/4ebSvzB>>.
- Cuevas-Nasu, L., Shamah-Levy, T., Hernández-Cordero, S. L., González-Castell, L. D., Méndez Gómez-Humarán, I., Ávila-Arcos, M. A., Rivera-Dommarco, J. A. [2018], “Tendencias de la mala nutrición en menores de cinco años en México, 1988-2016: análisis de cinco encuestas nacionales”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 60(3): 283-290, <<https://doi.org/10.21149/8846>>.
- Frenk, J. [2005], “El Seguro Popular de Salud es un instrumento de justicia social”, *Salud Pública de México (Seguro Popular de Salud: siete perspectivas)*, Cuernavaca, INSP, 46(6): 15-23.
- Fuller, R., Landrigan, P. J., Balakrishnan, K., Bathan, G., Bose-O'Reilly, S., Brauer, M., Caravanos, J., Chiles, T., Cohen, A., Corra, L., Cropper, M., Ferraro, G., Hanna, J., Hanrahan, D., Hu, H., Hunter, D., Janata, G., Kupka, R., Lanphear, B., Lichtveld, M., Martin, K., Mustapha, A., Sánchez-Triana, E., Sandilya, K., Schaeffli, L., Shaw, J., Seddon, J., Suk, W., Téllez-Rojo, M. M., Yan, C. [2022], “Pollution and health: a progress update”, *The Lancet Planet Health*. Ámsterdam, Elsevier, 6(6): e535-e47, <[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00090-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00090-0)>.
- Gaona-Pineda, E. B., Rodríguez-Ramírez, S., Medina-Zacarías, M.C., Valenzuela-Bravo, D. G., Martínez-Tapia, B., Arango-Angarita, A. [2023], “Consumidores de grupos de alimentos en población mexicana. Ensanut Continua 2020-2022”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65(supl. 1): s248-s258, <<https://doi.org/10.21149/14785>>.
- González de Cosío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L. D., Rivera-Dommarco, J. A. [2013], “Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 55(supl. 2): s170-s179.
- González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Bonvecchio-Arenas, A., Ramírez-Silva, I., Lozada-Tequeanes, A. L. [2023], “Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65(supl. 1): s204-s210, <<https://doi.org/10.21149/14805>>.

- González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Quezada-Sánchez, A. D., Bonvecchio-Arenas, A., Rivera-Dommarco, J. [2020], “Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 62: 704-713, <<https://doi.org/10.21149/11567>>.
- Hernández-Ávila, M., Palacio-Mejía, L. S., Hernández-Ávila, J. E., Charvel, S. [2020], “Vacunación en México: coberturas imprecisas y deficiencia en el seguimiento de los niños que no completan el esquema”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 62: 215-224, <<https://doi.org/10.21149/10682>>.
- Insabi [2020], *Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud*, 2a. ed., México, Gobierno de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud para el Bienestar, consultado el 7 de noviembre de 2023, <<https://bit.ly/3ATJhJX>>.
- Katoch, O.R. [2022], “Determinants of malnutrition among children: A systematic review”, *Nutrition*, Ámsterdam, Elsevier, 96, 111565.
- Marrón-Ponce, J. A., Flores, M., Cediel, G., Monteiro, C. A., Batis, C. [2019], “Association between consumption of ultra-processed foods and intake of nutrients related to chronic non-communicable diseases in Mexico”, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, Ámsterdam, Elsevier, 119(11): 1 852-1 865, <<https://bit.ly/3TmYiue>>.
- Mongua-Rodríguez, N., Delgado-Sánchez, G., Ferreira-Guerrero, E., Ferreyra-Reyes, L., Martínez-Hernández, M., Cenizales-Quintero, S., Téllez-Vázquez, N. A., García-García, L. [2023], “Cobertura de vacunación en niños, niñas y adolescentes en México”, *Salud Pública México*, Cuernavaca, INSP, 65(supl. 1): s23-s33, <<https://doi.org/10.21149/14790>>.
- Murhekar, M. V. y Clapham, H. [2021], “Covid-19 serosurveys for public health decision making”, *The Lancet Global Health*, Ámsterdam, Elsevier, 9(5): e559-560, <[http://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00057-7](http://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00057-7)>.
- Nochebuena, M. [2023], “Consultorios de farmacias crecen 38 % en 10 años; al mes dan 10 millones de consultas sin una regulación actualizada”, *Animal Político*, <<https://bit.ly/4egijuy>>, 20 de noviembre de 2023.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M., Sepúlveda-Amor, J. [2006], *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 17 de noviembre de 2023, <<https://tinyurl.com/2t7kn6m4>>.
- ONU [2015], *Objetivos de Desarrollo Sostenible, Salud y Bienestar Programa de las Naciones Unidas*, <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>>.
- ONU [1948], *Declaración Universal de Derechos Humanos*, Organización de las Naciones Unidas, consultado el 6 de noviembre de 2023, <<https://tinyurl.com/yc8yfrjz>>.

- OMS [2022], *Covid-19 Strategic Preparedness and Response Plan 2022. Global monitoring and evaluation framework*, Ginebra, World Health Organization, <<https://tinyurl.com/yuc8y9fh>>.
- OMS [1946], *Constitución de la OMS*, Organización Mundial de la Salud, consultado el 17 de noviembre de 2023, <<https://tinyurl.com/5n78rdz7>>.
- OPS [2020], *Atención primaria de salud*, Organización Panamericana para la Salud, consultado el 21 de noviembre de 2023, <<https://tinyurl.com/4c84d8vt>>.
- Ozawa, S., Mirelman, A., Stack, M. L., Walker, D. G., Levine, O. S. [2012], “Cost-effectiveness and economic benefits of vaccines in low- and middle-income countries: a systematic review”, *Vaccine*, Ámsterdam, Elsevier, 31(1): 96-108, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.10.103>>.
- Rivera Dommarco, J., Barrientos Gutiérrez, T., Oropeza Abúndez, C. [2021], *Síntesis sobre políticas de salud. Propuestas basadas en evidencia*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, <<https://tinyurl.com/4dssjva8>>.
- Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M.A., Gaona-Pineda, E.B., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Aranda, C., Gómez-Acosta, L. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Rivera-Dommarco, J., Lazcano-Ponce, E., y Shamah-Levy, T. [2022], “Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 y Planeación y diseño de la Ensanut Continua 2020-2024”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 64: 522-529, <<https://tinyurl.com/>>.
- Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Rivera-Dommarco, J. [2019], “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 61(6):917-923, <<https://doi.org/10.21149/11095>>.
- Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M. A., Gaona-Pineda, E. B., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Aranda, C., Gómez-Acosta, L. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Rivera-Dommarco, J., y Lazcano-Ponce, E. [2023], “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2023: metodología y avances de la Ensanut Continua 2020-2024”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65: 394-401, <<https://tinyurl.com/yedr6y7x>>.
- Secretaría de Salud [2022], “Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar)”, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de octubre, <<https://bit.ly/3AUKxfU>>.
- Shamah-Levy, T., Gaona-Pineda, E. B., Cuevas-Nasu, L., Morales-Ruan, C., Valenzuela-Bravo, D. G., Méndez-Gómez Humarán, I., Ávila-Arcos, M. A. [2023], “Prevalencias de sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente de México. Ensanut Continua 2020-2022”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65 (supl. 1): s218-s224, <<https://doi.org/10.21149/14762>>.
- Shrimpton, R. [2020], *Malnutrition*, Global Public Health, Oxford University Press, <<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.158>>.

- Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., Schutter, O. de, Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C., Herrero, M., Hovmand, P. S., Howden, M., Jaacks, L. M., Kapetanaki, A. B., Kasman, M., Kuhnlein, H. V., Kumanyika, S. K., Larijani, B., Lobstein, T., Long, M. W., Matsudo, V. K. R., Mills, S. D. H., Morgan, G., Morshed, A., Nece, P. M., Pan, A., Patterson, D. W., Sacks, G., Shekar, M., Simmons, G. L., Smit, W., Tootee, A., Vandevijvere, S., Waterlander, W. E., Wolfenden, L., Dietz, W. H. [2019], “The Global Syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report”, *Lancet*, Ámsterdam, Elsevier, 393 (10173): 791-846.
- Téllez-Rojo, M. M., Bautista-Arredondo, L. F., Richardson, V., Estrada-Sánchez, D., Ávila-Jiménez, L., Ríos, C., Cantoral-Preciado, A., Romero-Martínez, M., Flores-Pimentel, D., Melo-Zurita, M. del C., Romero-Ramírez, A., León-Mazón, M. A., Montes, S., Fuller, R., y Hernández-Ávila, M. [2017], “Intoxicación por plomo y nivel de marginación en recién nacidos de Morelos, México”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 59: 218-226, <<https://doi.org/10.21149/8045>>.
- Téllez-Rojo, M. M., Bautista-Arredondo, L. F., Trejo-Valdivia, B., Cantoral, A., Estrada-Sánchez, D., Kraiem, R., Pantic, I., Rosa-Parra, A., Gómez-Acosta, L. M., Romero-Martínez, M., Cuevas-Nasu, L., Shamah-Levy, T., Fuller, R., y Tamayo-Ortiz, M. [2019], “Reporte nacional de niveles de plomo en sangre y uso de barro vidriado en población infantil vulnerable”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 61: 787-97, <<https://doi.org/10.21149/10555>>.
- Unar-Munguía, M., Santos-Guzmán, A., Mota-Castillo, P. J., Ceballos-Rasgado, M., Tolentino-Mayo, L., Aguilera, M. S., Bonvecchio, A. [2022], “Digital marketing of formula and baby food negatively influences breast feeding and complementary feeding: a cross-sectional study and video recording of parental exposure in Mexico”, *BMJ Global Health*, Londres, BMJ, 7(11): e009904, <<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009904>>.
- Valdez, M. A. [1878], “Gazetas de México”, 1801; G. Ruiz de Sandoval, *Gaceta Médica de México*, 3, <http://www.csg.gob.mx/descargas/MundoQuimico/Acuerdo_CSG_Plomo_Final-12_feb_2020-10pm.pdf>.
- Velasco-Lavín, M. R. [2016], “La desnutrición y la obesidad: dos problemas de salud que coexisten en México”, *Revista Mexicana de Pediatría*, México, Sociedad Mexicana de Pediatría, 83(1): 5-6.

2. LOS MODELOS DE ATENCIÓN FRENTE A LA SALUD DE LOS MEXICANOS

*Berenice P. Ramírez López**

INTRODUCCIÓN

En la construcción del Estado mexicano, la atención a la salud ha sido parte de la ordenación constitucional e institucional. En 1917 se formó el Consejo Nacional de Salubridad y el Departamento de Salubridad; años después, en 1937 se fundó la Secretaría de Asistencia que, al fusionarse con el Departamento de Salubridad, formarían en 1941 la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Las primeras orientaciones fueron atender las enfermedades que pudieran constituir un problema de salud pública y dar inicio al conocimiento de la morbilidad y mortalidad de los habitantes del país. Las instituciones públicas creadas priorizaron la atención de las poblaciones con menores recursos económicos. Al mismo tiempo se fue avanzando para poner en marcha la seguridad social para las personas trabajadoras y su familia, establecida en el artículo 123, fracción XXIX de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (CPEUM) de 1917. El proceso de conformación fue lento, diferenciador, desigual y fragmentado entre varias instituciones [Ramírez, 2021]. Así, en 1943 se emite la *Ley del Seguro Social* que dará paso a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que incorporará mediante contribuciones de los trabajadores, empleadores y el Estado a los trabajadores subordinados asalariados del sector privado, dependientes de un empleador registrado fiscalmente. Con una orientación similar, pero para afiliar y otorgarles seguridad social a los trabajadores del sector público, se crea en 1959 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en 1961, a raíz de la fusión de varias oficinas dedicadas a la administración de las pensiones de los militares y otros servicios, se crea el Instituto de

* Agradezco el procesamiento de información de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) y de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) de varios años, realizado por Gabriel Badillo, académico del Instituto de Investigaciones Económicas (IIEc), y el procesamiento de la información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de varios años, por José Alberto Baca, maestrante de economía del IIEc.

Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Los institutos de seguridad social se comprometieron a cubrir monetariamente y con servicios públicos las contingencias del ciclo vital relacionadas con la enfermedad, riesgos laborales, discapacidad, orfandad, vejez y muerte.

La atención médica fue incluida entre los seguros que otorgan las instituciones nacionales y estatales de seguridad social, y la atención de la población sin seguridad social se canalizó a la Secretaría de Salud. Su reconocimiento como derecho social se registra en el decreto de 1983 que adiciona al artículo cuarto de la CPEUM que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” [Presidencia de la República, 3 de febrero de 1983], y con la promulgación de una nueva *Ley General de Salud* en 1984 se reconoció también la obligación del Estado mexicano de establecer los mecanismos y las políticas públicas que permitieran a la población el goce pleno de este derecho. Posteriormente, en 1996 se inicia la descentralización de los servicios de salud considerando que con ello se lograría ampliar la cobertura en el ámbito nacional al incorporar a los gobiernos de los estados y municipios. En 2003 se promulga el Sistema de Protección Social en Salud que incluía a los programas de Seguro Popular, Embarazo Saludable, Seguro Médico para una Nueva Generación, que serían eliminados en 2019 con el arribo de un nuevo gobierno que emitió, el 19 de mayo de 2019, una reforma a la LGS. El registro en 2019 de alrededor de 22 millones de mexicanos sin acceso a la atención en salud [Coneval, 2021] y la ausencia de servicios públicos para la atención primaria llevaron a la reforma del artículo 4° de la Constitución mediante el decreto que establece que el derecho a la protección de la salud y su acceso será mediante la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, con la finalidad de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social [Presidencia de la República, 8 de mayo de 2020].

La atención de la salud para las personas sin seguridad social que habitan áreas rurales había sido establecida desde 1979 mediante decreto entre el IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) para extender la atención a la salud en las regiones que ésta atendía. Este convenio se ha mantenido desde entonces bajo los nombres de los programas sociales en turno, IMSS-Oportunidades, IMSS-Prospera, etcétera, hasta el actual IMSS-Bienestar.

Se advierte que en el proceso de construcción de la atención a la salud y a pesar de que está señalado como derecho constitucional dentro de la definición de seguridad social, y explícitamente desde el decreto ya señalado de 1983, se ha antepuesto el costo fiscal y con ello el modelo de financiamiento, al subordinar los alcances de su cobertura a la disponibilidad del gasto público. Estar por debajo del mínimo del porcentaje del producto interno bruto (PIB) destinado a la salud que recomiendan la Organización

Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del 6 %, es ya un indicador que muestra la importancia que la salud de los mexicanos ha tenido en los proyectos y propuestas de país de al menos los últimos 40 años.

El objetivo de este documento es mostrar que, más que modelos de atención a la salud, se construyeron prioritariamente modelos de atención a la enfermedad por la debilidad de los programas preventivos y por los entornos sociales que carecen de condiciones de bienestar saludables. La propuesta de gobierno de la presidencia de Andrés Manuel López Obrador es construir un modelo de atención a la salud que supere la perspectiva de sólo estabilizar los casos de enfermedad que se vayan presentando y avanzar a la construcción de un modelo de salud integral. Se revisarán sus posibilidades y retos mediante los siguientes apartados: “Los modelos de atención y los modelos de financiamiento”, “La construcción de los sistemas nacionales públicos”, “La transición del Seguro Popular al IMSS-Bienestar”, “El pedregoso camino a la universalización de los servicios de salud”, “Las evidencias de la ENIGH 2022” y “Capacidades y retos”.

LOS MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD Y LOS MODELOS DE FINANCIAMIENTO

Analizar los modelos de atención a la salud implica partir de lo elemental, ¿qué es la salud?, la respuesta que prevaleció hasta antes de que se insistiera en el análisis de los determinantes sociales que inciden en la salud de las personas se refería a la ausencia de enfermedad que permita estar en condiciones adecuadas para participar de la vida. Angus Deaton, uno de los autores más representativos que desde las ciencias sociales han analizado el impacto de la salud en la trayectoria de la sociedad humana, ha documentado aspectos relacionados con la atención a la salud que durante el siglo xx permitió ganar 35 años promedio de esperanza de vida en el mundo, unos más en los países que conforman el hoy denominado norte global [Deaton, 2015] y otros menos en los países del sur global. Las vacunas, el mejoramiento en el saneamiento público, el combate a las enfermedades infectocontagiosas, entre otros logros, han dado cuenta de esta mejoría, aunque también destaca que el progreso en salud, como en general el económico, abrió brechas en la atención a la enfermedad, al mostrar otros aspectos de la desigualdad de suma importancia porque tienen relación directa con la duración y la calidad de la vida.

El concepto de salud incide directamente en los contenidos y la trayectoria de las instituciones de atención a la salud. Cabe recordar que surgieron para atender y documentar las evidencias epidemiológicas y de mortalidad que las poblaciones registraban. La salud fue considerada como ausencia de enfermedad, y las primeras que se mostraron fueron las relacionadas con procesos infecciosos, sus efectos y consecuencias. Posteriormente se fueron clasificando y estudiando las de origen degenerativo y el registro actual muestra la coexistencia de ambas clasificaciones de enfermedad

que se transforman y agravan si se analizan los estilos y condiciones de vida. La persistente pobreza y el aumento de la desigualdad han conducido a un mayor número de análisis que toman en cuenta los determinantes sociales de la salud [Seblaepfer e Infante, 1990].

Cabe recordar que, desde la constitución de la OMS en 1946, la salud fue definida como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” [OPS, 2003]. Esta definición tomó su tiempo para ser asimilada y convertida en propuesta institucional y de los gobiernos. Será hasta 1978, en reunión convocada por la OPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que se propone una meta, “Salud para todos para el año 2000 que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Previamente, la OMS elaboró indicadores para determinar el estado de salud de las poblaciones del mundo y se formularon estrategias para mejorar el desempeño de los países y de sus instituciones de salud. Se propuso revisar las condiciones sanitarias, el adecuado manejo de desechos orgánicos, el derecho a agua potable, las mediciones del ciclo vital, entre ellas, el peso y la talla de los niños al nacer, la esperanza de vida al nacimiento, la mortalidad materno-infantil, etcétera. Así fueron construyendo la necesidad de enfatizar en la atención primaria de la salud. La declaración de la reunión de Alma-Ata establece:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria [...] comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales; entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores; y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores [OMS, 1978].

Esa construcción de estrategias de salud se hizo en el contexto de búsqueda de un Nuevo Orden Internacional que resultó, para los años ochenta y después de severos ataques a la participación del Estado en la conducción económica, en el ascenso del neoliberalismo y el fortalecimiento de la perspectiva del libre mercado y de la propiedad privada que operaron frenando o desvirtuando lo que establecía la declaración de Alma-Ata.

Las privatizaciones de empresas estatales, los cambios introducidos en el funcionamiento de las instituciones de servicios públicos se concretaron en la adscripción de una forma de Estado liberal conservador, que optó por ocuparse sólo de las personas en extrema pobreza que no pudieran acudir al mercado a comprar satisfactores de bienestar (salud, educación y seguridad social). Para los países de América Latina y el Caribe significó un periodo de ajuste y estabilización económica posterior a la crisis de la deuda externa (1977-1981) que tendría consecuencias y evidencias en el agravamiento de la disminución del gasto social y en la falta de inversión y de modernización de los servicios públicos, que afectó fuertemente los servicios y las instituciones de salud. A estos cambios se sumaron reformas en el modelo de financiamiento que pretendían que el sector privado participara más en la gestión y la administración de recursos públicos. La ausencia de una estricta y adecuada regulación estatal dio por resultado la privatización y el aumento de la mercantilización de los servicios relacionados con la salud y la seguridad social. La propuesta de “Salud para todos para el año 2000” no sólo se ha atrasado más de 40 años en su ejecución y metas, sino que la formulación y discusión que introdujo, y que indudablemente planteaba un mejor horizonte, se ve limitada a la luz de las recientes propuestas, ya que se perseguía que las personas tuvieran una vida social y económicamente productiva. No estaban todavía en la propuesta aspectos que en la actualidad se destacan, como construir un modelo de atención a la salud que conduzca al bienestar integral, la felicidad y el respeto a la dignidad de las personas.

En América Latina y el Caribe se asumió, desde la década de los setenta del siglo xx, que era necesaria la instrumentación de un modelo de salud y no sólo la atención a la enfermedad. La medicina social cobró auge, así como la resistencia de la medicina tradicional a mantener sus espacios de participación. Posteriormente se empezaron a realizar análisis que rescataban los aportes de Margaret Whitehead quien, en un informe encargado por la OMS, discute y propone la equidad en salud como equivalente de justicia ya que se registran situaciones evitables e injustas en lo que se refiere a condiciones de salud, acceso diferencial a los servicios asistenciales y distribución desigual de recursos destinados a preservar la salud [Whitehead, 1991].

Incorporar en el análisis los determinantes sociales de la salud ha influido en la conceptualización y en la medición institucional de la pobreza y del bienestar. La disputa de paradigmas y de perspectivas se manifiesta también en la semántica,

pues se insiste que el término adecuado es el cuidado y no la atención a la salud. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos [Almeida-Filho, 2020].

LA CONSTRUCCIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES PÚBLICOS

La propuesta de construcción de un sistema nacional público de salud adquirió mayor fuerza durante el transcurso de la Segunda Guerra Mundial. Si bien ya existían, desde finales del siglo XIX, programas de atención a la salud y pensiones ante riesgos de trabajo y vejez para las personas trabajadoras dependientes de un empleador, no se habían propuesto mecanismos de inclusión para el resto de la población sin adscripción laboral.

El inicio de los programas institucionales de seguridad social se registra con las impulsadas en Alemania durante el gobierno del canciller Otto von Bismarck y se caracterizan por el establecimiento de seguros mediante principios de obligatoriedad, con financiamiento a partir de la cotización de empleadores y trabajadores y con la regulación del Estado. La puesta en marcha de la seguridad social contributiva inicia con la ley contra enfermedades emitida en 1883, a la que le sigue en 1884, la ley de seguro contra accidentes y el seguro contra invalidez y vejez y en 1889 la ley de pensiones para mayores de 70 años [Ramírez López, 2019; Sánchez Castañeda, 2012]. Sin embargo, las consecuencias sociales de la crisis de los años treinta y la Segunda Guerra Mundial obligaron a adoptar la perspectiva sugerida en el Informe de 1942 del inglés William Beveridge, *La seguridad social en Inglaterra. Plan Beveridge*, que en parte dio soporte a los estados de bienestar europeos al proponer asegurar el ciclo de vida, de la cuna a la sepultura [Beveridge, 2009]. Beveridge proponía una construcción financiera impulsada por el Estado mediante políticas redistributivas de los ingresos generales y con amplia participación de los ciudadanos a partir de su capacidad de pago; el objetivo era una contribución colectiva que permitiera consolidar un ingreso suficiente para enfrentar cuando se requiriera *la necesidad*, y diseñar un adecuado modelo financiero que tomara en cuenta la diversidad de personas trabajadoras y de ingresos, del tipo de trabajo y de los que se ocupaban de otras actividades pero que tenían derechos por ser ciudadanos [Beveridge, 2009]. Se trataba de establecer bolsas colectivas que propiciaran prácticas solidarias en sus distribuciones. Una combinación de las aportaciones a los seguros sociales por condición laboral, contribuciones fiscales para los más vulnerables y aportaciones voluntarias.

Anthony Atkinson señala que con estas propuestas y las acciones que la diversidad de estados europeos emprendió en lo social, habían mostrado que la desigualdad de

ingresos monetarios es menos lesiva o preocupante cuando el Estado provee servicios como educación y salud gratuitos para todos y que, ante situaciones tan graves como la Segunda Guerra Mundial, la instauración de un sistema nacional de salud y un seguro nacional fue acertada. Varias décadas después, a finales de los setenta ya se veían como impedimento para el desempeño económico y así inicio el proceso de privatización. James Buchanan, Premio Nobel de Economía de 1998, decía que “el modelo social que muchos europeos consideran superior a los estados de bienestar de otras partes, unos poco más limitados, no es viable económicamente para el siglo XXI [Atkinson, 2016: 361].

La viabilidad a la que hace referencia es la financiera, ya que el establecimiento de un sistema nacional de salud público depende del gasto fiscal, pero si se consiguiera una adecuada vinculación y regulación con los seguros sociales contributivos se contaría con los elementos para construir un modelo financiero sostenible; pero, en un entorno de creciente privatización, mercantilización, individualización y precarización en el empleo como es el que hemos sufrido durante las cuatro décadas que nos preceden, lo que se ha observado es la caída de las aportaciones de los trabajadores y de los empleadores por la pérdida del empleo con prestaciones sociales —identificado como ocupación formal— y con el discurso, más que con una adecuada propuesta ante el proceso de envejecimiento demográfico, en lugar de promover el trabajo protegido se modificó el modelo de financiamiento de la seguridad social, se introdujo al sector privado en la gestión de recursos y provisión de servicios. Se crearon cuentas individuales para las pensiones y en el sistema de salud se optó por la separación entre financiamiento y prestación de los servicios. Es decir, el financiamiento lo siguió otorgando el Estado y las personas, pero se subrogaron al sector privado la provisión de servicios y de infraestructura.

El cuadro 1, que se deriva de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE),¹ expresa muy bien la disminución del aseguramiento de las personas asalariadas a raíz de las reformas estructurales realizadas en el país. De 1991 a 2004, disminuyeron en siete puntos porcentuales las personas trabajadoras que declararon contar con prestaciones sociales,² entre las que se incluye el derecho a la atención en salud. Lo más significativo del mismo es observar cómo en 1991, el 73.6 % de las mujeres asalariadas tenían prestaciones sociales y para 2004 se redujo a 64 % (cuadro 1).

¹ La ENE se levantó de 1988 a 2004. Fue sustituida con ajustes en el cuestionario y mediante una muestra más amplia por la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) que se levanta trimestralmente a partir de 2005.

² La ENE consideraba como prestaciones sociales recibir alguna de las siguientes: aguinaldo, vacaciones con goce de sueldo, participación de utilidades, IMSS, ISSSTE, Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), crédito para vivienda, seguro médico particular o seguro de salud.

Cuadro 1. México. Personas asalariadas con prestaciones sociales según sexo (%), 1991 a 2004

Año	Total	Hombres	Mujeres
1991	66	63	74
1993	63	60	69
1995	60	57	66
1996	60	56	66
1997	58	56	67
1998	60	58	66
1999	60	57	65
2000	61	58	66
2001	61	58	67
2002	59	56	65
2003	59	56	65
2004	59	57	64

Nota: con el fin de ofrecer una serie anual ampliada y comparable, este tabulado presenta información sólo del segundo trimestre de cada año. Los datos de los demás trimestres, incluyendo los más recientes, se pueden consultar en los productos disponibles en la encuesta.

Fuente: Inegi, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2005 al 2023. El cuadro fue elaborado por Cruz Álvarez (23 de noviembre de 2005) y digitalizado por Gabriel Badillo (5 de noviembre de 2023).

Con información de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), que inicia en 2005, el porcentaje de trabajadores subordinados y asalariados que declaran contar con acceso a servicios de salud se mantuvo en un 58 %, con disminución de 2011 a 2017. Las mujeres asalariadas siguieron mostrando mayor porcentaje de afiliación que los hombres (cuadro 2).

Si se considera a toda la población ocupada, que incluye, además de los subordinados y asalariados, a los trabajadores independientes, no asalariados y que no reciben ingresos, el acceso en 2005 a los servicios de salud registraba el 36 % de la población ocupada y el 64 % sin acceso. En 2023 se registra un 39 % con acceso y un 61 % sin acceso (cuadro 3).

La baja cobertura de la seguridad social contributiva es resultado de las condiciones de informalidad en la que trabaja el 55 % de las personas ocupadas en el país, y aunque ha disminuido alrededor de tres puntos porcentuales el nivel de informalidad con las reformas de regulación a la subcontratación y el incentivo a la formalidad que instrumentó el actual gobierno, se requieren nuevas propuestas que incorporen

a todas las formas laborales a la seguridad social contributiva, así como modelos de atención a la salud y modelos de financiamiento que tomen en cuenta los cambios en la organización del trabajo, la duración y movilidad en el empleo.

Cuadro 2. México. Población subordinada y asalariada por condición de acceso a instituciones de salud (%), 2005-2023

Año	Total	Hombres	Mujeres
2005	58	58	60
2007	59	58	60
2009	57	56	58
2011	55	55	56
2013	56	56	57
2015	57	57	57
2017	56	56	57
2019	57	57	57
2020	57	57	58
2021	58	57	60
2022	59	59	59
2023	58	58	59

Fuente: elaboración propia con datos de Inegi, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2005 a 2023.

Con la puesta en marcha más generalizada de la seguridad social, lo que ha prevalecido en América Latina y en México ha sido la seguridad social ligada al empleo, sobre todo a las personas subordinadas asalariadas que, con sus aportaciones, la de los empleadores y del Estado, han constituido la seguridad social contributiva. Los servicios de salud y de seguridad social destinados a la población sin acceso a los seguros sociales provienen del gasto público y el máximo posible que se le ha destinado ha sido subordinado al equilibrio fiscal determinado por los compromisos internacionales y por el proyecto de país que cada gobierno impulsa y que, al menos en el caso de México, ha estado desligado de las necesidades reales que la educación, la salud y la seguridad social requieren para atender la demanda y mejorar la cobertura y la atención con eficacia y calidad de los servicios; y, como ya ha sido señalado, se mantiene el gasto por debajo de los estándares mínimos establecidos por la OMS-OPS.

Cuadro 3. México. Población ocupada con acceso a instituciones de salud, por sexo, 2005-2023

Año	Población ocupada			Con acceso a prestaciones de salud			Con acceso a prestaciones de salud (%)		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
2005	41 431 230	26 590 120	14 841 110	14 824 970	9 329 920	5 495 050	36	35	37
2007	43 504 138	27 271 124	16 233 014	16 011 031	9 891 773	6 119 258	37	36	38
2009	44 613 336	28 003 228	16 610 108	16 015 453	9 842 535	6 172 918	36	35	37
2011	45 987 330	28 924 898	17 062 432	16 115 792	9 944 201	6 171 591	35	34	36
2013	48 340 045	30 062 494	18 277 551	17 352 181	10 640 703	6 711 478	36	35	37
2015	49 780 876	30 989 281	18 791 595	18 290 731	11 245 519	7 045 212	37	36	37
2017	51 834 147	32 116 669	19 717 478	19 198 715	11 728 062	7 470 653	37	37	38
2019	54 089 715	33 229 919	20 859 796	20 064 409	12 222 978	7 841 431	37	37	38
2020	55 315 856	33 459 951	21 855 905	20 862 202	12 434 116	8 428 086	38	37	39
2021	55 204 282	33 552 389	21 651 893	21 119 486	12 534 431	8 585 055	38	37	40
2022	58 310 722	34 676 330	23 634 392	22 691 028	13 370 359	9 320 669	39	39	39
2023	59 353 970	35 292 994	24 060 976	22 932 257	13 433 196	9 499 061	39	38	39

Fuente: elaboración propia con datos de Inegi, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2005 a 2023.

Cabe recordar que la adscripción de la economía mundial al libre mercado a inicios de los ochenta fue precedida por una fuerte crítica al déficit público al que identificaron como la causa de la estanflación sufrida a finales de los setenta. Desde entonces, el Estado asumió la perspectiva de la subsidiaridad, es decir, sólo apoyar con programas sociales a las personas carentes de recursos monetarios, lo cual debilitó los servicios públicos nacionales o modificó el modelo de financiamiento mediante mecanismos de descentralización y separación entre financiamiento y provisión de los servicios, así como la entrega de herramientas a las asociaciones público-privadas que difieren de la economía mixta que operó en el pasado, sobre todo porque se cede el control de lo público a instancias privadas, proceso que hoy se identifica como la captura del Estado por el poder económico.

En México, la falta de evidencia en el mejoramiento en la cobertura y la calidad de los servicios de salud a raíz de la descentralización que se inicia en 1996, conduce a que se promulgue en 2003 el Sistema de Protección Social en Salud, que incluía los programas de Seguro Popular, Embarazo Saludable, Seguro Médico para una Nueva Generación.

El Programa del Seguro Popular (PSP) inicia en 2004 como mecanismo de protección financiera en salud, de afiliación voluntaria y con vigencia de incorporación de tres años. Se registró una cobertura de cerca del 40 % de la población, fue financiado con aportaciones gubernamentales y cuotas de los derechohabientes que, después de estudio socioeconómico, si se situaban con percepciones de ingresos medios hacia arriba, pagaban cuotas. Financiaron servicios ambulatorios, hospitalarios y de alta especialidad para la población sin acceso a la seguridad social. El reporte que se da para 2018 en el gasto por persona en el Seguro Popular era, en promedio, de 3 335.48 pesos, monto que supera el gasto per cápita general en salud calculado en 1 181 pesos [OCDE, 2023], por lo que se convirtió en un dato importante y muy controvertido, ya que mostrar alta afiliación para quienes administraron el Seguro Popular significaba captar ingreso público, aunque ello no se tradujera en acceso efectivo para los registrados.

Su programa de atención cubría 294 intervenciones divididas en 1 807 diagnósticos, 618 procedimientos, 633 medicamentos y 37 insumos específicos del Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), el 22 % de las establecidas en la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, porcentaje que muestra una más de las deficiencias y limitaciones del Seguro Popular.

LA TRANSICIÓN DEL SEGURO POPULAR AL IMSS-BIENESTAR

La propuesta que se ha defendido durante el gobierno de la presidencia de Andrés Manuel López Obrador es la de situar la salud como un bien público y para ello cancela o regula, según sea el caso, la separación entre financiamiento y prestación de

servicios. Esta acción se deriva de la débil situación financiera en la que se encontraban las instituciones de salud y de seguridad social públicas frente al costo que había provocado el financiamiento del Seguro Popular y la alianza pública-privada, así como las evidencias del mal estado de salud de los mexicanos que mostraba la pandemia de covid-19.

El abandono a la atención en el sistema público está determinado por el alto porcentaje de personas sin afiliación a la seguridad social pública, resultado de la condición de empleos informales donde se desempeñan, por el abandono en la renovación de infraestructura, equipamiento e insumos de los servicios de salud públicos que a su vez promovió la creciente oferta de servicios médicos en consultorios y en farmacias privadas en su mayoría para atención de enfermedades comunes y no graves.

La Ensanut levantada en 2012 registró que el 61 % de la población declaró atender sus enfermedades en los servicios públicos, cifra que disminuyó al 56.6 % en 2018. Además, 22.4 millones de personas declararon que carecían de servicios de salud [Inegi, 2018]. De 2014 a 2018 el gasto en bolsillo representó el 45 % del total, que representa una de las cifras más altas de los países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) [2023b]. Además, con información de la Ensanut 2018, se mostraba que el 45 % de las personas en edades adultas habían sido diagnosticadas con enfermedades cardiovasculares, renales y neuromusculares, hipertensión arterial o diabetes mellitus, y el 75 % padecían obesidad o sobrepeso. Todos estos factores, que eran consecuencias del modelo de atención a la enfermedad que se había instrumentado y de los pocos resultados del Seguro Popular en el estado de salud de los mexicanos, más las condiciones que presentaban las instituciones de salud en infraestructura, servicios e insumos; incidieron en la magnitud del agravamiento y mortalidad de la población afectada por el virus SARS-CoV-2 (cuadro 4).

A estos datos habría que sumarle la concentración de los servicios de salud en las principales ciudades y centros urbanos del país. El mapa 1 muestra la dispersión y el tiempo de traslado promedio que les toma a las personas encontrar alguna unidad médica de primer nivel. En las ciudades más urbanizadas y con mayor número de habitantes, las personas tardan en promedio 15 minutos en llegar a algún lugar de atención médica; por el contrario, en las zonas que en el mapa se aprecian más claras, tardarían desde 60 minutos a más de dos horas, aspecto que ha sido aprovechado por las diversas firmas comerciales de farmacias que se instalan en pequeñas poblaciones con servicios de consultorios médicos. Sin embargo, siguen descubiertas las áreas de la serranía, de pequeños ejidos y con difíciles vías de comunicación que se muestran en un tono más oscuro.

Cuadro 4. Indicadores de las capacidades y recursos del sistema de salud, comparados entre el promedio de los países miembros de la OCDE y México

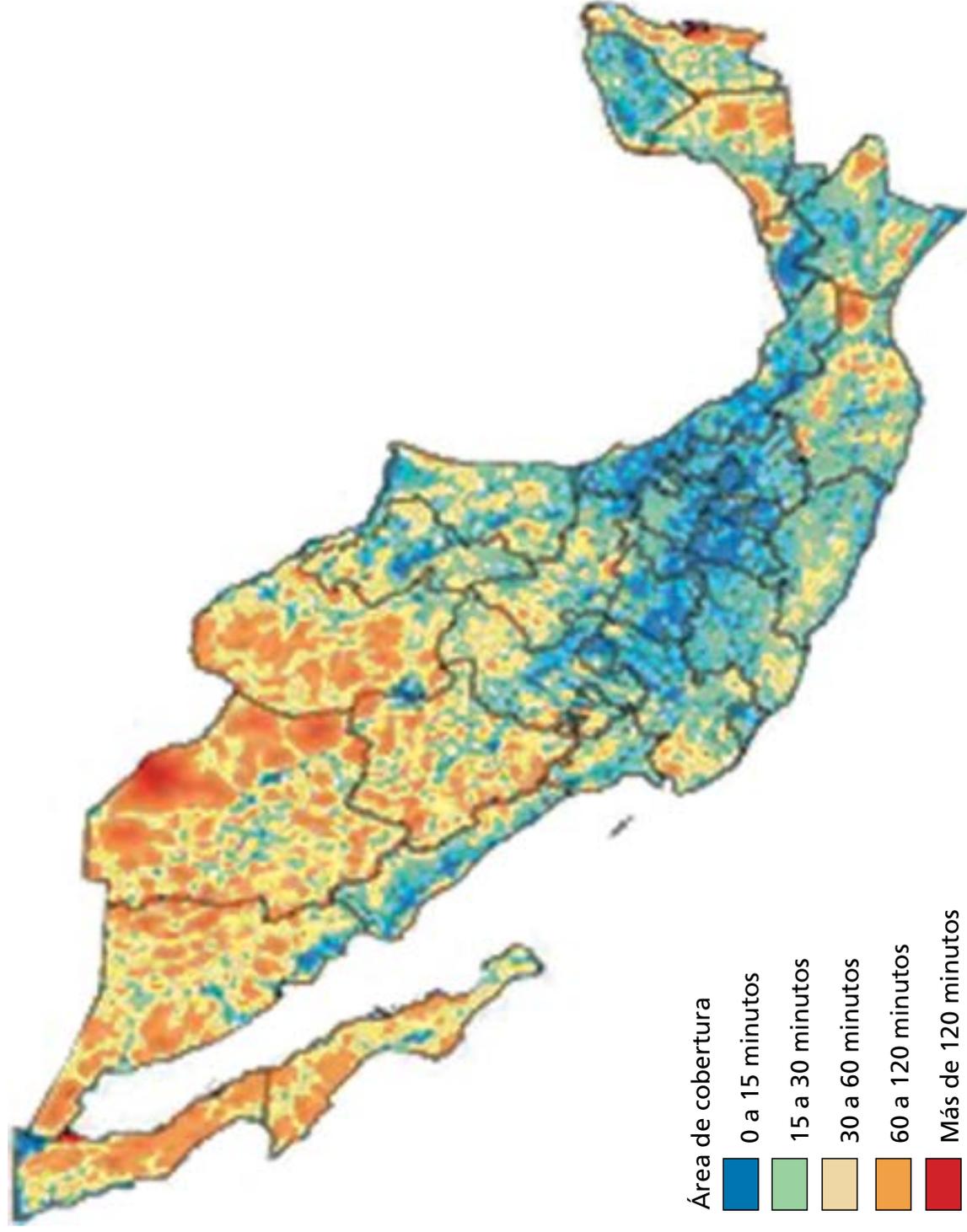
Indicador 2019	Promedio OCDE	México
Gasto per cápita en salud (USD)	4 087	1 133
Camas hospitalarias por 1 000 habitantes	4.4	1
Camas de cuidados intensivos por 1 000 habitantes	14.1	3.5
Infraestructura para diagnósticos, tomógrafos (por millones de habitantes)	25.9	6.4
Porcentaje de médicos que usan expedientes clínico electrónico	93	30
Número de consultas promedio al año por habitante	6.8	2.3
Internamientos hospitalarios por 1 000 habitantes	146.2	39.1
Médicos por 1 000 habitantes	3.6	2.4
Enfermeras por 1 000 habitantes	8.8	2.9
Consultas anuales por médico	2 122	941

Fuente: OCDE, 2023a.

La desigualdad en el acceso a los servicios públicos, en general, y de salud, en particular, se expresa en diferencias en las esperanzas de vida al nacer, en la mortalidad materno-infantil, etcétera. Por ejemplo, se registra una diferencia de 4.8 años más de vida entre el estado de Nuevo León, con la mayor esperanza de vida, y Chiapas, que registra la menor, y en plena pandemia (2021), la diferencia fue de 7.5 años entre el estado de Coahuila y Tlaxcala [Conapo, 2023].

Estas circunstancias, que se identifican como determinantes sociales de la salud, han conducido al estudio de la mortalidad evitable que en México registra ser un 83 % mayor que el promedio de la OCDE. La razón de mortalidad materna refleja las malas condiciones de atención y servicios, ya que se registran como principales causas de fallecimiento hemorragias, enfermedades hipertensivas, violencia obstétrica (la tasa promedio de cesáreas es del 45 %). El registro de los últimos 20 años arroja una mortalidad de 1.24 mayor para las personas no afiliadas. La carencia de servicios de salud para mujeres en pobreza es del 44.4 %, el 27.7 % para niñas, niños y adolescentes y 18.7 % para personas de 65 años y más. La carencia de seguridad social es del 77.2 % para la población indígena y del 46 % para personas con discapacidad [Coneval, 2021].

Mapa 1. Área de cobertura de las unidades médicas de primer nivel de atención para la población sin seguridad social



Fuente: elaboración de la SPS a partir de Recursos en Salud Sectorial 2020, DGIS/SS.

En la estrategia de seguridad pública del gobierno de López Obrador, el acceso universal a la salud se considera como parte constitutiva [Presidencia de la República, 2019]. Así, en el *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024* el objetivo 2.4 establece que:

El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos. Este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi), que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. La atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano [Presidencia de la República, 2019].

El 29 de noviembre de 2019 se reforma la LGS, que sustituye el Seguro Popular por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). Además, mediante decreto se reforma el artículo 4° de la Constitución y se establece que el derecho a la protección de la salud y su acceso será mediante la concurrencia de la Federación y las entidades federativas, con la finalidad de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social [Presidencia de la República, 2020].

La reforma se enmarca en las directrices establecidas por dicha administración: restituir la conducción del Estado en el proceso económico, mayor control de la producción y de la propiedad de los recursos nacionales, diferente distribución del excedente económico que permita mejorar las condiciones de vida de la población, priorizando a los que han estado histórica y estructuralmente excluidos; construcción de un Estado social que otorga derechos sociales, no sólo individuales, y que se han tratado de identificar como Estado de servicios [Bobbio, 2021: 94]. Además, se ha pretendido impulsar un paradigma diferente que conduzca del modelo de atención a la enfermedad, al de generación de salud. La meta sería la construcción de acceso universal, servicios y bienes públicos y una base de atención preventiva que permita dar seguimiento continuo a las personas mediante diagnósticos anuales, vacunación universal, que se convierten en el cimiento del estado de salud de las personas que no cuenten con seguridad social [Presidencia de la República, 2020; Secretaría de Salud, 2022].

La terminación del Seguro Popular, a unos días de iniciar la pandemia de la covid-19, alteró el proceso de reforma y su transición, ya que los recursos materiales y económicos se canalizaron para atender la emergencia sanitaria. El periodo de pandemia sirvió, además, para conocer mejor el estado en el que se encontraban las instituciones de salud pública. Los desequilibrios financieros de las instituciones se

agudizaron por los procesos de privatización. La falta de infra-estructura, de insumos y de personal médico, de enfermería y en general de los servicios de salud habían extendido en demasía los tiempos de espera para ser atendidos y las personas perdieron confianza en los servicios públicos y fueron atraídas por diversos prestadores de servicios del sector privado: consultorios, clínicas, seguros de gastos médicos menores y mayores y farmacias en consultorios. El bonachón Dr. Simi se introdujo en la subjetividad de las personas que acudían a sus consultorios y farmacias, aunque ante el agravamiento de las enfermedades terminarían en los hospitales públicos. Se había configurado un escenario adverso para la población más vulnerable que demandaban más servicios privados y enfrentaban más gastos de bolsillo.

Ante las evidencias de la falta de infraestructura heredada, el Insabi ajusta sus tareas y su definición a instancia coordinadora de las acciones de incorporación de las personas sin seguridad social. Se elimina la provisión y se fortalece la articulación entre las instituciones públicas del sector salud (2022). La puesta en marcha de la reforma siguió enfrentando resistencias, la más significativa ha sido la federalización del gasto público destinado a la salud, para que se pudiera contar con recursos, ser más eficientes en el gasto, ampliar y articular la prestación de servicios, garantizar similares condiciones de empleo a las personas trabajadoras del sector salud, así como impulsar programas transversales orientadas a generar entornos saludables.

Ante los diversos obstáculos, el 25 de abril de 2023 se aprobó la terminación del Insabi para remplazarlo con el organismo público descentralizado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) que colaborará con la Secretaría de Salud en lo que respecta a la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social [Presidencia de la República, 2023].

Esto condujo a que mediante decreto se reformaran, adicionaran y derogaran diversas disposiciones de la LGS para regular el Sistema de Salud para el Bienestar [Presidencia de la República, 2023] y establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Se estableció que, de acuerdo con la *Ley de Coordinación Fiscal*, se transferiría los recursos que se hubieran recibido por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público junto con los rendimientos financieros que se hayan generado, al Fideicomiso Público Federal “Fondo de Salud para el Bienestar”. Se mantiene el Consejo de Salubridad General responsable de la elaboración del Compendio Nacional de Insumos para la Salud y se crea el Fondo de Salud para el Bienestar (enfermedades catastróficas).

El Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA) [Secretaría de Salud, 2022] que se está instrumentando recupera aspectos y procesos que funcionaron en el pasado desde su creación en 1985, ya que diversos programas fueron actualizados, entre ellos IMSS-Solidaridad con el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), orientado a disminuir la desnutrición, y que se mantuvo

con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades), que cambió de denominación a IMSS-Oportunidades. Con la creación de la Comisión Nacional de Protección Social, del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y del Seguro Popular como su brazo operativo, el modelo fue reemplazado por el Modelo Integrado de Atención a la Salud (Midas) en 2006. Para 2010, el programa IMSS-Oportunidades incorporó a los estados de Guerrero y de México, con lo que alcanzó a cubrir 19 entidades federativas. En 2014, acorde con la política social de combate a la pobreza, se modificó el nombre del programa por IMSS-Prospera para, finalmente, en diciembre de 2018 convertirse en IMSS-Bienestar, el cual desde su creación sustituyó el Midas y tomó como base general las directrices y principios de su Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), el cual persigue vincular estrechamente la atención médico-preventiva con la participación y la acción comunitaria.

El modelo de salud propuesto por el gobierno 2018-2024 incluye tanto los elementos de atención a las personas como los impactos de los determinantes sociales y “aspectos que dan contenido a la construcción de la salud colectiva, considerando una unidad indivisible entre estos dos aspectos de la salud pública y lo que se ha denominado Modelo de Salud para el Bienestar” [Secretaría de Salud, 2022].

LAS EVIDENCIAS DE LA ENIGH 2022

La puesta en marcha de los contenidos de la LGS de 2019, en particular concretar el acceso universal a los servicios de salud para la población que no cuenta con seguridad social, fue afectada por la demanda de servicios de salud que significó la pandemia durante los dos primeros años de su aparición y por la situación que presentaban los sistemas de salud en cuanto a infraestructura, insumos y personal. A ello se sumaron las resistencias al cambio, entre los intereses económicos afectados que se oponían a la regulación estatal y a la eliminación de la mercantilización de la salud y las modificaciones en la distribución del gasto en los hospitales y clínicas, así como cambios en la organización del trabajo del personal médico y sanitario; la salud se convirtió en espacio de protesta por la eliminación del Seguro Popular y por la separación entre financiamiento y provisión de servicios que afectó intereses comerciales, así como por las dificultades en la planeación y la ejecución. Las disputas de poder se vertieron en comunicaciones confusas y acciones que afectaron la distribución de medicamentos ante una constante participación de actores que operaron en contra de los cambios diseñados por el gobierno. En este contexto, los resultados de la ENIGH 2022 y de la medición de la pobreza del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) eran en particular esperados para conocer la estimación del comportamiento de la pobreza y el acceso a los servicios de salud. La información mostró que la política pública impulsada disminuyó la pobreza en 5.7 millones de personas. La

pobreza en el nivel nacional bajó del 41.9 % en 2018 al 36.3 % en 2022 [Coneval, 2023], proporción que se tenía en el país alrededor de 1980. Es la cifra más baja de las registradas desde 2008 mediante la misma metodología con datos de la ENIGH. En números absolutos, son 46.8 millones y representan el número de personas que declararon situación de pobreza en 2010. Es un gran logro, pero es evidente el camino que hace falta por recorrer.

El dato que alarmó fue el registro del aumento de personas sin afiliación a los sistemas de salud que pasó de 20 millones a 50 millones. Para Coneval, la carencia por acceso a los servicios de salud se identifica con no contar con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución pública de seguridad social o de servicios médicos privados [Coneval, 2023].

Pasar del 18.5 % de la población sin afiliación a los servicios de salud en 2018 al 43.8 % en 2022 [Inegi, 2022] muestra el fracaso de la política de salud del gobierno; sin embargo, es la expresión de las limitaciones del modelo de atención a la enfermedad que se impuso durante las últimas cuatro décadas; del desfigurado sistema de seguridad social público que se caracteriza por la exclusión, desigualdad, inequidad y fragmentación que se construyó a partir de 1917; de las políticas privatizadoras que capturaron los bienes y servicios del Estado construidos para atender la salud de los mexicanos.

Los datos del cuadro 3 muestran que al inicio del sexenio 2018-2024 carecía de servicios de salud el 63 % de las personas ocupadas (34 millones). Si a este dato le sumáramos las personas que no son parte de la población económicamente activa, resaltan las metas incumplidas de la propuesta de los organismos internacionales “Salud para todos en el año 2000”, así como los deficientes resultados de las principales reformas instrumentadas en el país, la descentralización de los servicios de salud en 1996, la LGS de 1984 y el Sistema de Protección Social en Salud de 2003. En 2017, la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) registró que el 17.2 % de la población declaraba no contar con acceso a los servicios de salud, el 36.3 % declaró estar incorporada al IMSS; el 4.9 %, al ISSSTE; el 37.8 %, al Seguro Popular; el 3.1 %, a otras instituciones públicas y el 0.6 %, a instituciones privadas [Inegi, 2017]. Cabe recordar que la afiliación al Seguro Popular tenía un carácter voluntario, que funcionaba como seguro financiero con deficiente infraestructura y personal sanitario y que la afiliación tenía una vigencia de tres años. Una vez agotado el periodo de afiliación y la posterior eliminación del Seguro Popular, se dejó sin afiliación a cerca de 40 millones de mexicanos a los que habría que sumarle los 20 millones sin servicios de salud que Coneval registra a inicios de 2019 [Coneval, 2021], así que era previsible que la ENIGH 2022 encontrara que el 39 % de la población (50 millones de mexicanos) declararan no estar inscritos a algún servicio de salud. La caída en la afiliación no significa necesariamente una desatención de la salud de los mexicanos. La misma ENIGH 2022 nos ofrece información valiosa para una mejor comprensión del tipo y calidad de la cobertura, servicios

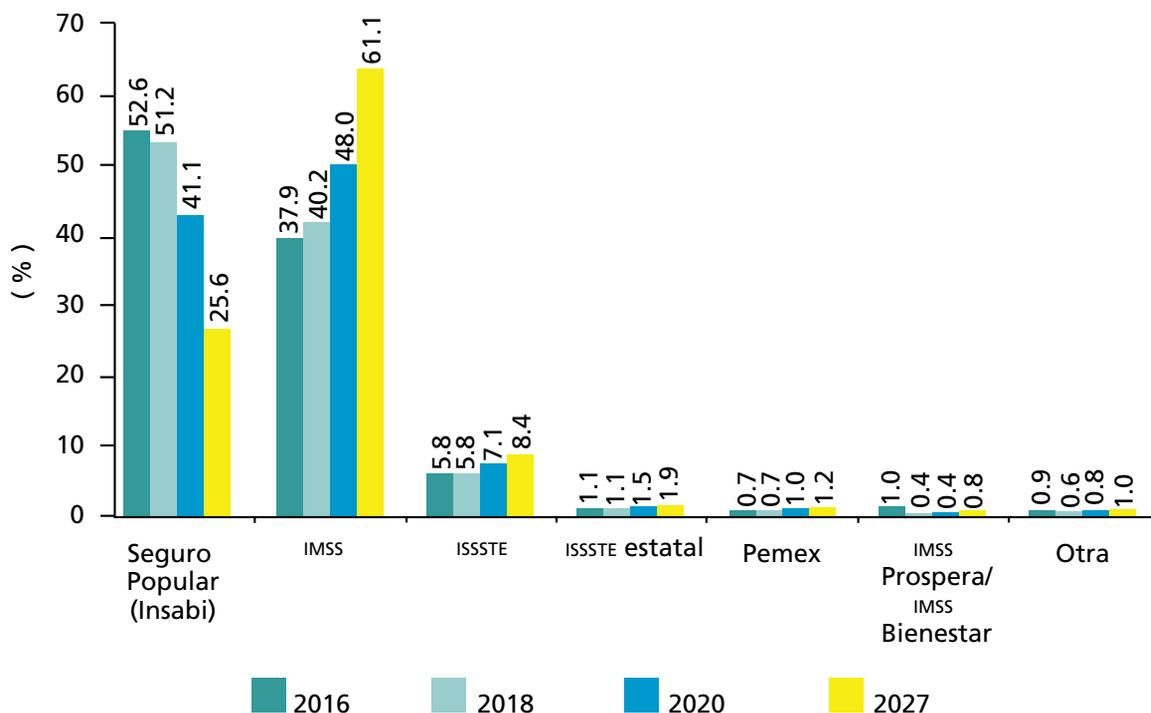
y costos que significa enfermarse y permite la construcción, evaluación y corrección de la política pública.

El procesamiento de la información de las últimas cuatro encuestas de ingresos y gastos de los hogares y su presentación permite comparar los avances y retrocesos sufridos en el ámbito de la atención a la salud. Se corroboran tendencias como las siguientes: crecimiento de la afiliación a los institutos de seguro social, particularmente al IMSS, la disminución en un 50 % de los afiliados al Seguro Popular o al Insabi; la creciente participación de los consultorios privados y vinculados a las farmacias en la atención de enfermedades, sobre todo en los años más difíciles de la pandemia. Una de las causas pudo haber sido la prioridad que se le dio en las instituciones públicas a la atención de los enfermos de covid-19, lo que ocasionó cancelación de consultas y cirugías que no fueran urgentes.

Se presenta la información procesada. Los títulos de las gráficas retoman las preguntas de la encuesta.

De las personas que declararon haber tenido problemas de salud y haber buscado su atención, la recibieron el 99.6 % en 2020 y el 99.7 % en 2022 [Inegi, 2023]. Las respuestas relacionadas con el lugar en donde recibieron la atención médica destaca el papel de los consultorios privados y la pérdida de participación de las instituciones de salud de carácter público.

Gráfica 1. ¿En cuál institución de salud se encuentra usted inscrito o afiliado?



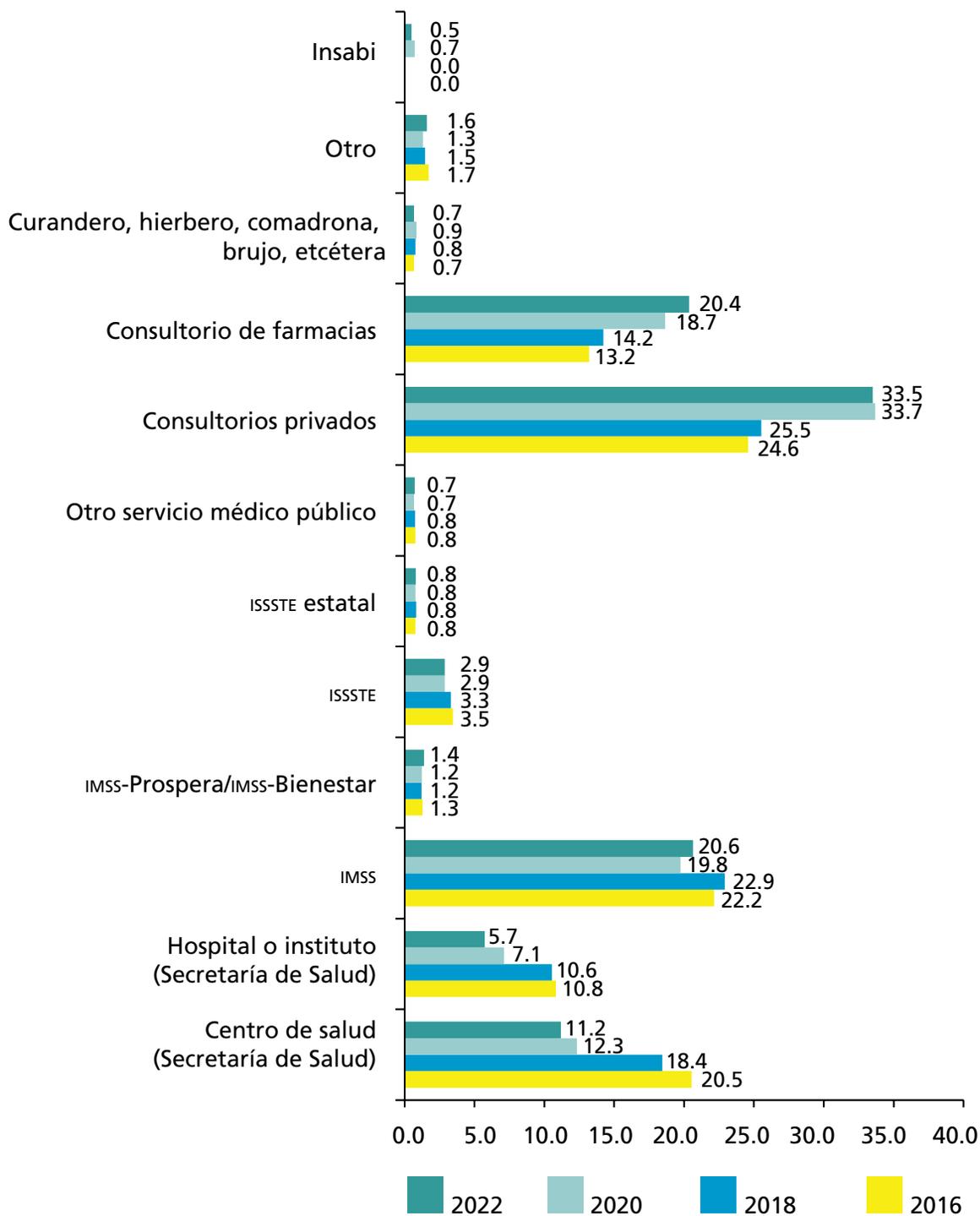
Fuente: elaboración propia con información de Inegi, 2023.

El crecimiento de la participación de los espacios médicos privados en la atención a la enfermedad se observa también en el comportamiento de los afiliados al Seguro Popular/Insabi como en los afiliados al IMSS. Los tiempos de espera para la atención médica en los servicios públicos, la cercanía al lugar de vivienda o de trabajo que representan los consultorios vinculados a farmacias, la mercantilización de la salud vinculada con el crecimiento de los seguros y servicios privados, así como en la falta de regulación que se observa en la aprobación de farmacias coexistiendo varias en una misma manzana, la promoción de consultas baratas ligadas a la venta y el monopolio de medicamentos caros, etcétera, han favorecido la pérdida de participación de las instituciones públicas en la atención de la salud de los mexicanos, lo que expresa también el “alto costo de bolsillo” que representa para la población la atención de sus enfermedades.

Además de tener como objetivo brindar servicios de salud a las personas que están fuera de la seguridad social, se busca que los servicios y medicamentos sean gratuitos. Éste es un gran reto considerando los resultados que arroja la ENIGH, ya que el gasto de los hogares ha ido aumentando, sobre todo en tiempos de pandemia y lo que destaca en primer lugar son los gastos en medicamentos y en segundo lugar en consultas. El negocio farmacéutico opera en sentido contrario a las necesidades de construcción de un sistema público de salud que requiere de mayor regulación.

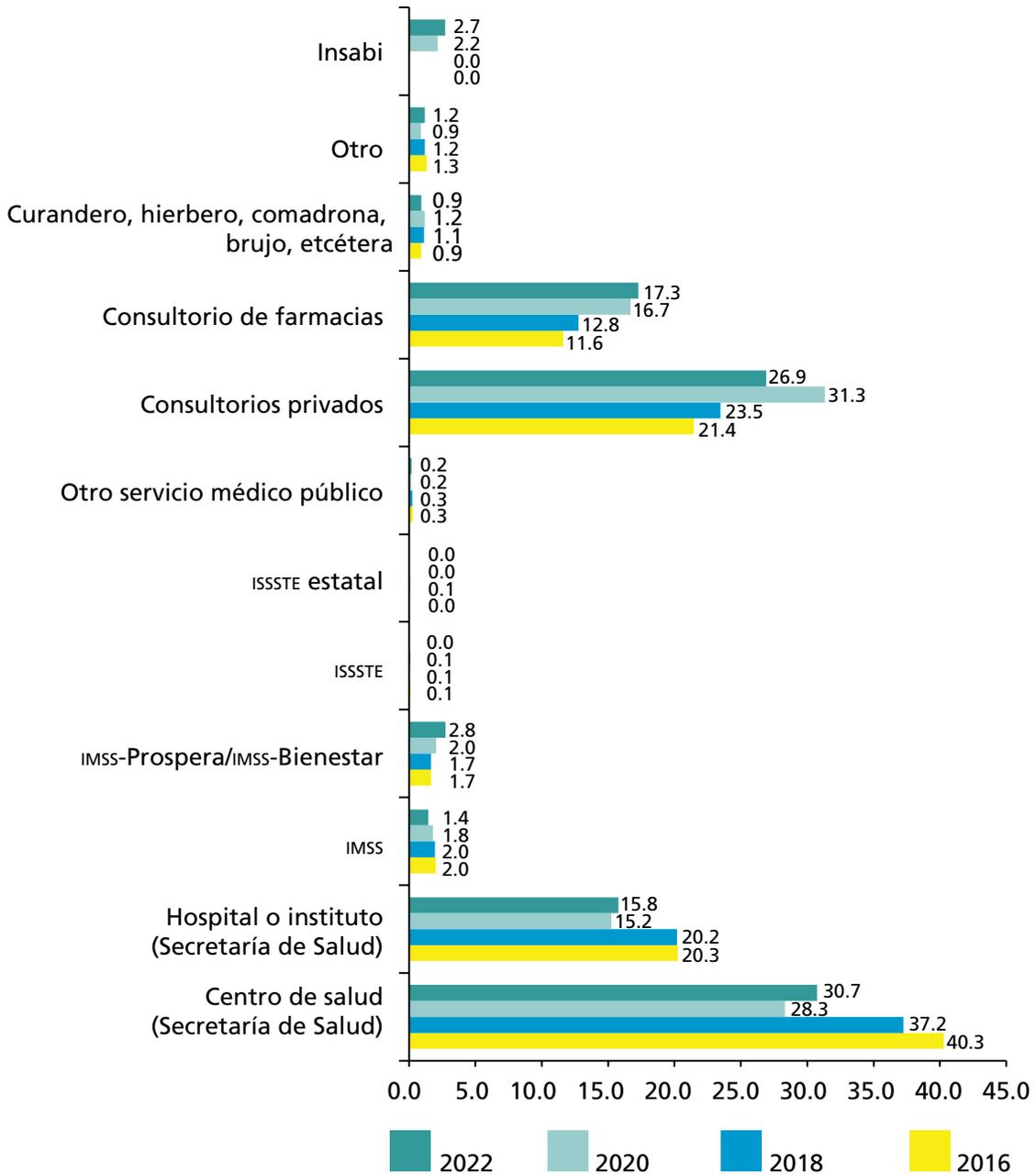
Una comparación interesante que se deriva de los resultados de las ENIGH 2018 y 2022 es el comportamiento de la afiliación estatal en las edades 15 a 29 años, y 65 y más años. Podemos observar resultados heterogéneos que se derivan de las acciones de los gobiernos estatales. Una constante es la corroboración del abandono en la atención de la salud de la población joven que tiene mayor carencia de acceso a la salud en comparación con la población de 65 y más años; una explicación puede estar en que en las edades jóvenes prevalecen las ocupaciones informales sin acceso a la seguridad social y que los de 65 y más años son las personas que, al menos en 40 % de esa generación, han alcanzado pensiones que se derivan de sus contribuciones a los regímenes de beneficio definido, anteriores a las reformas de capitalización individual y que conservan la atención en los servicios de salud, además del apoyo que obtienen con las transferencias monetarias para ese grupo de edad en los años recientes [Ramírez López, 2023]. La gráfica 7 presenta en primer lugar los estados con mayor carencia de afiliación a servicios de salud. Chiapas es el estado de mayor carencia y Coahuila el de menor. Los resultados son positivos en la mayoría de los estados, es decir, se observa más afiliación en los resultados de 2022 que de 2018 en Chiapas, Guerrero, Puebla, Veracruz, Michoacán, Hidalgo, Morelos, Colima, Baja California, Chihuahua, Ciudad de México, Aguascalientes, Tabasco, Sonora, Baja California Sur. Aumentó la carencia de atención a la salud de los jóvenes en Campeche, Aguascalientes, Sonora, Coahuila y Tamaulipas, y en los de 65 y más años en Oaxaca, Tamaulipas, Nayarit y Nuevo León.

Gráfica 2. ¿En dónde se atendió?



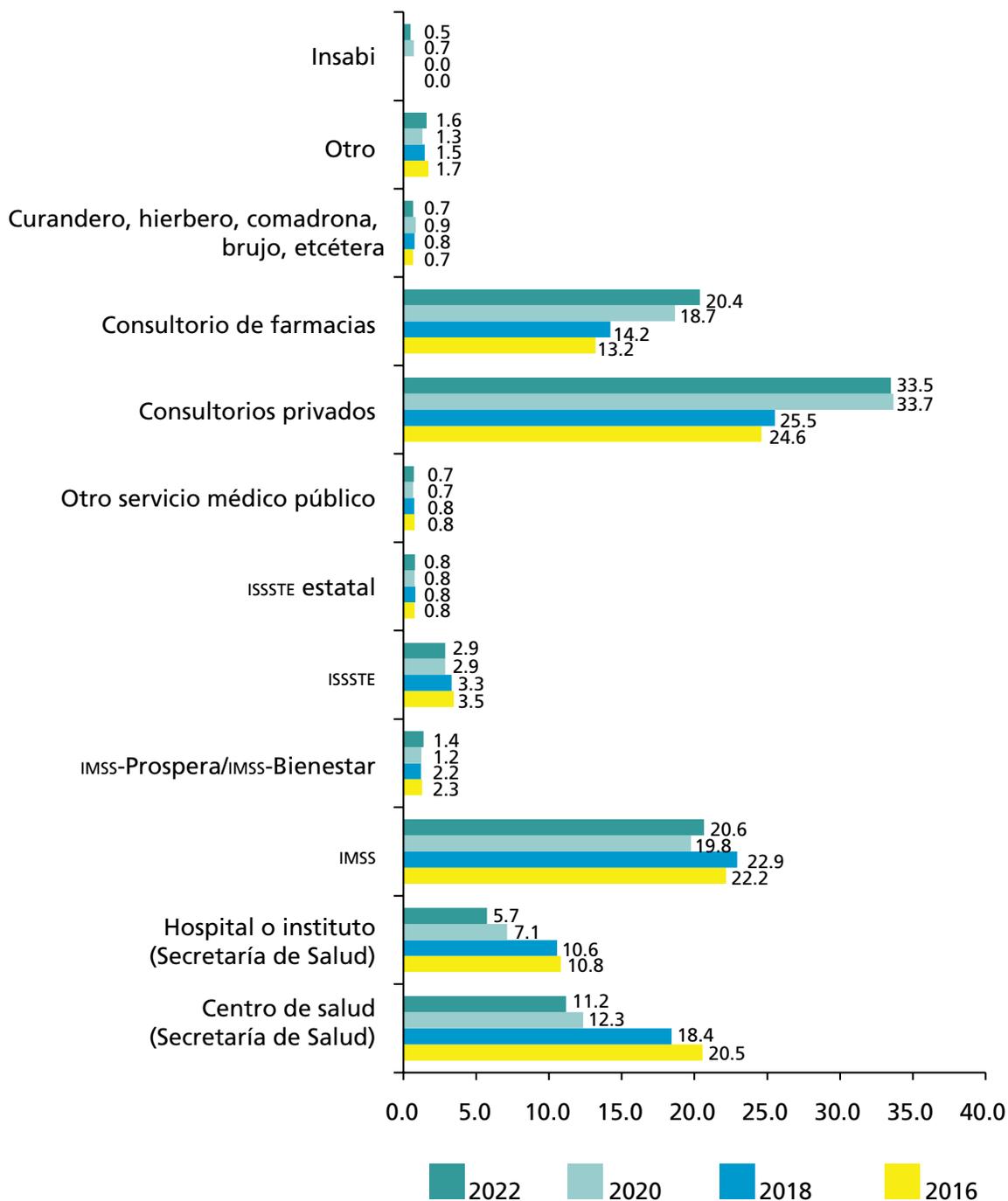
Fuente: elaboración propia con información de Inegi, 2023.

Gráfica 3. ¿En dónde se atendieron los afiliados que únicamente tenían Seguro Popular/Insabi?



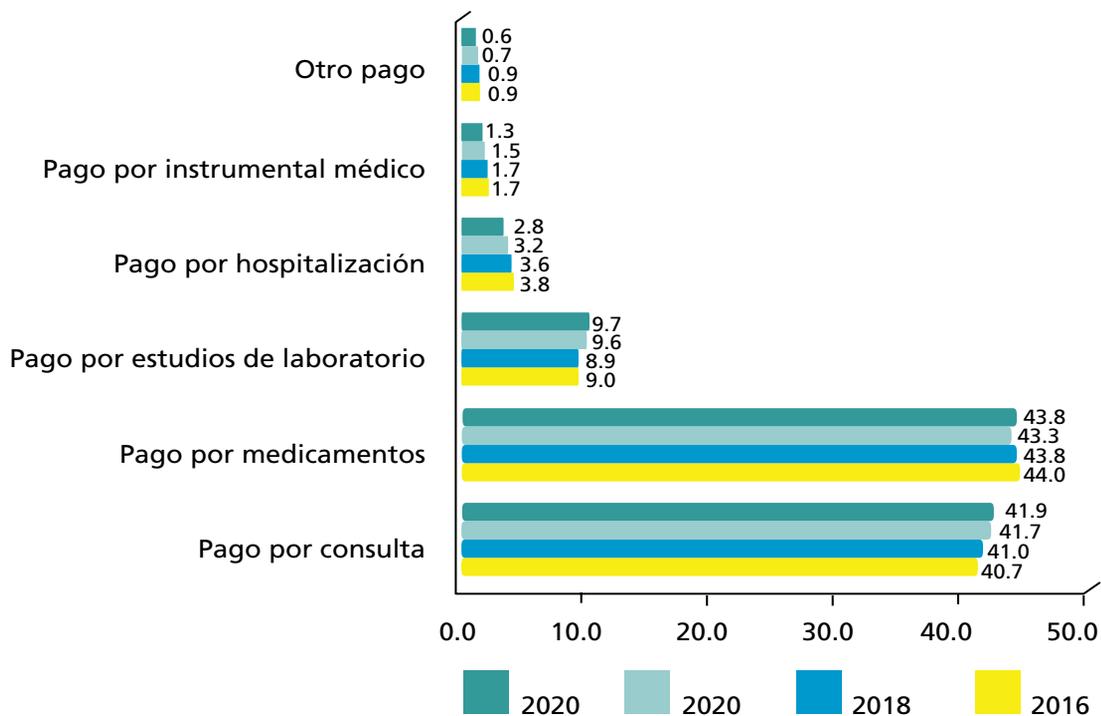
Fuente: elaboración propia con información de Inegi, 2023.

Gráfica 4. ¿En dónde se atendieron los afiliados que únicamente tenían IMSS?



Fuente: elaboración propia con información de Inegi, 2023.

Gráfica 5. ¿Tuvo que pagar por algunos de los siguientes rubros de atención médica?



Fuente: elaboración propia con información de Inegi, 2023.

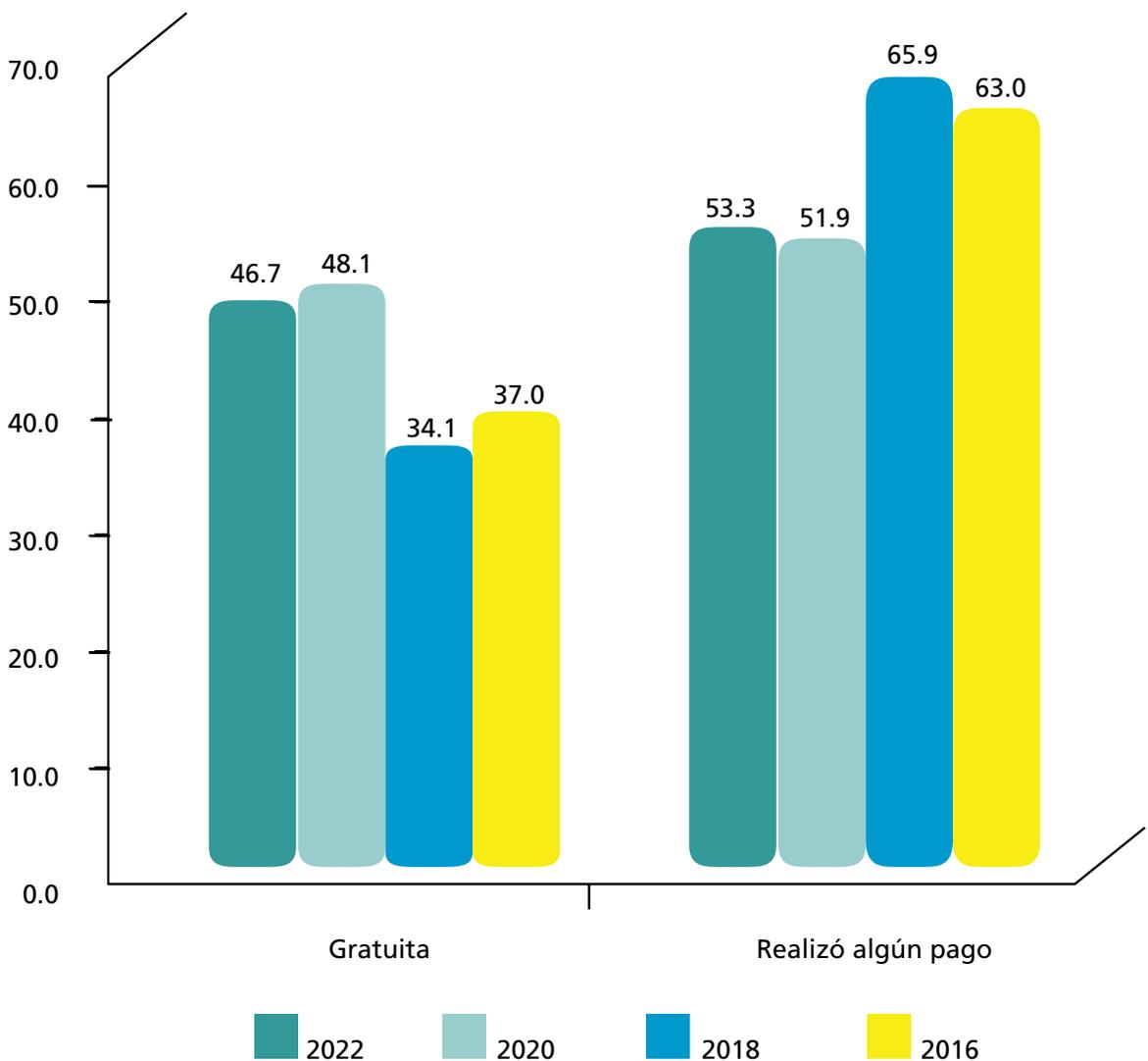
CAPACIDADES Y RETOS

De acuerdo con la OCDE, y con información actualizada a 2022, México tiene mejor desempeño en el 36 % de los indicadores de salud. Es superado en la región por Costa Rica que muestra mejor desempeño en un 75 % de los indicadores de salud. A pesar de la pandemia de covid-19, la esperanza de vida aumentó 0.3 %, a diferencia de la caída que registraron los países de la OCDE y que se situó en un -0.7 % [Guanais, 2023]. La comparación de resultados con otros países de la región muestra los retos que tiene México para llegar a los objetivos que la LGS de 2019 se planteó. A lo largo de estos cinco años de instrumentación han sido evidentes los esfuerzos, los ajustes y las vías que se han tomado para cumplir las metas que se habían trazado, sorteando los retos que la pandemia impuso.

La universalización de la salud se redirigió a los que carecen de seguridad social que alcanza casi el 50 % de la población y se ha resaltado que será un proceso progresivo en cantidad y calidad de los servicios de salud para la atención integral y

gratuita. En ese porcentaje de población hay ocupados en empleos informales que son los que han crecido por las nuevas modalidades de organización del empleo al no estar incorporados a la seguridad social contributiva, la ocupación informal seguirá siendo mayoritaria y no habrá avances sustanciales en su disminución y en una mejor organización de las instituciones públicas de salud. La transición del derecho laboral a los derechos sociales requiere de una mejor organización de la seguridad social contributiva, así como de inversión y una mejor distribución del gasto, que se oriente a mejorar la atención, los servicios y los tiempos de espera para recuperar la confianza de las personas en los servicios públicos.

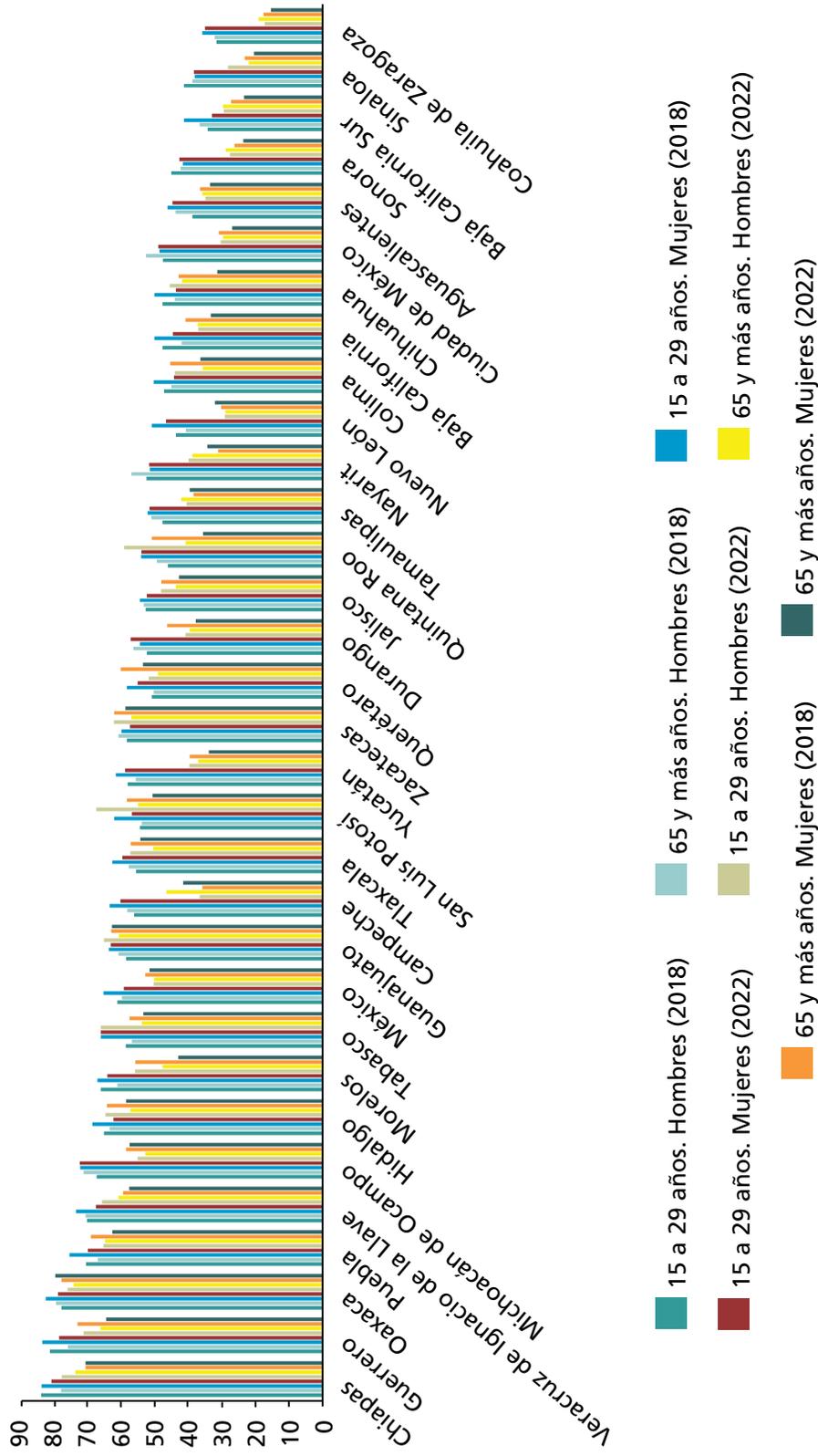
Gráfica 6. Gasto en cuidados de la salud



Nota: muestra un seguimiento del gasto durante los seis meses del levantamiento.

Fuente: elaboración propia con información de Inegi, 2023.

Gráfica 7. Mujeres y hombres sin afiliación a servicios de salud, 15 a 29 años, y 65 y más años (%), 2018 y 2022



Fuente: elaboración propia con información de Inegi, 2023.

La incorporación a la seguridad social contributiva de los trabajadores independientes y ocupados con empleo informal pudiera hacerse mediante su registro al Servicio de Administración Tributaria con aportaciones que les significaran proporcionalmente menos gasto para su atención médica del que hoy destinan a la atención de sus enfermedades. Incluso aliviaría el costo de la gratuidad que debería ser dirigido a las personas más vulnerables, sin ingresos, con discapacidades, etcétera. Si se mantiene la lógica de la gratuidad para los que ahora se encuentran sin seguridad social se requiere de más ingreso público y, por lo tanto, de la puesta en marcha de una reforma hacendaria que, para ser justa, tendría que ir orientada a introducir impuestos a la riqueza, a los juegos de azar, entre otros.

El modelo de atención a la salud que se busca impulsar es lo más sobresaliente y ya se observa trabajo de equipos, de departamentos y secretarías diversas que operan programas transversales para la prevención, la participación y acción comunitaria, el rescate de espacios públicos para promover el deporte y el ejercicio físico; las consultas por equipos médicos de distinta especialidad han sido posibles en los emblemáticos institutos nacionales de especialidades médicas, pero es muy difícil instrumentarlo en clínicas y centros de salud; son acciones que dependen de personal médico suficiente, de una cabal comprensión de los alcances para el personal que lo ejecuta como en el público que lo recibe y requiere también de seguridad pública. La información sobre nutrición, la regulación de la comida chatarra y mostrar el número de calorías y de grasas saturadas de los alimentos es un buen comienzo, pero es un proceso largo que requiere de mucha comunicación, capacitación y evidencia.

Se debe continuar insistiendo en poner la defensa de la vida y la dignidad de las personas en el centro de las decisiones económicas. Cambiar el objetivo de atender enfermos y curarlos por el de evitar la propagación de enfermedades previsibles para amplios grupos sociales. Introducir la concepción del cuidado más que el de atención a la salud y participar en todos los espacios posibles en la creación de ambientes saludables.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida-Filho, N. [2020], “Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas”, *Salud Colectiva*, Lanús, Universidad Nacional de Lanús, 16, <<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2751>>.
- Atkinson [2016], *Desigualdad. ¿Qué podemos hacer?*, México, FCE.
- Beveridge, W. [2009], *La seguridad social en Inglaterra. Plan Beveridge*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
- Bobbio, N. [2021], *Liberalismo y democracia*, México, FCE.

- Conapo [2023], *Bases de datos de la Conciliación Demográfica 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México 2020 a 2070*, México, Gobierno de México, Consejo Nacional de Población, <<https://tinyurl.com/msxy7a8v>>.
- Coneval [2023], *Medición de pobreza 2022*, México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Coneval [2021], *Medición multidimensional de la pobreza 2018-2020*, México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Deaton, A. [2015], *El gran escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*, México, FCE.
- Guanais, F. [2023], “Panorama de la salud 2023: Indicadores OCDE”, México, OCDE.
- Kiernan, J. P. [2003], *Alma-Ata, 25 años después*, Washington, Organización Panamericana de la Salud <<https://tinyurl.com/5n97ymc3>>.
- OCDE [2023a], *Health at a Glance 2023: OCDE Indicators*, París, OCDE, <<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>>.
- OCDE [2023b], *Health spending (indicator)*, OCDE, consultado el 26 de noviembre de 2023, <<https://doi.org/10.1787/8643de7e-en>>.
- OMS [1978], *Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, OMS.
- Presidencia de la República [1983], “Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, *Diario Oficial de la Federación*, México, Secretaría de Gobernación, 3 de febrero.
- Presidencia de la República [2019], *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*, México, Gobierno de México.
- Presidencia de la República [2020], “Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, *Diario Oficial de la Federación*, México, Secretaría de Gobernación, 8 de mayo.
- Presidencia de la República [2023], “Decreto por el que se reforman, adicionan y derogán diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar”, *Diario Oficial de la Federación*, México, Secretaría de Gobernación, 29 de mayo.
- Ramírez López, B. [2023], “Empleo y seguridad social”, R. Cordera, A. Sánchez y E. Provencio (coords.), *El mundo del trabajo y el ingreso*, México, UNAM: 281-318.
- Ramírez López, B. [2021], “Los desafíos de la seguridad social mexicana para el decenio 2020-2030”, C. A. Salazar (coord.), *Desafíos para la economía mexicana en el 20-30*, México, IIEc-UNAM: 109-142.
- Ramírez López, B. [2019], “La necesaria construcción de un sistema público de pensiones para la sociedad mexicana”, *El Trimestre Económico*, LXXXVI, 4(344): 967-1 001.

- Sánchez Castañeda, A. [2012], *La seguridad y la protección social en México: Su necesaria reorganización*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.
- Seblaepfer Pedrazzini, L. y C. Infante Castañeda [1990], “La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 32(2): 141-155.
- Secretaría de Salud [2022], “Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar)”, *Diario Oficial de la Federación*, México, Secretaría de Gobernación, 15 de octubre.
- Whitehead, M. [1991], *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*, Washington D. C., OPS.

BASES DE DATOS

- Inegi [2023], Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2023, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2023], Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2022], Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2022, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2022], Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2022, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2021], Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2021, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2021], Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2020, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2020], Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2020, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2020], Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2020, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2019], Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2019, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2019], Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2018], Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2017], Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017, Aguascalientes, Inegi.
- Inegi [2017], Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016, Aguascalientes, Inegi.

3. INDICADORES ECONÓMICOS DEL SISTEMA DE SALUD. COMPARACIONES INTERNACIONALES

*Jorge Basave Kunhardt
Erika Martínez López*

PRESENTACIÓN

El propósito de realizar un análisis comparativo del sistema de salud de México con los de otros países es el de conocer en qué grado de satisfacción social nos encontramos e inducirnos a reflexionar sobre el sistema al que aspiramos.

A manera de complemento a los diversos capítulos de este libro en los que se analizan a profundidad los alcances y las carencias de nuestro sistema de salud, en este capítulo nos planteamos reunir y organizar información de indicadores que nos permita corroborar la tesis que afirma que estamos muy lejos de la eficacia de los sistemas de salud de la mayoría de los países desarrollados y compartimos mayormente las carencias de los sistemas de salud del área latinoamericana.

Elegimos una muestra limitada de economías con las cuales comparar el caso mexicano: siete países de América Latina, uno de ellos, Brasil, comparable con el tamaño de la economía mexicana, y otro, Argentina, comparable en su extensión territorial. Los cinco restantes, más pequeños en ambas dimensiones, son: Colombia, Chile, Uruguay, Costa Rica y Cuba (cuadro 1). De los siete, sólo Cuba tiene un sistema de salud enteramente público. El sistema mexicano, según su Constitución es público, pero en la práctica es mixto.

En la muestra también incluimos la economía más grande del planeta, Estados Unidos, la más grande de la Comunidad Económica Europea (CEE): Alemania, ambas con sistemas mixtos, y a tres países con sistemas de salud públicos: Reino Unido y Dinamarca de la CE y Corea del Sur en Asia.

Cabe advertir que existen varios factores que influyen en la dificultad para satisfacer las necesidades de cobertura sanitaria en un país y que determinan la eficacia de dicha cobertura. Por lo tanto, deben tomarse en cuenta al valorar las enormes disparidades entre los sistemas de salud de la muestra.

De estos factores, cuatro serían estructurales: el tamaño de la economía, la extensión del territorio, la magnitud de su población y que un sistema sea público o mixto o alguna de sus distintas combinaciones y, finalmente, un quinto factor comprende

las decisiones técnicas y políticas que se han tomado a lo largo de la construcción histórica del sistema.

Cuadro 1. Datos generales de países seleccionados, 2022

	PIB ^a	Población ^b	PIB per cápita ^c	Extensión t. ^d	Sistema de salud
EEUU	25 462 700	333 287 557	76 399	9.8 mill	mixto
Alemania	4 072 192	84 079 811	48 432	357 588	mixto
Reino Unido	3 070 668	66 971 411	45 850	243 610	público
Brasil	1 920 096	215 313 498	8 918	8.5 mill	mixto
Corea del Sur	1 665 246	51 628 117	32 255	100 210	público
México	1 414 187	127 504 125	11 091	1.9 mill	mixto
Argentina	632 770	46 234 830	13 686	2.7 mill	mixto
Dinamarca	395 404	5 903 037	66 983	42 952	público
Colombia	343 939	51 874 024	6 630	1.1 mill	mixto
Chile	301 025	19 603 733	15 356	756 626	mixto
Uruguay	71 177	3 422 794	20 795	176 215	mixto
Costa Rica	68 381	5 180 829	13 199	51 179	mixto
Cuba (*)	107 352	11 212 191	9 500	109 884	público

a) millones de dólares

b) número de habitantes

c) dólares

d) km²

(*) a 2020

Fuente: Banco Mundial consultado el 9 de agosto en: <<https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD>>.

Son muchas las variables sociales y económicas relacionadas con el sector; sin pretender ser exhaustivos, se eligieron aquellos indicadores que permitan destacar la importancia y el peso específico de lo que significa la inversión en un sistema de salud y sus efectos en la cobertura y la calidad de éste. Conviene advertir que, en el caso de los indicadores económicos, éstos son una referencia que no necesariamente revelan la calidad del sistema.

Para hacer un análisis comparativo se recurre a información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) y complementariamente del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) para algunos datos sobre México. En el caso de la OMS, no fue posible

recabar información posterior a 2020 que cubriera al conjunto de la muestra, pero a cambio de esta limitación la información recabada permitió observar tendencias de mediano plazo para un periodo de 14 años (2007 a 2020).

Antes de proceder al análisis comparativo de datos económicos y sociales se señalarán brevemente los factores estructurales que diferencian a los países de la muestra considerada. El cuadro 1 resulta muy elocuente al respecto.

La diferencia en el tamaño económico y, por consiguiente, en la disponibilidad potencial de recursos para invertir en el sistema de salud es evidente en los primeros tres países de la lista: Estados Unidos, Alemania y Reino Unido. Los tres siguientes, en el orden del cuadro, constituyen un segundo nivel en cuanto a este factor: Brasil, Corea del Sur y México. De éstos, Estados Unidos, Brasil y México cuentan con las poblaciones más numerosas a satisfacer distribuidas en los territorios de mayor extensión, con las dificultades que esto representa, especialmente los dos últimos, con dispersiones considerables en pequeños poblados y zonas remotas.

En cuanto a extensión territorial podemos agregar otros tres países de América Latina: Argentina, Colombia y Chile. Resulta evidente que la logística y los recursos necesarios para cubrir con infraestructura y servicios sanitarios a una extensión de 357 000 km² (Alemania) son muy distintos que los necesarios para cubrir 8.5 millones de km² (Brasil).

Por último, se hará mención, exclusivamente como marco de referencia, de algunas trayectorias distintivas que han seguido los países de la muestra en la construcción de sus sistemas de salud en su historia moderna.

De la muestra, el sistema de salud alemán es el más antiguo. Surgió en 1883, conocido como el “modelo Bismark”, y ha tenido varios ajustes y modernizaciones. A su vez, el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido proviene de las reformas de posguerra en 1948 con la creación del Estado del Bienestar y como una alternativa pública al modelo mixto alemán.

El derecho a la asistencia sanitaria en Dinamarca (igual que a la pensión o jubilación) se adquiere por residencia. Todo el sistema público de sanidad se financia mediante el impuesto sobre la renta en un sistema fiscal progresivo, aunque existen instituciones privadas de seguros, pero en un número muy reducido. El sistema que inició en la posguerra ha tenido modificaciones en 1970 y la última en 2005 para mejorar el sistema al limitar el número de circunscripciones administrativas para volverlo más eficiente.

El sistema de financiamiento estatal en Estados Unidos, “Medicare”, fue creado en 1965 para cubrir a mayores de 65 años, y jóvenes discapacitados y con otros problemas graves. A su vez, “Medicaid” fue fundado poco después para familias de bajos ingresos igual que el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés). Finalmente, en 2000 se aprobó la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (conocida popularmente como Obamacare), con el propósito de

que todo aquel que vive en Estados Unidos cuente con un seguro médico, medida no implementada en su totalidad debido a problemas presupuestales y a una oposición política en el Congreso con mayoría del partido republicano.

La Ley de Seguro Médico en Corea del Sur es de 1963 y evolucionó hasta la cobertura de salud universal en 1989. Sin embargo, es parte de la cultura extendida de la población el contar adicionalmente con coberturas adicionales de seguros privados.

Las décadas de los años veinte y treinta fueron el escenario para el surgimiento de la mayor parte de los sistemas de salud en la historia moderna de los países de América Latina en la muestra. En 1920 se reestructuró el Departamento Nacional de Salud de Brasil, aunque fue hasta 1953 que se creó el Ministerio de Salud y en 1988, después de varios pasos previos, se implementó el Sistema Único de Salud.

En México, la antigua Dirección de Pensiones de 1925 sería el origen del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), creado en 1943, y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en 1960. La adición más importante al sistema se dio con la creación del Seguro Popular (SP) en 2005 para cubrir a la población de menores recursos no atendida por ninguna de las dos instituciones anteriores. El SP fue eliminado en 2020 y sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) que, ante su fracaso, fue incorporado tres años después a la infraestructura del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como IMSS-Bienestar.

En 1924 se fundó el Ministerio de Higiene en Chile para que en 1979 se creara el Ministerio de Salud. En Uruguay se creó la *Ley Orgánica de Salud Pública* en 1934 que derivaría en la Administración de los Servicios de Salud del Estado de 1987 y el Sistema Nacional Integrado de Salud de 2008. A su vez, en 1941 se fundó en Costa Rica la Caja Costarricense del Seguro Social. En Colombia se originó el Sistema de Seguro Social en 1945 y, un año después, el Instituto de Seguros Sociales, para en 1975 crearse el Sistema de Salud y, en 1993, el Sistema de Seguro Social.

En Argentina se creó en 1943 la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que, en 1949, se transformó en el Ministerio de Salud, y desde entonces el sistema de salud se divide en tres subsectores: el público, a niveles nacional, provincial y municipal; el privado y el de seguridad social en el que se encuadran los sistemas de pensiones, las universidades nacionales y las fuerzas armadas.

El Sistema Nacional de Salud Único de Cuba surgió en 1961, consecuencia de la revolución cubana y, para 1979, la mayoría de los hospitales privados que se habían agrupado en la Empresa Mutualista pasaron a ser parte del sistema estatal. La medida más importante para el desarrollo del sistema se tomó a principios de los años ochenta con la implantación del modelo de atención primaria o “médico de la familia” que sustituyó a los modelos de Policlínicos Integrales y Policlínicos Comunitarios.

El presupuesto destinado al sector salud debe considerarse no como un gasto sino como una inversión [World Bank, 1993; OCDE y World Bank, 2023: 3]. Cuando los criterios de asignación presupuestal a la asistencia social en general se ajustan a esta consideración, sobre todo en relación con el sector salud (y lo mismo puede afirmarse respecto al sector educativo), los beneficios reditúan económicamente y en el bienestar de la población en el corto y mediano plazos; en especial, si la inversión se destina a la prevención. Los gastos de hospitalización se verán reducidos y los padecimientos dejarán de escalar hacia enfermedades crónicas y de atención tardía.

En la región de América Latina se presentan rezagos importantes que se hicieron patentes durante la pandemia de covid-19, “principalmente asociados a limitaciones estructurales y a una crónica subinversión en salud” [OCDE y World Bank, 2023: 3]. Esta debilidad se acentúa por los altos niveles de pobreza y de informalidad laboral, como en el caso de México.

Este apartado se inicia con el análisis comparativo del gasto en salud relacionado, primero, con el indicador macro más relevante de la economía: el producto interno bruto (PIB); posteriormente, en términos absolutos, como gasto per cápita, para finalmente discutir la participación del sector público en el total del gasto en salud.

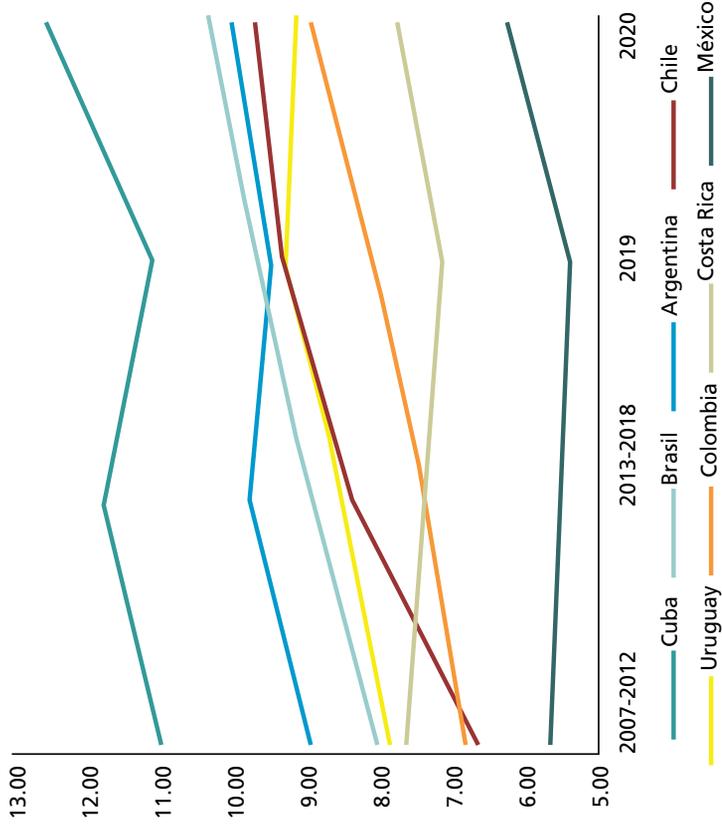
Gasto total en salud/PIB

Tanto la OMS como la OCDE recomiendan que el gasto total en salud como porcentaje del PIB sea de un mínimo del 9 por ciento.

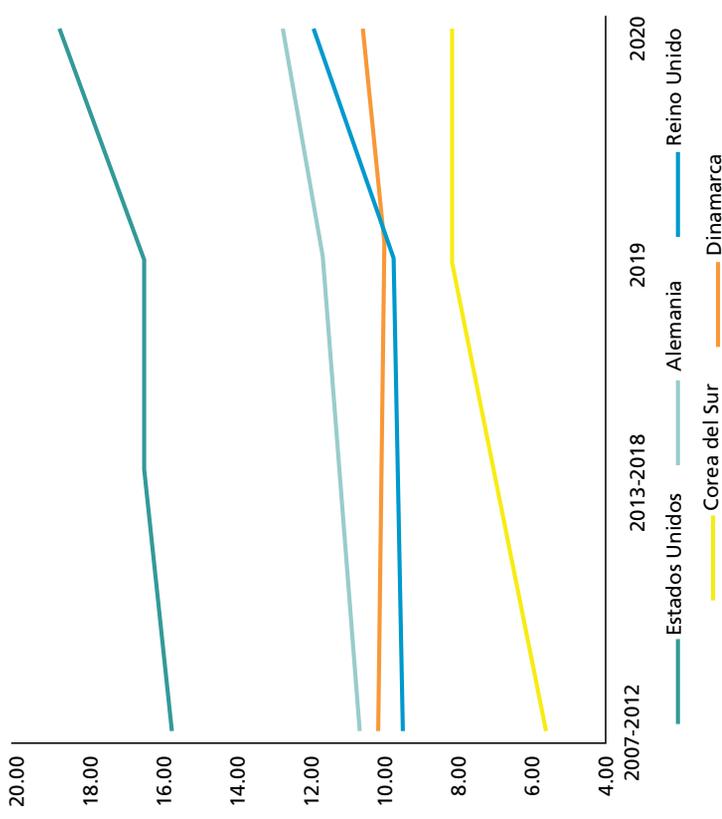
En la gráfica 1 se registra el comportamiento de la razón gasto en salud/PIB para los ocho países de América Latina seleccionados, incluido México, y en la gráfica 2 se observa dicha relación para los cinco países desarrollados de la muestra. Los datos corresponden a los promedios correspondientes a 2007 a 2012, 2013 a 2018 y a los años 2019 y 2020, que cubren, en total, 14 años. Para el caso mexicano se proporcionan más adelante los datos de 2021 y 2022.

De los países de América Latina (gráfica 1), sólo Cuba y Uruguay mantuvieron, durante todo el periodo considerado en la gráfica, un gasto total en salud como porcentaje del PIB por arriba del 9 % recomendado por la OMS. Brasil, Argentina y Chile incrementaron su gasto de forma contundente para sobrepasar el 9 % entre los años 2018 y 2019 (primer año de la pandemia de covid-19) y ubicarlo alrededor del 10 %. Colombia mostró una dinámica similar al completar casi el 9 % en 2020.

Gráfica 1. América Latina. Gastos de salud como porcentaje del PIB. Economías seleccionadas. Datos macroeconómicos, 2007 a 2020



Gráfica 2. Gastos de salud como porcentaje del PIB. Economías desarrolladas. Gastos de salud: datos macroeconómicos, 2007 a 2020



Fuente: elaboración propia con datos de oms, Portal de Indicadores Básicos, consultado el 29/06/2023.

Los casos de Costa Rica y México muestran tendencias contrarias: a la baja durante los primeros 13 años considerados para corregir la tendencia el segundo año de la pandemia, en 2020; Costa Rica aproximándose al 8 % y México, por debajo de todos los países considerados, sobrepasa apenas el 6 %. Es importante advertir que en México el PIB se contrajo un 0.2 % en 2019 y un 8.4 % en 2020, por lo que en términos absolutos estaríamos observando una disminución considerable del gasto en salud en esos años y una tendencia a la baja para todo el periodo. En 2021 la razón en México se mantuvo prácticamente igual, en el 6.1 %, y para 2022 volvió a caer al 5.5 % [Statista, 2023].

De los países desarrollados (gráfica 2), todos menos Corea se mantuvieron por encima del 9 %, con tendencia a acrecentarse desde 2020. Destaca el caso de Estados Unidos con niveles de gasto de entre el 16 % y el 19 % del PIB. Corea del Sur mostró una tendencia al alza para estabilizarse en 2020 arriba del 8 por ciento.

Gasto en salud per cápita

Como una consecuencia de los datos anteriores y de las dimensiones de la población mexicana, nuestro país es el que muestra un gasto en salud per cápita muy por debajo del resto de la muestra de América Latina (gráfica 3), sólo superando por muy poco a Colombia. En la gráfica aparece una tendencia constante al estancamiento para los 14 años considerados. Sólo Cuba y Costa Rica muestran una tendencia ascendente constante.

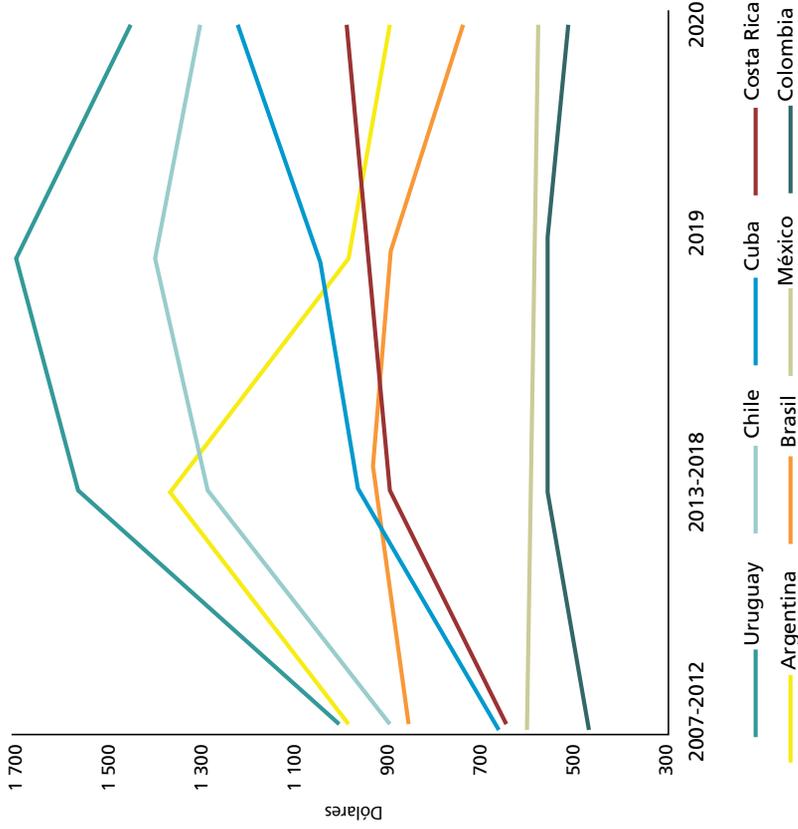
Los países desarrollados (gráfica 4) muestran, en general, una tendencia al alza en este rubro, más pronunciada en el caso de Estados Unidos.

Gasto público en salud

Muy importante para los propósitos de este trabajo es el análisis de la participación del sector público en el financiamiento del sector salud. Es el sector que debe o debería ser el más interesado en considerar este gasto como una inversión a corto y largo plazos. El estudio se centrará en dos indicadores, el gasto público como porcentaje del PIB (exclusivamente para el caso mexicano) y la participación del sector público en el gasto total en salud de cada país de la muestra considerada. Las diferencias entre los sistemas de carácter público y mixto se ven en general reflejadas en los datos que presentamos. Sin embargo, como se verá, existen algunos casos que se salen de esta norma.

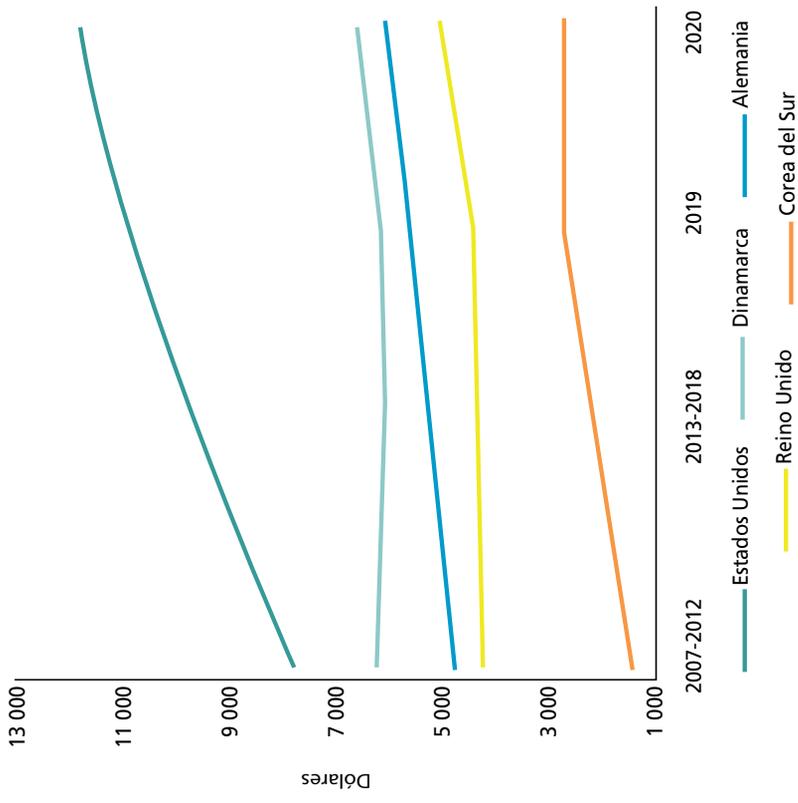
La OMS recomienda un mínimo del 6 % para el gasto público en salud como porcentaje del PIB. En México, esta relación ha sido desde hace décadas notoriamente

Gráfica 3. Economías de América Latina. Gasto en salud per cápita, 2007 a 2020



Fuente: elaboración propia con datos de oms, Portal de Indicadores Básicos, consultado el 29/06/2023.

Gráfica 4. Economías desarrolladas. Gasto en salud per cápita, 2007 a 2020



insuficiente y con tendencia a la baja: 2.89 % en 2012, 2.80 % en 2015 y 2.50 % en 2018, y muestra un ligero crecimiento en 2021 del 2.66 % y otro en 2022 del 2.91 %, pero sin llegar al 3 % del PIB que sería la mitad de lo recomendado por la OMS.

En las gráficas 5 y 6 se registra la participación del sector público en los gastos totales de salud de la muestra para los países de América Latina y para los desarrollados, respectivamente.

Inicialmente cabe destacar de ambas gráficas aquellos países de toda la muestra que cuentan con una participación de recursos públicos robusta. Cubriendo en 2020 más del 75 % están Cuba (91.02 %), Dinamarca (84.85 %), el Reino Unido (83.69 %) y Alemania (78.44 %). En los tres primeros casos no debe extrañar pues se trata de sistemas públicos, pero es de llamar la atención el caso de Alemania que, sin serlo, cuenta con una aportación muy alta de recursos del Estado.

En Corea del Sur, que cuenta con un sistema público, los recursos estatales cubren apenas arriba del 60 % (gráfica 6) y esto se explica debido a que, como se advirtió anteriormente, la población en general ha seguido la práctica de contratar adicionalmente seguros privados, lo que provoca que en la relación de recursos de ambos orígenes los públicos se vean disminuidos. El otro caso que merece comentarse es precisamente el de México que, aunque constitucionalmente se trata de un sistema público, en la práctica opera como un sistema mixto. Esto se aprecia en la gráfica 5: aunque escaló tres puntos en 2020 en relación con su reducción, durante 2019 llegó al 52.87 %, sólo superando a Brasil (44.75 %).

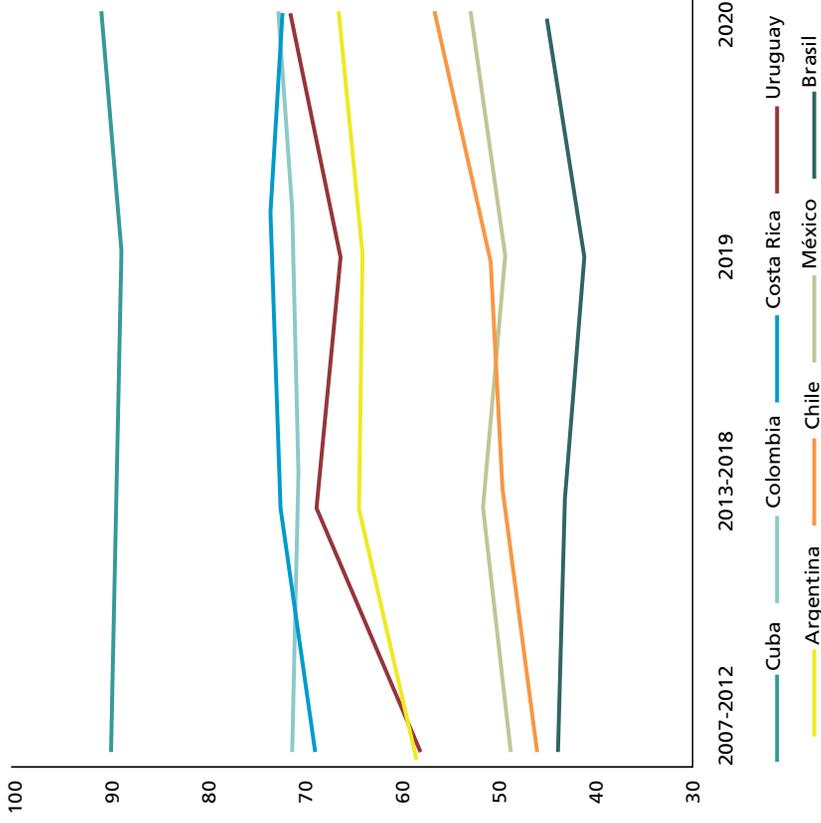
En América Latina destaca la relativamente alta participación de recursos públicos en Colombia (72.65 %), Uruguay (71.75 %) y Costa Rica (71.80 %), aun tratándose de sistemas mixtos (gráfica 5).

“Gastos de bolsillo” en salud

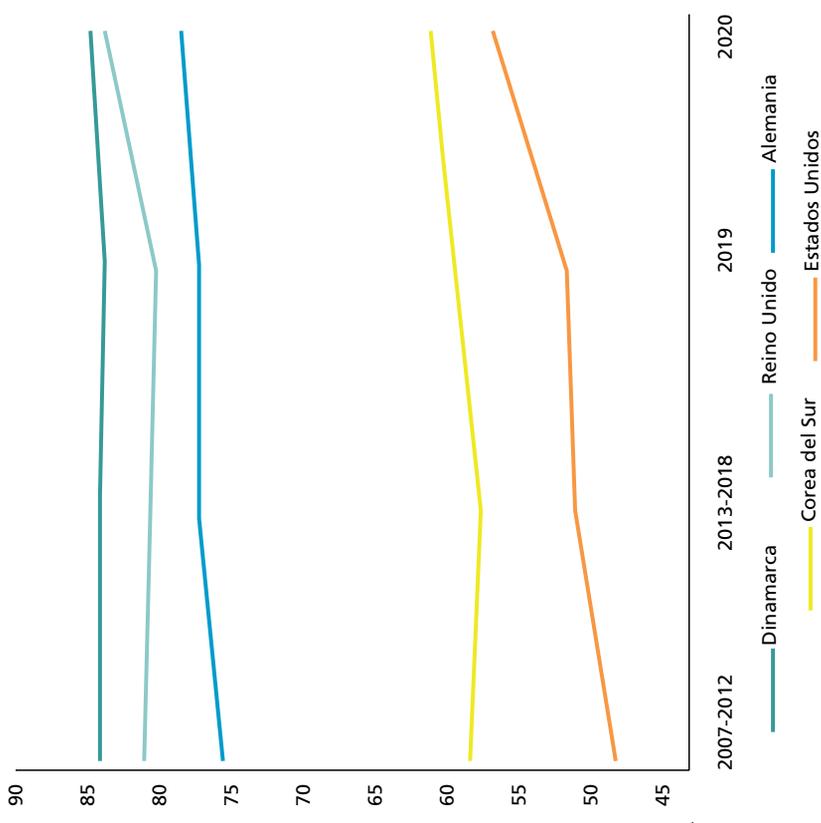
Cuando el Estado no cubre con recursos suficientes al sistema de salud, la consecuencia es que la diferencia en el gasto total es cubierta por los usuarios del sistema, lo que se conoce como “gastos de bolsillo”. En la gráfica 7 se observa que México aparece con el gasto de esta naturaleza más alto de toda la muestra. Aunque tendió a reducirse después de 2012 (como promedio anual para los siguientes seis años), volvió a incrementarse en 2019 (primer año de la pandemia de covid-19) para bajar un poco en 2020, y situarse cerca del 40 % del total, una proporción en realidad alta.

Los otros dos casos con alta proporción de gastos de bolsillo en 2020 son Corea del Sur (el 28 %), por la razón que ya fue explicada, y Chile con cerca del 30 %. Ambos casos registran una tendencia a la baja para los 14 años del periodo considerado.

Gráfica 5. Economías de América Latina. Participación del sector público (%), 2007 a 2020

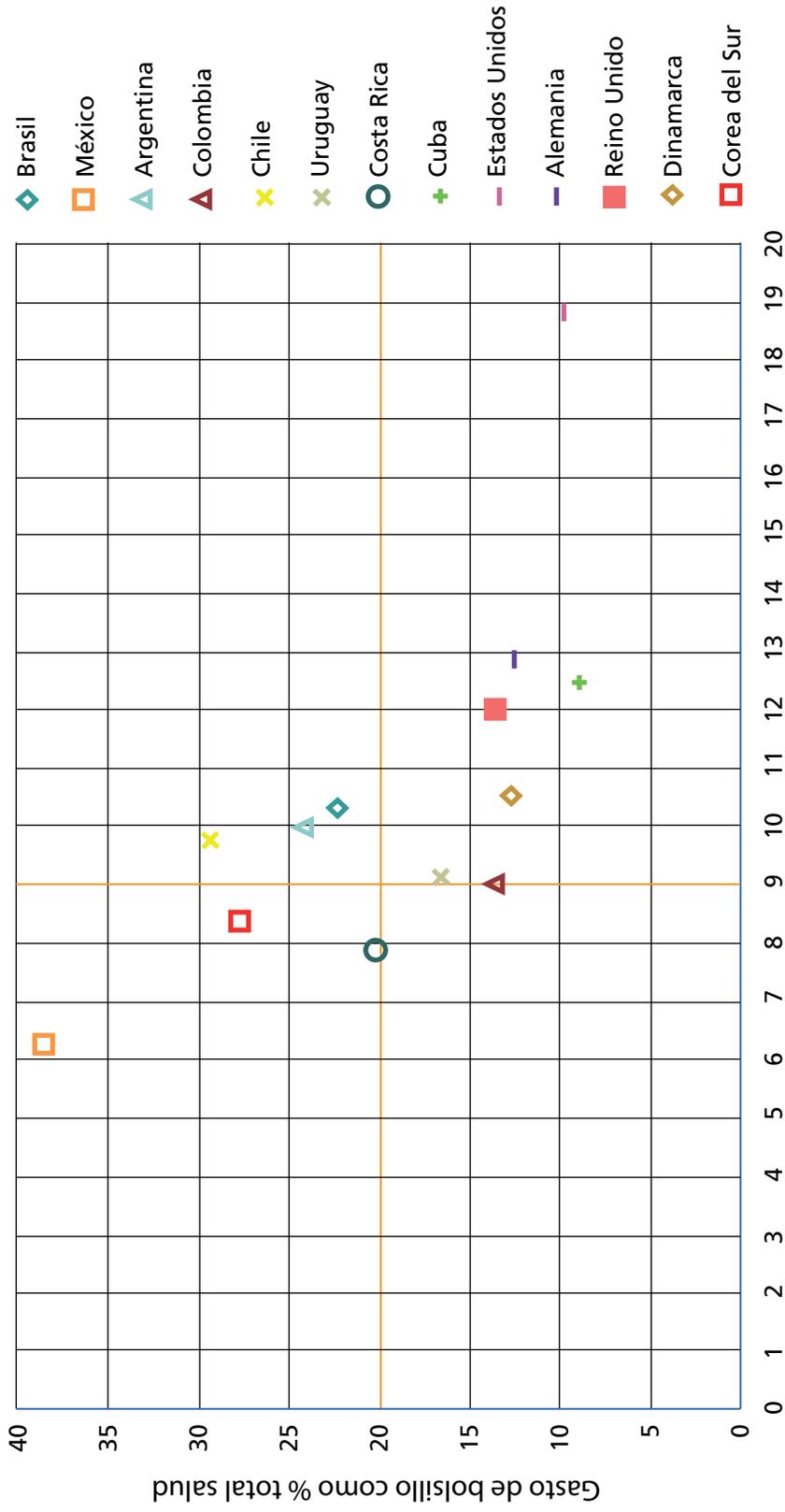


Gráfica 6. Economías desarrolladas. Participación del sector público (%), 2007 a 2020



Fuente: elaboración propia con datos de oms, Portal de Indicadores Básicos, consultado el 29/06/2023.

Gráfica 8. Distribución de la muestra por cuadrantes, 2020



Gasto en salud como % del PIB

Fuente: elaboración propia con datos de oms, Portal de Indicadores Básicos, consultado el 29/06/2023.

La repercusión en los bolsillos de los habitantes es menor en aquellos países que tienen un alto gasto en salud como porcentaje del PIB, a diferencia de aquellos que mantienen una relación inversa y donde sus habitantes destinan más recursos de su bolsa para cubrir sus necesidades de salud (gráfica 8).

La gráfica 8,¹ con datos a 2020, muestra que los tres países con sistemas públicos.—Cuba, Reino Unido y Dinamarca— se ubican en el cuadrante más favorable a sus habitantes (derecho inferior). Ahí se ubican también países que tienen sistemas mixtos, pero con una relación alta: Estados Unidos, Alemania y Uruguay.

En cambio, en el cuadrante más desfavorable financieramente para sus habitantes se ubican México, Costa Rica y Corea del Sur. Este último caso se explica por dos razones: la primera, debido al gasto en seguros privados ya referido, y la segunda porque la relación de su gasto en salud como porcentaje del PIB es baja a causa de que aquel se distribuye entre un reducido número de habitantes (cuadro 1).

La consecuencia de esta relación para nuestro país se comprueba en el efecto que tiene el factor salud en los índices de pobreza y pobreza extrema. Según el reporte del Coneval con datos a 2022, uno de los dos factores que inciden en la pobreza en México es la carencia de servicios de salud (el otro es la carencia de servicios de educación) [Coneval, 2023: 1 y 4]. El hecho que determina que 36.3 % de mexicanos estén en pobreza y 7.1 % en pobreza extrema es que se ven forzados a usar sus limitados recursos en gastos de salud que no son cubiertos por el Estado.

COBERTURA

En este apartado se presenta información sobre la cobertura del sistema de salud mexicano en comparación con los países de la muestra. Se recupera, en primer lugar, el índice que maneja la OMS denominado “Cobertura Universal de Salud (UHC, por sus siglas en inglés) (cuadro 2) y se complementa la información del caso mexicano con el índice de “Carencia por Acceso a los Servicios de Salud” que maneja Coneval con datos de entre 2016 y 2020.

Posteriormente se aborda un indicador relativo a la población sin seguro médico con datos de la Cepal y se analiza el caso mexicano en cuanto al aseguramiento del sector de la población que no estuvo adscrita a ningún trabajo formal entre 2000 y 2020.

¹ Esta gráfica por cuadrantes se construyó trazando una línea ordenada desde el 9 % de gasto en salud como porcentaje del PIB, que es lo que recomienda como mínimo la OMS.

Cobertura y carencias de servicios de salud

El índice de Cobertura Universal de Salud de la OMS mide y clasifica el porcentaje de la población de un país que tiene acceso a todos los servicios de salud que necesita, de buena calidad y sin tener que absorber personalmente los costos de dichos servicios al grado que representen una carga presupuestal gravosa [WHS, 2023: 59].²

Cuadro 2. Cobertura y acceso a servicios de salud

	OMS: índice de cobertura de servicios ^a	Carencia por acceso a los servicios de salud: México ^b			
	Estimaciones comparables	% de población total y miles de personas			
	2021	2016	2018	2020	2022
Brasil	80				
México	75	15.6	16.2	28.2	39.1
		18 786.6	20 051.5	35 679.0	49 696
Argentina	79				
Colombia	80				
Chile	82				
Uruguay	82				
Costa Rica	81				
Cuba	83				
Estados Unidos	86				
Alemania	88				
Reino Unido	88				
Dinamarca	82				
Corea del S.	89				

a) World Health Statistics 2023, Monitoring health for the SDGs Sustainable Development Goals: 93-99, <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>>.

b) Coneval, Medición de la pobreza 2016-2022, consultado el 26 de octubre de 2023, <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2022.aspx>.

Fuente: WHS, 2023; Coneval, 2022.

² Este índice se construye usando dos indicadores: uno consiste en un índice compuesto que rastrea los servicios de salud para una población, y el otro registra la carencia de protección financiera [WHS, 2023: 59].

La sección de la izquierda del cuadro 2 muestra las estimaciones comparables a 2021 del índice. Los más elevados son el de Corea del Sur (89) y los de dos países europeos: Alemania y Reino Unido, ambos con 88. En América Latina el más alto es el de Cuba (83), y México aparece con 75, el índice más bajo de toda la muestra.

A su vez, el Coneval explica que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta. En México, se consideran el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados o derecho a los servicios del Insabi [Coneval, 2021: 2 y 14].

En la sección derecha del cuadro 2 aparece la evolución del porcentaje de la población total que carece de estos servicios para siete años entre 2016, 2018, 2020 y 2022, que pasó del 15.6 % al 16.2 %, al 28.2 % y al 39.1 %, respectivamente. En cifras de millones de personas, corresponden a 18.7 millones, 20.0 millones, 35.7 millones y 49.6 millones, respectivamente. Un incremento considerable, de más del doble en sólo seis años [Coneval, 2022].

El efecto más grave se presentó en la población en situación de pobreza extrema que pasó del 25.6 % en 2018 al 57.3 % en 2020 y fue en el ámbito rural donde se expresó con más dureza al pasar del 13.7 % al 30.5 % en los mismos años, mientras que en el ámbito urbano las cifras fueron 17.0 % y 27.4 %, respectivamente [Coneval, 2022].

Esta carencia de servicios de salud fue uno de los dos principales factores (entre seis) que incidieron en el alto porcentaje de la población que se encuentra en situación de pobreza y de pobreza extrema según la encuesta levantada por el Coneval para 2022 [Coneval, 2023: 2, 5-6]. El otro factor fue la falta de acceso a la educación.

Es importante enfatizar que estos resultados, registrados por el Coneval para 2018 y 2020, estuvieron determinados por la desaparición del Seguro Popular (SP) en 2019, su sustitución por el Insabi y el contexto de la pandemia de covid-19.

Cobertura con seguro médico

La afirmación que cierra el subapartado anterior se sustenta con los datos del cuadro 3 y de la gráfica 9: el porcentaje de la población en México que no contaba con un seguro médico (ni público ni privado) en 2000 era del 45.3 % y puede observarse el impacto positivo del SP desde que fue creado en 2005, pues lleva de manera constante a la baja dicho porcentaje desde el 31.5 %, en 2010, hasta el 17.7 %, en 2018. Su cancelación en 2019 causó que se incrementara de nuevo en 2020 para llegar al 30.4 % (cuadro 3).

Cuadro 3. Población sin seguro médico, según área geográfica y total de quintiles de ingreso per cápita (%)

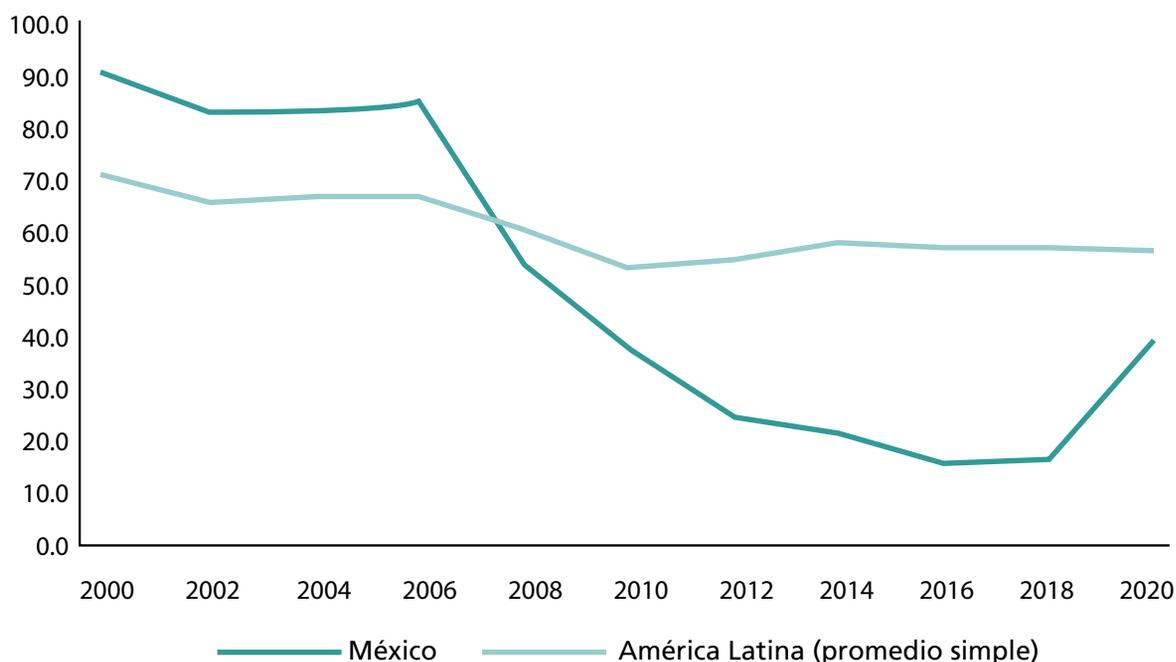
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Chile	9.7			7.4		5.2		3.6		2.5		2.7		3		2.8		4.3				
Colombia								14.2	12.7	11.5	10.8	10.5	9.2	7.8	7	6.7	6.7	7.3	8.5	9.2	8.6	
Costa Rica	17.9	18.2	19	19.1	19	18.8	18	17.3	16.6	17.2	14.4	14.6	14.6	14.3	14.5	15.2	15.1	14.2	14.8	14.9	15.6	15.9
México	45.3	43	49.7	49.2	49.2	49.2	40.6	31.5	23.1	19.7	17.2	17.7	30.4									
Uruguay						3.2	2.9	2.8	2.4	2.2	2.2	1.8	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.3	1.2	1.1	0.8	1.3

Fuente: elaboración propia con datos de Cepal, consultado en: <<https://goo.su/NREcyEp>>, el 08 de junio de 2023.

La Cepal cuenta con datos comparables sólo para otros cuatro países de América Latina, como se observa en el cuadro 3. Todos se relacionan favorablemente con México, con porcentajes que van desde el 0.8 %, en Uruguay, hasta el 15.6 %, en Costa Rica, para el mismo año de 2020.

Para México, el impacto de la cancelación del SP sobre la población más pobre puede corroborarse en la gráfica 9, que cubre exclusivamente al primer quintil según la metodología de medición de la Cepal sobre los estratos de ingresos de la población. Habiendo estado por encima del promedio del área latinoamericana en 2020, comienza a descender pronunciadamente desde 2005 cuando se implementa el SP, cuando pasa de un porcentaje cercano al 90 a un porcentaje menor al 20 en 2018. Cuando se cancela, la cifra se eleva al doble en 2020, para quedar cerca del 40 por ciento.

Gráfica 9. Población sin seguro médico, según área geográfica, primer quintil de ingresos per cápita



Fuente: elaboración propia con datos de Cepal, consultado en: <<https://goo.su/NREcyEp>>, el 08/junio/2023.

CALIDAD DEL SISTEMA

Para ilustrar este apartado se han seleccionado, en primer lugar, dos variables referidas a la cantidad de personal que opera en el sector salud (médicos y enfermeras), con una mención por separado del personal que atiende la salud mental. También se eligió hacer referencia a algunas variables sobre vacunación en las cuales México muestra amplias coberturas, para finalmente mostrar los gastos de inversión en

investigación y nuevas tecnologías que representan el futuro de la ciencia médica y los sistemas de salud.

Personal médico

En el cuadro 4, con datos a 2021, aparecen en la primera columna la cantidad de médicos con los que cuenta el sistema por cada 10 000 habitantes y, en la segunda, la cantidad de personal de enfermería y partería por cada 10 000 habitantes.

Cuadro 4. Personal sanitario

	Cantidad de médicos (por 10 000 habitantes)	Cantidad de personal de enfermería y partería (por 10 000 habitantes)
	2021	2021
Cuba	84.3	75.7
Uruguay	62	115.5
Alemania	45.2	123.5
Dinamarca	42.6	105.4
Argentina	39	54.5
Estados Unidos	35.6	124.7
Reino Unido	31.7	91.7
Chile	29.7	46
Costa Rica	27.7	30.6
Corea del Sur	25.1	85.3
México	24.4	29.6
Colombia	23.6	14.5
Brasil	21.4	55.1

Fuente: WHS, 2023.

En la primera columna México ocupa el antepenúltimo lugar con 24.4 médicos por cada 10 000 habitantes. Contrasta con el caso de Cuba que se despega del resto con una cifra muy alta, de 84.3 médicos. En América Latina destaca Uruguay con 62 médicos y en los países desarrollados ocupan los primeros lugares Alemania y Dinamarca con 45.2 médicos y 42.6 médicos, respectivamente.

En cuanto al personal de enfermería y partería destacan todos los países desarrollados con cifras superiores a las 85 enfermeras y parteras por 10 000 habitantes (cuadro 4, columna derecha), en algunos casos sobrepasan las 100. De nuevo, en América Latina el número más alto lo tiene Cuba con 75.7. México con 29.6 ocupa el penúltimo lugar.

Vacunación

Una de las políticas más efectivas para la prevención de enfermedades es la vacunación temprana [OCDE y World Bank, 2023: 156]; referida a la niñez de entre uno y dos años, la OMS recomienda una cobertura mínima del 90 por ciento.

En México, el Programa Ampliado de Inmunizaciones se introdujo en 1974. A pesar de grandes avances en los programas de vacunación, los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022 mostraron que no se alcanza para ese año la meta de cobertura del 90 % para ningún inmunógeno investigado [INSP, 2023: 27]. En este trabajo se muestran los resultados de cobertura de vacunación comparativos internacionales sólo para tres de las más comunes: difteria, tétanos y tosferina (DTP3), sarampión y hepatitis. Como se podrá verificar en el cuadro 5, salvo el caso de sarampión, con un 89 %, los demás se encuentran muy por debajo del porcentaje recomendado.

En la muestra para países de América Latina, cinco de ellos cubren en 2021 porcentajes elevados de vacunación DTP3 con porcentajes entre el 87 % y el 99 %. Los tres países más grandes del área en cuanto a los tamaños de su economía y territorio, México, Argentina y Brasil, son los que tienen una cobertura menor, más bajos que el promedio de América Latina y muy por debajo del promedio de la OCDE (cuadro 5).

En cuanto al porcentaje de vacunación contra el sarampión, seis países del área presentan una cobertura alta, entre el 99 % y el 86 % con el caso mexicano en un porcentaje alto, del 89 %. Una situación similar se observa en cuanto a la vacunación contra la hepatitis, en donde cinco países mantienen una cobertura entre el 99 % y el 87 %. México aparece con el 80 %. En todos los casos Cuba tiene una magnífica cobertura del 99 % y Brasil, la peor.

Salud mental

La prevención y el tratamiento de la salud mental en los sistemas de salud es un tema poco abordado y, sin embargo, de la mayor importancia sobre todo a partir de las secuelas de la pandemia de covid-19. La necesidad de cubrir varios aspectos de la salud mental que se vieron afectados con la pandemia se convirtió en una carga

y un reto creciente en América Latina y el Caribe [OCDE y World Bank, 2023: 172]. Esta necesidad se extiende a los mismos trabajadores de la salud que estuvieron sometidos a una presión sin precedentes.

Cuadro 5. Programa de vacunación (%). Población de un año

	Difteria, tétanos y tosferina (DTP3)	Sarampión	Hepatitis
Cuba	99	99	99
Chile	95	92	98
OCDE (*)	93	93	91
Costa Rica	92	89	87
Uruguay	89	96	89
Colombia	87	86	88
ALC (**)	81	83	81
México	78	89	80
Argentina	76	81	76
Brasil	68	73	68

(*) promedio: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

(**) promedio: América Latina y el Caribe.

Fuente: OCDE, 2023: 156 y 157.

En el cuadro 6 aparece el número de psicólogos, psiquiatras y enfermeras en el sector de salud mental con el que cuentan los países de la muestra en 2021. Se trata de un sector deficitario en el caso mexicano en términos absolutos claramente rezagado en comparación con la mayoría de los países de los otros países considerados.

Argentina, Chile y Colombia cuentan con una cobertura importante en cuanto al número de psicólogos por cada 100 000 habitantes, 286, 185 y 128, respectivamente; muy por encima del promedio de la OCDE (40) y de su región (23). En cambio, Brasil, México y Chile se encuentran por debajo del promedio regional y con un número de psicólogos muy reducido, definitivamente insuficiente para abordar los problemas de salud mental que se originaron con la pandemia. Sus números son 13, 5 y 4, respectivamente.

Cuadro 6. Trabajadores de la salud mental 2021*

	Psicólogos	Psiquiatras	Enfermeras
Argentina	286	14	nd
Costa Rica	185	3	nd
Colombia	128	3	150
OCDE	40	18	nd
Cuba	30	8	30
Uruguay	30	15	20
ALC	23	4	8
Brasil	13	3	nd
México	5	2	5
Chile	4	8	1

(*) por cada 100 000 habitantes.

Fuente: OCDE/World Bank, 2023: 172.

En el caso del número de psiquiatras por cada 100 000 habitantes, todos los países de América Latina de la muestra están por debajo del promedio de la OCDE (18), aunque Uruguay (15) y Argentina (14) se le aproximan. De nuevo, México se encuentra en déficit, esta vez en el último lugar de la lista con 2.

El correlato de lo anterior aparece en la tercera columna de este cuadro con el número de enfermeras dedicadas a la salud mental. Se enlistan sólo aquellos países de los que se cuenta con información disponible. México se encuentra en el penúltimo lugar con 5, debajo del promedio para América Latina (8). Colombia, con 150, muestra una cantidad muy superior a dicho promedio.

Nuevas tecnologías en el sector salud

Finalmente presentamos los datos sobre un tema de gran importancia para el futuro inmediato del sector salud: el financiamiento y la práctica de tecnologías avanzadas.

El dato referido a la “Asistencia oficial neta destinada a la investigación médica y los sectores básicos de la salud per cápita”, medida en dólares, es muy desalentador para México: se destinan 0.04 dólares per cápita. En contraste, Colombia destina 3.34 dólares, Cuba 1.36, Argentina 1.02 y Brasil 0.83 [WHS, 2023: 100-107].

Para alcanzar formas más avanzadas del cuidado de la salud se debe acceder a las nuevas tecnologías disponibles, desde las telecomunicaciones hasta los desarrollos

de la inteligencia artificial. Los objetivos son elevar la satisfacción de los pacientes, en especial los que encuentran barreras para los sistemas tradicionales (persona a persona) y quienes viven en áreas remotas [OCDE y World Bank, 2023: 134].

Una de las prácticas que ha sido evaluada es la utilización del registro médico electrónico (EMR, por sus siglas en inglés), que es un registro computarizado creado o implementado en una organización que procura cuidados médicos (hospitales o consultorios). En 2021 [OCDE y World Bank, 2023: 134], el resultado para el promedio de la OCDE es del 93 %, y para América Latina es del 65 %. México presenta sólo el 28 por ciento.

El cuadro 7 muestra datos a 2021 del número por millón de habitantes de escáneres, de unidades de mamografía, de imágenes de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y de unidades de radioterapia. Los resultados son nuevamente malos para México en tres renglones debido al bajo presupuesto asignado a estos rubros en el sector público. También lo son para Cuba que ocupa los primeros lugares en cuanto a presupuesto asignado, cobertura y personal médico, pero en esta variable muestra su atraso en la modernización de su sistema de salud, resultado derivado de su aislamiento y de su insuficiente crecimiento económico.

Cuadro 7. Equipo electrónico*

	Escáneres	Mamografías	MRI (**)	Radioterapias
OCDE	29.6	179	19	8.2
Brasil	28	nd	14.5	2.6
Chile	23.3	32	11.8	2.9
Uruguay	12.9	172	2.9	6.9
ALC	9.4	116	3.6	2.7
México	6.2	129	2.5	1.9
Colombia	5.9	nd	0.2	2.4
Cuba	5.3	18	2.2	2.9
Costa Rica	5.1	150	0.8	1.4
Argentina	nd	nd	nd	4

(*) unidades por cada millón de habitantes.

(**) MRI = Imágenes de resonancias magnéticas.

Nota: el año registrado difiere para cada país.

Fuente: OCDE, 2023: 136 y 137.

De tal forma, el promedio en la OCDE para todos los renglones es el mayor: 29.6 escáneres por millón de habitantes, 179 unidades de mamografías, 19 unidades de MRI y 8.2 unidades de radioterapia.

En el primer renglón, escáneres, Brasil, Chile y Uruguay con 28, 23.3 y 12.9, respectivamente, se encuentran por encima del promedio para América Latina (9.4) y México por debajo con 6.2. En el renglón de unidades de mamografías, Uruguay con 172, Costa Rica con 150; y México con 129, se encuentran por encima del promedio de América Latina (116).

En el renglón de unidades de MRI, Brasil con 14.5 y Chile con 11.8 están por encima del promedio de la región (3.6). México, por debajo, con 2.5. Por último, en el renglón de unidades de radioterapias, Uruguay con 6.9, Argentina con 4, Cuba con 2.9 y Brasil con 2.6, se encuentran por arriba del promedio de América Latina (2.7) y México, por debajo con 1.9. En los casos de Brasil y de Uruguay, se aprecian esfuerzos importantes de acceso a unidades de tecnología avanzada.

CONCLUSIONES

El actual sistema de salud de México tiene 80 años de existencia, desde la fundación del IMSS. El Estado se ha dedicado a crear instituciones, pero no les ha destinado los recursos presupuestales suficientes para modernizar su infraestructura y su operación diaria; por esta razón el sistema no alcanza los estándares mínimos aconsejados por las instituciones internacionales dedicadas a la evaluación de la salud global, sobre todo la OMS, y genera una constante insatisfacción social por sus servicios. Aunque constitucionalmente el Estado está obligado a proporcionar todos los servicios necesarios y suficientes a la población mexicana, en la práctica esto no se ha dado y funciona en el país un sistema mixto.

Las disfuncionalidades del segmento público, que se hicieron patentes en el marco de la reciente pandemia de covid-19, así como decisiones equivocadas de la administración en esos años en cuanto a la cobertura de los trabajadores no asalariados en la economía mexicana, han causado que los usuarios del sistema tiendan a depender más del segmento privado con el costo adicional que esto significa. El incremento ha repercutido en los gastos familiares, lo que a su vez se ha convertido en uno de los principales factores que inciden en los altos niveles de pobreza y de pobreza extrema que reporta la última encuesta del Coneval.

Con este panorama, México, aunque cuenta con una de las dos economías más grandes de América Latina, no puede compararse favorablemente casi en ninguno de los indicadores con un grupo seleccionado de países de la región, excepto en algunas vacunas. Está por demás afirmar que se encuentra muy por debajo del promedio de los países miembros de la OCDE.

La tendencia del presupuesto asignado al sector salud por las diversas administraciones de gobierno pasadas y presente es a la baja desde hace varias décadas, y lo mismo sucede con el gasto total del sistema mixto. Resulta evidente, como demostramos en la

comparación con otros países tanto de la OCDE como de América Latina, que a menor gasto en salud corresponde un mayor peso sobre las finanzas de la población, lo que se denomina técnicamente como “gastos de bolsillo”.

Las recomendaciones de instituciones como la OMS, la OCDE y la Cepal deberían ser metas a arribar en plazos establecidos desde ahora. No se trata de un problema sencillo para un país como México ya que, entre otros factores, no se pueden dejar de considerar dos problemas que dificultan una eventual cobertura universal del sistema: uno es el enorme territorio y la dificultad de cubrir todas las poblaciones y llegar a las áreas más remotas, y otro es la gran proporción de economía informal que prevalece en el país: más del 50 % de la fuerza de trabajo, que reduce las aportaciones individuales y patronales para financiar la salud.

Aun así, el costo económico de no tener un sistema eficiente de salud será mayor en el largo plazo, pues los problemas y las deficiencias son acumulativas. Por esta razón es que, como se afirmó al inicio de este trabajo, el gasto en salud tiene que considerarse como una inversión.

BIBLIOGRAFÍA

- Cepal [2023], Bases de datos y publicaciones estadísticas Santiago de Chile, Cepal, consultado el 08 de junio de 2023, <<https://goo.su/NREcyEp>>.
- Coneval [2023], “El Coneval presenta las estimaciones de pobreza multidimensional 2022”, comunicado no. 7, 10 de agosto, México, Coneval-Dirección de Información y Comunicación Social, consultado el 10 de octubre de 2023, <<https://tinyurl.com/4jwsum55>>.
- Coneval [2022], “Medición de la pobreza 2016-2020”, México, Coneval, consultado el 2 de agosto de 2023, <<https://tinyurl.com/ttyrr72v>>.
- Coneval [2021], “Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020”, México, Coneval, 5 de agosto, consultado el 2 de agosto de 2023, <<https://tinyurl.com/mwrt7xaj>>.
- Indicadores del Desarrollo Mundial [2023], World Health Organization, <<https://data.who.int>>.
- INSP [2023], “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65 (6), México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- OCDE y World Bank [2023], *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*, París, OCDE, <<https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>>.
- OMS [2023], Organización Mundial de la Salud, Indicadores de la salud mundial, OMS, consultado el 29 de junio de 2023, <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>>.

- Statista [2023], El sector de la salud en México - Datos Estadísticos, 15 de octubre, <<https://goo.su/7w6Th>>.
- WHS [2023], Monitoring Health for the Sustainable Development Goals (SDGs), Ginebra, World Health Organization.
- World Bank [1993], *World Development Report 1993: Investing in Health*, Nueva York, Oxford University Press.

II. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA. REALIDADES Y PROPUESTAS

4. EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD. REALIDADES Y POSIBILIDADES

José Narro Robles

ANTECEDENTES

En las páginas que siguen se hará una revisión de algunos aspectos relacionados con el financiamiento de la salud en el sector público en nuestro país. Antes de ello se revisaremos a algunos cambios sociales y demográficos que influyen en la salud de la población y que se han registrado en los últimos 40 años (1980-2020).

En ese periodo, el número de habitantes, de acuerdo con los censos de población de los que informa el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), pasó de 66.8 millones a 126.0 millones de personas. Esto significa que en el periodo referido se incrementaron casi 63 millones de habitantes y que la población prácticamente se duplicó [Inegi, 2020].

Por lo que se refiere a la estructura de población, según su condición urbana o rural, ésta continuó el proceso de urbanización mayoritaria iniciado en 1960. Mientras que en 1980 la población urbana ascendía a 44.3 millones, cuatro décadas más tarde llegó a 99 millones. Por lo que se refiere al caso de la población rural, ésta pasó de 22.5 millones a 27 millones de personas. Esto representa que, mientras la población urbana constituía el 66 % del país, ahora representa casi al 80 % de la población. Sin embargo, no debe despreciarse el hecho de que la población rural aumentó en 4.5 millones de personas.

Otro asunto relacionado con la salud, y con múltiples áreas de la vida colectiva, es el referido al número de localidades y a la dispersión de nuestra población en el territorio nacional. En 1980, el número de localidades rurales superaba apenas las 123 000, mientras que cuatro décadas después la cifra superó las 185 000; es decir, se incrementó en 62 000. Por lo que se refiere a las urbanas, el número pasó de 2 131 a 4 189. Adicionalmente México contaba con los datos del censo de población más reciente, con 182 505 localidades de menos de mil habitantes. Hay que imaginar el grave problema de prestar servicios, incluidos los de salud, a estas veintenas de miles de comunidades pequeñas y dispersas.

Se debe reconocer que las condiciones de vida de nuestra población han mejorado sustancialmente en las últimas décadas y que esto también ha influido en la mejoría

de los indicadores de salud. Esto se puede mostrar al recordar que mientras en 1980 el porcentaje de viviendas con energía eléctrica y acceso al agua potable y el drenaje alcanzaba el 74.8 %, el 70.7 % y el 57.2 % de los hogares, en 2020 con el triple de viviendas, las cifras se incrementaron sustancialmente y beneficiaban al 95.9 %, al 96.3 % y al 95.7 % de los hogares.

Algo semejante sucede cuando se revisan cuatro indicadores de los servicios de salud en nuestro país en el periodo considerado. Así, el número de unidades de atención a la salud en el sector público se incrementó tres veces y alcanzó en 2018 la cifra de 24 000, en tanto que el número de camas censables de hospital casi se duplicó y superó las 90 000. Por lo que se refiere al caso del personal de salud más representativo, tanto el número de médicos como el de enfermeras se multiplicó por cuatro y en su conjunto superó los 550 000 trabajadores. Conviene señalar que en todos los casos el mayor incremento se registró en los servicios destinados a la población sin seguridad social [Informes de Gobierno, 1 de septiembre 2002 y 2017].

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE NUESTRA POBLACIÓN

La salud depende mucho más de factores sociales, económicos, ambientales, culturales y de los estilos de vida prevalecientes que de la biología y los servicios y programas de salud disponibles. Todavía más, es ampliamente aceptado que la pobreza y la ignorancia son dos de los mayores enemigos de la salud. Por ello es procedente hacer algunos comentarios sobre la evolución de la pobreza y de las carencias sociales en nuestra colectividad.

Es verdad que algunos indicadores han mejorado de forma importante en el periodo 2012-2022 (cuadro 1). Sin embargo, no hay duda de que estamos muy lejos de contar con los niveles deseables. Así se demuestra con las cifras de pobreza en el país. Más de nueve millones de personas padecen condiciones de pobreza extrema y otros 38 millones viven en la pobreza, además de que 25 millones de personas tienen condiciones de rezago educativo. Esto significa que uno de cada cuatro mexicanos de más de 15 años padece esa restricción. Por lo que se refiere a la población sin acceso a los servicios de salud, la cifra supera ya los 50 millones de personas. Este dato representa que entre 2018 y 2022 el crecimiento superó los 30 millones de nuevos afectados [Coneval, 2022].

En el cuadro 2 se presentan las 10 primeras causas de muerte en nuestro país durante el último año para el que existe información oficial (2022). Como puede observarse, las enfermedades no transmisibles explican la mayor parte de la mortalidad de la población. Seis de las enfermedades corresponden a esta categoría, otras dos a las enfermedades transmisibles y dos más a las muertes violentas. Las enfermedades del corazón, la diabetes, los tumores y las enfermedades del hígado dan cuenta

de poco más de la mitad de las muertes en el país y estos diez problemas de salud explican la muerte de tres de cada cuatro mexicanos [Inegi, 2022].

Cuadro 1. México. Pobreza y carencias sociales (millones de habitantes), 2012 a 2022

Condición	2012	2014	2016	2018	2020	2022
Población en pobreza	53.4	55.3	52.2	51.9	55.7	46.8
Población en pobreza extrema	11.5	11.4	8.7	8.7	10.8	9.1
Ingreso inferior a pobreza extrema, por ingresos	23.5	24.6	18.0	17.3	21.9	15.5
Rezago educativo	22.5	22.4	22.3	23.5	24.4	25.1
Carencia por acceso a servicios de salud	25.3	21.8	18.8	20.1	35.7	50.4

Fuente: Coneval, 2022.

Cuadro 2. México. Diez primeras causas de muerte, 2022

Enfermedades del corazón	200 023
Diabetes mellitus	115 025
Tumores malignos	89 574
Enfermedades de hígado	41 281
Covid-19	38 508
Accidentes	37 450
Enfermedades cerebrovasculares	35 977
Homicidios	33 287
Influenza y neumonía	33 049
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18 463
Total	642 637

Fuente: Inegi, 2022.

La transición epidemiológica que ha vivido México a lo largo de las últimas décadas tiene repercusiones importantes en el capítulo de financiamiento de la salud, ya que las enfermedades no transmisibles tienen un costo superior para su atención respecto de las infecciosas. En el cuadro 3 se informa de dicha transición, con el análisis de las primeras seis causas de muerte en 1930, 1980 y 2020 [Secretaría de Salud, 2011; Inegi, 2020]. Como claramente puede observarse en los datos del primer año

considerado, los seis padecimientos correspondieron a las enfermedades transmisibles. Medio siglo más tarde sólo se registraron las infecciones intestinales y las neumonías e influenza, además de que se incorporaron los accidentes y otras dos condiciones no transmisibles: las enfermedades del corazón y los tumores. En 2020, cuatro de los problemas correspondieron a esta última categoría. Por supuesto, la pandemia de covid-19 se hizo presente.

Cuadro 3. México. La transición epidemiológica. Cambio en la estructura de la mortalidad. Seis primeras causas de muerte, 1930 a 2020

1930*		1980*		2020**	
Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Infecciones intestinales		Accidentes		Enfermedades del corazón	
80 095	483.9	48 059	71.9	218 704	173.6
Neumonía e influenza		Infecciones intestinales		Covid-19	
48 628	293.8	41 340	61.8	200 256	158.9
Paludismo		Neumonía e influenza		Diabetes mellitus	
27 243	164.6	38 318	57.3	151 019	119.8
Tosferina		Enfermedades del corazón		Tumores malignos	
18 585	112.3	36 854	55.1	90 603	71.9
Viruela		Tumores malignos		Influenza y neumonía	
17 405	105.1	26 423	39.5	58 038	46.1
Sarampión		Afecciones perinatales		Enfermedades del hígado	
15 341	92.7	26 399	39.5	41 492	32.9

Fuentes: * Compendio Histórico de Estadísticas Vitales DGEI-SSA [2011].

** Inegi, 2020.

A manera de resumen puede señalarse que, en las últimas cuatro décadas, mientras la población creció 1.9 veces, las defunciones por enfermedades del hígado crecieron 2.8 tantos, los homicidios se triplicaron, los tumores crecieron 3.4 veces y las enfermedades cardiovasculares lo hicieron en casi seis tantos, mientras que las defunciones por diabetes se multiplicaron 10.3 veces. Éste es el tamaño de la transición epidemiológica que ha vivido México.

En el cuadro 4 se presentan algunos datos para comparar indicadores de salud de nuestro país con los correspondientes a países seleccionados de la OCDE. Como es fácil observar, las diferencias entre México y las naciones de esa agrupación son francamente preocupantes. Lo mismo en el caso de la esperanza de vida que en la cobertura

en materia de salud y el gasto destinado a la salud per cápita, en la protección financiera, el exceso de muerte o el sobrepeso y la obesidad. México no califica como se quisiera, ya que ocupa en todos esos indicadores el último de los lugares, además de que, en la mayoría de los resultados, la diferencia con el país que tiene las mejores cifras es muy amplia [OCDE, 2021].

Cuadro 4. México. Comparación con países de la OCDE

Indicador	México		Países con mejores resultados	
	Cifra	Sitio	País	Cifra
Esperanza de vida	75.5	38/38	Japón	84.4
Cobertura	80.6	38/38	Reino Unido	100
Gasto en salud	1 133	38/38	Estados Unidos	10 948
Protección financiera	49.3	38/38	Noruega	85.5
Exceso de muerte	4 436	36/36	Corea	52
Sobrepeso y obesidad	75.2	36/36	Japón	27.2

Fuente: OCDE, 2021.

EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Antes de considerar datos e información comparativa, es oportuno enunciar brevemente algunas características que tiene el presupuesto destinado a la salud en nuestro país. Conviene partir de la condición más delicada: se trata de recursos presupuestales del todo insuficientes que quedan, como se verá más adelante, en niveles extraordinariamente bajos.

En segundo término, se trata de recursos que se asignan, en general, de manera inercial año tras año. El crecimiento poblacional, la transición demográfica y, como se acaba de revisar, la transición epidemiológica, complican la precariedad existente, ya que todos esos elementos influyen en la salud, en su atención y en los costos que se generan.

Por otra parte, se trata de presupuestos mal distribuidos; se destinan más fondos, por ejemplo, a las entidades federativas que cuentan con mayores y mejores recursos para la atención y se descuida el caso de entidades con menos capacidad instalada y con mayores necesidades. Algo semejante sucede cuando se revisan los recursos públicos que se destinan a las instituciones de seguridad social e incluso entre ellas.

También puede señalarse que los recursos están mal utilizados ya que existen

duplicaciones indebidas producto del diseño de un sistema que originalmente se estableció para asegurar servicios de salud a la población derechohabiente de la seguridad social, dejando en segundo término a la población que no cuenta con esa garantía. El modelo se desarrolló con base en la condición laboral y nunca en la condición del derecho ciudadano, establecido en nuestra Constitución desde 1983, hace más de 40 años, y que poco ha cambiado desde entonces.

En virtud de las condiciones antes señaladas, el impacto que tienen los recursos destinados a la salud es limitado. En este sentido, debe considerarse igualmente el alto costo de la administración de instituciones y programas con coberturas diferentes y con recursos tan dispares que se convierten en parte de los ejemplos de la desigualdad que afecta a nuestra sociedad. Hay que sumar a lo anterior los riesgos a la salud diferenciados entre distintos sectores de la población.

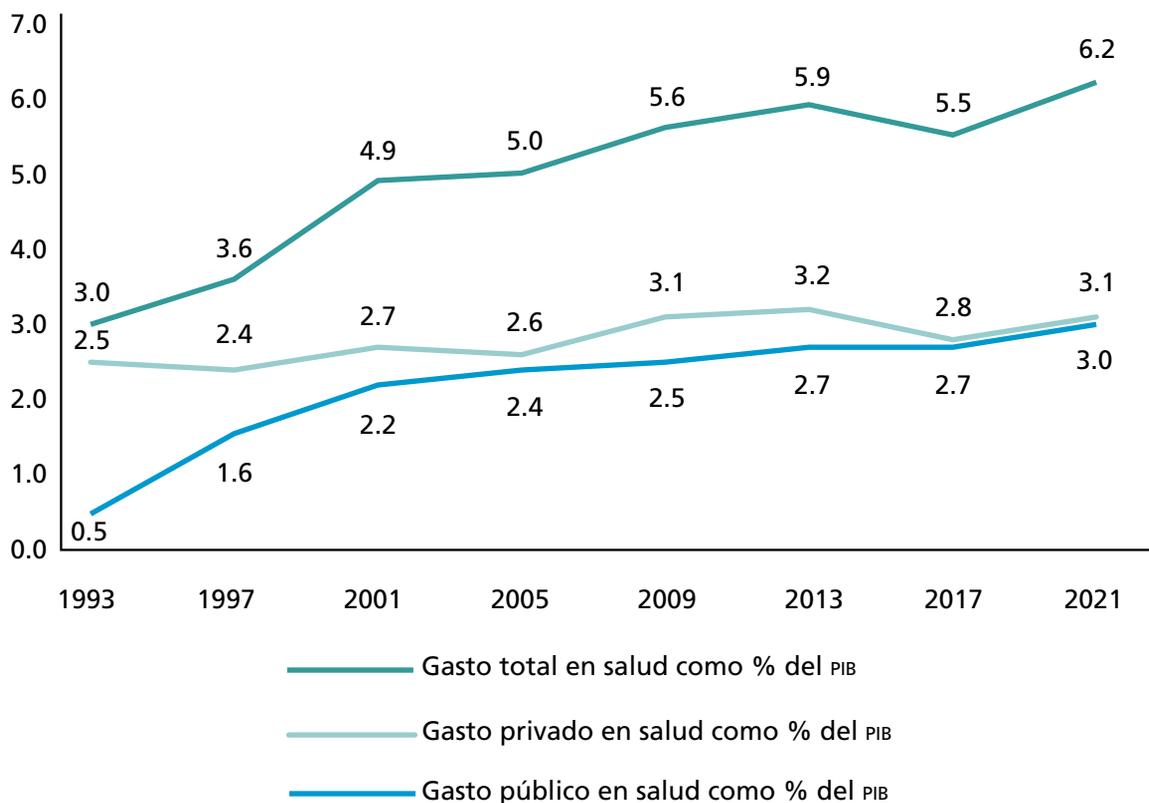
Igualmente debe recordarse que los presupuestos favorecen el gasto corriente, el pago de las nóminas, incluidas las prestaciones de los trabajadores del sector público. Además, los programas dan prioridad a la atención de la enfermedad y no a su prevención o a la educación en salud. Son tales las necesidades, que con frecuencia se toma la ruta fácil de continuar con la asignación inercial a los distintos programas de salud. Sin duda falta una definición de las prioridades en este campo con el propósito de combatir a fondo y resolver algunos de los rezagos de siempre.

Por otra parte, se debe señalar que en estos últimos cinco años el manejo de los recursos, al igual que el de los programas, se ha centralizado y se ha ejercido de una forma todavía más autoritaria y discrecional que aquella que existía años atrás. A un país de la magnitud del nuestro y con la heterogeneidad que le caracteriza, no le resulta pertinente la centralización. A México le urge la definición de un nuevo federalismo en muchos de los capítulos de la vida colectiva, en particular en el caso de la salud.

Finalmente, en esta caracterización general, debe señalarse que al sistema presupuestal le hacen falta formas y definiciones que estimulen y posibiliten el incremento de la cobertura de los servicios, la calidad con la que se ofrecen los mismos, el desarrollo de proyectos de investigación y la traducción del conocimiento generado en acciones en favor de los servicios.

En la gráfica 1 se presentan los datos publicados por el Coneval sobre la evolución del gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB entre 1993 y 2021 [Coneval, 2023]. Como puede observarse, el gasto en salud en México en estas casi tres décadas se duplicó. Sin embargo, también debe hacerse notar que, mientras la participación del sector privado se multiplicó seis veces, al pasar de 0.5 a 3.0 en los años extremos de la serie, los recursos públicos sólo crecieron un 35 %. De igual manera, debe hacerse notar que el mayor incremento en el gasto público se registró durante la pandemia de covid-19 y, por supuesto, entre 2003 y 2013, gracias a la organización y crecimiento del Seguro Popular.

Gráfica 1. México. Porcentaje de gasto público y privado en salud en relación con el PIB, 1993 a 2021

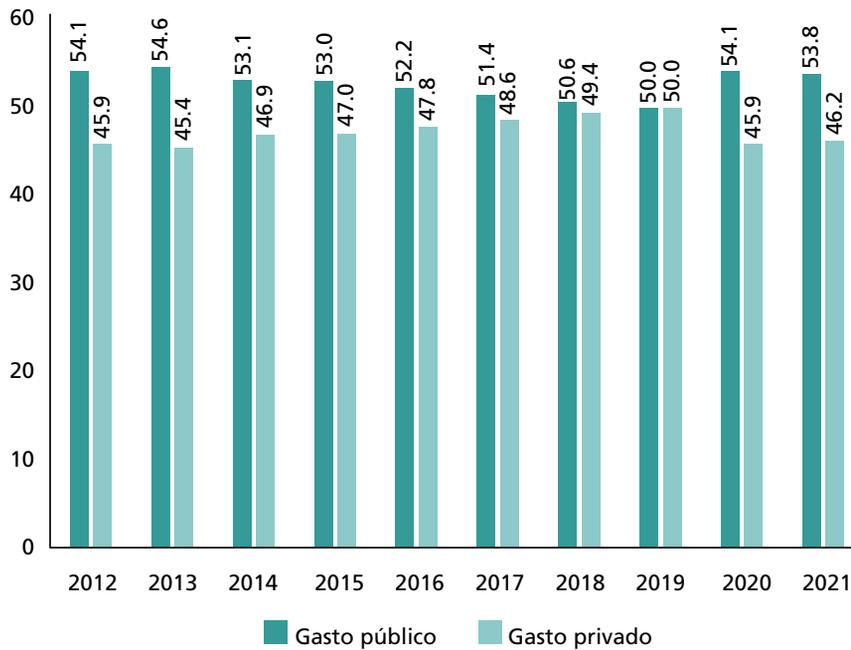


Fuente: Coneval, 2023.

La gráfica 2 nos permite valorar la participación de lo público y lo privado en cuanto a recursos para la salud como porcentaje del gasto total destinado a este sector en el periodo 2012-2021. Puede identificarse la modesta participación mayoritaria de lo público con cifras extremas del 55 % de este sector. No hay duda alguna, México debe hacer un esfuerzo mayor a partir de los recursos públicos.

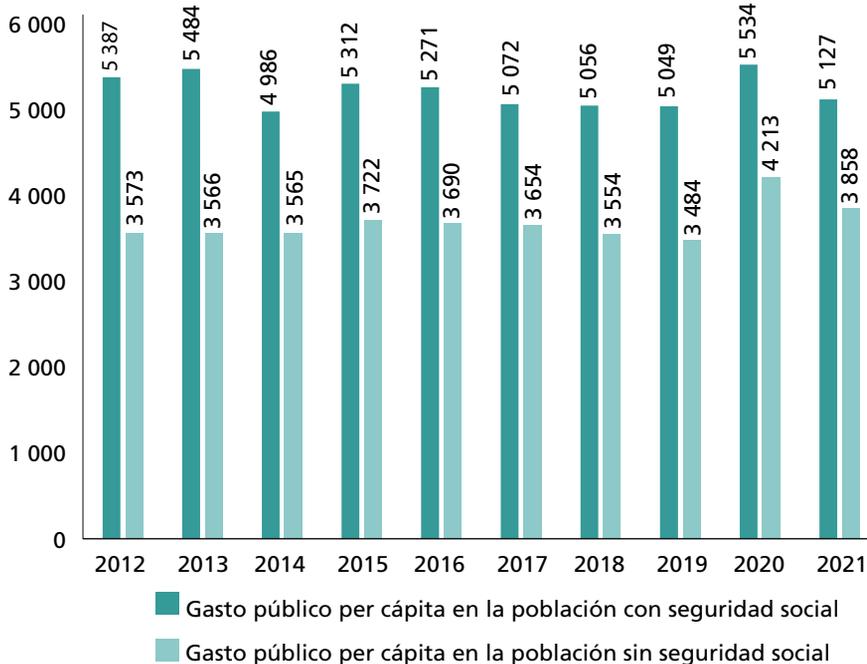
En la gráfica 3 se compara el gasto público per cápita destinado a la atención de la salud en la población con y sin seguridad social en el periodo antes citado. Fácilmente puede destacarse que hay un diferencial de entre el 30 % y más del 50 %, en demérito de la población sin seguridad social. Las disparidades en la asignación anual promedio por habitante cubierto en 2023 entre tres instituciones de seguridad social y las determinadas para la población que carece de ella quedan claramente planteadas en la gráfica 4. La desigualdad es abrumadora, un derechohabiente de los servicios de Pemex tiene ocho veces y media más posibilidades que quien carece de seguridad social. De ese tamaño es la desigualdad [CIEP, 2022].

Gráfica 2. México. Gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud, 2012 a 2021



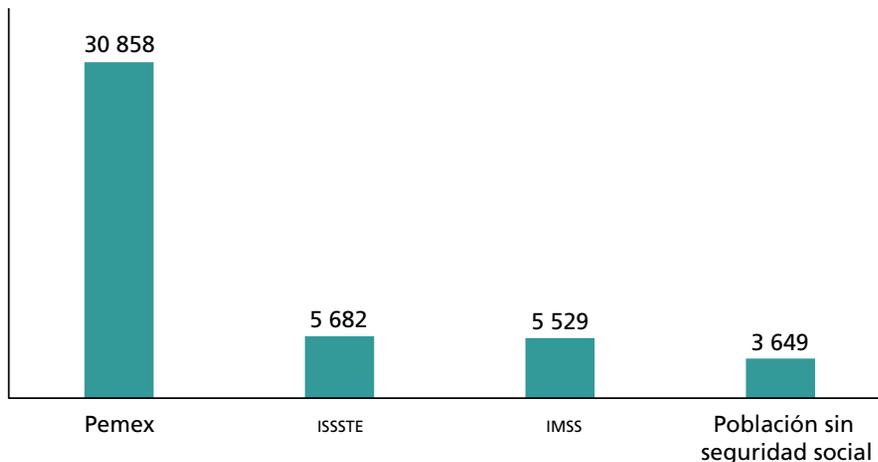
Fuente: Coneval, 2023.

Gráfica 3. México. Gasto público per cápita en salud en población con y sin seguridad social (en pesos), 2012 a 2021



Fuente: Coneval, 2023.

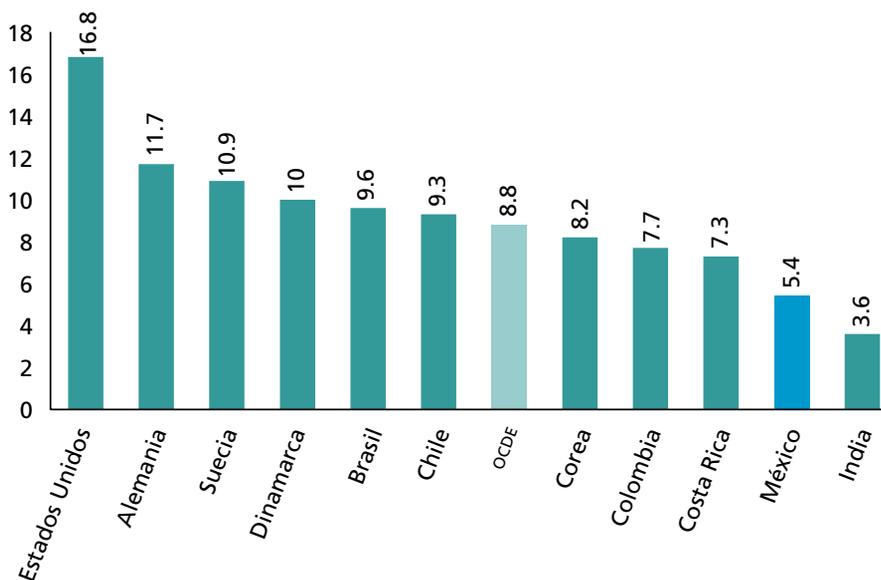
Gráfica 4. Gasto anual promedio por habitante cubierto en 2023 (pesos)



Fuente: CIEP, 2022: 49.

Al inicio de este apartado se señaló que la inversión de México en materia de salud dista mucho de ser la recomendada. A continuación, se documenta este señalamiento. En la gráfica 5 se presentan los datos de 11 países de la OCDE, en cuanto al gasto en salud como porcentaje del PIB en 2019. En el estudio de la organización, México ocupó el lugar 39 entre los 44 países estudiados. En esta selección, México sólo supera a la India y queda, por supuesto, muy abajo del promedio de la OCDE, de los países que más invierten como Estados Unidos y Alemania, pero también incluso de países de nuestra región, como Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil.

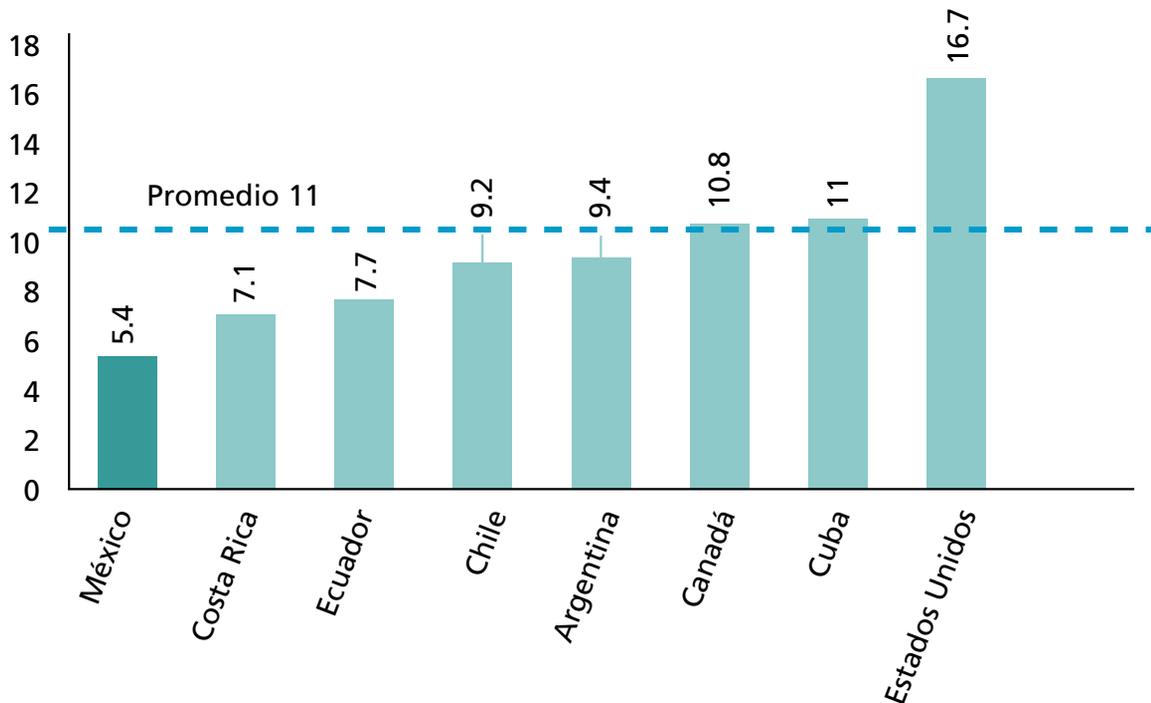
Gráfica 5. Gasto en salud como proporción del PIB (2019) (países seleccionados)



Fuente: OCDE, 2021.

Al tomar una fuente diferente, la de la Organización Panamericana de la Salud [ops, 2022], las cifras resultan igualmente preocupantes, como se muestra en la gráfica 6. México queda debajo del promedio de países de la región y es superado por Cuba, Argentina, Chile, Ecuador y Costa Rica. Si no se entiende que hay un imperativo de incrementar de manera sustancial y sostenida el presupuesto destinado a la salud, se seguirá descendiendo en las clasificaciones, pero, sobre todo, la salud de nuestra población seguirá deteriorándose y el esfuerzo por mejorar costará mucho más.

Gráfica 6. Gasto público y privado como porcentaje del PIB

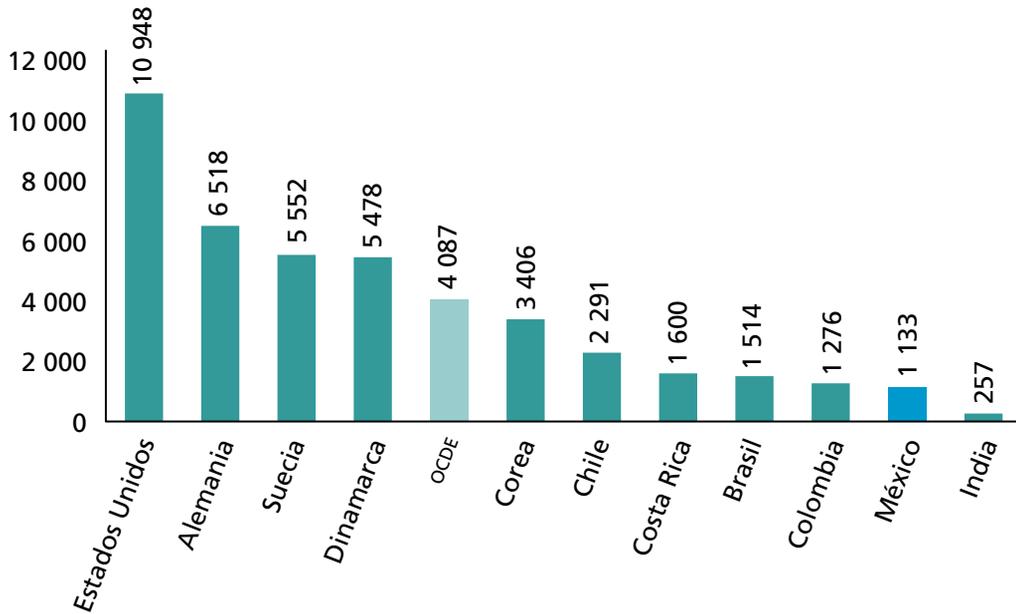


Fuente: ops, 2022.

La gráfica 7 muestra el problema de otra manera. En ella se incluyen los datos del promedio del gasto en salud per cápita de México y otras 10 naciones, al igual que el promedio de la OCDE. Todos los países seleccionados, incluidos Colombia, Brasil, Costa Rica y Chile, hacen un esfuerzo mayor que el nuestro.

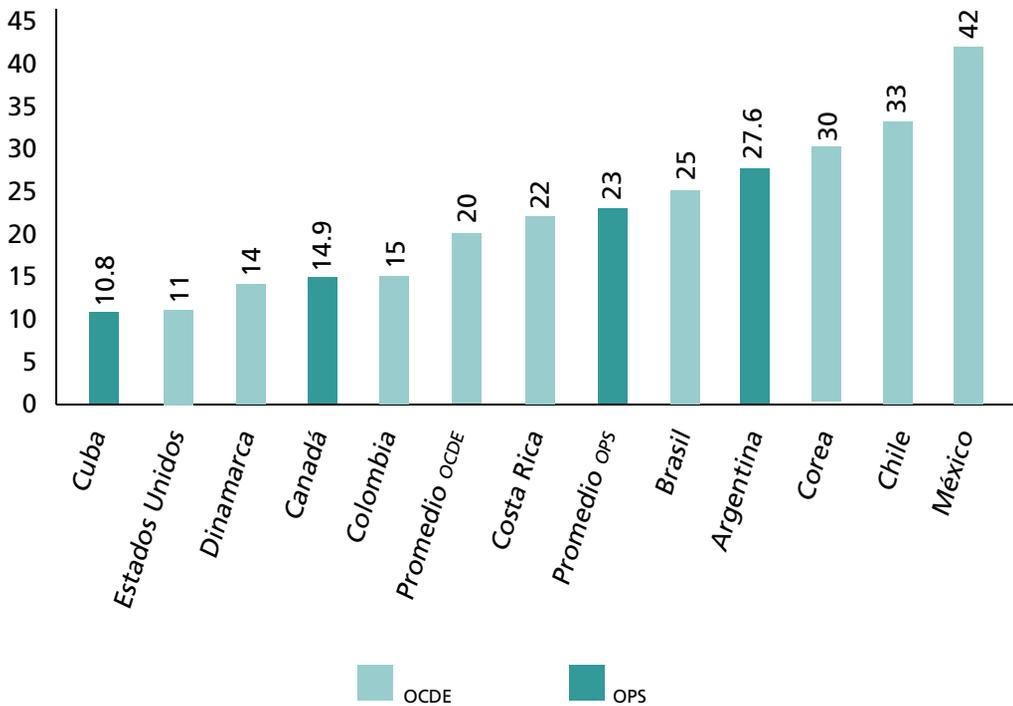
Una de las fórmulas más ineficientes para financiar los servicios de salud públicos o privados consiste en hacer uso del gasto de bolsillo, esto implica que, frente a cada episodio de enfermedad, se efectúa el desembolso correspondiente. En la gráfica 8 se incluyen datos de países de la OCDE y de la región de las Américas. Como puede observarse, tanto en los promedios como en el caso de los países seleccionados, a México no le va bien. Se tiene un gasto de bolsillo muy alto que, además, incrementó un 20 % a partir de la extinción del Seguro Popular en 2020.

Gráfica 7. Gasto en salud per cápita, 2019. Países seleccionados (dólares)



Fuente: OCDE, 2021.

Gráfica 8. Gasto del bolsillo en salud como porcentaje del gasto corriente en salud (2019). Países seleccionados de la OCDE y la región de las Américas



Fuente: OCDE, 2021; OPS, 2022.

Otro tema complicado tiene que ver con el hecho de que la desaparición del Seguro Popular trajo consigo la eliminación del fondo de protección contra enfermedades que generan gastos catastróficos. La huella de esa decisión está en muchos indicadores de salud y, por supuesto, en el endeudamiento de las familias y la afectación de sus economías. El porcentaje de hogares con gastos catastróficos en salud en 2018 fue del 2.1 %, y cuatro años más tarde se había incrementado en casi el 40 %. Aún más, al analizar el indicador por ámbito de residencia se puede observar con los datos del Coneval que en el medio rural la afectación alcanzó al 4.2 % de los hogares.

No extraña entonces que el señalamiento del propio consejo de evaluación de la política pública haya sido contundente al señalar: “El cambio institucional del Seguro Popular al Insabi ha vulnerado en mayor medida a este grupo de población (rural) frente a sus necesidades de salud, lo cual coincide con el aumento en el uso de servicios médicos privados para la atención médica en dicho ámbito de residencia” [Coneval, 2022]. A este respecto conviene ver el cuadro 5, que nos refiere el número de personas que recibieron atención médica en el campo de la salud en los sectores público y privado. Como puede observarse, mientras que en el primero se atendió en 2018 a 22.4 millones de personas, cuatro años más tarde la cifra disminuyó a 18.1 millones, en tanto que en el sector privado la cifra se incrementó de 21.5 a 30.0 millones.

Cuadro 5. Número de personas que recibieron atención médica en el sector salud (millones), 2018 a 2022

	2018		2022	
	Número	%	Número	%
Unidades del sector público	22.4	51.0	18.1	37.7
Unidades del sector privado	21.5	49.0	30.0	62.3
Total	43.9	100	48.1	100

Fuente: Coneval, 2022.

De hecho, el Coneval informó que la carencia de acceso a los servicios de salud se acentuó más en el ámbito rural. Mientras que en 2018 afectó a 4.2 millones de personas, la cifra se incrementó más de cuatro veces para alcanzar en 2022 a 17.4 millones. Por otra parte, el diferencial entre entidades federativas es de tres a cuatro veces entre los más afectados (Chiapas, Oaxaca y Guerrero) y los que conservaron mejores condiciones (Baja California Sur, Coahuila y Chihuahua). Un dato que fortalece todavía más el argumento está configurado por el hecho de que la carencia por acceso a los servicios de salud, según el decil de ingreso, mostró que en 2018 el 16.8 % de los más pobres resultó afectado, mientras que cuatro años después se registró un aumento de 50 puntos porcentuales para llegar al 66.8 por ciento.

Muchas cosas saltan a la vista. Por una parte, resulta indispensable plantear una gran reforma en materia de salud. Es necesario diseñar, planear y operar el Servicio Nacional de Salud que modernice las estructuras de nuestro actual sistema y que, con base en el criterio de ciudadanía, garantice la atención integral, homologue y de calidad de los servicios de salud para la población. Se requiere que dicho sistema sea público, de cobertura universal, descentralizado y debidamente articulado en sus acciones con las correspondientes al sector privado.

Por otra parte, las necesidades presupuestales han quedado bien documentadas. México requiere hacer un esfuerzo importante para, de manera gradual y sostenida, alcanzar en los próximos diez años, un financiamiento público de al menos el 6 % del producto interno bruto. Para ello se deben aumentar anualmente en 0.25 puntos del PIB los recursos que se destinan a la salud. De igual manera, debe cambiarse la forma en la que se asignan los recursos a las entidades federativas, a los programas de atención personal y colectiva y al capítulo de desarrollo de la infraestructura.

Adicionalmente, México requiere de un primer nivel de atención médica diferente, fortalecido y organizado a partir de la medicina familiar. Por supuesto se deben definir prioridades que tienen que ser apoyadas presupuestal y organizativamente y dentro de las cuales deben estar la prevención, los programas de detección temprana de riesgos y enfermedades, los temas relacionados con la regulación sanitaria, el impulso a la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico, al igual que la vigilancia epidemiológica, la supervisión y evaluación de los servicios, así como la rendición de cuentas.

Finalmente, cabe señalar que existen grandes problemas de salud que deben ser enfrentados de una manera diferente. Ahí están, entre muchos otros, los casos de las enfermedades no transmisibles; el de la salud de las mujeres, las niñas, niños y jóvenes; el de la atención del adulto mayor; los relativos a la salud mental y las adicciones; el embarazo de niñas y adolescentes; los trasplantes; los accidentes y las muertes violentas; al igual que los grandes problemas éticos que enfrenta la salud hoy en día. El esfuerzo es grande, pero el trabajo vale la pena. Los resultados se reflejarán necesariamente en la mejoría de los indicadores de salud y en la calidad de vida de nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

- CIEP [2022], *Implicaciones del paquete económico 2023*, México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria.
- Coneval [2023], *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo. 2023*, México, Coneval, <<https://tinyurl.com/yx8fyfev>>.

- Coneval [2022], *Documento de análisis sobre la medición multidimensional de la pobreza*, México, Coneval, <<https://tinyurl.com/7nnzdenb>>.
- DGEI-SSA [2011], Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010, México, Secretaría de Salud, <https://www.saludnl.gob.mx/drupal/sites/default/files/I_HISTO_DE_ESTA_V_NAC_Y_DEFU_1893_2010.pdf>.
- Inegi [2022], *Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2022*, Comunicado de prensa 644/23, Aguascalientes, Inegi, <<https://tinyurl.com/4y29e2wr>>.
- Inegi [2020a], *Censos de Población y Vivienda 1980 y 2020*, México, Aguascalientes, Inegi, <<https://tinyurl.com/2zd5uehb>>.
- Inegi [2020b], *Nota técnica. Estadística de defunciones registradas 2020*, Aguascalientes, Inegi, <<https://tinyurl.com/fn9ee38r>>.
- Informes de Gobierno [2002, 2017], *Anexos estadísticos*, México, <<https://tinyurl.com/yk7er6p2>>.
- OCDE [2021], *Panorama de la Salud 2021*, Indicadores de la OCDE: <<https://tinyurl.com/55frp7rs>>.
- OPS [2022], *Portal de indicadores*. Organización Panamericana de la Salud: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>>.
- Secretaría de Salud [2011], *Información histórica de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones, 1839-2010*, México, Secretaría de Salud, <<https://tinyurl.com/4haha8nv>>.

5. EL FINANCIAMIENTO PARA UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL EN MÉXICO

*Alejandra Macías Sánchez
Judith Senyacen Méndez Méndez*

INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) impulsa la Cobertura Universal en Salud (CUS) como parte fundamental de sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con el objetivo claro de abordar la pobreza, preservar la integridad del planeta y asegurar la prosperidad global. Este enfoque se basa en la premisa de que la CUS tiene un impacto directo en la salud de las poblaciones, contribuye a la productividad de las comunidades y, al mismo tiempo, ofrece un escudo financiero ante gastos catastróficos relacionados con la salud [ONU, 2015].

En el contexto mexicano, durante los primeros 20 años del siglo XXI se han implementado diversas acciones para ampliar el acceso a la salud. Con la creación e implementación del Seguro Popular se reflejó un aumento significativo en la afiliación, que alcanzó al 89.5 % de la población en 2018, según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) [2019]. A pesar de estos avances, la búsqueda de una cobertura efectiva, que garantice atención oportuna y de calidad, se sigue enfrentando a desafíos considerables, marcados por la ausencia de una reforma integral en el sistema de salud y la disminución progresiva del presupuesto asignado a la salud en relación con el producto interno bruto (PIB).

En 2010 desaparece el Seguro Popular y se crea el Insabi con el objetivo de que todos los habitantes de México reciban atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos, los materiales de curación y los exámenes clínicos [Secretaría de Salud, 2020]. La intención era reducir de 22.4 millones de personas sin afiliación a servicios médicos en 2018 a 11.8 millones en 2024. Sin embargo, esta nueva política del sector salud enfrenta varios obstáculos, incluso la pandemia por covid-19 y la ambigüedad en su operación a nivel federal y en las entidades federativas. En 2023 se anunció la desaparición del Insabi para encargar la exigente tarea de un sistema universal de salud al IMSS-Bienestar. Para 2023, México seguía sin un sistema de salud universal.

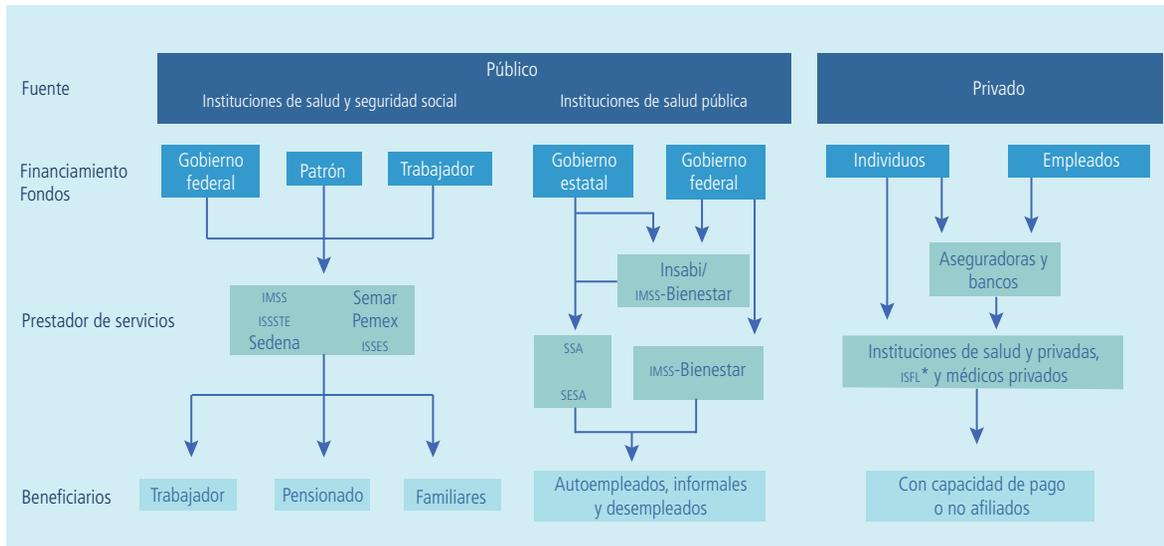
Este panorama destaca la necesidad crítica de encontrar fuentes de financiamiento que aseguren la accesibilidad, calidad, equidad y eficiencia en los servicios

de salud. Para que un país alcance la ansiada CUS, es imperativo cumplir con los criterios definidos por la Organización Mundial de la Salud [OMS, 2023], que incluyen aspectos como calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad, respaldados por una sólida capacidad física, técnica y humana.

NUESTRO SISTEMA DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud (SNS), según el artículo 5 de la *Ley General de Salud* (LGS), está integrado por dependencias y entidades de la administración pública federal y local, así como por personas físicas o morales que ofrezcan servicios de salud en los sectores social y privado [Cámara de Diputados, 2017]. La composición del SNS se ilustra en el diagrama 1. En México, el acceso a los servicios de salud se determina en función del nivel de ingreso, empleo o afiliación. Con el objetivo de maximizar el acceso a la salud, el país cuenta con ocho instituciones de salud principales, las cuales se describen a continuación de manera sucinta.

Diagrama 1. Sistema de Salud Mexicano



* Instituciones sin fines de lucro.

Fuente: CIEP, 2023.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El IMSS fue creado en 1943, aprobado por el Congreso de la Unión en 1941 bajo la *Ley del Seguro Social* (LSS); el cual ofrece servicios de salud mediante diversos paquetes de atención, como el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) en el régimen obligatorio,

el Seguro de Salud para la Familia (SSFam) y el Seguro Facultativo, en el régimen voluntario.

En el régimen obligatorio, el SEM cubre a trabajadores y pensionados, así como a sus familiares dependientes económicamente, con prestaciones en especie y en dinero. En el régimen voluntario, el SSFam beneficia a familias con convenio con el IMSS, mientras que el Seguro Facultativo atiende a estudiantes y familiares de trabajadores del IMSS y de la Comisión Federal de Electricidad.

El financiamiento del SEM incluye aportaciones del salario mínimo, del patrón y del trabajador, y cubre a asegurados, pensionados, cónyuges, hijos menores de 16 años y otros familiares, bajo ciertos requisitos. Las enfermedades más tratadas en el IMSS son infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales e infecciones de vías urinarias, aunque existen variaciones regionales [CIEP, 2018].

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Desde 1925, los trabajadores del Estado en México tenían seguridad social por medio de la *Ley General de Pensiones Civiles de Retiro*. El IMSS comenzó a brindar servicios de salud a trabajadores privados en 1944. Sin embargo, se necesitaba una institución similar para los trabajadores del Estado, lo que condujo a la creación de la *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (LISSSTE) en 1960.

La LISSSTE estableció seguros de salud, riesgos del trabajo, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, e invalidez y vida. El seguro de salud abarca atención médica preventiva, curativa, de maternidad y rehabilitación física y mental. El financiamiento proviene de cuotas tripartitas de los trabajadores, las dependencias y el gobierno federal. Los beneficiarios incluyen trabajadores, pensionados, hijos menores de 18 años, padres, cónyuges e hijos mayores de 18 años, bajo ciertos requisitos [CIEP, 2018].

Secretaría de Salud

La evolución del sistema de salud en México incluye hitos como la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en 1943 y la implementación de instituciones especializadas como el IMSS y el Hospital Infantil de México en la misma época. En 1979, se creó el IMSS-Coplamar (hoy IMSS-Bienestar) para atender a la población marginada, y en 2001, se estableció el Seguro Popular (SP) como parte de un plan para avanzar hacia la CUS.

El SP, financiado por beneficiarios y el gobierno, ofrecía dos mecanismos de atención: el aseguramiento subsidiario y el seguro de gastos médicos. El primero abarcaba servicios médicos de primer y segundo nivel, que incluía intervenciones específicas,

y el segundo cubría gastos médicos catastróficos. El financiamiento provenía de cuotas familiares basadas en la capacidad económica, cuotas sociales federales y aportaciones solidarias estatales [CIEP, 2018].

En 2018, el SP tenía 54 923 952 afiliados y se dirigía principalmente a familias sin acceso a otros sistemas de salud. En 2020, el SP desaparece y es sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), cuyo objetivo era que todos los habitantes de México recibieran atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos, los materiales de curación y los exámenes clínicos [Secretaría de Salud, 2020].

Sin embargo, el 25 de abril de 2023, la Cámara de Diputados aprobó la desaparición del Insabi y la transferencia de recursos materiales, humanos y financieros al organismo público descentralizado (OPD) IMSS-Bienestar [Presidencia de la República, 2023]. El objetivo de este OPD sigue siendo universalizar los servicios de salud a la población sin seguridad social; no obstante, nace sin una fuente suficiente y sostenible de recursos [CIEP, 2023]. El IMSS-Bienestar tendrá diferentes alcances por entidad federativa, ya que los convenios son definidos por ambas partes. Las reglas de operación para lo que sería el fondo de atención de enfermedades de alta especialidad se dan a conocer seis meses después de la creación del OPD.

IMSS-Bienestar

En 1973, la LSS se reformó para permitir al IMSS extender sus servicios a grupos no contributivos en condiciones de pobreza. Se estableció una colaboración con la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginales (Coplamar) en 1979, para ampliar la cobertura de servicios de salud en áreas marginadas. Dicha colaboración ha evolucionado con los programas Pronasol, Progresá, Oportunidades y Prospera, actualmente denominada IMSS-Bienestar.

Esta institución incluye atención médica preventiva y curativa, así como programas específicos para mejorar la nutrición y fomentar el autocuidado de la salud. Estos servicios se ofrecen de manera gratuita a beneficiarios en zonas rurales o urbanas marginadas sin acceso a otros servicios de salud.

El financiamiento proviene del presupuesto público, sin costo para el usuario. Los beneficiarios son la población en general que se encuentre en la zona de cobertura, principalmente en áreas rurales o urbanas marginadas [CIEP, 2018].

Petróleos Mexicanos (Pemex)

El sistema de salud de Pemex, la empresa petrolera estatal de México, tiene sus raíces en la expropiación petrolera de 1938, con la creación de un departamento médico y de

previsión social. A lo largo de los años se han implementado cambios para mejorar la atención médica y social de los empleados.

El paquete de atención, denominado “servicio médico integral”, cubre necesidades médico-quirúrgicas y terapéuticas, especialidades como cirugía reconstructiva y atención odontológica, servicios gineco-obstétricos y programas preventivos. Este servicio es considerado una prestación laboral y no tiene costo para los beneficiarios.

El financiamiento proviene de recursos públicos asignados por el gobierno federal. Los beneficiarios incluyen trabajadores, pensionados, cónyuges, hijos menores, padres y otros familiares, según requisitos específicos [CIEP, 2018].

Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM)

El ISSFAM tiene sus antecedentes desde 1829, cuando Vicente Guerrero aprobó el Reglamento General de la Gran Casa Nacional de Inválidos para brindar protección y asilo a militares por servicios a la patria. Desde 1917, todos los militares tienen garantías sociales, y en 1926 se incorporó la *Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y la Armada Nacional*. El ISSFAM fue creado en 1961 para proporcionar prestaciones sociales, económicas y de salud a militares activos o retirados, así como a sus derechohabientes, pensionistas y beneficiarios.

Los paquetes de atención del ISSFAM incluyen atención médico-quirúrgica y hospitalaria y servicio materno-infantil. Los servicios abarcan desde asistencia médica hasta educación higiénica y atención obstétrica. La financiación del instituto proviene de cuotas de militares y familiares, aportaciones del gobierno federal y fondos específicos del instituto. Los beneficiarios del ISSFAM son militares activos, pensionados, cónyuges, hijos menores, padres y otros familiares, según requisitos específicos [CIEP, 2018].

Instituciones privadas y otras no gubernamentales

El seguro médico privado en México tiene sus raíces en el siglo XX, caracterizado por un contrato entre el asegurado y la aseguradora para indemnizar gastos médicos relacionados con un accidente o una enfermedad cubierta. Estos seguros fomentan el cuidado de la salud y reducen el riesgo moral mediante deducibles, coaseguros y copagos.

Las instituciones privadas de seguros ofrecen tres tipos de contratos: gastos médicos mayores, accidentes personales y gastos en salud. Los fondos de aseguramiento se distribuyen en el 87.6 %, el 9.2 %, y el 3.2 %, respectivamente. El financiamiento proviene de contribuciones voluntarias de individuos o empresas, con fondos que estiman

riesgos y subsidian mediante mecanismos de mancomunicación. Los beneficiarios son los asegurados dentro del contrato, y la posibilidad de cubrir a cónyuges, hijos u otros dependientes económicos debe especificarse en la póliza.

Además, el sector privado también incluye las clínicas y consultorios privados de médicos particulares, así como los consultorios adyacentes a farmacias, los cuales se han hecho muy populares [CIEP, 2018].

UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL

La OMS establece que el objetivo de la CUS es asegurar servicios de salud de calidad para todas las personas que los necesiten, sin poner en riesgo su situación económica [OMS, 2023]. La CUS comprende tres dimensiones: afiliación, gasto o seguridad financiera y servicios de atención, representadas en un cubo o prisma (figura 1). La afiliación se refiere al acceso a los servicios de salud para la población (eje x : ¿quién está cubierto?). La seguridad financiera busca evitar poner en riesgo la situación económica de las personas debido al pago de la atención a la salud (eje y : ¿qué proporción de los costos están cubiertos?). Los servicios de atención, capacidad y acceso buscan brindar los paquetes de salud que demandan las personas, considerando la situación sociodemográfica nacional (eje z : ¿qué servicios están cubiertos?) [CIEP, 2018].

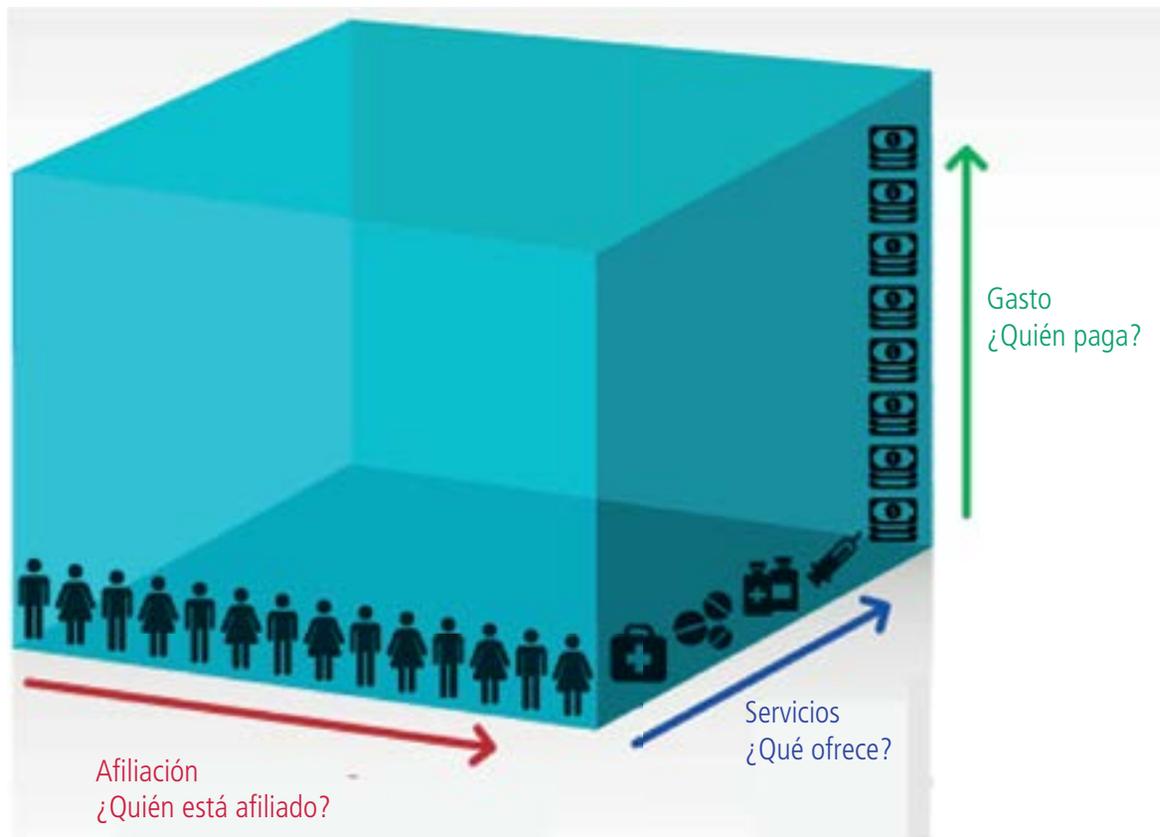
El Informe Global de Monitoreo de la Cobertura Universal en Salud presenta el avance en CUS para 194 países [WHO, 2023], que se enfoca en intervenciones y servicios de salud básicos o esenciales, con independencia de las condiciones demográficas, epidemiológicas y económicas. México ha alcanzado un indicador del 76 %, catalogado como alto, aunque con diferencias significativas por indicador. Por ejemplo, se calcula un 80 % de cobertura en servicios de atención prenatal y un 61 % en el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Las disparidades en la CUS no sólo se presentan por intervenciones o enfermedades, sino también por entidad federativa, nivel de ingresos y, sobre todo, por instituciones o programas de atención a la salud. La fragmentación del Sistema Nacional de Salud (SNS) hace que la cobertura varíe según la institución o el programa al que tiene acceso cada mexicano. Por lo tanto, es necesario analizar cada subsistema de salud en las dimensiones de afiliación, gasto y servicios de atención correspondientes [CIEP, 2018].

Afiliar al 100 % de la población a alguna institución o programa de salud es una condición necesaria, pero no suficiente, para lograr la CUS. Esto no puede considerarse sólo como un tema presupuestario, sino como un fenómeno que implica la alineación

de la inclusión de las personas a los servicios de salud, del financiamiento público y privado para brindarles atención, así como de los elementos físicos y humanos necesarios para ofrecer los servicios.

Figura 1. Cubo de cus



Fuente: CIEP, 2018.

LA CUS EN MÉXICO EN 2022

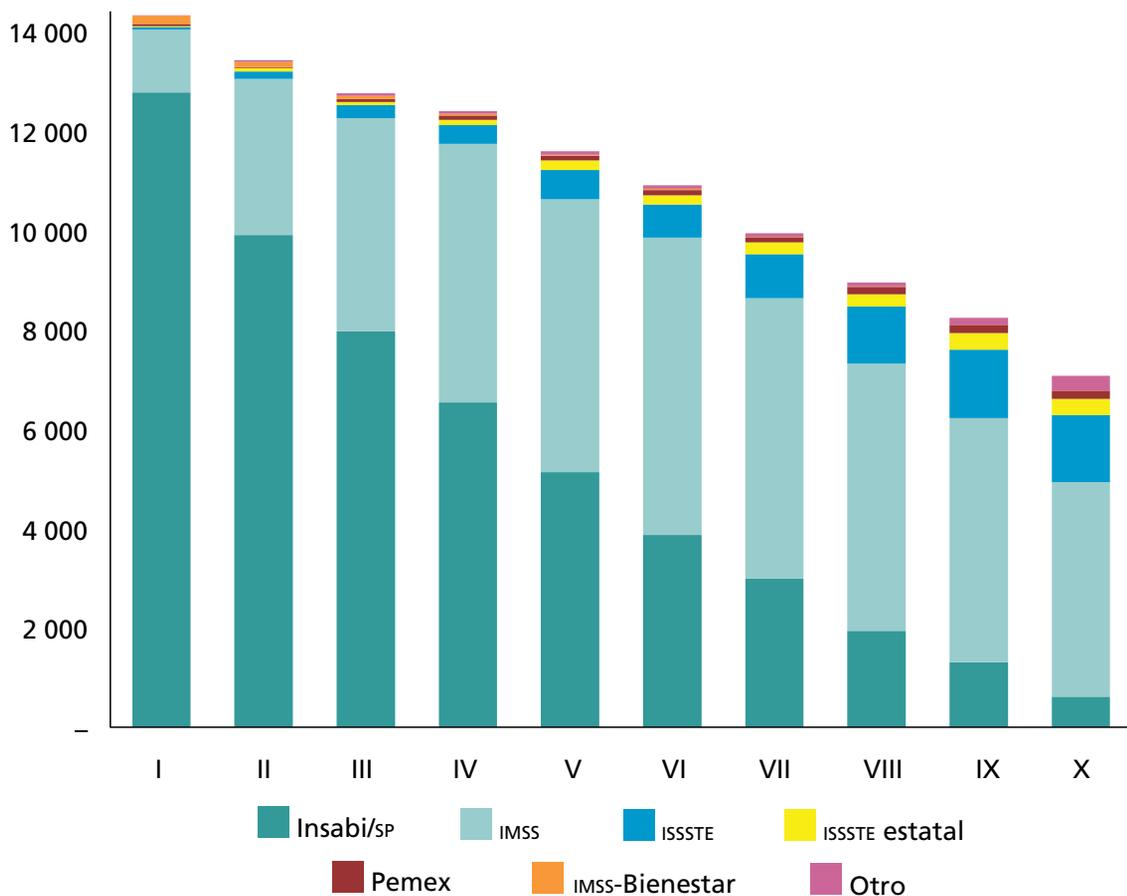
Con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 2022, se analizaron las tres dimensiones de la CUS con el objetivo de observar si ya se cuenta con un sistema de salud universal con las modificaciones que se han llevado a cabo en la política de salud durante los últimos años.

Afiliación

La primera dimensión de la CUS es la afiliación. En 2022, de acuerdo con la ENIGH, la población que se autorreporta como no beneficiaria de alguna institución pública de salud aumentó hasta alcanzar alrededor del 42 % de la población total, lejos del 15 % que, en 2018, se reportaba fuera del sistema público de salud. Esto significa que son 13.4 millones de personas más de las que se desconoce si están afiliadas a instituciones públicas de salud y que el porcentaje de población que se autorreporta afiliada cayó del 69 % en 2020 al 57 % en 2022 (gráficas 1, 2 y 3) [CIEP, 2023].

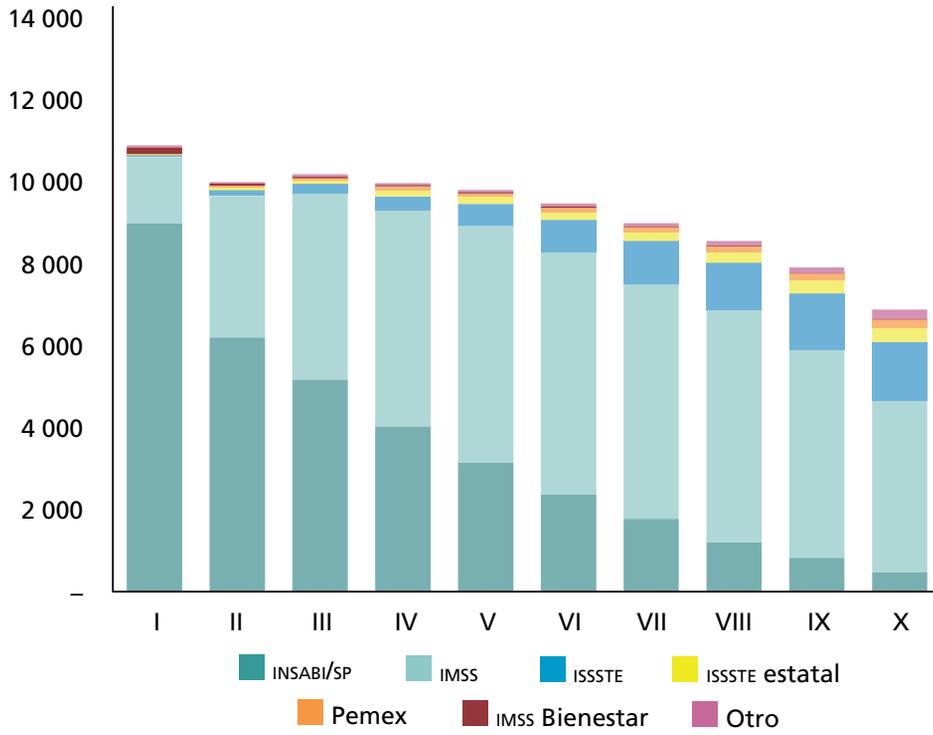
Lo anterior muestra un retroceso en esta dimensión, la cual, en muchas ocasiones, se utiliza para indicar que existe una cobertura universal. La falta de claridad en la operación del Insabi, y ahora del IMSS-Bienestar, resulta en que las personas no saben a qué institución acudir para recibir servicios médicos.

Gráfica 1. Afiliación por institución, 2018



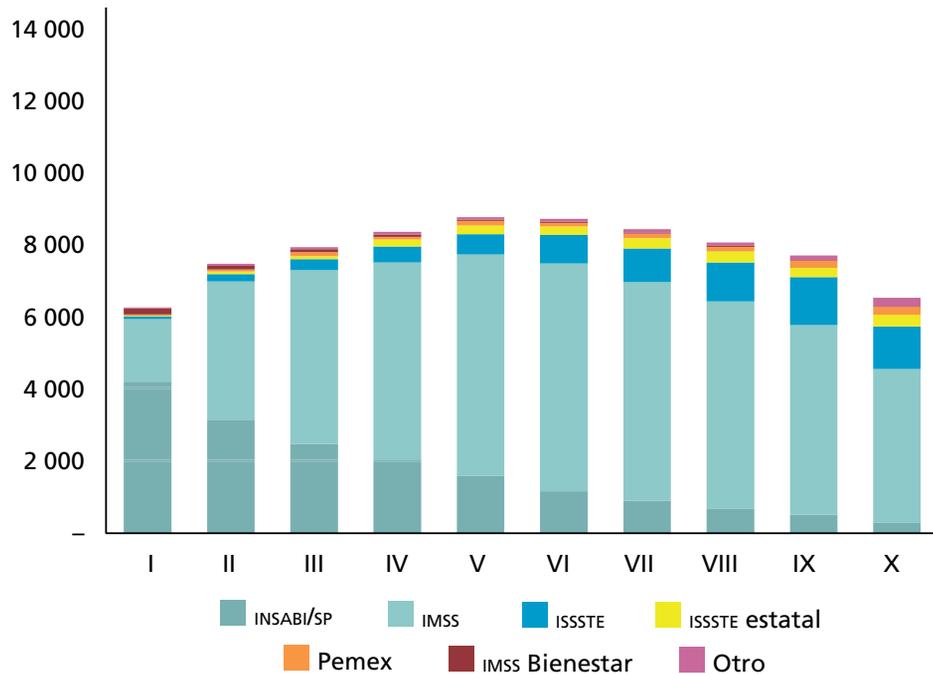
Fuente: CIEP, 2023.

Gráfica 2. Afiliación por institución, 2020



Fuente: CIEP, 2023.

Gráfica 3. Afiliación por institución, 2022



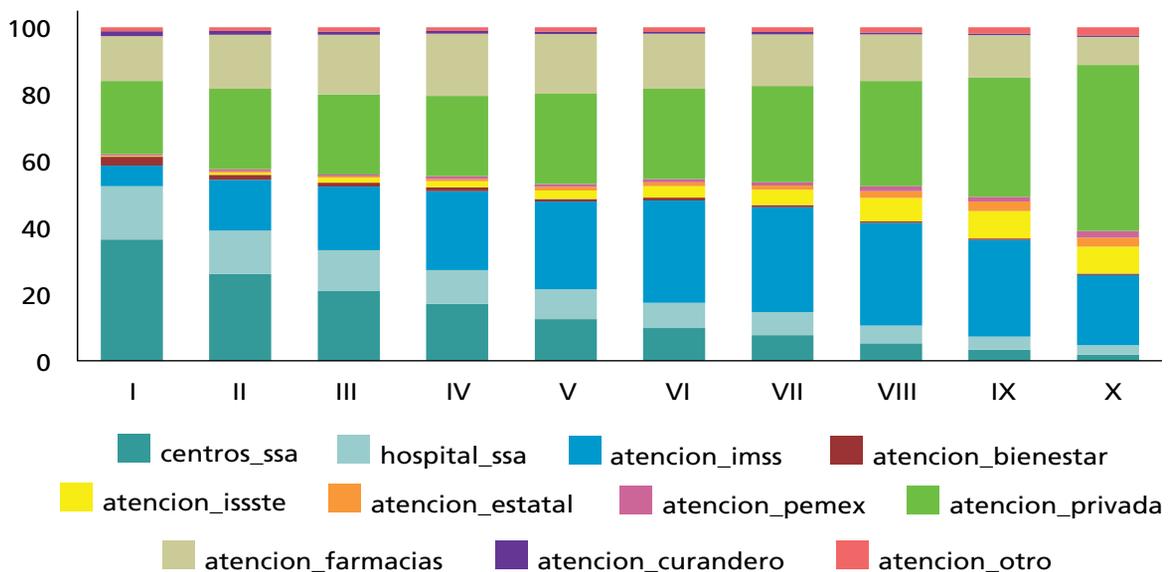
Fuente: CIEP, 2023.

Cobertura efectiva

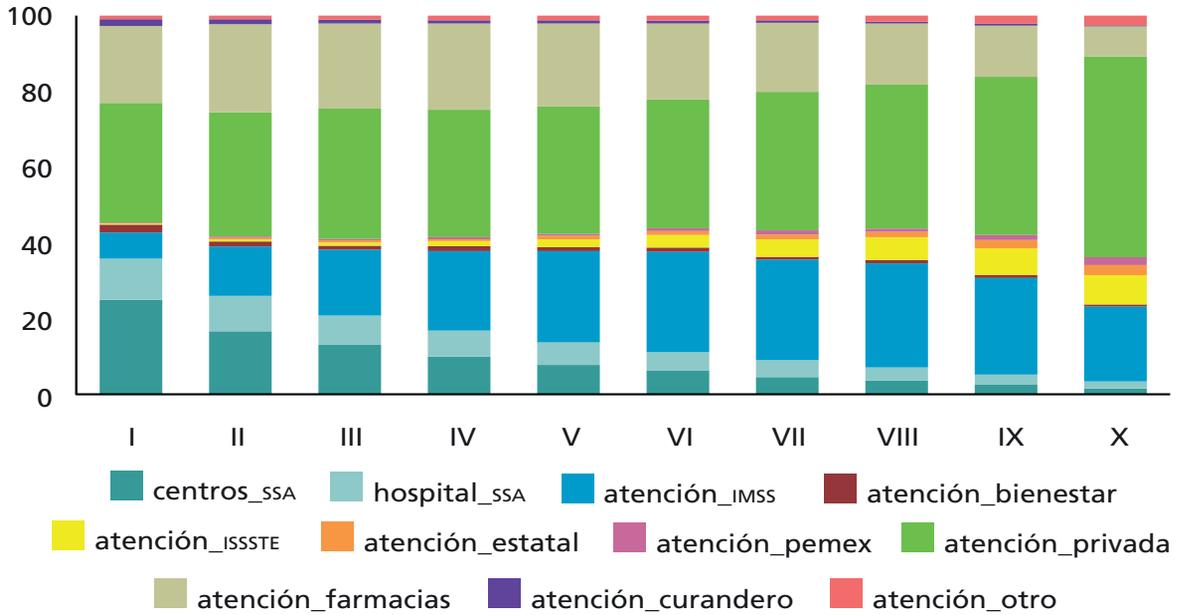
Además de la afiliación, debe considerarse la cobertura efectiva, la cual se refiere al uso de los servicios médicos en el momento en que las personas los necesitan y los buscan. En este sentido, la menor cobertura por afiliación se refleja en la caída en la tasa de atención efectiva. Aunque menos población se reportó afiliada, el número de personas que reportó una necesidad de salud aumentó y la población que efectivamente recibió atención en el sistema público fue menor a la atendida en 2018. En total, 55 millones de personas necesitaron atención médica y 41 millones la recibieron, sin embargo, el 60 % de las personas lo hicieron en el sistema privado (gráficas 4, 5 y 6) [CIEP, 2023].

La insuficiencia del sistema público de salud ante las necesidades de la población tiene diversas causas que van desde temas de gobernanza, de logística, de administración, la fragmentación del sistema, entre otros. Sin embargo, una variable que persiste en diferentes administraciones es la falta de presupuesto.

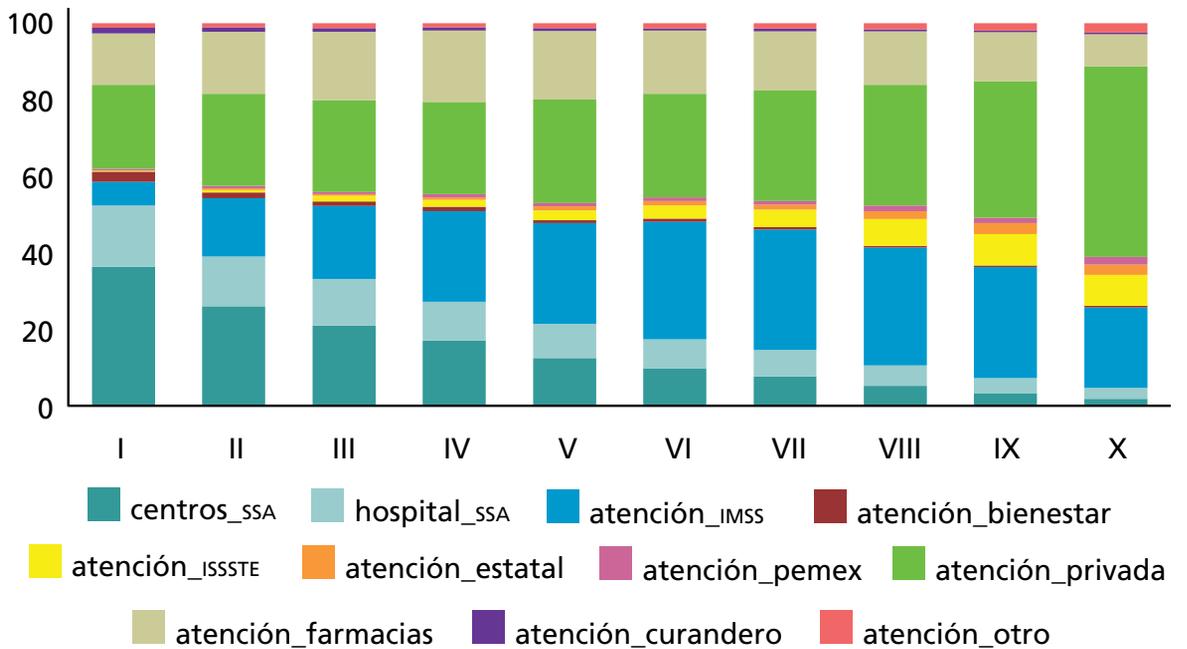
Gráfica 4. Cobertura efectiva, 2018



Gráfica 5. Cobertura efectiva, 2020



Gráfica 6. Cobertura efectiva, 2018 a 2020



SERVICIOS

La segunda dimensión de la CUS son los servicios médicos que se otorgan a la población, lo que incluye diagnósticos e intervenciones, así como capacidad de atención y acceso. En el cuadro 1 se observa cómo instituciones como el IMSS, el ISSSTE y Pemex proveen de 8 000 diagnósticos e intervenciones, mientras que el Seguro Popular otorgaba 1 603 y el IMSS-Bienestar solamente 50, principalmente diagnósticos. Lo anterior levanta la duda de que el IMSS-Bienestar sea capaz de otorgar el nivel de servicios que requiere una CUS.

Cuadro 1. Diagnósticos e intervenciones. Catálogo por instituciones

Descripción	IMSS	ISSSTE	Pemex	Seguro Popular	IMSS-Bienestar
Maternas	651	-	-	171	0
Transmisibles	689	-	-	330	0
No transmisibles	4597	-	-	705	4
Causas externas	1 499	-	-	305	7
Salud pública	564	-	-	92	39
Total	8 000	8 000	8 000	1 603	50

Fuente: CIEP, 2018.

De igual manera, en el cuadro 2 se muestran indicadores de capacidad de atención y acceso de las distintas instituciones de salud en México y se hace una comparación con los niveles promedio de los países de la OCDE. Ninguna de las instituciones mexicanas alcanza el promedio de los indicadores de la OCDE. Pemex es la institución con más camas censables y totales por cada 100 000 derechohabientes, mientras que IMSS-Bienestar tiene los números más bajos. Lo anterior quiere decir que, en general, el sistema de salud mexicano no cuenta con la capacidad de atención, ni acceso para tener una cobertura universal.

**Cuadro 2. Capacidad y acceso: indicadores por instituciones
(por cada 100 000 derechohabientes)**

Descripción	OCDE	IMSS	ISSSTE	Pemex	Seguro Popular	IMSS-Bienestar
Camas censables	3.3	0.7	1	2.5	0.7	0.2
Camas totales	4.8	1.1	1.6	3.7	1.2	0.3
Médicos	3.3	1.7	3	7.2	1.8	0.6
Enfermería	9.1	2.3	3.1	7.5	2.6	1

Fuente: CIEP, 2018.

Gasto de bolsillo

La tercera dimensión de la CUS es el financiamiento o la protección económica de las personas. Para ello, se analizan dos aspectos, el primero, que se incluye en este apartado, es el gasto de bolsillo de los hogares; el segundo, es el financiamiento público que se aborda de manera más amplia en la siguiente sección.

El gasto de bolsillo se refiere a la proporción que los hogares absorben de su bolsillo para financiar los servicios médicos que requieren. La OMS recomienda que la combinación entre gasto público y gasto privado o de bolsillo sea del 80 % el primero y del 20 % el segundo. En el caso mexicano, los únicos hogares que en 2018 cumplían con esta proporción eran aquellos afiliados a Pemex.

Para 2022, la falta de atención descrita anteriormente se reflejó en el aumento del 30 % en el gasto de bolsillo de los hogares. Esto indica que, en promedio, los hogares gastan más en conceptos relacionados con la salud ahora que lo que gastaban con el Seguro Popular. De manera particular, en compra de medicamentos sin receta, ya que los hogares de menores ingresos duplicaron este gasto [CIEP, 2023].

Además, el gasto de bolsillo de los hogares por afiliación aumentó en todas las instituciones. Los mayores incrementos se reportan en el ISSSTE y el Insabi que destinaron, respectivamente, el 46 % y el 41 % más que en 2018 (cuadro 3).

Cuadro 3. Gasto de los hogares en salud (MXN), 2022

Institución	2018	2022	Diferencia (\$)	Variación (%)
Insabi	3 377	4 776	1 399	41
IMSS	4 538	5 350	812	18
ISSSTE	6 746	9 881	3 135	46
Pemex	4 357	5 154	797	18
IMSS-Bienestar	2 767	3 310	543	20
Sin afiliación	5 228	5 572	344	7

Fuente: CIEP, 2023.

En cuanto al gasto específico de medicamentos, resalta el aumento de más del 100 % en los hogares con menos ingresos respecto a lo que destinaban a este rubro en 2018, lo que quiere decir que gastaron más del doble en este concepto. Esto se relaciona con la falta de atención y el desbaste de medicinas generalizado. A nivel nacional, el incremento fue del 39 % comparado con 2018 (cuadro 4).

Cuadro 4. Gasto de los hogares en medicamentos, 2022

Decil	2018	2022	Diferencia (\$)	Variación (%)
I	211	427	216	101.9
II	279	559	280	100.6
III	383	557	174	45.6
IV	440	729	289	65.7
V	440	723	283	64
VI	628	909	281	45
VII	733	986	253	34
VIII	864	1 169	305	35
IX	1 351	1 552	201	15
X	2 360	2 795	435	18
Nacional	656	912	256	39

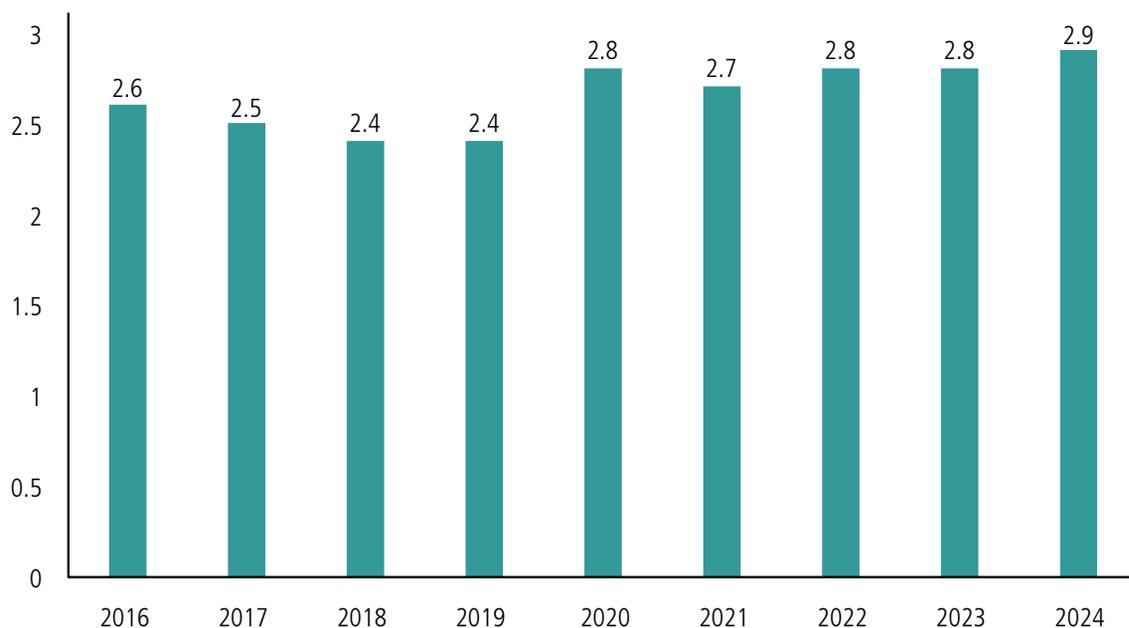
Fuente: CIEP, 2023.

FINANCIAMIENTO PÚBLICO DEL SISTEMA DE SALUD

El último aspecto relacionado con la protección económica que forma parte de la CUS es el financiamiento público del sector salud. No se puede pensar en un sistema universal de salud sin financiamiento suficiente. Más allá de las medidas de austeridad y eficiencia que puedan existir, la transición demográfica, con su respectiva transición epidemiológica presenta retos donde las enfermedades crónico-degenerativas han empezado a sustituir de manera creciente las enfermedades infecciosas [CIEP, 2019].

La recomendación de la OMS es que un país destine al menos el 6 % del PIB al sector salud. Sin embargo, México gasta menos del 3 % del PIB de manera consistente desde 2016 (gráfica 7). Ni con las reformas anunciadas ni con la pandemia se han utilizado más recursos para poder tener el tan anhelado sistema de salud universal. Es importante destacar que no hay política pública sin presupuestos y es evidente, con base en la información presentada, que los servicios y la capacidad de atención del sistema de salud es deficiente, por ello es necesario invertir más para lograr la CUS.

Gráfica 7. Evolución del gasto y perspectivas para 2024



Fuente: CIEP, 2023.

GASTO PER CÁPITA

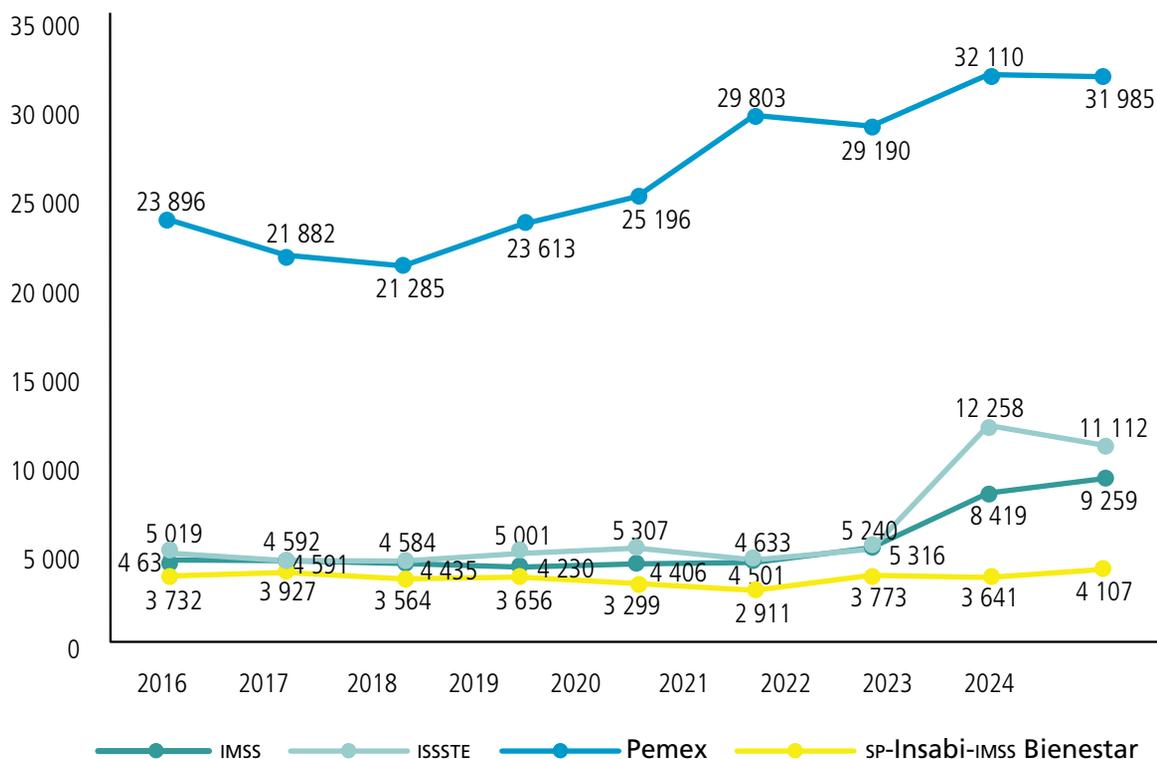
Al analizar el gasto por afiliado o por persona que debería atender cada una de las instituciones de salud, encontramos que la distribución del gasto genera desigualdades entre las personas. En la gráfica 8 se puede observar que el gasto para los afiliados al sistema de salud de Pemex es 7.8 veces mayor que el gasto por persona que destina el IMSS-Bienestar y que cubre a las personas sin seguridad social; y más del doble de lo que se destina en el IMSS o el ISSSTE. Esta información refuerza la falta de inversión en las instituciones de salud que atienden a más personas.

¿CUÁNTO MÁS NECESITAMOS PARA TENER UN SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD?

Con base en un estudio del CIEP sobre impactos presupuestarios [CIEP, 2019], se presentan algunos escenarios para vislumbrar la magnitud de los recursos públicos que se necesitarían para tener una cobertura universal en salud.

En un primer escenario se utiliza el gasto per cápita del Seguro Popular y el gasto per cápita del IMSS y se aplica a toda la población sin seguridad social. Algunos supuestos fueron que la tasa de atención aproximada es del 40 % [CIEP, 2018], el gasto per cápita por afiliado refleja los costos de salud, se utilizan las cifras de autorreporte de la ENIGH como mejor *proxy* de afiliación, y que la infraestructura, como los recursos físicos y humanos están disponibles para atender a la población considerada.

Gráfica 8. Gasto per cápita en salud (pesos 2024), 2016 a 2024



Fuente: CIEP, 2023.

En el segundo escenario se utiliza el gasto per cápita del SP y el gasto per cápita del IMSS por usuario, es decir, a las personas que reportaron tener alguna necesidad de salud en la ENIGH 2022. Dado que el número de usuarios es menor al de afiliados, el gasto per cápita es más elevado que en el primer escenario. Dicho gasto se aplica a toda la población sin seguridad social. Los supuestos en este caso son los mismos que en el primer escenario, excepto la tasa de atención del 40 por ciento.

En el tercer escenario se toman los costos de atención a la salud en intervenciones seleccionadas, es decir, en un paquete de atención mínimo para todas las personas sin seguridad social. Se utilizaron tres categorías: 1) enfermedades más comunes: se cubre un total de 12 enfermedades infecciosas; 2) prevención: se costea con nueve grupos de edad; 3) paquete esencial: se utiliza un paquete de servicios esenciales definido por la OMS que incluye intervenciones maternas, infantiles, infecciosas (diferentes al inciso 1) y crónico-degenerativas adaptadas al caso mexicano según el perfil epidemiológico del país.

Estimar el costo de las intervenciones de salud contribuye a dimensionar los costos de la atención a la salud y las implicaciones de contar con un paquete ilimitado de servicios. Además, permite realizar comparaciones pertinentes con las estimaciones de gasto per cápita por afiliación y por usuario.

Los supuestos para este escenario son que los costos de las intervenciones son representativos, que la inflación de los costos de salud es igual a inflación general, y que existen infraestructura, recursos físicos y humanos para atender a la población considerada.

Los resultados de las estimaciones se presentan en el cuadro 5, como el complemento del presupuesto que ya se gasta en el sector salud para poder contar con un sistema de salud universal. Los recursos van desde 1.21 puntos del PIB extra al 2.9 % del PIB que ya se destina al sector, hasta 3.63 puntos más. Lo anterior nos indica que deberíamos estar gastando entre el 4.11 % y el 6.53 % del PIB para realmente cumplir con una CUS.

Cuadro 5. Impacto presupuestario (puntos del PIB) por escenarios

Gasto per cápita por afiliación	Para toda la población sin seguridad social
Gasto per cápita de SP	1.21
Gasto per cápita de IMSS	1.77
Gasto por usuario	Para toda la población sin seguridad social
Gasto per cápita del SP	1.6
Gasto per cápita del IMSS	3.63
Costos de salud	Para toda la población sin seguridad social
	2.5

Fuente: CIEP, 2019.

LA FALTA DE INVERSIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

La gran pregunta es ¿por qué no se financia de manera suficiente el sistema de salud si es un derecho humano y si ha sido una de las prioridades de al menos los dos últimos sexenios? Entre las razones por las que los recursos siguen siendo insuficientes es que los servicios de salud se utilizan cuando se necesitan, por tanto, no tienen nombre, apellido, ni periodicidad, contrario a lo que sucede con, por ejemplo, las pensiones o el gasto educativo que tienen una población objetivo bien definida. En el caso de las pensiones, se argumenta que son derechos adquiridos por el trabajo realizado y, en el caso de la educación, la *Ley General de Educación* establece que se debe gastar el 8 % del PIB en este sector, aunque no se alcanza este nivel.

Además, año con año, los gastos ineludibles, los cuales incluyen el gasto en pensiones, costo de la deuda y gasto federalizado, entre otros, consumen más del 80 % del presupuesto y van en ascenso. Para 2024, queda un espacio fiscal del 0.9 % del

PIB para poder hacer algo diferente dentro del inercial Presupuesto de Egresos. La salud no es un gasto ineludible.

Otra razón es el vínculo que existe entre la provisión de servicios de salud y el estatus laboral. Diferenciar a la población entre formal e informal hace más difícil financiar la atención y genera desigualdades importantes. El sistema de salud se debe pensar universal sin hacer estas diferencias por el tipo de trabajo y por instituciones.

CONCLUSIONES

Con la estructura de gasto que tenemos ahora será difícil encontrar espacio fiscal para destinar más recursos a la salud. Además, la fragmentación del sistema de salud, nacional y estatal no ha permitido consolidar un solo sistema de salud para todos. Será necesario pensar en aumentar los ingresos fiscales con una combinación equilibrada de recursos de impuestos generales e impuestos sobre la nómina, que además sean dirigidos al sector salud por la vía de etiquetar alguna porción de estos ingresos. El gobierno debe realizar un esfuerzo considerable para aumentar la participación del gasto en salud.

Asimismo, debe impulsarse una mejor asignación y distribución de ese gasto, mediante un nuevo modelo de integración de diferentes fuentes y el uso de la tecnología para tener eficiencias en el gasto y en la atención de las personas. Sobre todo, para hacer más ágiles los procesos y decisiones entre instituciones, aunque sería mucho mejor homologar servicios y costos, contar con un expediente único y diversificar las fuentes de financiamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Cámara de Diputados [2017], Ley General de Salud, artículo 5°, <<https://tinyurl.com/zewsapty>>.

CIEP [2023a], *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022*, México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, <<https://tinyurl.com/4cv3xfw9>>.

CIEP [2023b], *El sistema de salud en México contado por la Dra. Ana Tomía*, México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, <<https://saludenmexico.ciep.mx/>>.

CIEP [2023c], *Implicaciones de Paquete Económico 2024*, México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, <<https://tinyurl.com/3deanwk6>>.

- CIEP [2023d], *IMSS Bienestar: Estimación del impacto presupuestario*, México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, <<https://tinyurl.com/ydcesdyt>>.
- CIEP [2019], *Consideraciones de impacto presupuestario ante la iniciativa de creación del Insabi*, México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, <<https://tinyurl.com/2khumhp4>>.
- CIEP [2018], *Sistema Universal de Salud. Retos de cobertura y financiamiento*, México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, <<https://tinyurl.com/u3pp7vjm>>.
- Inegi [2021], *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2020, nueva serie*, Aguascalientes, Inegi, <<https://tinyurl.com/mpecwsxp>>.
- Inegi [2019], *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2018, nueva serie*, Aguascalientes, Inegi, <<https://tinyurl.com/2mfdcpw6>>.
- OMS [2023], *Cobertura sanitaria universal*, Ginebra, OMS, <<https://tinyurl.com/zd2mz89h>>.
- ONU [2015], *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Nueva York, ONU, <<https://tinyurl.com/y5xj22b6>>.
- Presidencia de la República [2023], “Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el sistema de salud para el Bienestar”, *Diario Oficial de la Federación*, México, Secretaría de Gobernación, <<https://tinyurl.com/2pfsdwhe>>.
- Secretaría de Salud [2020], “Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar”, *Diario Oficial de la Federación*, México, Secretaría de Gobernación, <<https://tinyurl.com/27h82dty>>.
- WHO [2023], *Tracking universal health coverage. 2023 global monitoring report*. Ginebra, World Health Organization/International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, <<https://tinyurl.com/4y5t4urt>>.

III. EL FUTURO POSIBLE Y EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

6. PRESENTE Y FUTURO DE LA SALUD EN MÉXICO

Salomón Chertorivski Woldenberg

Quien no reconoce la historia, quien no entiende el pasado, no podrá entender la situación actual y, aún menos, pensar en planear hacia el futuro. En las últimas décadas, México ha experimentado transformaciones significativas en su sistema de salud, entre las que destacan iniciativas como el Seguro Popular, que en su momento cumbre logró una cobertura histórica, que extendió protección a más de 53 millones de personas [Secretaría de Salud, 2019]. Sin embargo, el panorama actual presenta desafíos críticos, caracterizados por la desarticulación de servicios y una crisis que ha dejado en evidencia la fragilidad de las estructuras sanitarias, limitando el acceso a la salud, en particular para los grupos más vulnerables de la sociedad. Frente a esta realidad, surge la imperiosa necesidad de reconstruir y reimaginar el futuro de la salud en México, con la visualización de un sistema robusto, integrado y, sobre todo, accesible para todos los ciudadanos, que ponga en el centro la prevención y la calidad, para garantizar no sólo la recuperación de los estragos actuales, sino el bienestar y la prosperidad de generaciones futuras.

El sistema de salud en México se erige como el resultado de una edificación institucional que ha transcurrido a lo largo de numerosos años. Por décadas, se mantuvo un sistema nacional de vacunación que alcanzó una cobertura universal entre la población infantil, un logro no menor en el contexto de la salud pública. Además, se institucionalizó la recopilación sistemática de información, un pilar fundamental para la planificación y la evaluación de variados programas de salud. Esta acumulación de datos ha sido crucial para la adaptación y mejora constante de las políticas y estrategias en el ámbito sanitario. En un esfuerzo por ampliar la cobertura, se idearon y pusieron en marcha esquemas de financiamiento de salud destinados ante todo a aquellos sectores de la población que, debido a su situación laboral, se encontraban desprovistos de cobertura médica. Este avance representó un paso significativo hacia la equidad en el acceso a los servicios de salud. Asimismo, se consolidó un sistema de atención sanitaria estructurado en distintos niveles, que incluía la provisión de servicios especializados al más elevado estándar en el contexto latinoamericano. Este sistema no sólo subrayó el compromiso con la atención médica de calidad, sino que también posicionó a México como un referente en diversas especialidades médicas dentro de la región.

Durante la presente administración, el sistema de salud pública ha enfrentado numerosos desafíos y transformaciones. Aunque ya se reconocían deficiencias y áreas de oportunidad que requerían atención y estrategias correctivas, los cambios recientes en las políticas y la administración de la salud han precipitado una serie de consecuencias, algunas de las cuales han comprometido la estabilidad y la eficacia del sistema.

El primer desacierto fue la eliminación del Seguro Popular, un programa que, a pesar de sus limitaciones, había representado un esfuerzo significativo hacia la universalización de la atención médica. La transición a un nuevo esquema bajo el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) prometía mejoras, pero la falta de una implementación estructurada y consolidada resultó en una plataforma fallida. Recientemente, esta situación llevó a una reasignación de recursos hacia el programa IMSS-Bienestar, un movimiento que ha generado nuevas incertidumbres sobre la dirección y la sostenibilidad del financiamiento en salud, sobre todo para aquellos que no se encuentran cubiertos por la seguridad social.

Un segundo punto de inflexión fue la transferencia de la responsabilidad de la compra de medicamentos. Esta función se desplazó de entidades con experiencia acumulada en la complejidad de la adquisición de fármacos, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a la Secretaría de Hacienda, una decisión que desencadenó una crisis de desabasto nacional. La falta de experiencia y de capacidad en esta área condujo a una escasez generalizada de medicamentos esenciales, lo que afectó la calidad de la atención y puso en riesgo la salud de la población.

Finalmente, la gestión de la pandemia de covid-19 expuso y exacerbó las debilidades del sistema de salud. Una respuesta fragmentada, decisiones políticas controvertidas y la falta de coordinación efectiva resultaron en una crisis sanitaria con profundas repercusiones de corto y largo plazos que colocaron a nuestro país en los primeros lugares de mortalidad durante la emergencia.

Es desde este punto impostergable un replanteamiento del sistema de salud, desde la fragmentación hacia la universalidad. Un nuevo sistema de salud sí es posible. Un sistema centrado en lo preventivo en lugar de lo curativo, donde se brinde atención con calidad homogénea, se considere la sobrevivencia y la muerte digna, sea sostenible fiscalmente, y se abra el espacio para aprovechar el desarrollo de la ciencia y la tecnología. En este texto se discutirá el pasado, el estado actual, y el futuro del sistema de salud al que debemos aspirar todos los mexicanos.

¿DE DÓNDE VENIMOS?

Para abordar el presente y el futuro del sistema de salud en México, resulta imprescindible iniciar con un diagnóstico conciso. México emprendió la cimentación

de sus instituciones sanitarias durante el siglo pasado. Un ejemplo emblemático se remonta al siglo XIX, cuando el doctor Eduardo Liceaga, en una iniciativa pionera, acudió al Instituto Pasteur para adquirir un cerebro de conejo con el objetivo de instaurar el programa de vacunación antirrábica en el país. Con el transcurso de los decenios, este entramado institucional se fue robusteciendo progresivamente.

En el año 1943, se testifica un hito con la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social, una piedra angular en la estructura de salud nacional. Posteriormente, la década de los ochenta presenció una reforma trascendental en la Constitución del país. Esta reforma marcó la transición del modelo bismarckiano preexistente, que concebía la salud como un derecho derivado del ámbito laboral, hacia la cristalización de la salud y su protección como un derecho universal. Emergió, así, una realidad inédita, cuyo propósito primordial residía en la provisión de servicios sanitarios a la población que, hasta entonces, se había visto apartada de este beneficio debido a la ausencia de un empleo formal asalariado. Este cambio representó no sólo una evolución en la política sanitaria, sino también un compromiso renovado con el bienestar integral de todos los mexicanos, independientemente de su estatus laboral.

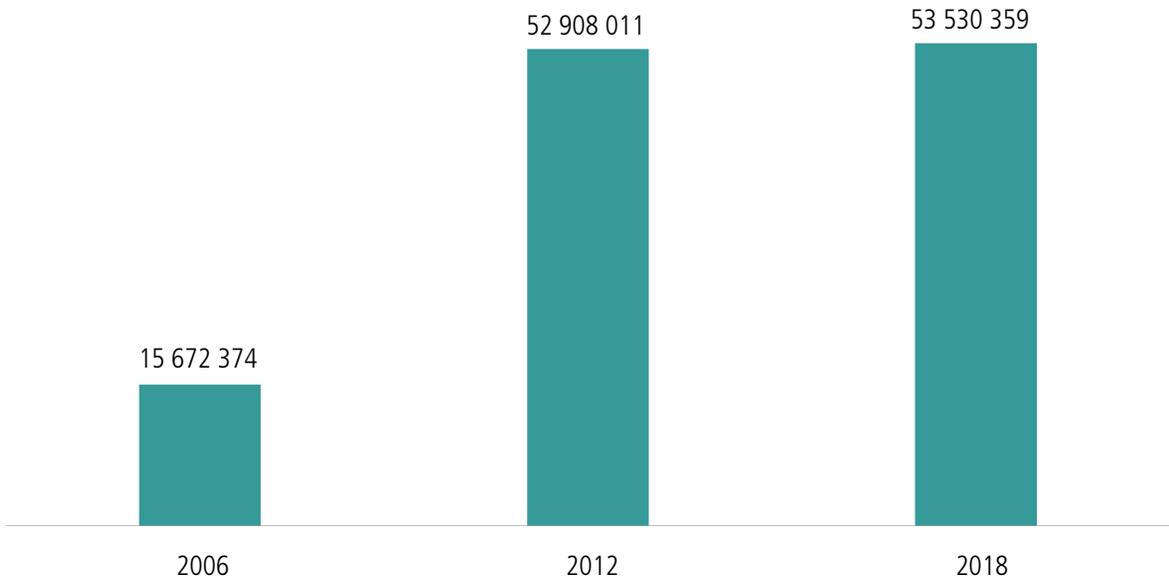
Fue también en la década de los ochenta que el doctor Soberón marcó el inicio de la descentralización de los servicios de salud, lo cual forma parte de la construcción y evolución del sistema de salud que se tenía hasta antes de 2019. Posteriormente, en los noventa, el maestro Kumate estableció lo que, hasta hace poco, se consideraba uno de los sistemas universales de vacunación más relevantes en el mundo en desarrollo. En 2003, un avance significativo se materializó con la iniciativa del doctor Frenk, quien, mediante la creación del Sistema de Protección Social en Salud, proporcionó una certeza financiera mínima a la mitad de la población que carecía de un mecanismo para cubrir sus necesidades de salud. Este sistema, por medio de su brazo operativo, el Seguro Popular, garantizó la cobertura de una amplia gama de padecimientos para 53 millones de mexicanos.

Se hizo evidente un cambio en la distribución de los recursos en la que se veía un marcado contraste con la inversión destinada a las personas con y sin derechohabencia, ya que estos últimos, hasta entonces, recibían escasos recursos o ninguno. Aunque antes la mayor parte se destinaba a la seguridad social, es crucial reconocer que México ha invertido, y sigue haciéndolo, de manera significativa en los beneficiarios de la seguridad social, con recursos de todos los contribuyentes, no sólo de las cuotas obrero-patronales. Fue así como, con la implementación de las fórmulas financieras del Seguro Popular, comenzó a surgir un esquema de financiamiento unificado para todos los mexicanos, un pilar esencial para avanzar hacia la universalización del derecho a la salud.

Con estos recursos, se invirtió en personal, equipo, medicamentos, e infraestructura sanitaria. A pesar de sus imperfecciones, la institución avanzaba en la dirección correcta, sobre todo considerando que el Seguro Popular y la reforma de 2003 a la

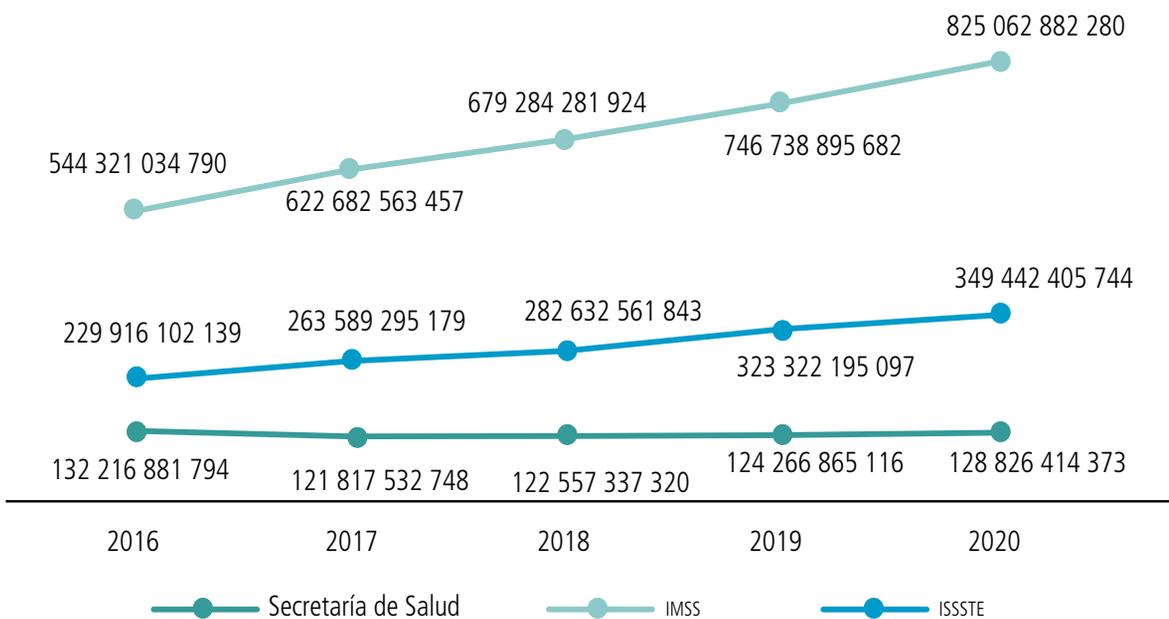
Ley General de Salud se concibieron como una reforma intermedia, un paso hacia la convergencia necesaria para, eventualmente, contemplar un sistema de salud universal e integrado y, sobre todo, financieramente sostenible.

Gráfica 1. Número de personas afiliadas al Seguro Popular



Fuente: elaboración propia con datos de los informes de la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud.

Gráfica 2. Presupuesto* aprobado por institución de salud (2016-2020)

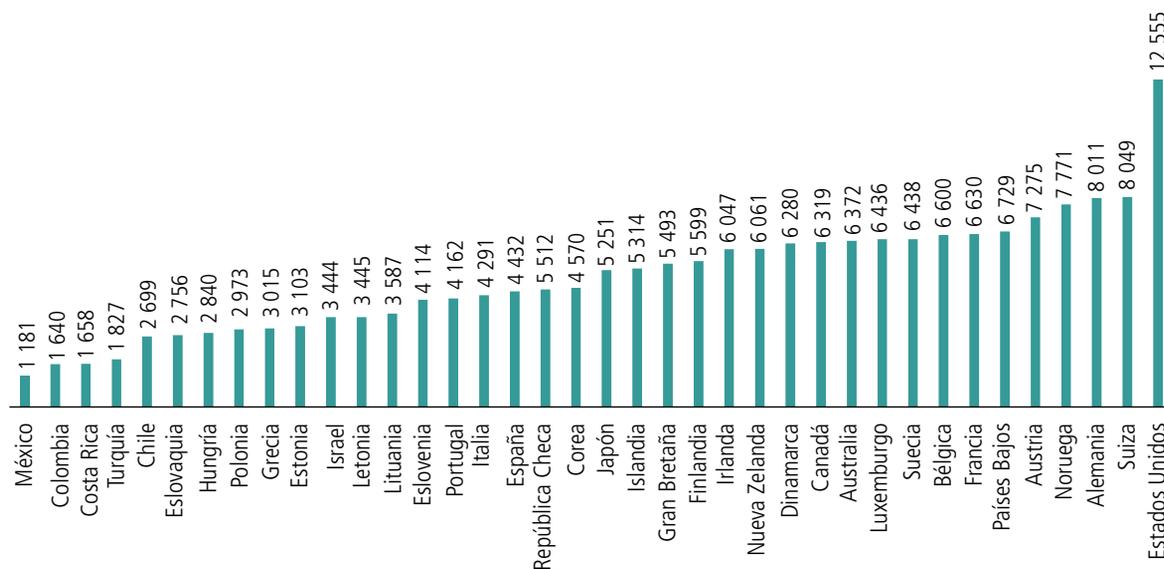


*Pesos constantes.

Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

En cuanto a la toma de decisiones basada en evidencia, instituciones como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición han sido fundamentales para la toma de decisiones y evaluación de los programas de salud. En este sentido, el programa del Seguro Popular fue uno de los más sujetos a evaluaciones, lo que resaltó sus aciertos y sus áreas de mejora. Antes de 2018, México había construido instituciones sólidas, pero también enfrentaba desafíos significativos. El sistema de salud estaba fragmentado y era heterogéneo; la calidad variaba enormemente según la región y el subsistema, a pesar del aumento en el presupuesto para la salud entre 2004 y 2015, visualizado principalmente para las personas de menores recursos atendidas por el Seguro Popular México nunca ha invertido lo necesario en salud.

Gráfica 3. Gasto en salud total per capita (USD) 2022

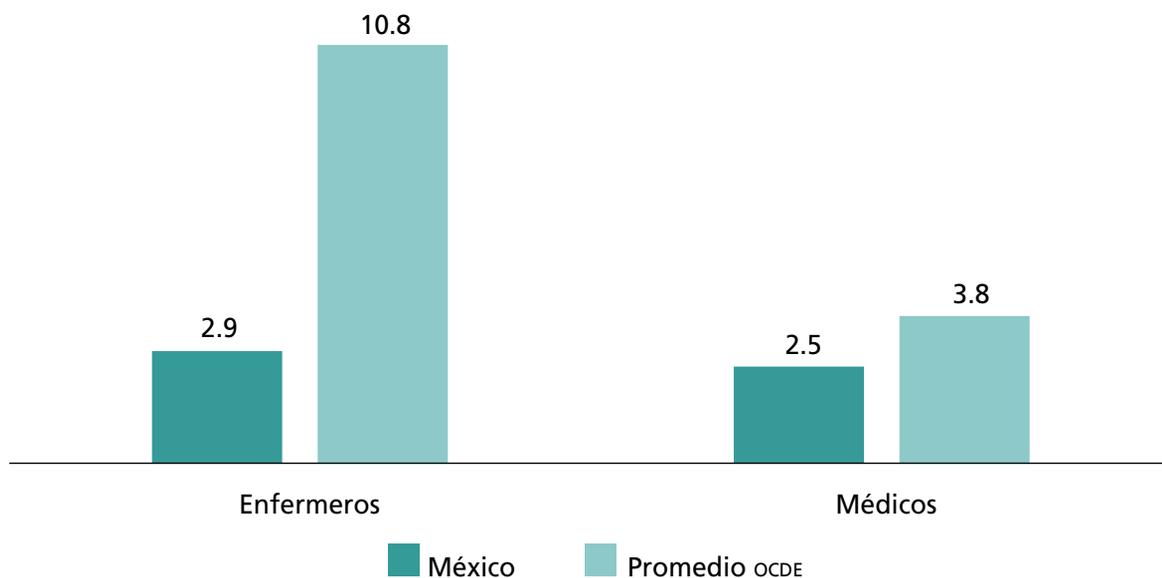


Nota: cifras en dólares.

Fuente: elaboración propia con datos de la OCDE.

Asimismo, la distribución de profesionales médicos y de enfermería es desigual (gráfica 4). Algunas áreas urbanas tienen una alta proporción de médicos per cápita, mientras que regiones rurales o aisladas enfrentan una escasez crítica. Además, se señalaron problemas de corrupción, con casos de malversación de fondos para la salud por parte de algunos gobernadores [Raphael, 2017], en especial durante el periodo de mayores transferencias de recursos a los estados. Aunque se ajustaron las reglas al reconocerse estos problemas, es crucial admitir que aún existían áreas de oportunidad que permitieran fiscalizar mejor estos recursos.

Gráfica 4. Personal médico y de enfermería con respecto al promedio de países de la OCDE



Fuente: elaboración propia con datos de la OCDE.

¿EN QUÉ ANDAMOS?

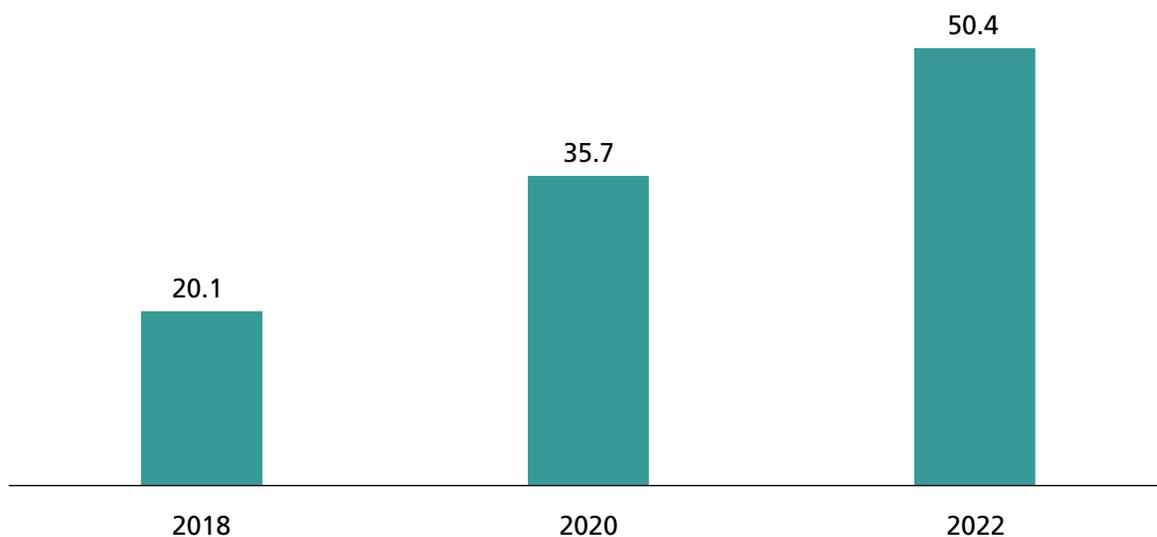
Pero ¿cuál es la situación actual? Hoy enfrentamos tres grandes tsunamis en el sector salud. Es difícil pensar en algún otro momento en el que la salud de los mexicanos se haya puesto en tanto riesgo. Si tenemos que escoger una variable del éxito de la humanidad, ésta podría ser la esperanza de vida al nacer. La esperanza de vida al nacer se ha incrementado conforme la humanidad ha avanzado. Así, de manera constante, en México, desde la Revolución hasta 2020, la esperanza de vida al nacer siempre fue ascendente. En estos últimos años, por primera vez en la historia, al menos desde 1910, hay una pérdida de cuatro años en la esperanza de vida al nacer [Heuveline, 2022].

Con la pasada administración el sistema de salud no se transformó, como se había prometido; al contrario, se puede afirmar que se destruyó. Y esa destrucción deriva principalmente de tres elementos. El primero es la desaparición del sistema de protección social en salud, el Seguro Popular. Y quiero insistirlo, no es que no hubiera fallas ni espacios de oportunidad para mejorar, pero a pesar de todos los aciertos documentados de esta política de salud, se decidió desaparecerla sin miramientos y sustituirla de manera abrupta por otro instrumento llamado Insabi. Este cambio borró las certezas en materia de financiamiento, las certezas en materia de los padecimientos que estaban atendidos y las certezas sobre la atención.

Tomando en cuenta la desaparición del Seguro Popular, así como los últimos datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) del Inegi

y la medición multidimensional de la pobreza del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), sabemos que hoy hay 50.4 millones de mexicanos que no tienen acceso a los sistemas de salud, cuando en 2018 eran sólo 20 millones [Coneval, 2022]. Es decir, 30 millones más de mexicanos en estos años dejaron de tener acceso a un sistema de salud.

Gráfica 5. Personas con carencia de acceso a servicios de salud, en millones de personas (2018-2022)



Fuente: elaboración propia con datos del Coneval.

El segundo gran tsunami es la desaparición del modelo de planeación, compra y distribución de medicamentos. La estimación de la demanda de medicamentos y el proceso de compra, así como la distribución de éstos a todo el territorio nacional, lo que incluye hospitales de tercer nivel hasta clínicas en zonas rurales, son procesos altamente sofisticados. Por ejemplo, se necesitan los estudios de demanda de cuántos medicamentos, de qué tipo y en qué momento del año se van a necesitar en cada uno de los 4 000 puntos de entrega. Este proceso es el mismo para medicamentos desde el paracetamol hasta la mezcla oncológica más compleja. A eso hay que sumarle que todos éstos deben ser entregados considerando las demandas históricas, las epidemiologías de cada región, las rutas de transporte, las condiciones de transporte por tipo de medicamento, las existencias y caducidades.

Estudiar la oferta es también complejo porque, por un lado, se tiene que planear cómo se van a comprar los medicamentos de patente, lo que requiere una negociación por cada proveedor. Y para negociar, y hacerlo bien, se necesita hacer un estudio mundial de los niveles de venta en otros países, el rango de precios, etc. Por otro lado, para los genéricos, se necesita conocimiento sobre cuántos productores hay, qué capacidad

tienen, si están en México, si están en países con los que se tienen tratados internacionales o no. Es con esa información que se procede a diseñar los procesos de licitación que tienen su dificultad propia.

La realidad es que se destruyó esa capacidad que se había construido a lo largo de los años. El sistema de salud contaba con alrededor de 500 profesionales con una experiencia en la estimación de demanda y conocimiento de la oferta, lo cual permitió, en los últimos años, realizar de forma más eficiente la compra consolidada de medicamentos. Es así como no se habían tenido los niveles de desabasto en medicamentos que se vivieron con el Insabi.

En este panorama de reconfiguración de instituciones fue que llegó la pandemia de covid-19, que traería grandes retos para el sistema de salud y que tendría un impacto de largo plazo en los mexicanos. En México, se expusieron a seis exsecretarios de salud en el libro *La gestión de la pandemia en México* [Chertorivski, 2020]. El gobierno no actuó conforme a la evidencia internacional ni con base en la información que se actualizaba por parte de los expertos. En México nunca se adaptaron las políticas públicas a la realidad cambiante de la pandemia. Cuando se supo que debían hacerse más pruebas, no se hicieron. Cuando se supo que el cubrebocas era la mejor forma de prevenir el contagio, no se le dio la relevancia que ameritaba. Cuando se sabía que se tenía que ir preparando la vacunación de manera efectiva, no se hizo. Y así una larga lista de acciones que se pudieron realizar para evitar muertes innecesarias.

La pandemia de covid-19 dejó muchos rezagos que aún no se resarcan. Hay consultas que se dejaron de aplicar, hay vacunación que se dejó de hacer, hay tratamientos que quedaron truncos, hay muchas personas con covid largo, hay problemas de salud mental, y un largo etcétera que el sistema de salud tendrá que afrontar en los siguientes años.

UN NUEVO MODELO DE SALUD ES POSIBLE

Ante la realidad que enfrenta el sistema de salud en la actualidad, es urgente plantear un nuevo modelo de salud. Un modelo que sí es posible, cuyos primeros pasos se pueden planear e implementar de manera efectiva. Para lograr esto se requieren reformas, entre ellas una de carácter fiscal que permita brindar sostenibilidad en el tiempo al sistema de salud. La salud requiere de recursos, y como decía, nunca se ha invertido lo suficiente, pensar que se puede hacer mucho más con lo que hoy se tiene es una falacia. Por ejemplo: en nuestro país, anualmente, se invierte el 3.1 % del producto interno bruto (PIB) en salud, mientras que en Dinamarca es el 9.2 % [OCDE, 2021]. Es por esto y más que sin duda la reforma fiscal será necesaria en cualquier planteamiento futuro para un nuevo sistema de salud universal.

Diseñar e implementar un nuevo modelo de salud es posible y necesario. Se debe aspirar a un modelo unificado, un modelo en donde no haya diferencias por el estatus laboral y que esté financiado con impuestos generales. Para lograrlo, además de la impostergable reforma fiscal, se requiere:

- 1) Virar de lo curativo a lo preventivo: se tiene que cambiar el sistema curativo a uno preventivo. Realmente, en el mundo, no sólo en México, se construyen sistemas para curar, pero hoy sabemos más que nunca que los sistemas tienen que transformarse para primero dedicarse a la prevención. En el caso de México se está viviendo una transición epidemiológica y demográfica, es decir, estamos envejeciendo, y el tipo de enfermedades que hoy padecemos son enfermedades más complicadas de atender y más caras. Se requiere tratar de reducir el riesgo de desarrollar dichas enfermedades y/o esas discapacidades en la edad adulta. Para ello, hay mucho que se puede hacer y, gran parte de esto se hace fuera del quirófano y el consultorio, se hace en las comunidades, en los salones de clase, en los hogares, en el lugar de trabajo. Hay dos cosas que se tienen que hacer para reducir la incidencia y entender cuando se habla de prevención. La primera es reducir los riesgos de todo aquello que genera mayor probabilidad de desarrollar alguna enfermedad. De ahí la importancia en una cultura de alimentación sana, de actividad física, eliminación de tabaco, fomento a la lactancia materna exclusiva, entre otras acciones. Por otro lado, se necesita la detección oportuna. Necesitamos ir al médico y a nuestros chequeos en cada etapa de la vida, desde que nacemos hasta que estamos por fallecer. Necesitamos poder detectar oportunamente porque los mexicanos somos muy malos para ir al médico. No acudimos al dentista a nuestro chequeo anual, vamos cuando nos duele una muela. Eso lo tenemos que cambiar.
- 2) Calidad en la atención: pase lo que pase, por más que se prevenga, por más que se detecte oportunamente, va a haber más enfermedades, por las transiciones que nuestro país está viviendo. Para esto se necesita que este nuevo sistema de salud esté bien financiado, bien equipado y que cuente con el personal adecuado. Pongo un ejemplo de esto: se necesita un gran sistema de referencia y contrarreferencia, es decir, que todos tengan una puerta de entrada clara al sistema de salud y que cuando lleguen, si necesitan algo, ya sea una radiografía, una tomografía, un estudio de laboratorio, se les refiera al lugar donde se pueda hacer lo más cerca y lo más rápido posible. No importa si es del IMSS, si es del ISSSTE, si es una clínica del estado en donde viva o bien si es en el sector privado y se le paga desde el gobierno para que se atienda. Una vez que el usuario va, se contrarrefiere nuevamente a su médico para que continúe con el tratamiento o se pueda enviar a los espacios del sistema en donde se requiera. Esto se puede

hacer relativamente rápido; por ejemplo, en 2012, cuando era secretario de Salud, se inició un piloto en Baja California Sur en donde se unificaron todos los sistemas de salud y tuvo gran éxito.

- 3) La sobrevida: así como decía que existen muchas personas con covid largo y otros padecimientos, hay mucha gente con cáncer que lo sobrevive y debe equiparse al sistema de salud para que atienda la sobrevida, ya que es muy diferente a la atención cotidiana.
- 4) Muerte digna: se requiere prevenir y atender; habrá sobrevida, pero también existirá, por edad o por el tipo de enfermedad, gente que ya no pueda vivir sin dolor, que ya crea, incluso, que su vida ha llegado a su final. Se debe legislar y despenalizar la práctica de la eutanasia, establecer parámetros claros para su aplicación a fin de brindar una posibilidad a aquellas personas que padecen una enfermedad incurable. Éste es un tema muy importante por sí mismo que vale la pena tocar por separado, pero es inevitable aislarlo si se quiere de un sistema de salud moderno.
- 5) Ciencia y tecnología: quizá dentro de todo el panorama que se ve más o menos difícil, el avance médico-científico en la actualidad será la punta de nuevas fronteras en salud. Nunca en la historia, con todo lo que pasó en la pandemia, se había tenido una nueva vacuna en un año, desde conocer un virus hasta poder empezar las primeras aplicaciones. Es un gran logro de la ciencia médica, y sobre ella se debe apuntalar en el futuro. Con los desarrollos tecnológicos y científicos no es descabellado pensar que las siguientes generaciones puedan vivir 120 o incluso 150 años. Con la capacidad diagnóstica que hoy se tiene y las fronteras de la salud que se están explorando, como la inteligencia artificial, la telemedicina, la robótica, la medicina genómica, la medicina biónica, la nanotecnología, no es descabellado pensar en una vida más sana y larga. Todas éstas son herramientas en las que nuestro país debe pensar, ya sea con inversión y desarrollo propios o con transferencia de conocimiento. Quien no logra ver el cambio que se va a vivir en materia de ciencia y tecnología simplemente va a quedar fuera.

Hay que ver el futuro, porque, como decía Albert Einstein, locura es hacer lo mismo una y otra vez esperando obtener resultados diferentes. Tenemos que hacer las cosas diferentes, y es posible hacerlas. Es tiempo de idear un nuevo sistema de salud universal, plural, democrático, de calidad homogénea. No será posible sin un análisis serio, al margen de frases coquetas. Debemos recuperar nuestro sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Chertorivski, S. (coord.) [2020], *La gestión de la pandemia en México: análisis preliminar y recomendaciones urgentes*, México, Consejo Consultivo Ciudadano.
- Coneval [2023], *Medición de la pobreza en México 2022*, México, Coneval, consultado el 10 de enero de 2024, <<https://tinyurl.com/59eh378h>>.
- Heuveline, P. [2022], “Global and national declines in life expectancy: an end-of-2021 assessment”, *Population and Development Review*, Hoboken, Wiley, 48(1): 31-50, consultado el 12 de marzo de 2022, <<https://doi.org/10.1111/padr.12477>>.
- OCDE [2022], *Health expenditure and financing*, Oxford, OCDE, consultado el 12 de enero de 2024, <<https://tinyurl.com/4kfwtc8n>>.
- OCDE [2021], *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, París, OECD, <<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>>.
- Raphael, R. [2017], “El fraude del Seguro Popular”, *El Universal*, 7 de agosto, <<https://tinyurl.com/89e6cbjf>>.
- Secretaría de Salud [2019], *Afiliación histórica del Sistema de Protección Social en Salud*, México, Gobierno de México, consultado el 1 de julio de 2019, <<https://tinyurl.com/528rud99>>.

7. CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN PARA LOS PROBLEMAS DE SALUD EN MÉXICO: UNA PROPUESTA PARA INCENTIVAR SU APLICACIÓN EN PROBLEMAS NACIONALES

*José Miguel Natera
Soledad Rojas-Rajs
Arturo Torres*

INTRODUCCIÓN

En este texto se presenta una discusión crítica sobre las posibilidades de la ciencia, la tecnología y la innovación (CTI) en la solución de problemas de salud en México, enfocada desde la perspectiva de las políticas públicas. Se ofrecen recomendaciones prácticas para mejorar la eficiencia de estas políticas con la orientación del conocimiento científico hacia la resolución de problemas de salud en México. Este análisis es relevante, ya que la CTI desempeña un papel fundamental en la mejora de las condiciones de salud en el país. Para analizar el potencial del conocimiento a fin de colaborar en la solución de un problema nacional de salud, uno de los puntos de partida es comprender cómo se produce este conocimiento. Si bien siempre se ha considerado que el conocimiento basado en investigación es clave para crear nuevas soluciones [WHO *et al.*, 2013], las reflexiones sobre los procesos de producción de conocimiento son mucho más recientes. Esto explica por qué estos procesos muchas veces no toman en cuenta los objetivos de las políticas de CTI u otros factores relevantes y nos lleva a problematizar la producción, movilización y uso del conocimiento en el caso de la salud. En el campo de la salud es frecuente que la investigación no responda adecuadamente a las necesidades sociales, con una inversión desproporcionada en enfermedades específicas y una brecha significativa en la asignación de recursos globales [Philip, 2017; Rafols y Yegros, 2017]. Los desequilibrios en las agendas de investigación en salud [Yegros *et al.*, 2019] y la concentración disciplinaria de recursos y en actores e instituciones específicos [Rojas Rajs *et al.*, 2018; Rojas Rajs y Natera, 2019] hacen evidente la necesidad de contar con nuevos enfoques para la evaluación de la investigación [Bozeman y Sarewitz, 2011], en especial para promover procesos de desarrollo [Bianco *et al.*, 2016], impulsar la producción de conocimiento y cerrar las brechas que acentúan asimetrías y desequilibrios. La justificación de este enfoque se centra en la importancia de las políticas de CTI como instrumentos clave para guiar tanto la

generación como la aplicación del conocimiento científico. Sin embargo, el desarrollo histórico de estas políticas en México ha mostrado limitaciones que retrasan y debilitan la obtención de beneficios en el sector salud. Por tanto, es esencial explorar alternativas que permitan a las políticas de CTI ser más efectivas en esta orientación. En este contexto, se utiliza el caso de la diabetes en México, una de las problemáticas de salud más severas del país, en la que son muy notorias las determinaciones sociales, para ilustrar los desafíos y oportunidades en la aplicación de la CTI en el ámbito de la salud pública [González-Block *et al.*, 2008].

El capítulo se organiza en cuatro secciones. En la primera, se presenta la relación entre los problemas de salud y los procesos de CTI, en la que se destaca cómo ésta es esencial en el avance médico, de los sistemas de salud y en el desarrollo de soluciones innovadoras para los problemas de salud. En la segunda sección se aborda la diabetes en México como un problema de salud complejo, caracterizado no sólo por su aspecto biomédico sino también por sus profundas raíces sociales y económicas. En la tercera parte se examina cómo las políticas de CTI han abordado históricamente los problemas de salud en México, con un enfoque específico en la diabetes. Se analizan las limitaciones y los retos en la orientación de estas políticas hacia la solución efectiva de problemas sanitarios. A continuación, se realiza un planteamiento para incentivar la aplicación de conocimiento en la solución de problemas de salud en México; se trata de una propuesta metodológica para evaluar proyectos de investigación en salud, orientada a aumentar el impacto de las políticas de CTI en la solución de estos problemas. Finalmente, se plantea una serie de conclusiones que buscan promover una orientación más práctica y socialmente relevante en la investigación científica, sobre todo en el contexto de la diabetes en México.

LOS PROBLEMAS DE SALUD Y LOS PROCESOS DE CTI

La CTI desempeña un papel importante en el avance de la medicina moderna, desde la investigación básica hasta la aplicación clínica, y en el desarrollo de soluciones innovadoras para los desafíos sanitarios globales [Weberg, 2009]. En primer lugar, la ciencia proporciona bases teóricas y empíricas para entender los mecanismos biológicos y patológicos que subyacen a las enfermedades. Los avances en biología molecular, genética y bioquímica han llevado a un mejor entendimiento de enfermedades como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Este conocimiento es vital para el desarrollo de nuevas terapias y medicamentos. La tecnología, por su parte, cumple una función crucial en la salud, no sólo en la mejora de equipos médicos y herramientas diagnósticas, sino también en el perfeccionamiento de los sistemas de salud [Graham y Tetroe, 2007; Thune y Mina, 2016]. Por ejemplo, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han transformado la manera en que se manejan

los registros médicos, se realizan diagnósticos a distancia y se administra el cuidado de los pacientes. Los avances en imagenología médica, como la resonancia magnética y la tomografía computarizada, han revolucionado el diagnóstico y el tratamiento de diversas condiciones médicas. La innovación en el sector salud no se limita sólo a la creación de nuevos medicamentos o tecnologías, sino también a la manera en que se entregan los servicios de salud [Vinot *et al.*, 2012]. Los modelos innovadores de prestación de servicios, como la telemedicina y las clínicas móviles, han mejorado el acceso a la atención médica en regiones remotas y en comunidades desatendidas. Estos modelos amplían el alcance de la atención médica y pueden mejorar cualitativamente la vida de las personas atendidas.

Un aspecto fundamental de la relación entre CTI y salud es la investigación y desarrollo (I+D). La inversión en I+D en el sector salud conduce al progreso en nuevos tratamientos y curas para enfermedades. Este esfuerzo conjunto entre instituciones académicas, el sector productivo y los organismos gubernamentales es clave para avanzar en el conocimiento médico y mejorar los resultados de salud [Cassiolato y Soares, 2015]. Sin embargo, la relación entre CTI y salud también enfrenta desafíos significativos. Uno de los principales es la brecha entre la investigación y la práctica clínicas [WHO, 2005]. A menudo, hay un retraso considerable en la adopción de nuevos hallazgos científicos en la práctica médica diaria. Además, la financiación de la investigación en salud es una preocupación constante, con la necesidad de equilibrar la inversión en enfermedades prevalentes y aquellas menos comunes, pero igualmente importantes. Otro desafío es el acceso desigual a los beneficios de la CTI en salud. Por ejemplo, en México, mientras que algunas regiones y grupos disfrutan de los últimos avances en atención médica, otras se quedan atrás debido a limitaciones económicas, geográficas o sociales [Gutiérrez *et al.*, 2019; Pelcastre-Villafuerte *et al.*, 2020; Rivera-Dommarco *et al.*, 2019]. Esto plantea preguntas sobre la equidad en salud y la distribución justa de los recursos: la interacción entre CTI y salud es un motor clave del progreso en el cuidado de la salud y el bienestar humano. A medida que se avanza, se requiere abordar los desafíos relacionados con la implementación de la investigación, la financiación y el acceso equitativo a los avances en salud para maximizar los beneficios de la CTI en este campo vital.

En México, a pesar de los avances en la generación de conocimiento en entidades públicas de investigación, se enfrentan desafíos en la interacción entre distintos actores y en la escasa conexión y transferencia de este conocimiento a quienes podrían beneficiarse de él [Casas *et al.*, 2014]. Dentro de los Sistemas Nacionales de Innovación del país, se ha notado una falta de conexión entre los participantes en CTI, así como una distribución desigual de habilidades y capacidades. Los problemas sistémicos en la transferencia de conocimiento en México limitan el impacto del conocimiento generado. Esto es muy evidente en el ámbito de la diabetes, que se ha convertido en una emergencia nacional debido a su creciente incidencia y prevalencia, así como su significativo

efecto en el gasto público de salud [Barraza-Lloréns *et al.*, 2015]. A pesar de que en México se realiza una investigación de importancia mundial sobre la diabetes, no se ha maximizado el potencial de transferencia de este conocimiento a la sociedad. Un estudio de proyectos de investigación sobre diabetes, financiados por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) entre 2002 y 2014, revela que hay pocas conexiones efectivas entre los diferentes actores involucrados y una gran concentración de recursos en áreas específicas y en ciertas instituciones y regiones [Rojas Rajs *et al.*, 2018]. También hay concentración de recursos en ciertos tipos de investigación, en especial básica y biomédica [Muñoz-Aguirre y Stern, 2022; Pineda y Huerta, 2021], y esto es consistente con una tendencia mundial.

LA DIABETES EN MÉXICO: UN PROBLEMA DE SALUD COMPLEJO

La diabetes es un problema de salud global. Se trata de una enfermedad crónica no transmisible, que afecta la forma en que el cuerpo utiliza la glucosa (azúcar) en la sangre. Desde una perspectiva biomédica, se caracteriza por la incapacidad del organismo para producir suficiente insulina o utilizarla eficazmente. La insulina es una hormona clave que regula el nivel de glucosa en la sangre y permite que las células utilicen la glucosa para obtener energía [WHO, 2016]. Su carencia o la incapacidad de las células para utilizar la glucosa generan hiperglucemia, es decir, un aumento del azúcar disponible en sangre. Si esta condición no se controla, con el tiempo daña gravemente órganos, tejidos y sistemas del cuerpo humano, en particular el sistema nervioso y cardiovascular.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado que la diabetes es una de las mayores crisis de salud mundial que afronta el siglo XXI [NCD Risk Factor Collaboration, 2017]. Tanto la incidencia como la mortalidad por diabetes han aumentado en el mundo y su tendencia es creciente. América Latina y el Caribe es una de las regiones con más diabetes en el mundo [IDF, 2021].

México es uno de los países con más alta prevalencia de diabetes en América Latina, y es el segundo país con más población con diabetes en las Américas y el séptimo del mundo [IDF, 2021]. Entre los años 2000 y 2012 se duplicó el número de personas con diagnóstico previo de diabetes [Hernández-Ávila *et al.*, 2013]. En 2018, el 16.8 % de la población mayor de 20 años padecía la enfermedad, y para el año 2022, esta prevalencia aumentó al 18.3 % [Basto-Abreu *et al.*, 2023]. Además, México es uno de los países donde la diabetes produce mayor daño: ha sido la segunda o primera causa de muerte desde hace años [Aguilar Salinas *et al.*, 2015; Barraza-Lloréns *et al.*, 2015; Basto-Abreu *et al.*, 2023], y en 2016 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) calculó que la población mexicana perdió dos años en su esperanza de vida a causa de la diabetes [PAHO, 2017]. Comparativamente, México

tiene la mayor mortalidad proporcional por diabetes de América Latina, pues la enfermedad causa el 14 % de las muertes totales, proporción que se ha mantenido en la última década [Basto-Abreu *et al.*, 2023; WHO, 2016]. El país también presenta la mayor tasa de mortalidad por diabetes en América Latina [Basto-Abreu *et al.*, 2023; PAHO, 2017], aun frente a países que tienen prevalencias similares.

Dado que la diabetes es un problema complejo y multifactorial, la OMS ha señalado que no existe ninguna política que por sí sola pueda garantizar su prevención [WHO, 2016]. Es decir que, para atender las causas y disminuir los factores de riesgo, se requieren acciones y políticas públicas intersectoriales, rebasando la noción de que las soluciones son competencia única del sistema de salud, puesto que la posibilidad de prevenir o atender mejor la diabetes está determinada por factores como la nutrición, la accesibilidad a la atención médica, las condiciones socioeconómicas, la exposición a contaminantes. En resumen, a diversas articulaciones de las desigualdades sociales.

A principios de los años 2000, la OPS publicó la Iniciativa de Diabetes para las Américas (2001): entre las acciones prioritarias para afrontar este problema de salud se destacó la importancia de promover y apoyar la investigación científica en diabetes, pero no sólo básica y biomédica, sino clínica, sobre sistemas de salud, sobre las condiciones de vida y salud de las poblaciones, sobre la pertinencia cultural y las especificidades locales y geográficas, es decir, conocimiento situado. Dos décadas después se han logrado avances en la región: mejores sistemas de vigilancia epidemiológica, aplicación de encuestas nacionales para medir la prevalencia de la diabetes y mejor seguimiento de sus complicaciones [Basto-Abreu *et al.*, 2023; WHO, 2016]. En consonancia, se ha incrementado la investigación científica sobre la temática, en términos del volumen de esta producción y del financiamiento público a la investigación en diabetes. A pesar de ello, la diabetes continúa ganando terreno y amenaza el bienestar y la vida en países como México.

La producción, movilización y uso del conocimiento son parte del conjunto de acciones necesarias para mitigar y combatir la diabetes. Pero este campo, que incluye los procesos de investigación, movilización y aplicación del conocimiento tiene también un grado de complejidad que hay que considerar. Ejemplo de ello es que el efecto positivo de cualquier innovación en diabetes se puede potenciar y multiplicar si está acompañado de políticas públicas fundamentadas, agendas de investigación pertinentes y prácticas que estimulen un mejor uso del conocimiento basado en investigación, así como de una visión integrada de las relaciones entre todos estos elementos.

LAS POLÍTICAS DE CTI EN LA ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN MÉXICO: UN EJEMPLO DESDE LA DIABETES

En México, la relación entre el Sistema de Salud (SS) y el Sistema Nacional de Innovación (SNI) es crucial para abordar problemas como la diabetes. El SS es un sistema

complejo y diverso, compuesto por sectores público y privado, que comprende, por un lado, instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y los servicios de salud estatales y, por otro lado, los hospitales privados y otros centros de atención a la salud fuera del sistema público [Dantés *et al.*, 2011]. La atención médica se organiza en tres niveles, que atienden diferentes porcentajes de la población, desde atención primaria hasta hospitales de alta especialidad. El financiamiento de este sistema proviene tanto del sector público, mediante instituciones de seguridad social y gobiernos, como del sector privado, mediante pacientes, hospitales privados y aseguradoras. Esta diversidad crea heterogeneidad en el sistema, con diferencias en infraestructura, personal médico y protocolos de atención [Tetelboin, 2006]. Por otro lado, el SNI, que está en constante evolución, se enfoca en cómo las actividades de CTI pueden impulsar el desarrollo nacional. A pesar de ciertas deficiencias, como la falta de conexión entre actores, el SNI incluye agentes clave, como instituciones de investigación, educación superior, organismos gubernamentales, sector productivo, instituciones financieras, entre otros [Solleiro *et al.*, 2014; Villavicencio y de Alba, 2009]. Estos agentes interactúan en diferentes niveles, fortalecidos por políticas de CTI y macro-económicas.

En particular, el Sistema de Innovación en Salud (SIS) en México consta de varios agentes, como la academia, el sector productivo, organismos gubernamentales, reguladores, proveedores de servicios de salud, sociedad civil, usuarios y beneficiarios, y organismos externos [Natera *et al.*, 2020]. La identificación de estos agentes y su colaboración es importante para generar y movilizar conocimiento sobre problemas de salud críticos, como la diabetes.

Entre 1984 y 2018, en México, la diabetes, a pesar de ser una de las principales causas de muerte, no fue suficientemente abordada en los planes y programas nacionales de CTI [Casas, 2021]. La investigación y el desarrollo tecnológico para su tratamiento y control no se promovieron de manera destacada, a pesar de la creciente necesidad.

Durante el periodo 1984-1988, el Programa Nacional de Desarrollo Tecnológico y Científico (PNDTYC) sólo abordó la diabetes de forma marginal. De los 11 programas de investigación y desarrollo tecnológico destinados a atender prioridades nacionales, ninguno se centró específicamente en la diabetes. Se mencionó el control de la diabetes sólo de manera indirecta en dos programas, uno relacionado con la nutrición y el embarazo y otro con investigaciones epidemiológicas. En el subsiguiente Programa Nacional de Ciencia y Modernización Tecnológica (PNCyMT) de 1990 a 1994, la situación no mejoró significativamente. La diabetes no se consideró como un problema central o secundario en los programas y objetivos de CTI de ese periodo. Posteriormente, en el Programa de Ciencia y Tecnología (PCYT) 1995-2000, enfocado en la investigación para

resolver problemas sociales, la diabetes no se mencionaba de manera directa, sólo se hacía una alusión implícita a enfermedades crónicas o degenerativas, categoría en la que se incluye la diabetes.

En el periodo 2001-2006, el Programa Especial de Ciencia y Tecnología (PECYT) tampoco reconoció la diabetes como un problema nacional relevante en términos de CTI. No obstante, en las actividades de CTI de la Secretaría de Salud, se mencionó la investigación prioritaria en enfermedades crónicas o degenerativas, incluida la diabetes. Finalmente, en el Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación (PECITI) de 2008 a 2012, aunque se subrayaba la importancia de definir prioridades en investigación, desarrollo tecnológico e innovación, la diabetes no fue destacada como una de ellas. Así, durante este extenso periodo, la atención a la diabetes mediante el CTI no se posicionó como una prioridad en los programas nacionales en México [García Cruz *et al.*, 2021].

En el último periodo del (PECITI) 2014-2018, se destacó la importancia de la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación como fundamentales para el progreso económico y social sostenible. Aunque no se mencionaba específicamente la diabetes, este problema podría estar implícitamente incluido en la atención a enfermedades emergentes y de relevancia nacional en áreas como la salud y la biotecnología. La omisión explícita de la diabetes en el PECITI refleja una tendencia continua de no priorizar este problema de salud crítico en las políticas de CTI de México [Casas, 2021].

Un análisis de los proyectos financiados por los tres fondos nacionales de investigación más importantes de México, centrados en la salud y, ante todo, en la diabetes, durante el periodo 2002-2014 [Rojas Rajs *et al.*, 2018], revela aspectos clave de las actividades de CTI en esta área. Los fondos examinados incluyen el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (Fosiss), el Fondo Sectorial de Investigación Básica (Fosib) y la convocatoria de Proyectos de Desarrollo Científico para la Atención a Problemas Nacionales (PDCAPN) del Conahcyt. Se seleccionaron 303 proyectos relacionados con la diabetes y se clasificaron para entender la asignación de recursos y las tendencias en la financiación de investigaciones. El análisis mostró una tendencia al alza en el financiamiento de la investigación en diabetes, aunque con cierta volatilidad. Se observó una concentración significativa en diferentes aspectos de la investigación sobre diabetes. Instituciones como el IMSS, el INSP y el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados (Cinvestav) lideran las investigaciones. Geográficamente, la mayor parte de la investigación se concentra en la Ciudad de México, Morelos y Sonora. Predominan las áreas de investigación básicas y biomédicas, como la biología celular, molecular, la bioquímica y la genética, lo que indica una preferencia por la investigación en ciencias básicas y biomédicas sobre áreas más relacionadas con la atención clínica o la salud pública.

Esta concentración en la investigación básica y biomédica puede ser atribuida a la percepción de mayor prestigio en estas áreas y a un enfoque lineal en la investigación, que prioriza el conocimiento básico antes de su aplicación práctica. En contraste, la investigación clínica y sobre sistemas de salud, que están más directamente relacionadas con la atención de la diabetes, reciben menos financiamiento. Esta tendencia puede estar influida por el enfoque específico de algunas convocatorias de financiamiento que priorizan la ciencia básica [Muñoz-Aguirre y Stern, 2022; Rojas Rajs *et al.*, 2018].

La fuerte inclinación hacia la investigación básica y biomédica puede tener consecuencias negativas en cuanto a la aplicación práctica de los resultados de investigación en el tratamiento de la diabetes, potencialmente causando retrasos en la aplicación de hallazgos investigativos a soluciones concretas para la enfermedad. Además, se resalta que el tiempo necesario para que los resultados de la investigación se conviertan en aplicaciones prácticas puede ser prolongado [Morris *et al.*, 2011; Natera *et al.*, 2019], lo que enfatiza la necesidad de considerar el tiempo requerido para que los conocimientos generados se traduzcan en beneficios reales para la población.

Siendo la diabetes mellitus un problema de salud nacional urgente y relevante en México, se esperaría que la producción de conocimiento, sobre todo aquella financiada con fondos públicos, estuviera orientada hacia la generación de aplicaciones útiles para resolver esta enfermedad. Usando la misma información de proyectos ya referida, Natera y colaboradores [2019] analizaron la producción de conocimiento sobre la diabetes en México, a partir del modelo de Stokes [1997], que diferencia entre la “consideración del uso del conocimiento” y la “búsqueda de conocimiento fundamental”, y que enfoca el análisis sobre el financiamiento público de proyectos de diabetes [Rojas Rajs *et al.*, 2018] con la propuesta de Sousa y colaboradores [2009] para desarrollar un modelo de ecuaciones estructurales (MEE) que represente el de Stokes en la investigación sobre diabetes en México. Los proyectos de diabetes con financiamiento público se analizaron organizados en dos ejes simultáneos: 1) *aplicabilidad*, que incluye la naturaleza del problema, la naturaleza de la investigación y la perspectiva de uso inmediato; y 2) *fundamentalidad*, que abarca los requisitos de conocimiento, el proceso de generación de conocimiento y su progreso. Se encontró evidencia de una fuerte concentración de proyectos en el conocimiento fundamental, en detrimento de otras formas de producción de conocimiento que consideran el uso del conocimiento. Por lo tanto, hay bases para pensar que la mayoría de los fondos de investigación para la diabetes en México no se destinan a proyectos con altos niveles de consideración del uso del conocimiento ni la investigación aplicada. Esto se debe al contexto de la investigación científica en México, influido por los incentivos y los programas de financiamiento que carecen de mecanismos suficientes para orientar el uso del nuevo conocimiento científico. Los incentivos para los investigadores los llevan a priorizar publicaciones sobre otros productos científicos orientados a resolver problemas sociales.

Sin embargo, este perfil de investigación para la diabetes no es lo más adecuado frente a la necesidad urgente de soluciones para la población, y dificulta que la CTI mejore las condiciones de vida en México. Reconocemos la importancia de la investigación de alta calidad (también validada internacionalmente), pero los resultados obtenidos no están orientados a resolver problemas específicos y pueden tardar mucho en ser útiles.

Los resultados y su interpretación sugieren varias recomendaciones para las políticas públicas. Primero, los incentivos deberían enfocarse en reorientar el sistema de investigación hacia una mayor consideración del uso del conocimiento. Un primer paso sería aumentar los recursos financieros para fondos sectoriales más aplicados. Segundo, el proceso de aprobación de proyectos podría ser más democrático y participativo, lo que implicaría diálogos y consensos entre la comunidad científica y otros actores sociales, para acordar la relevancia social y el uso de los proyectos. Justo para articular esta segunda propuesta, en la siguiente sección se plantea un mecanismo para evaluar los proyectos que permitan aprovechar de manera más directa y cercana los resultados de la investigación en temas de salud en México.

UNA PROPUESTA PARA INCENTIVAR LA APLICACIÓN DE CONOCIMIENTO EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD EN MÉXICO

La evaluación de la investigación, sobre todo en proyectos centrados en resolver problemas nacionales de salud, enfrenta desafíos significativos. Los evaluadores deben anticipar la generación de conocimiento en entornos inciertos, donde las herramientas tradicionales, como indicadores bibliométricos, pueden tener efectos perversos, al fomentar el “publicar o perecer” y desviar la atención de actividades científicas más amplias [Hicks *et al.*, 2015]. Además, sistemas de evaluación inadecuados pueden afectar la aplicación del conocimiento para resolver problemas de desarrollo, en especial para atender las necesidades de grupos marginados [Arocena *et al.*, 2011]. La hegemonía en la publicación científica, centrada en intereses de países avanzados, también representa una barrera para investigadores en países en desarrollo [Bianco *et al.*, 2016].

En América Latina, las herramientas de evaluación existentes a menudo se adaptan de ejercicios anteriores, lo que no aborda por completo la complejidad de los problemas nacionales y sus especificidades regionales, sociodemográficas, económicas y/o culturales. La lógica de la investigación debe transformarse para incorporar a los actores sociales, brindándoles un espacio en la toma de decisiones sobre proyectos que afectan sus condiciones de vida [Gras, 2022].

Dado que una de las formas más clásicas de las actividades científicas son los proyectos de investigación que obtienen financiamiento, proponemos un marco metodológico para generar una herramienta de evaluación de proyectos de investigación para

políticas de CTI orientadas a atender las demandas de conocimiento de problemas sociales en el campo de la salud. Configurado en dos ejes, el marco de Stokes [1997] rompe con la idea lineal de ir de la investigación básica a la aplicada: es una vista bidimensional de la generación de conocimiento y su posible aplicación. Esto puede servir como dispositivo analítico para entender cómo los proyectos de investigación se orientan en mayor o menor medida hacia la solución de problemas nacionales. Tomando en cuenta estos problemas, proponemos una nueva aproximación, que toma cierta distancia del cuadrante de Pasteur y ofrece un dispositivo alternativo para evaluar proyectos de investigación orientados a problemas de salud socialmente relevantes. Esta visión busca superar las limitaciones de las herramientas tradicionales y fomentar una investigación más alineada con las necesidades locales y contextualizadas, que promueve la participación social en la ciencia [Rafols *et al.*, 2012]. En particular, nos posicionamos en contra del uso excesivo de herramientas ciegas, meramente cuantitativas, para la evaluación de la investigación [Hicks *et al.*, 2015].

Nuestra propuesta parte de la experiencia de utilizar este marco analítico en el caso de proyectos de investigación sobre la diabetes en México [Rojas-Rajs *et al.*, 2018; Natera *et al.*, 2019]. A partir de estas experiencias, se definen dos grandes ejes de análisis: 1) consideraciones sobre el uso de la investigación y, 2) búsqueda del conocimiento universal, que analizan variables de producción científica y participación social en la ciencia, según tres categorías: a) *diseño* (definición y requisitos iniciales de proyectos), b) *proceso* (características y desarrollo de la investigación) y c) *resultados* (resultados potenciales de la investigación) [Natera y Rojas-Rajs, 2023] (cuadro 1).

El primer eje de análisis se centra en determinar si la investigación está orientada a la aplicación y/o uso del conocimiento, lo que refiere al uso concreto de las actividades de investigación. Al desarrollar las variables sobre producción científica, en el ejercicio adaptado al estudio de la diabetes [Natera *et al.*, 2019], se siguieron las categorías propuestas por Hoppe y colaboradores [2009], las cuales analizan la naturaleza del problema, la naturaleza de la investigación y la perspectiva de beneficio inmediato para las variables de producción científica. Una de las principales modificaciones que se incorpora es la distinción entre los usuarios y los beneficiarios del conocimiento. Dado que el foco de este eje es la usabilidad del conocimiento, todas las preguntas giran en torno a los beneficiarios del conocimiento, al cambiar la definición de la variable de *resultado* para especificar la obtención de un beneficio inmediato.

El segundo conjunto de variables aborda la participación social en la ciencia. La “detección de la demanda de conocimiento” es la variable de *diseño* en este eje y se identifica como un punto de partida fundamental para asegurar que los proyectos de investigación puedan ser útiles para atender las necesidades sociales: definir un objetivo de investigación que esté desvinculado de las demandas sociales dificulta la posibilidad de aplicar conocimiento útil para problemas actuales [Arocena y Sutz, 2010]. De

hecho, se cree que una de las razones por las que la mitad de los proyectos de investigación mexicanos sobre diabetes no mostraron una aplicación factible se encuentra en la definición de una agenda de investigación basada, ante todo, en los intereses particulares de los investigadores. El *proceso* en esta dimensión está representado por la “consideración de los procesos de coproducción de conocimiento”: las posibilidades de aprendizaje que surgen de la participación en los procesos de CTI se colocan como la actividad central en un proyecto de investigación, lo que podría generar un ciclo virtuoso en el que la implicación de quienes se benefician de la aplicación del conocimiento genere nuevos beneficios del conocimiento [Yazdizadeh *et al.*, 2010]. Finalmente, la variable de *resultado* se representa por la “comunicación social de los resultados científicos”, ya que ésta define la difusión del conocimiento entre la sociedad: crea un lenguaje compartido entre actores que permite flujos de conocimiento y aumenta sus capacidades a lo largo del tiempo [Rojas Rajs y Natera, 2019; Rojas-Rajs y Soto, 2013].

Por su parte, el eje “búsqueda de conocimiento universal” clasifica los proyectos según su proximidad o contribuciones al conocimiento fundamental. Con base en el estudio sobre la diabetes [Natera *et al.*, 2019], se utilizan las categorías de requisitos de conocimiento, proceso de generación de conocimiento y progreso del conocimiento para expresar las características de las variables de producción científica. La principal adaptación en esta propuesta es centrar la atención en los usuarios del conocimiento, no necesariamente porque todos los actores en actividades científicas de salud sean usuarios de conocimiento, sino porque la generación de éste debe considerar la posibilidad de tener agentes que lo traduzcan en soluciones útiles.

La variable de *diseño* para la participación social en la ciencia está representada por la participación de actores heterogéneos en el proyecto de investigación; se inspira en gran medida en las proposiciones del modo 2 de Gibbons [2000], que aboga por la integración de la investigación académica con actores que poseen diferentes tipos de conocimiento, en particular aquellos profundamente involucrados con el problema. El *proceso* central en este caso es la consideración de la determinación social de la salud: la producción de conocimiento necesita adoptar un enfoque procesal hacia la salud, en el que las causas y efectos no suelen estar en específico relacionados, sino que están inmersos en un proceso complejo y no lineal de interacciones biológicas y sociales, estructuras endógenas y autorreforzadas que configuran la relación entre salud y enfermedad [Rocha y David, 2015]. Finalmente, la variable de *resultado* se expresa por la articulación de los resultados de la investigación con los problemas de salud: la evaluación de este tipo de proyectos requiere una verificación directa de la relación de los productos con la agenda de salud de los grupos sociales necesitados. Es imprescindible asegurar que los resultados finales obtenidos estén alineados con los objetivos de las políticas [Folec-Clacso, 2020; Natera *et al.*, 2019].

Cuadro 1. Herramientas para la evaluación de proyectos de investigación aplicada en salud

Herramientas para la evaluación de proyectos		Consideraciones sobre el uso	
		Variables de producción científica: <ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza del problema. • Naturaleza de la investigación. • Perspectiva de uso inmediato. 	Variables de participación social en la ciencia: <ul style="list-style-type: none"> • Detección de la demanda de conocimiento. • Consideración de procesos de co-producción de conocimiento. • Comunicación social de la ciencia.
Búsqueda de conocimiento universal	Variables de producción científica: <ul style="list-style-type: none"> • Requisitos de conocimiento. • Proceso de generación de conocimiento. • Progreso del conocimiento. 	Análisis de proyectos de investigación orientados a colaborar con problemas de salud	
	Variables de participación social en la ciencia: <ul style="list-style-type: none"> • Participación de actores heterogéneos. • Consideración de la determinación social de la salud. • Articulación con procesos de salud. 		

Fuente: adaptado de Natera y Rojas-Rajs, 2023.

El esfuerzo explícito por incorporar la participación social en la ciencia, como una dimensión complementaria a la producción de conocimiento científico en el modelo de Stokes, es una de las mayores novedades de esta propuesta. Abordar problemas nacionales de salud implica participar en la democratización de las actividades de CTI, en especial desde un enfoque de desarrollo inclusivo [Arocena y Sutz, 2010]. La salud está inmersa en procesos de determinación social donde la historia, la geografía, las condiciones políticas y económicas forman parte de lo que se debe considerar para

la generación de conocimiento. Esto implica que las actividades de CTI orientadas a intervenir en esta área requieren la inclusión de actores heterogéneos, la búsqueda de procesos de co-producción de conocimiento, la definición de una estrategia de comunicación social y la alineación con la agenda de salud de grupos sociales. Ahora bien, generar un cuestionario universal para la evaluación de proyectos de investigación es un error, ya que no consideraría las condiciones específicas vinculadas al proceso social de la salud y su gran diversidad. Sin embargo, la consideración de dimensiones y variables, que incluya una propuesta para determinar diferentes niveles, es útil para abordar la compleja tarea de evaluar proyectos de investigación, dado que las propuestas metodológicas existentes siguen siendo muy necesarias. Los efectos de los sistemas de evaluación actuales (basados en la productividad y el concepto de “publicar o perecer”) están socavando la generación de conocimiento alineado con los desafíos sociales. Discutir posibles criterios (en nuestro caso, dispositivos) para generar herramientas de evaluación de la investigación podría llevar a establecer procesos sólidos que, con el tiempo, apoyen el aprendizaje político, sobre todo en países en desarrollo, como México.

CONCLUSIONES

La relación entre CTI y los desafíos de salud pública, como la diabetes, es un tema de creciente interés y preocupación en México. La comprensión de esta interacción es vital para el progreso social y económico, y requiere un análisis detallado dada su naturaleza multifactorial y compleja. En este contexto, el papel de la CTI es fundamental para el avance y la mejora de la salud, desde la investigación básica hasta su aplicación clínica y la formulación de soluciones innovadoras para enfrentar retos sanitarios globales.

En este trabajo se ha planteado que la ciencia, como fundamento de la CTI, es clave para mejorar la respuesta frente a problemas de salud-enfermedad. Sin embargo, los posibles beneficios están condicionados a sortear los obstáculos comunes y específicos para la producción, movilización, uso y aplicación del conocimiento basado en investigación. Además de las brechas entre investigación básica y aplicada y la concentración de recursos en ciertas áreas y temas de investigación, en el caso particular de México, la relación entre CTI y salud enfrenta desafíos adicionales. Como hemos señalado, en nuestro país se han identificado problemas específicos, como las interacciones débiles entre distintos actores y la escasa conexión y transferencia de conocimiento a quienes podrían beneficiarse de él. Dentro de los SNI se ha notado una falta de conexión entre los participantes en ciencia, tecnología e innovación, así como una distribución desigual de habilidades y capacidades. La relación entre investigadores y empresas ha sido estudiada para entender sus motivaciones, formas

de interacción y beneficios percibidos, pero se requiere una exploración más profunda de las diferentes dimensiones que pueden explicar la falta de coordinación entre ellos.

Los problemas sistémicos en la transferencia de conocimiento en México limitan el efecto del conocimiento generado; esto es muy evidente en el caso de la diabetes, que se ha convertido en una emergencia nacional por su creciente incidencia y prevalencia, así como por su significativo impacto en el gasto público en salud. A pesar de la importancia mundial de la investigación sobre la diabetes realizada en México, no se ha maximizado el potencial de transferencia de este conocimiento a la sociedad, como se observó en los análisis de los proyectos de investigación sobre diabetes financiados por Conacyt entre 2002 y 2014. Pocas conexiones efectivas entre los diferentes actores involucrados, así como la concentración de recursos en áreas, instituciones y regiones geográficas, o en tipos de investigación, se mostraron como obstáculos para aprovechar el conocimiento basado en investigación que se produce en el país.

Estas observaciones conducen a reflexionar sobre la necesidad de reorientar la investigación y la inversión en salud —en especial la inversión pública— hacia un enfoque más integral e interdisciplinario que aborde tanto las dimensiones biomédicas como las sociales y económicas de la salud. Al proponer un marco metodológico para la evaluación de proyectos de investigación en CTI, cuya orientación y metas están dirigidas a atender las demandas de conocimiento de problemas sociales en el campo de la salud, hemos buscado romper con la idea lineal de un camino de investigación básica a aplicada y ofrecer una perspectiva bidimensional de la generación de conocimiento y su posible aplicación. La propuesta se basa en la experiencia de utilizar este marco analítico en el caso de proyectos de investigación sobre la diabetes en México, e ilustrar cómo operacionalizarlo mediante la definición de categorías que recuperan las fases de la investigación: su diseño, proceso y obtención de resultados.

Esta propuesta metodológica se concibe como una herramienta de evaluación de proyectos de investigación para políticas de CTI enfocadas en abordar las demandas de conocimiento de problemas sociales en el campo de la salud. Si bien se basa en una operacionalización del “cuadrante de Pasteur” de Stokes, nuestro énfasis ha sido plantear una propuesta para su implementación en México, por lo que hemos reformulado el constructo de Stokes para dar un lugar más importante a las interacciones en la producción científica y a la participación social en la ciencia.

A partir del año 2019, en México se crearon los Programas Nacionales Estratégicos (Pronaces), que conforman la actual iniciativa prioritaria del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt) para abordar problemas nacionales por medio de la investigación. Los problemas nacionales o prioridades estratégicas han sido identificadas desde dos fuentes: distintos estudios e instrumentos nacionales formulados para su observación, comprensión y medición; así como los objetivos y planes del gobierno de México. Para 2023, existían diez Pronaces: salud, agua, seguridad humana, cultura, educación, energía y cambio climático, soberanía alimentaria, sistemas

socioecológicos, agentes tóxicos y procesos contaminantes, y vivienda. Los Pronaces operan por convocatorias en las que pueden participar grupos de académicos que someten a financiamiento propuestas de Proyectos Nacionales de Investigación e Incidencia (Pronaii). Entre las orientaciones que los Pronaces han definido para los Pronaii están: la colaboración directa con diversos actores sociales, así como generar impacto social (incidencia) y poner en práctica múltiples saberes. En este sentido, la propuesta esbozada en este trabajo puede ser particularmente útil al implementarse como un recurso para la evaluación de proyectos en el Pronace salud, porque, si bien los Pronaii favorecen las relaciones interinstitucionales, aún hay oportunidad para fortalecer su orientación social y participativa con base en un dispositivo como el descrito [Natera y Rojas-Rajs, 2023], que permite operacionalizar la orientación de la producción científica hacia su uso inmediato y la participación social en la ciencia mediante el entramado de ejes, variables y categorías. También sería posible su adaptación e implementación como recurso de apoyo para otros Pronaces, además de salud. Si bien esto requeriría desarrollar versiones específicas para las distintas agendas de los Pronaces, es una vía para abordar algunas de las limitaciones relacionadas con el aprovechamiento del conocimiento basado en la investigación que se produce en México y puede contribuir a incentivar proyectos con mayor impacto social.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Salinas, C. A., S. Hernández Jiménez, M. Hernández Ávila y J. E. Hernández Ávila [2015], *Acciones para enfrentar a la diabetes. Documento de postura*, México, Academia Nacional de Medicina.
- Arocena, R. y J. Sutz [2010], “Weak knowledge demand in the South: learning divides and innovation policies”, *Science and Public Policy*, Oxford, Oxford University Press, 37(8): 571-582, recuperado de <<https://doi.org/10.3152/030234210X12767691861137>>.
- Barraza-Lloréns, M., V. Guajardo-Barrón, J. Picó, R. García, C. Hernández, F. Mora, J. Athié, E. Crable y A. Urtiz [2015], *Carga económica de la diabetes mellitus en México, 2013*, México, Funsalud.
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., Rivera, J. A., Romero-Martínez, M., Barquera, S., y Barrientos-Gutiérrez, T. [2023], “Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 65(1): s163-s168, <<https://tinyurl.com/3e9f3spr>>.
- Bentham, J., Di Cesare, M., Bilano, V., Bixby, H., Zhou, B., Stevens, G. A., Riley, L. M., Taddei, C., Hajifathalian, K., Lu, Y., Savin, S., Cowan, M. J., Paciorek, C. J., Chirita-Emandi, A., Hayes, A. J., Katz, J., Kelishadi, R., Kengne, A. P.,

- Khang, Y. H., ... Cisneros, J. Z. [2017], "Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults", *The Lancet*, Ámsterdam, Elsevier, 390(10 113): 2 627-2 642, <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)>.
- Bianco, M., Gras, N., y Sutz, J. [2016], "Academic evaluation: universal instrument? Tool for development?" *Minerva*, Berlín, Springer, 54(4): 399-421, <<https://doi.org/10.1007/s11024-016-9306-9>>.
- Bozeman, B., y Sarewitz, D. [2011], "Public Value Mapping and Science Policy Evaluation", *Minerva*, Berlín, Springer, 49(1): 1-23, <<https://doi.org/10.1007/s11024-011-9161-7>>.
- Brundenius, C., y Goransson, B. [2011], *Universities in transition. The changing role and challenges for academic institutions*, Nueva York, Springer.
- Carolina, T. [2006], "Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina", en Jarillo, E. y Guinsberg, Enrique (coords.), *Temas y desafíos en salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar: 189-215.
- Casas, R. [2021], "Instrumentos de políticas de investigación para atender obesidad y diabetes en México: concepciones, valores y alcances en el uso social del conocimiento", en Vera-Cruz, A. O. (coord.), *Generación, movilización y uso del conocimiento en diabetes mellitus 2 en México. Políticas públicas, agendas de investigación y aplicación del conocimiento*, México, UAM: 105-134.
- Casas, R., De Fuentes, C., Torres, A., y Vera-Cruz, A. O. [2014], "Estrategias y gobernanza del Sistema Nacional de Innovación Mexicano: Retos para un desarrollo incluyente", en G. Dutrénit y J. Sutz (eds.), *Sistemas de Innovación para un desarrollo inclusivo. La experiencia latinoamericana*, México, Foro Consultivo Científico y Tecnológico/LALICS: 35-64, <<https://tinyurl.com/bdfzypfn>>.
- Cassiolato, J. E., y Cuoto Soares, M. C. (eds.) [2015], *Health Innovation Systems, Equity and Development*, Río de Janeiro, E-papers, <<https://tinyurl.com/3r4pkbe2>>.
- Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. [2011], "Sistema de salud de México", *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 53: s220-s232.
- Folec-Clacso [2020], *Para una transformación de la evaluación de la ciencia en América Latina y el Caribe. Evaluando la evaluación de la producción científica*, Buenos Aires, Clacso-Foro Latinoamericano sobre Evaluación Científica, <<https://tinyurl.com/465ahewh>>.
- García Cruz, J. C., G. Dutrénit, G., y Vera-Cruz, A. O. [2021], "Factores institucionales, movilización del conocimiento e implementación de políticas públicas sobre diabetes: la visión de actores relevantes del sistema nacional de salud mexicano", en Vera-Cruz, A. O. (coord.), *Generación, movilización y uso del conocimiento en diabetes mellitus 2 en México: Políticas públicas, agendas de investigación y apli-*

- cación del conocimiento*, México, UAM: 227-290.
- Gibbons, M. [2000], “Mode 2 society and the emergence of context-sensitive science”, *Science and Public Policy*, Oxford, Oxford University Press, 27(3): 159-163, <<https://doi.org/10.3152/147154300781782011>>.
- González-Block, M. Á., Mercado, F. J., Ochoa, H., Rivera, H., y Idrovo, Á. J. [2008], “The use of research by health managers in Mexico: the diagnostic and strengthening of capacity”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 50(6): 498-507, <<https://tinyurl.com/36bshbfz>>.
- Graham, I., y Tetroe, J. [2007], “How to translate health research knowledge into effective healthcare action”, *Healthcare Quarterly*, Toronto, Longwoods, 10(3): 20-22, <<https://doi.org/10.12927/hcq..18919>>.
- Gras, N. [2022], *Formas de evaluación de propuestas de investigación orientadas a problemas del desarrollo. Prácticas y perspectivas desde organizaciones nacionales de ciencia y tecnología e instituciones de educación superior de América Latina y el Caribe*, Buenos Aires, Clacso.
- Gutiérrez, J. P., Heredia-Pi, I., Hernández-Serrato, M. I., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Torres-Pereda, P., y Reyes-Morales, H. [2019], “Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 61(6): 726-733, <<https://doi.org/10.21149/10561>>.
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., y Reynoso-Noverón, N. [2013], “Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 55(Supl. 2): 129-136, <<https://tinyurl.com/32xm8542>>.
- Hicks, D., Wouters, P., Waltman, L., de Rijcke, S., y Rafols, I. [2015], “Bibliometrics: The Leiden Manifesto for research metrics”, *Nature*, Londres, Springer, 520: 429-431, <<https://doi.org/10.1038/520429a>>.
- Hoppe de Sousa, W., Zamudio Igami, M. P., y Souza Bido de, D. [2009], “R&D Management and the Stokes diagram: an exploratory study”, *Journal of Technology Management y Innovation*, Santiago de Chile, Universidad Alberto Hurtado, 4(4): 95-109.
- IDF [2021], *IDF diabetes atlas*, 10a. ed., Bruselas, Internacional Diabetes Federation, <<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.10.013>>.
- Morris, Z. S., Wooding, S., y Grant, J. [2011], “The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, Londres, Sage, 104(12): 510-520, <<https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>>.
- Muñoz-Aguirre, P., y Stern, D. [2022], “Inversión en investigación sobre cáncer en México entre 2002 y 2017”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 64(1): 108-110, <<https://doi.org/10.21149/13102>>.
- Natera, J. M., y Rojas-Rajs, S. [2023], “One alternative health device! A methodologi-

- cal proposal to analyze research projects' orientation towards national health problems", *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, Londres, Taylor & Francis, 6(1), 219-236.
- Natera, J. M., Rojas-Rajs, S., Dutrénit, G., y Vera-Cruz, A. O. [2020], "Knowledge dialogues for better health: complementarities between health innovation studies and health disciplines", *Prometheus*, Londres, Taylor & Francis, 36(1): 30-50.
- Natera, J. M., Rojas-Rajs, S., Dutrénit, G., y Vera-Cruz, A. O. [2019], "National health problems and useful knowledge: lessons from public funding of diabetes research in Mexico", *Innovation and Development*, Londres, Taylor & Francis, 9(2), <<https://doi.org/10.1080/2157930X.2019.1567906>>.
- OPS-OMS [2001], *Iniciativa de diabetes para las Américas (DIA): Plan de acción para América Latina y el Caribe 2001-2006*, Washington, OPS/HCP/HCN.
- PAHO [2017], PLISA Database. *Health situation in the Americas: Basic indicators 2017*, Pan American Health Organization, <<https://tinyurl.com/3mxn99ut>>.
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D., y Freyermuth-Enciso, G. [2020], "Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México", *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 62(6): 810-819, <<https://doi.org/10.21149/11861>>.
- Philip, S. [2017], "Diseases of poverty and the 10/90 gap", *Fighting the diseases of poverty*, Oxfordshire, Routledge: 126-140.
- Rafols, I., y Yegros, A. [2017], "Is research responding to health needs?", *SSRN Electronic Journal*, 3106713.
- Rafols, I., Leydesdorff, L., Hare, A. O., Nightingale, P., y Stirling, A. [2012], "How journal rankings can suppress interdisciplinary research: a comparison between innovation studies and business & management", *Research Policy*, Ámsterdam, Elsevier, 41(7): 1 262-1 282, <<https://doi.org/10.1016/j.respol.2012.03.015>>.
- Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Barrientos-Gutiérrez, T., Bautista-Arredondo, S., Romero-Martínez, M., Pelcastre-Villafuerte, B., y Torres-Pereda, P. [2019], "La salud de los mexicanos que habitan en localidades de menos de 100 000 habitantes", *Salud Pública de México*, Cuernavaca, INSP, 61(6), <<https://doi.org/10.21149/10980>>.
- Rocha, P. R. da, y David, H. M. S. L. [2015], "Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health", *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, San Pablo, Universidade de São Paulo, 49: 129-135.
- Rojas-Rajs, S., y Soto, E. J. [2013], "Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: aportes para la reflexión desde la salud colectiva", *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, San Pablo, Universidade Estadual Paulista, 17(46): 587-599, <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000300008>>.
- Rojas-Rajs, S., y Natera, J. M. [2019], "Movilización del conocimiento: aportes para los estudios sociales de la salud", *Revista Ciencias de la Salud*, Bogotá, Universidad del Rosario, 17(3): 111-131, <<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/>

revsalud/a.8369>.

- Rojas Rajs, S., Natera, J., y Medina, O. [2018], “Diabetes research in Mexico: a map of 13 years of public funding”, *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 34(9): 1-19, <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00090717>>.
- Solleiro, J. L., Gaona, C., y Castañón, R. [2014], “Políticas para el desarrollo de sistemas de innovación en México”, *Journal of Technology Management & Innovation*, Santiago de Chile, Universidad Alberto Hurtado, 9(4), 98-109, <<https://doi.org/10.4067/S0718-27242014000400007>>.
- Stokes, D. E. [1997], “Pasteur’s quadrant”, *Political Science*, Londres, Taylor & Francis, 92(3): 180, <<https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>>.
- Thune, T., y Mina, A. [2016], “Hospitals as innovators in the health-care system: A literature review and research agenda”, *Research Policy*, Ámsterdam, Elsevier, 45(8): 1 545-1 557, <<https://doi.org/10.1016/j.respol.2016.03.010>>.
- Ugarte Pineda, E., y Parra Huerta, G. [2021], “La importancia del financiamiento sobre la producción científica en México”, *Investigación Bibliotecológica*, México, IIBI-UNAM, 35(87): 187-202, <<https://doi.org/10.22201/iibi.24488321xe.2021.87.58330>>.
- Villavicencio, D., y de Alba, P. L. L. [2009], *Sistemas de innovación en México: regiones, redes y sectores*, México, Plaza y Valdés.
- Vinot, D., Ilinca, S., Espin, J., Hamer, S., Botje, D., Veloso Mendes, R., Mueller, J., Van Wijngaarden, J., y Ploch, T. [2012], “All you need to know about innovation in healthcare: the 10 best reads”, *International Journal of Healthcare Management*, Londres, Taylor & Francis, 5(4), 193-202, <<https://doi.org/10.1179/2047971912Y.0000000018>>.
- Weberg, D. [2009], “Innovation in healthcare. a concept analysis”, *Nursing Administration Quarterly*, Riverwoods, Lippincott, 33(3): 227-237.
- WHO [2016], *Global report on diabetes*, Ginebra, World Health Organization, <<https://tinyurl.com/yk4zesj7>>.
- WHO [2005], *Bridging the “know-do” gap. Meeting on knowledge translation in global health*, Ginebra, World Health Organization.
- WHO *et al.* [2013], *The World Health Report 2013: Research for universal health coverage*, World Health Organization Press, <<https://tinyurl.com/2fem8h3b>>.
- Yazdizadeh, B., Majdzadeh, R., y Salmasian, H. [2010], “Systematic review of methods for evaluating healthcare research economic impact”, *Health Research Policy and Systems*, Berlín, Springer, 8(6), <<https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-6>>.
- Yegros, A., van de Klippe, W., Abad-García, M. F., y Rafols, I. [2019], “Exploring why global health needs are unmet by public research efforts: the potential influences of geography, industry, and publication incentives”, *SSRN Electronic Journal*, Ámsterdam, Elsevier, 6: 1-14, <<https://doi.org/10.2139/ssrn.3459230>>.

IV. LA VISIÓN DEL PROFESIONISTA DEL SECTOR SALUD

8. EL RUMBO DE LA SALUD MEXICANA DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJADOR DE LA SALUD

Francisco Moreno Sánchez

PANDEMIA

La pandemia por covid-19 dejó de ser una emergencia sanitaria en mayo de 2023, sin embargo, el daño que provocó en el mundo y en nuestro país es inimaginable.

En diciembre de 2019 un nuevo virus para el ser humano, desconocido y al que el mundo entero era susceptible, apareció en Wuhan, China. A partir de ese primer caso, en un lapso de tres años y medio, alrededor de 700 millones de seres humanos, según cifras oficiales, han tenido la infección en el mundo. El 1 %, es decir, alrededor de 7 millones, fallecieron. Sabemos que, por diferentes razones, los números, tanto de contagiados como de fallecidos, es mucho mayor a la cifra oficial. Estimaciones científicas afirman que aproximadamente 5 000 millones de personas han padecido la infección en estos tres años y medio y que las pérdidas humanas por la enfermedad alcanzan los 21 millones. La séptima pandemia más letal en la historia de la humanidad, cuando el avance científico hacía difícil creer que algo como lo sucedido pudiera pasar.

Las grandes pandemias de la historia se presentaron en un mundo sin antibióticos, sin vacunas, sin terapia intensiva y sin la capacidad biotecnológica que existe en la actualidad. La peste bubónica de 1374 ocasionó alrededor de 200 millones de muertes; la bacteria que la ocasiona, *Yersinia pestis*, fue descubierta por el médico suizo Alexander Yersin, quien era investigador del Instituto Pasteur en 1894. Es decir, el descubrimiento del agente que causó la peste negra tardó 510 años en ser identificado. El nuevo coronavirus, como se le llamó inicialmente al virus del SARS-CoV-2, fue reportado el 31 de diciembre de 2019 por el gobierno de China; 15 días después, la estructura genética del nuevo patógeno ya había sido realizada, lo que permitió tener pruebas de diagnóstico en menos de un mes. El antibiótico gentamicina, efectivo contra la *Yersinia*, se descubrió en 1963, casi 600 años después de la pandemia más terrible de la historia. El primer antiviral contra covid-19, remdesivir, se utilizó a los tres meses de iniciada la epidemia. La mortalidad que habría provocado la covid-19 superaría seguramente los 100 millones de fallecimientos si la pandemia hubiera ocurrido cuando se carecía de todos los avances tecnológicos que hoy existen.

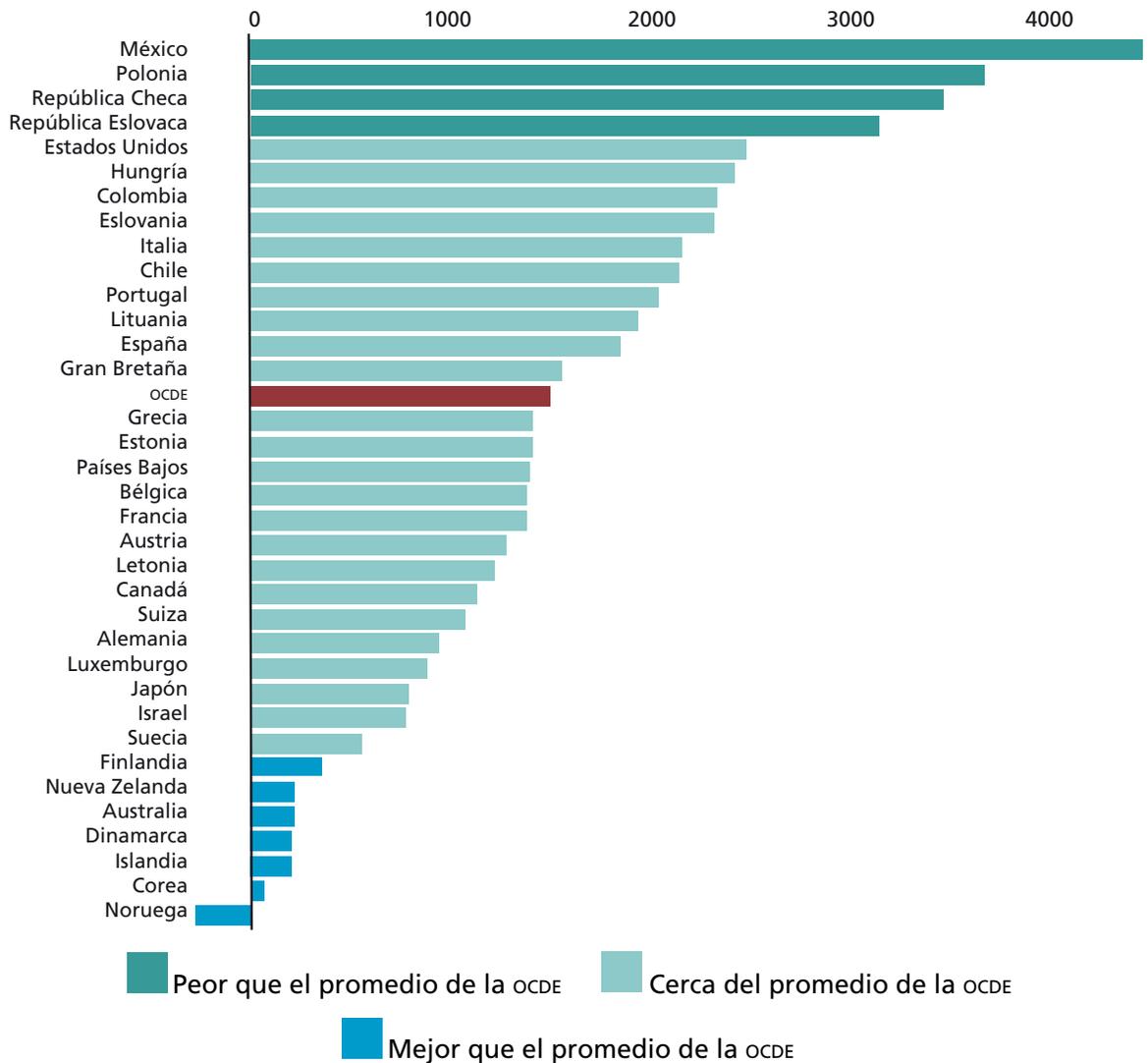
La epidemia se presentó en diferentes olas, las primeras por la falta de inmunidad de la población, las siguientes por variantes del virus que resultaron más contagiosas. La diferencia en el tiempo pudo haberse aprovechado por los países que tardaron más en ser alcanzados. Resulta paradójico que el continente americano presentó el primer caso cinco semanas después de haberse reportado el inicio de la pandemia, pero los estragos fueron mayores que en Asia donde se originó. Esto no puede ser atribuido a la pobreza porque incluso países como Estados Unidos tuvieron una mortalidad por 100 000 habitantes mayor que Vietnam. Pandemia no es destino, la forma de enfrentarla fue determinante para los resultados que se dieron durante los siguientes cuatro años en las diferentes partes del mundo.

PANDEMIA EN MÉXICO

El primer caso en México fue reportado el 27 de febrero del 2020, las decisiones que se tomaron fueron siempre políticas, sin apego a la ciencia. La meta del gobierno era gastar lo menos posible, el resultado fue un costo enorme en vidas humanas. A pesar de no haber realizado pruebas suficientes, fuimos el país 167 en pruebas por millón de habitantes, sólo Nicaragua y Haití hicieron menos en el continente americano. Se registraron 7 633 355 casos y 334 336 fallecimientos en cifras oficiales en agosto de 2023. Éstos no son números, se trata de mexicanos que no recibieron adecuada comunicación, que no tuvieron acceso a pruebas diagnósticas, a camas de hospital, pero la catástrofe fue mayor. Por exceso de mortalidad, México alcanzó los 800 000 fallecidos durante estos 43 meses. Algunos países, como Noruega, tuvieron una disminución en el exceso de fallecimientos comparado con los cinco años previos a la pandemia, esto se atribuye a que las medidas utilizadas para la prevención de covid-19 disminuyeron también la trasmisión de otros virus respiratorios, como la influenza y el virus sincicial respiratorio, que ocasionan una alta mortalidad en la población infantil, la mayor de 70 años. Esto ha sido publicado por la OCDE [2021] (gráfica 1).

Se ha comentado que la alta mortalidad por esta pandemia se debió al número elevado de pacientes diabéticos, obesos e hipertensos que existe en nuestro país, lo cual es cierto, pero esos datos ya se conocían y los primeros reportes de factores de riesgo para complicaciones y mortalidad por el nuevo virus ocurrieron en enero del 2020, un mes antes de presentarse el primer caso en México. La información del riesgo que podría ocasionar la pandemia en nuestra población se tenía antes de que llegara, pero en lugar de buscar cómo prevenir su dispersión y evitar contagios, se decidió minimizar la enfermedad y provocar una falsa sensación de seguridad en la sociedad mexicana.

Gráfica 1. Decesos por millón de habitantes (superiores a la media durante 18 meses desde enero de 2020)



Fuente: tomado de OCDE, 2021.

Los resultados de la estrategia de la pandemia nos llevaron a ser el quinto país en mortalidad en el mundo. En México fallecieron más trabajadores de la salud que en ningún otro sitio del mundo, se tiene el segundo mayor número de huérfanos por muertes en alguno de los padres y estamos entre los cinco países con mayor mortalidad gestacional, es decir, mujeres embarazadas que sufrieron la infección viral y perdieron la vida. Hoy en día, sigue sin aceptarse que la estrategia fue criminal. Cientos de miles de familias mexicanas sufrieron esta triste realidad.

Como tormenta perfecta para el sistema de salud, coincidieron en el tiempo la desaparición del Seguro Popular y la pandemia. El llamado Seguro Popular no era perfecto, podría haberse mejorado, pero destruirlo sin una alternativa planeada, por decreto y sin tomar en cuenta el problema al que se iba a enfrentar el país, ha provocado que el sistema de salud de nuestro país se encuentre en el peor momento de la historia moderna.

Según información presentada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) [2023], de 2018 a 2022, las personas que carecen de los servicios de salud pasaron del 16.2 % al 39.1 %, es decir de 20.1 millones de mexicanos pasamos a 50.4 millones en esta situación en el país. El modelo de salud que sustituyó al Seguro Popular, el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) ya desapareció y fue a su vez sustituido por el IMSS-Bienestar, cuya posibilidad de atender a más de 50 millones de personas se ve más que complicada [Coneval, 2023].

La pandemia ha dejado carencias que empiezan a verse reflejadas en la salud actual. Ha habido un aumento en la cifra de suicidios y de trastornos mentales después de la epidemia. Las consultas de prevención, así como la vacunación en general, han tenido un descenso grave que podría asociarse a un mayor número de enfermos con padecimientos crónico-degenerativos y la presencia de infecciones como polio, sarampión, tuberculosis en la población infantil.

Uno de los datos estadísticos más alarmantes que se han documentado en esta época pospandémica es la pérdida de cuatro años en la expectativa de vida del mexicano con respecto a 2018. Hoy en día, un mexicano aspira a vivir la misma cantidad de hace 30 años. Éste ha sido el brutal impacto del daño de la pandemia en nuestro país [Heuveline, 2022].

DESARROLLO TECNOLÓGICO POSPANDEMIA

El desarrollo científico que ocurrió en el intento por lograr disponer de la mejor tecnología para combatir la covid-19 ocasionó un enorme avance en campos como la telemedicina, la biotecnología, la genética, la robótica y la inteligencia artificial, entre otras muchas áreas de la ciencia.

La telemedicina permitió realizar consultas no presenciales, éste ha sido el paso inicial para lograr instaurar programas de atención médica a distancia que podrían beneficiar a comunidades marginadas. La robótica ha implementado el uso de dispositivos para realizar electrocardiogramas, mapeo de presión arterial, que pueden enviarse inmediatamente del paciente al médico que lo atiende. Un paciente diabético en la

sierra tarahumara podría ser vigilado por medio de un dispositivo por un médico en Monterrey o Ciudad de México.

La secuenciación genética que permitió conocer al SARS-CoV-2 en tan sólo 15 días ahora se está implementando para conocer mutaciones y defectos genéticos que podrían permitir que, en un futuro no lejano, una persona al nacer conozcan cuáles son las enfermedades que pudiera tener en su vida y así hacer modificaciones en su ambiente para evitarlas. De la misma forma, se busca lograr corregir los defectos genéticos para evitar problemas en el futuro.

Si bien, el desarrollo de la inteligencia artificial venía dándose a todos niveles, la información que surgió con la pandemia ha permitido tener una base de datos más grande. Esto, a su vez, ha llevado a la configuración de algoritmos que permiten mejorar la calidad de atención en salud. La aparición de esta epidemia ha puesto en alerta al mundo sobre futuras amenazas de la naturaleza, lo cual, mediante la inteligencia artificial como medida de vigilancia epidemiológica, se puede predecir y monitorizar para evitar otra catástrofe como la vivida.

El desarrollo de vacunas que evitarán infecciones que en la actualidad no tienen protección biológica, de igual forma, lleva a campos de la medicina diferentes a la infectología. Existen hoy en día protocolos de vacunas para enfermedades como el cáncer de páncreas, para enfermedades autoinmunes como esclerosis múltiple, entre muchas otras. La inmunoterapia permitirá tratamientos individualizados en enfermedades oncológicas, lo que ya se conoce como medicina puntual.

Todos estos adelantos se están dando con una velocidad extraordinaria, lo cual podría llevar a que el ser humano aumente su expectativa de vida en los próximos años; más aún, que mejore su calidad de vida durante la última parte de su existencia. En el momento actual se vive más que antes, pero no necesariamente se vive bien durante estos años extras. Si los adelantos van a contribuir a vivir más, se tiene que lograr también que se viva mejor. Ése es uno de los retos para estos próximos años.

COSTO EN SALUD

El costo de la salud en la población se ha incrementado en las últimas décadas; el hecho de que la pirámide poblacional haya cambiado y se empiece a tener un mayor porcentaje de adultos mayores, así como de adultos jóvenes, provoca un incremento en enfermedades crónico-degenerativas que en la actualidad no se curan, sólo se logran controlar. El costo de la atención de estas enfermedades es alto y, por lo tanto, no se han podido lograr programas de salud, en el mundo, que ofrezcan una buena atención a un costo menor.

La tendencia mundial es buscar que con la tecnología se logre prevenir las enfermedades crónico-degenerativas. Esto es un cambio en la forma de hacer medicina en

el futuro. En lugar de realizar una práctica médica en donde se atiende al enfermo, se buscará evitar que la persona enferme. Esto evitaría los elevados costos de atención en hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, etcétera. Mantener a una población sana permite tenerla activa, funcional y con un bajo costo en salud.

La mayor meta de todas es lograr conjuntar estos avances para mejorar la atención en salud, extender la sobrevivencia del ser humano, mejorar la calidad de vida y con un costo menor. Sin embargo, hasta ahora los adelantos científicos se asocian a un alto costo y eso ha ocasionado que la calidad en la atención médica sea sólo para los estratos económicamente altos. De no lograr que la tecnología del futuro pueda ser accesible a todos, habrá un aumento en la brecha en salud que provocará que aquellos individuos con solvencia económica disfruten de privilegios que no estarán al alcance de otros seres humanos que seguirán sufriendo de inanición, enfermedades infecciosas y muerte a edades tempranas.

La “nueva” forma de hacer salud en el mundo será con prevención, sin esperar a que el individuo enferme; cambiar el control de las enfermedades crónicas por evitar que éstas aparezcan y que, si esto llegara a ocurrir, puedan curarse con políticas de salud que beneficien a todos, una cobertura universal en salud de alta calidad y de bajo costo. La población entonces vivirá más, mejor y a un menor costo. Nada se habrá logrado si en 15 años tenemos más millonarios de edad avanzada con una calidad de vida envidiable, mientras en otra parte del planeta hay millones que mueren de hambre.

México tiene un enorme reto en los años por venir, durante décadas se abandonó la salud; en estos últimos cinco años, la pandemia y las nuevas ocurrencias gubernamentales destruyeron lo que había. El viraje se tiene que hacer rápido, planeado y, lo más importante, con una gran inversión. De no ocurrir así, los próximos 25 años se tendrá un rezago tremendo, con brotes epidémicos en niños y jóvenes, con un mayor número de enfermos crónicos sin adecuada atención médica y con un consecuente elevadísimo costo. Ya no hay margen de error: o se modifica lo que se está haciendo o se condenará a varias generaciones a vivir en un país enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

- Coneval [2023], “El Coneval presenta las estimaciones de pobreza multidimensional 2022”, comunicado núm. 7, México, Dirección de Información y Comunicación Social, 10 de agosto, <<https://tinyurl.com/4jwsum55>>.
- Heuveline, P. [2022], “Global and national declines in life expectancy: an end-of-2021 assessment”, *Population and Development Review*, Hoboken, Wiley, 48(1): 31-50, <<https://tinyurl.com/yeyt5vv6>>.
- OCDE [2021], *Exceso de mortalidad 2020*, OCDE, <<https://goo.su/x29A5>>.

SÍNTESIS DE PROPUESTAS

Esta sección final es una recapitulación de las propuestas para el sector salud en México que fueron expuestas a lo largo de los capítulos del libro por sus autores¹. El listado no tiene ninguna secuencia de prelación. Tampoco sigue el orden en que fueron presentadas, puesto que se procuró agrupar propuestas de naturaleza temática similar. Debido su variedad, es muy probable que algunas se omitieran en este compendio que no pretende resumir ni sustituir el análisis formulado en cada capítulo de la obra.

- 1) Aumentar el presupuesto público para el sector salud, contabilizado como porcentaje del producto interno bruto (PIB). En un capítulo se sugiere un incremento de al menos 0.25 puntos cada año por un periodo de 10 años; en otro capítulo se insistió en la necesidad de elevarlo lo más pronto posible al 3.8 % del PIB (desde el actual 2.8 %).
- 2) Crear un Servicio Nacional de Salud que mejore la distribución del presupuesto para que la calidad del servicio sea homogénea y de buena calidad en todas las instituciones públicas del sistema y resuelva su actual fragmentación. De esta forma se tendería a una cobertura universal.
- 3) Realizar mapeos regionales para contar con una microplaneación para asegurar que cada comunidad tenga un sitio de atención a la salud al que pueda acudir caminando.
- 4) Promover asociaciones entre los sectores público y privado para la creación de nuevas instituciones en el sistema.
- 5) Regular la operación de los consultorios adyacentes al sector farmacéutico.
- 6) Construir un sistema de primer nivel de atención médica y de medicina familiar para fortalecer la prevención y la detección oportuna como una forma de solucionar el costo total en salud en el mediano y largo plazos y mejorar el bienestar de la población mediante la atención temprana en sus fases iniciales de enfermedades. Como se afirma en uno de nuestros capítulos: prevenir es más barato.

¹ Se tomaron en cuenta propuestas realizadas por un ponente participante en el XXIX Seminario de Economía Mexicana, los días 23 y 24 de agosto de 2023, a quien no le fue posible presentar un texto para incluirse en este libro: Leonardo Lomelí. Todas las ponencias se encuentran videograbadas en la página oficial del seminario: <<https://www.ecmex.iiec.unam.mx>>.

- 7) Restablecer un modelo eficiente e integral de compra y distribución de medicamentos a escala nacional.
- 8) Atender el grave problema de la intoxicación por plomo, sobre todo en infantes, que se produce por consumo de alimentos en loza de barro vidriada, por exposición ambiental y en ciertos oficios de soldadura, herrería, pintura, etcétera.
- 9) Atender el acceso y la distribución de agua para que se vuelva permanente sin intermitencias.
- 10) Atender los problemas que más aquejan a la población infantil, entre los que destacan: desnutrición, sobrepeso y obesidad. Incentivar para ello un cambio en la cultura alimentaria de los mexicanos que, entre otras cuestiones, permita disminuir el consumo de bebidas azucaradas.
- 11) Atender los problemas que más aquejan a la población adulta: hipertensión, diabetes, sobrepeso y obesidad, entre otros.
- 12) Atender y legislar lo concerniente a favorecer “una muerte digna”.
- 13) Reestablecer de forma eficiente un seguro médico para los habitantes que no cuentan con un empleo formal.
- 14) Asignar un mayor presupuesto a la investigación médica y crear incentivos para lograrlo. Financiar igualmente el uso de nuevas tecnologías en hospitales y consultorios, como la telemedicina, que permite llegar a lugares remotos, la robótica y la inteligencia artificial.
- 15) Apoyarse de una manera más constante y eficiente en las nuevas tecnologías y los procesos de innovación para resolver problemas de salud, y también para el fomento y la evaluación de proyectos de investigación sobre el sector.
- 16) Ante la falta de recursos para un sector tan importante como el de salud, o el educativo, realizar una reforma hacendaria. Abandonar el criterio de austeridad ante las necesidades de la población mexicana.

Por último, debe aclararse que no todos los autores están necesariamente de acuerdo con todas y cada una de las propuestas expuestas en este compendio. Ésta es una recapitulación realizada por la coordinación del libro.

SEMBLANZAS

ABELARDO C. ÁVILA CUIRIEL

Doctor en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población. Investigador del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Sus líneas de interés incluyen investigación en la situación nutricional en México; diseño de programas aplicados para combatir la desnutrición infantil; desarrollo de sistemas informáticos de inteligencia epidemiológica; evaluación de las políticas públicas y programas gubernamentales relacionados con la salud, la nutrición y la alimentación. Es autor y coautor de más de 10 libros sobre temas de nutrición y de alrededor de 50 artículos científicos y de divulgación en el área de la nutrición pública, entre los que destaca *La construcción social del Sistema Nacional de Salud en México*. <abelardoavila@yahoo.com>.

JORGE BASAVE KUNHARDT

Doctor en Economía, investigador titular del Instituto de Investigaciones Económicas (IIEc) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), del que fue director en los periodos 2002-2006 y 2007-2010. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNI); coordinador de los proyectos: Grupos empresariales en México, variables financieras y análisis de tendencias y Comportamiento de los grupos empresariales mexicanos en su etapa de internacionalización. Coordinador del Acervo de Variables Financieras en el IIEc. Coordinador del Seminario de Economía Mexicana del IIEc desde 2018. Fundador de la *Revista Economía UNAM*. Profesor en el Posgrado de Economía de la UNAM. Autor de varios libros, capítulos en libros y artículos en revistas nacionales e internacionales sobre temas financieros, de globalización y empresas multinacionales.

SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG

Maestro en Economía por el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) y maestro en Políticas Públicas por la Universidad de Harvard. Fue director general de

Distribuidora e Impulsora Comercial Conasupo (Diconsa) (2006-2009), secretario de Salud Federal (2011-2012) y secretario de Desarrollo Económico en la Ciudad de México (2012-2017). Fue diputado federal propietario por la LXV Legislatura. <schertorivski@gmail.com>.

ALEJANDRA MACÍAS SÁNCHEZ

Es economista por la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP) y doctora en Políticas Públicas por la Escuela de Gobierno y Transformación Pública del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM). Ha trabajado en el gobierno federal y en organismos internacionales. Tiene experiencia en temas de evaluación, finanzas públicas, seguridad social y desarrollo social, sobre los cuales ha publicado. Actualmente es directora ejecutiva en el Centro de Investigación y Estudios Políticos (CIEP), profesora de cátedra en el Tecnológico de Monterrey y candidata al SNII. Se especializa en cambio demográfico y finanzas públicas. Le interesa mejorar el sistema fiscal con base en evidencia y perspectiva de género.

ERIKA MARTÍNEZ LÓPEZ

Maestra en Administración por la UNAM, con cursos de Especialización en Innovación y Tecnología también por la UNAM y Licenciada en Economía por el Instituto Politécnico Nacional (IPN). Técnica académica titular adscrita al Instituto de Investigaciones Económicas en la Unidad de Economía del Conocimiento y Desarrollo. Coordinadora técnica del Seminario de Economía Mexicana del IIEc desde 2018. Profesora en la Facultad de Ingeniería en la UNAM. Además, ha colaborado en diversos proyectos de investigación sobre el pensamiento latinoamericano en ciencia, tecnología e innovación. <emartinez@unam.mx>.

JUDITH S. MÉNDEZ MÉNDEZ

Doctorante de Políticas Públicas en la Escuela de Gobierno y Transformación Pública del ITESM. Maestra en Administración con Especialización en Finanzas Corporativas y Licenciada en Economía por la misma institución. Tiene experiencia en evaluaciones socioeconómicas de proyectos públicos. Actualmente es directora adjunta de investigación y especialista en salud y finanzas públicas en el CIEP. Le interesa contribuir a un México donde la salud sea un igualador social y no un perpetuador de inequidades.

FRANCISCO MORENO SÁNCHEZ

Médico internista e infectólogo. Director de la Línea de Medicina Interna del Centro Médico ABC. Se formó como médico cirujano en la Universidad La Salle. Realizó la Especialidad en Infectología en la Universidad Nacional Autónoma de México y cuenta con una subespecialidad en Infectología por la Universidad de Texas en San Antonio. Articulista sobre temas de salud en México.

JOSÉ NARRO ROBLES

Egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM con estudios de posgrado de Medicina Comunitaria en la Universidad de Birmingham, Inglaterra. Fue secretario general de la UNAM, director de la Facultad de Medicina y rector de la UNAM (2007-2015). En la administración pública federal ha sido secretario general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y subsecretario de Gobernación y secretario de Salud. Ha recibido múltiples distinciones y reconocimientos nacionales e internacionales por su trabajo académico, entre ellas la Condecoración “Eduardo Liceaga” y el Reconocimiento al Mérito Médico; 21 doctorados *honoris causa*, entre ellos, seis de universidades del extranjero. <narrorobles@hotmail.com>.

JOSÉ MIGUEL NATERA

Investigador del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, doctor en Economía y Gestión de la Innovación, miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, nivel II, enfocado en el estudio de los procesos y políticas de ciencia, tecnología e innovación en los sectores de la salud. <jmnatera@comunidad.unam.mx>.

BERENICE PATRICIA RAMÍREZ LÓPEZ

Investigadora titular del Instituto de Investigaciones Económicas. Profesora y tutora de los programas de posgrados en Estudios Latinoamericanos y en Economía de la UNAM. Coordinadora del Seminario de Teoría del Desarrollo en el IIEc y cocordinadora del Grupo de Trabajo Seguridad Social y Sistemas de Pensiones del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso). Licenciada en Sociología, maestra en Estudios Latinoamericanos, con Doctorado en Ciencias Sociales por la UNAM. Posgrado en Desarrollo Económico, Planificación y Políticas Públicas en América Latina por

el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (Iipes), en Chile. Ha sido secretaria académica del IIEc, 2014-2017, jurado en el Premio Casa de las Américas, oficial de Asuntos Económicos de la Unidad de Comercio Internacional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, sede en México. Distinción Universidad Nacional en el Área de Investigación en Ciencias Económicas y Administrativas de la UNAM. Ha realizado investigaciones para la Organización Internacional del Trabajo y Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing (WIEGO). <berenice@unam.mx>.

MARÍA SOLEDAD ROJAS-RAJS

Investigadora en la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, doctora en Ciencias en Salud Colectiva, miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, nivel I, sus líneas de investigación incluyen la relación entre procesos de determinación social de la salud y la movilización de conocimiento. Programa de Maestría en Medicina Social y Doctorado en Salud Colectiva, UAM-X. <srojasrajs@gmail.com>.

TERESA SHAMAH LEVY

Directora del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública (2012-2025). Es licenciada en Nutrición, maestra en Ciencias de la Salud y doctora en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de México. Profesora de la Maestría en Ciencias en Nutrición desde 2003. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores. Fue coordinadora de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición del país (1999, 2006, 2012, 2016 y 2018-2019), asesoró las Encuestas Nacionales de Nutrición en Venezuela, Colombia y Ecuador y ha sido consultora del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <tshamah@insp.mx>.

ARTURO TORRES VARGAS

Profesor-investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, doctor en Economía de la Innovación Tecnológica, miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, nivel II, sus líneas de investigación incluyen los procesos de aprendizaje empresarial y políticas de ciencia, tecnología e innovación. Programa de Posgrado en Economía, Políticas y Gestión de la Innovación, UAM-X. <atvargas@hotmail.com>.