



KARLA
SÁNCHEZ
entrevista a
**LAURA
FLAMAND**



Un sistema de salud universal contribuiría a disminuir las desigualdades acentuadas por la pandemia



Ilustración: Hugo Alejandro González

Durante años se advirtió que México estaba al borde de una crisis de salud pública por sus condiciones demográficas, la alta tasa de enfermedades crónicas y la falta de inversión en el sector. Ahora, en plena pandemia de coronavirus, las consecuencias son notorias: desabasto de insumos médicos, falta de equipo de protección y personal sanitario insuficiente. A la par de la crisis sanitaria hay una crisis económica que incrementa la desigualdad en el país y deja a la población más vulnerable sin atención médica de calidad. Para hacer frente a esta y a epidemias futuras se requiere una reestructuración del sistema de salud que reduzca las desigualdades.

Laura Flamand es doctora en ciencia política por la Universidad de Rochester, coordinadora de la Red de Estudios sobre Desigualdades de El Colegio de México y analista de políticas sociales, de salud y de protección al medio ambiente. Junto con Carlos Moreno Jaimes escribió *Seguro popular y federalismo en México* (CIDE, 2014)

y es coeditora de *¿Cómo gobernar la contaminación en México? Alternativas de política pública ambiental* (El Colegio de México, 2015).

¿Qué subsistemas de salud operan en México y esto cómo influye en el servicio que reciben los mexicanos?

El sistema de salud en México se divide en dos: público y privado. Dentro del público podemos identificar dos subsistemas, uno para la población que cuenta con seguridad social —IMSS, ISSSTE, Pemex e ISSFAM— y otro para quienes no tienen seguridad social. Históricamente, los servicios de la seguridad social han tenido un financiamiento más alto que les permite contar con mayores recursos humanos y materiales y, en general, reportan un nivel de satisfacción mayor tanto de los pacientes como de las y los trabajadores. En la década de los noventa, los servicios para personas sin seguridad social

se descentralizaron y ahora cada entidad federativa tiene su propio sistema para atenderlas. Sus servicios estaban financiados hasta el año pasado por el Seguro Popular y ahora por el Insabi. Según datos del Coneval, en 2018, el gasto per cápita total para una persona con seguridad social era de 5,645 pesos mientras que para una persona sin seguridad social era de 3,955 pesos.

Esta fragmentación del sistema tiene como consecuencia una gran desigualdad en los recursos financieros, en las camas disponibles y en la cantidad de personal médico por cada mil habitantes. Un ejemplo de la desigualdad es la mortalidad infantil: una niña que nace en Oaxaca o Puebla tiene el doble de probabilidades de morir durante el primer año de vida que si nace en Nuevo León. Si esto ocurre en tiempos normales, en tiempos de crisis la desigualdad se exagera. Una de las razones para no imponer antes el confinamiento fue que muchas personas viven al día y no pueden parar sus actividades. Sin embargo, son ellas quienes están más expuestas y tienen acceso a servicios de salud de menor calidad. Si en México existiera un sistema de salud universal, este contribuiría a disminuir las desigualdades.

¿En qué punto nos encontramos para conseguir un sistema universal de salud?

¿Cómo tendría que ser?

El sistema universal de salud fue una propuesta que se discutió durante la campaña presidencial pasada y una promesa que López Obrador pronunció al tomar posesión, aunque luego abandonó. No hay un solo tipo de sistema universal de salud. Aunque entre sus características básicas se encuentran que se paga con impuestos generales, es gratuito al momento de brindar la atención, ofrece una cartera de servicios iguales para toda la población y, en general, está descentralizado.

Una de las ventajas de los sistemas universales es que disminuyen el gasto de bolsillo. En México más o menos 46% del gasto total en salud es de este tipo, es decir, corresponde al dinero que cada paciente destina a la compra de medicamentos en farmacias y a consultas o servicios hospitalarios en todos los niveles de atención. Se trata de un gasto no planeado e ineficiente. Los sistemas universales también favorecen la prevención. Como las consultas no representan un costo adicional, las personas acuden a sus citas de revisión anuales o semestrales, en cambio cuando implica un costo no planeado se suele acudir solo en situaciones de emergencia. Esto tiene consecuencias perversas en términos financieros y en calidad de vida, incluso puede incrementar la mortalidad. Sin embargo, por razones presupuestales, no hay sistema universal en el mundo que cubra los gastos de todos los padecimientos y que ofrezca todos los medicamentos y tratamientos.

Es necesario avanzar hacia un sistema universal, aunque este nos tome diez o quince años. Históricamente

el gobierno mexicano tiene una recaudación muy baja y por tanto el espacio fiscal es muy limitado, pero habría que plantearlo como un proyecto a mediano plazo. Esta coyuntura es muy grave en términos de los recursos que se tienen disponibles, además de que muestra claramente que las personas vulnerables, con bajos recursos y con problemas de salud graves son las más afectadas. Al final, quienes cuentan con ingresos más altos y con acceso a servicios de salud de mejor calidad tienen mayores posibilidades de recuperarse de la Covid-19 y eso es socialmente injusto.

Para hacer frente a la pandemia muchos gobernantes han elegido entre la economía o la salud de la población. En el caso de las epidemias futuras, ¿cuál sería la mejor estrategia para no afectar la economía?

Estamos pagando las consecuencias de las decisiones que se han tomado desde hace mucho tiempo. Una es haber mantenido este sistema de salud fragmentado y la otra es la precarización del trabajo porque quienes están en la economía informal no son solamente las personas que trabajan en las calles, también hay muchos trabajadores informales o por honorarios dentro de la economía formal. En el mediano y largo plazo, podríamos probar soluciones en las que intervengan la sociedad y los diferentes niveles de gobierno para proveer mejores servicios de salud a la población sin seguridad social. Por ejemplo, en algunos países se han empezado a crear cooperativas de vendedores ambulantes o de personas que trabajan en los mercados públicos para proveer servicios de salud preventivos de primer nivel, lo que evita que se incrementen los casos de segundo o tercer nivel. También hay que fortalecer las demandas de seguridad social dentro de la economía formal, pues hemos permitido una precarización del trabajo que genera empleos de muy mala calidad.

Las estrategias del gobierno para contener la pandemia se han enfocado en las ciudades y zonas metropolitanas, dejando a un lado a la población en comunidades indígenas.

¿Cómo eliminar la brecha que impide a los sectores marginados contar con acceso a servicios de salud?

Como se trata de una enfermedad cuyo contagio ocurre cuando hay proximidad entre las personas, tiene sentido que la estrategia se enfoque primero en las zonas urbanas, donde está la mayor parte de la población y los contagios son más probables. El problema es que han iniciado los contagios comunitarios. Por ejemplo, los vendedores ambulantes del Centro Histórico que vendían mercancía, proveniente principalmente de China, empezaron a recibir menos

suministros por la pandemia y con las medidas implementadas durante la emergencia sus ventas bajaron un 70%, por lo que decidieron regresar a sus comunidades de origen. Esto es delicado porque, quizás, comenzaremos a ver casos en comunidades aisladas, donde no cuentan con servicios de salud de calidad.

En cualquier indicador de desigualdad social y disponibilidad de recursos, la población indígena siempre está marginada. Una vez más, un sistema universal de salud ayudaría a atender a esta población. A veces una persona sin seguridad social tiene cerca una clínica del ISSSTE o del IMSS, pero no pueden atenderlo porque no es derechohabiente. IMSS-Bienestar, un proyecto que resolvía este problema, sufrió un recorte presupuestal importante en este sexenio cuando desapareció Progres- Oportunidades-Prospera. Este programa inició en 1979 bajo el nombre IMSS-Coplar para atender a personas marginadas que carecen de seguridad social. Ha sido un programa muy efectivo –tanto que ha sobrevivido a cambios sexenales– basado en la medicina preventiva comunitaria y que en el 2019 atendió a doce millones de personas. Es una buena herramienta para atender a los tres millones de personas que viven en comunidades aisladas y reportan no tener acceso a servicios de salud.

Me parece que López Obrador da en el clavo al poner el foco en las personas con pobreza y en abatir las desigualdades sociales, pero considero que sus programas sociales tienen que ser mucho más precisos para llegar a la población que más los necesita. No es algo que se pueda resolver fácilmente, pues la marginación a comunidades indígenas es histórica.

Quiénes han estado en la primera línea de batalla de la pandemia son los trabajadores de la salud. ¿Cuál es la situación actual del personal médico? ¿Cómo mejorar sus condiciones después de la crisis?

Ningún sistema de salud estaba preparado para esta crisis. En todo el mundo los trabajadores de la salud están sometidos a una presión muy fuerte. En México la situación es grave por varias razones, principalmente por la escasa inversión en el rubro. El total de gasto de salud en México, incluyendo sector público y privado, es de 5.8% del PIB. El promedio de los países de la OCDE es 9%. Solo el gasto público corresponde al 2.8% del PIB. Entonces, no es sorpresa que tengamos escasos recursos humanos. Por ejemplo, México cuenta con 2.4 médicos y médicas por cada mil habitantes; mientras que el promedio de la OCDE es de 3.4. En el caso del personal de enfermería, la situación es más grave: 2.8 enfermeras y enfermeros por cada mil habitantes; mientras que el promedio de la OCDE es de nueve. Tenemos un sistema de salud público que ya estaba saturado y en el cual los trabajadores ya

estaban demandados de manera excesiva y sin insumos suficientes.

Desde antes de la pandemia, el personal médico se encontraba en una situación de desprotección muy seria y requería la regularización de sus condiciones de trabajo. A pesar de que el Seguro Popular invirtió en insumos, una proporción elevada de su personal estaba contratada por honorarios, incluso hospitales enteros de varias entidades operaban con trabajadores contratados en esta modalidad. Por otra parte, no hay plazas en los hospitales por razones presupuestarias. Tan solo el año pasado los residentes médicos protestaron por el ingreso bajísimo que perciben.

Los trabajadores del IMSS, quienes gozan de las mejores condiciones laborales dentro del sector público, han protestado en varias ocasiones porque no cuentan con los equipos de protección personal ni el entrenamiento suficiente para enfrentarse a la pandemia. Lo cual es preocupante porque refleja la falta de atención a los trabajadores de la salud. La sociedad civil se ha sumado y ha realizado donativos para equipar a este personal. Pero tras la crisis el gobierno tiene que invertir más en el sector salud y aprovechar mejor los recursos.

La Covid-19 no es la única pandemia que debe enfrentar nuestro sistema de salud. ¿Estamos teniendo las estrategias correctas para atender las amenazas futuras?

En 2019 un grupo de veintiún especialistas y organizaciones de trece países lanzaron el Índice de Seguridad Global en Salud, el cual analiza las capacidades gubernamentales para prevenir, detectar y responder a amenazas biológicas, ya sean naturales o provocadas. Los factores que estudiaron fueron la respuesta rápida a emergencias, la inversión en investigación, el estado del sistema de salud, el cumplimiento de las normas internacionales, el diagnóstico del entorno de riesgo y la vulnerabilidad ante amenazas. De 195 países evaluados, México apareció en el lugar vigésimo octavo y en el cuarto de América Latina, por debajo de Chile, Argentina y Brasil, quien ocupa el primer sitio. México no sale mal posicionado, pero la crisis actual revela la necesidad de fortalecer nuestro sistema de respuesta a amenazas biológicas para actuar con mayor rapidez y contar con el equipo necesario.

La pregunta ya no es si va a haber otra pandemia similar a la Covid-19 o al H1N1, sino cuándo va a ocurrir y cuáles serán sus características. Se tiene que ampliar la discusión sobre cómo los gobiernos nacionales han vulnerado las instituciones de gobernanza global y han debilitado las capacidades de sus propios países para responder a este tipo de crisis. Por ejemplo, muchos países han recortado significativamente

los fondos a los institutos dedicados a la investigación y, por ejemplo, a la creación de pruebas rápidas de tamizaje y vacunas.

Sobre este último punto, ¿cuál es la relación entre el sector salud y la investigación en México?

La calidad del personal de la Secretaría de Salud que está al frente de la estrategia contra el coronavirus demuestra el enorme valor de la inversión en la formación de recursos humanos. Cuando preguntan para qué sirve la investigación o por qué tenemos que seguir dando becas para estudios en el extranjero la respuesta es que en épocas de crisis las personas que nos sacan adelante son quienes tienen el conocimiento especializado. Es cierto que no todos los centros Conacyt son perfectos y no todas las personas que han cursado estudios con becas Conacyt las han aprovechado, pero la investigación en ciencia y tecnología es crucial para este tema. Es importante dejar de ver las becas y los estudios en el extranjero como un lujo porque permiten crear redes globales de apoyo que son indispensables para resolver estos problemas.

El presidente López Obrador se ha propuesto terminar con la corrupción y esa fue una de las razones que dio para la cancelación del Seguro Popular. ¿Cuál es la evaluación a unos meses de que inició sus operaciones el Insabi? ¿Cómo emprender una lucha contra la corrupción en el sector salud sin dismantelar instituciones y sin afectar a los pacientes?

Pese a todos sus defectos, un buen punto de partida para un sistema universal de salud fue el Seguro Popular. En su diseño se contemplaba la eventual integración con el IMSS y el ISSSTE. Si bien aún existe la brecha en el gasto per cápita entre personas con seguridad y sin ella, esta se redujo considerablemente durante su operación porque se regularizó la cantidad de recursos financieros que se entregaban a los estados. La Auditoría Superior de la Federación monitoreó los gastos del Seguro Popular desde su creación en 2003 y detectó el mal uso de algunos de sus recursos. Hubo abusos financieros gravísimos que pudieron evitarse con controles más estrictos. Es una pena que el gobierno haya abandonado la idea de un sistema universal y mantuviera la fragmentación al crear el Insabi. Además, los afiliados al Seguro Popular tenían la certeza de los tratamientos a los cuales tenían derecho y no debían pagar cuotas de recuperación.

A partir de enero iniciaron las operaciones del Insabi y la publicación de su reglamento estaba prevista para junio. Debido a la contingencia sanitaria eso no será posible. Así que hay menos transparencia porque no existen reglas de distribución de los recursos financieros. Además, veo con preocupación

que los directivos del Insabi han estado ausentes en la respuesta a la pandemia, salvo por la convocatoria de Médicos del Bienestar. Es cierto que hay vasta información en las conferencias, tanto en la matutina como en la vespertina, pero veo con extrañeza que en los sitios de internet del Insabi hay poca información sobre cómo avanza la pandemia y cómo se atiende a la población.

El Seguro Popular tuvo varios errores, como muchos programas sociales de las administraciones pasadas y de la actual, pero hay que pensar en estas intervenciones públicas como obras en construcción. Hay mucho que recuperar, mejorar y construir a partir de ellos, antes de optar por su cancelación de tajo.

¿Por qué, a pesar de las señales de alarma, los gobernantes prestan tan poca atención al sector salud?

Entre 2003 y 2015 hubo incrementos al gasto de salud. En 2015 se alcanzó 6.5% del PIB, el más alto de los últimos años, aunque todavía lejos del promedio de la OCDE. Lamentablemente de 2015 a la fecha, incluidos los dos primeros presupuestos del gobierno del presidente López Obrador, la partida de salud disminuyó. Así como un sistema educativo de calidad es indispensable para que haya igualdad sustantiva, el sistema universal de salud es imprescindible para promover la igualdad de oportunidades. Para conseguirlo, sin embargo, se requiere financiamiento.

Además, en México el gasto administrativo del sector salud es el tercero más alto entre los países de la OCDE, pues hay que administrar los diversos subsistemas y las instituciones que los integran. Gastamos poco y lo hacemos de manera inefectiva.

Si bien la inversión en salud tiene beneficios individuales, comunitarios y económicos, estos son de largo aliento y dependen de muchos factores. Por ejemplo, para reducir la tasa de mortalidad infantil hay que considerar, entre otros factores, el acceso a agua potable, a servicios de salud y la calidad de la dieta. Por otra parte, la obra pública es mucho más visible que la inversión en salud. Y la entrega de un ingreso mensual a los jóvenes otorga más réditos electorales que un programa de vacunación.

Sin duda la fragmentación de los servicios ha afectado para que exista poco interés por construir un sistema de salud robusto porque cada institución pelea por su presupuesto. Confío en que cada vez más la sociedad civil demande mayor inversión en salud y la construcción de un sistema universal. —

KARLA SÁNCHEZ (Ciudad de México, 1992) estudió literatura latinoamericana en la Universidad Iberoamericana y es secretaria de redacción de *Letras Libres*.