

· EPIKEIA ·

Revista del Departamento de
Ciencias Sociales y Humanidades

PROSPECTIVA Y PERSPECTIVA EN SALUD: 2024 – 2030

Jorge Ulises Blásquez Martínez, Docente de la Maestría en Política y Gestión Pública.

Resumen:

El presente artículo tiene la intención de hacer un análisis prospectivo en materia de salud para el sexenio 2024 – 2030, siendo uno de los temas que ha generado más revuelo en la sociedad mexicana, el texto presenta una serie de elementos que van a permitir hacer un análisis crítico del tema para tener una idea de las principales problemáticas a las cuales se va a enfrentar la administración que inicia. Adicionalmente se hace un análisis crítico de los nombramientos del sector y sus implicaciones en la formulación y ejecución de las políticas públicas de la presente administración.

Palabras clave: Sistema de salud, prospectiva, industria farmacéutica y políticas públicas

Abstract: This article presents a prospective analysis to the Mexican's health system in the future government 2024-2030. This topic is very sensitive in Mexican society because we have serious problems in the implementation policies, the idea is present critical analysis the high topics in a problem, the idea is present the public officials star in this government, the policies and the relationship with the new government. The Mexican's health system is now in a deep challenge in this new era.

Keywords: Health System, prospective, pharmaceutical industry, Policies

INTRODUCCIÓN

Salud, perspectiva y prospectiva del sexenio que inicia: Por un amplio margen, Claudia Sheinbaum resultó ganadora de las elecciones del 2024 en México. Más allá de las cuestiones de la política y la democracia, se debe establecer que la constitución de un gobierno recae en áreas técnicas especializadas y que el deber de un ganador de las elecciones es tener equipos técnicamente bien calificados para formular, diseñar, ejecutar y evaluar las políticas públicas que van a regir los siguientes años.

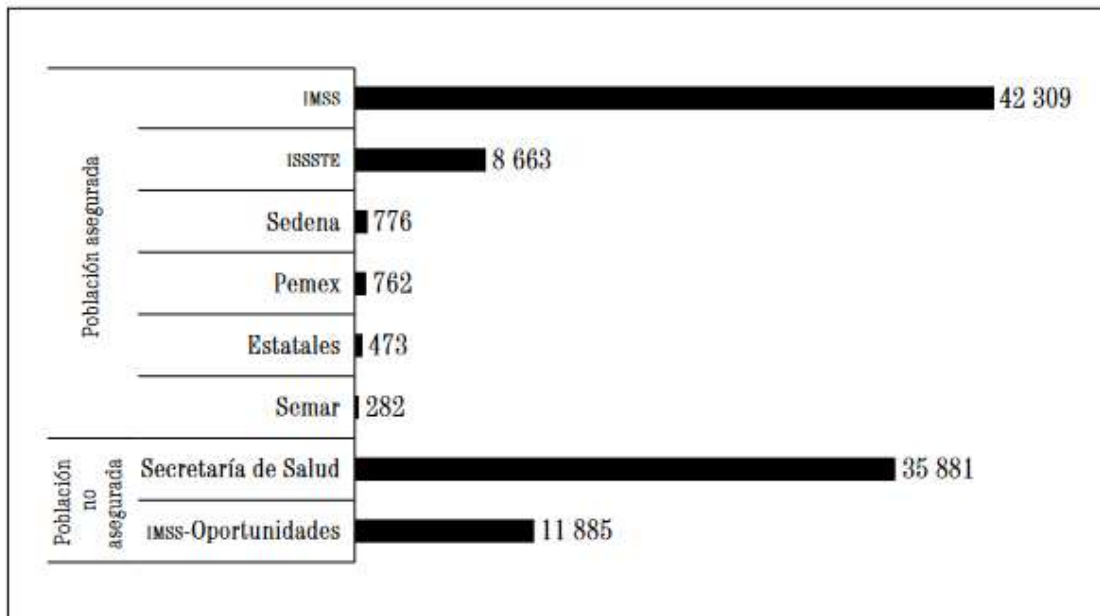
Este artículo presenta un análisis prospectivo y la perspectiva de qué puede llegar a pasar el próximo sexenio en uno de los puntos más sensibles que es el tema de la salud. Empecemos por entender que la estructura institucional del sector salud es más compleja y fragmentada que en otros países, en tanto que la seguridad social y la salud están ligadas y fragmentadas entre sí. Esto quiere decir que las condiciones de seguridad social y acceso efectivo a la salud dependen completamente de la adscripción que se tenga en el momento de una relación laboral. Esto también implica entender que el primer gran obstáculo a la salud es el entramado institucional mismo.

Empecemos por explicar los siguientes elementos básicos que permiten clarificar a qué se enfrenta el sexenio que va empezando; primero, los sistemas de salud y seguridad social se dividen en cuatro grupos. Trabajadores asociados al sector privado o gubernamental (no federal) están afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este instituto es el más grande ya que atiende al menos una cuarta parte de la población.

En segundo lugar, está el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para trabajadores gubernamentales federales y en algunos casos estatales. Dicho grupo estaría en un nivel de atención de entre 10 y 15 por ciento de la

población total en México. El tercer puesto corresponde al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM). Aquí la exclusión es mayor, pues se dirige solamente a personal de las fuerzas castrenses (Ejército, Fuerza Aérea y Marina), excepcionalmente miembros de la Guardia Nacional; evidentemente su presencia en la atención total en salud es menos del 5 por ciento. Por último, está la subgerencia de la paraestatal Petróleos Mexicanos (PEMEX), la cual tiene una forma de afiliación especial. Por un lado, tiene algunos hospitales, también acuerdos de atención médica con instituciones privadas, además de seguros dotales en ciertos términos; su nivel de atención ronda - cuando mucho- un 2 por ciento de la población total. Esto quiere decir que entre los cuatro sistemas de seguridad social y salud no se alcanza el 50 por ciento de cobertura en materia de atención médica, sumada además a la exclusión clara de temas de seguridad social. Aquí empieza el problema central de salud para cada sexenio. La capacidad de exclusión y discriminación entre subsistemas de seguridad social es sumamente clara, mientras un instituto carga básicamente con más de la mitad que los otros tres, también tiene el mayor número de limitantes para insumos en salud, infraestructura, equipamiento y también serios problemas para tener los recursos humanos suficientes. En el segundo instituto ha envejecido su infraestructura y evidentemente se ha deteriorado su equipamiento. También tiene personal de mayor edad y no han tenido el relevo generacional necesario, particularmente para atender a una población que es mayoritariamente de atención geriátrica, con las complicaciones que eso conlleva. Por otra parte, ISSFAM y PEMEX tienen mejores condiciones y evidentemente un menor uso en sus instalaciones.

Figura 1.2. Población usuaria de servicios de salud, 2013*
(miles de personas)



Fuente: Martínez Soria, Jesuswaldo y Murayama Rendón, Ciro (2016). *Hacia un sistema público de salud en México* Pág. 30 Ed. UNAM.

SEGURO ¿POPULAR? / INSABI

Pongamos elementos técnicos de la problemática; durante años la adquisición de insumos para la prestación de los servicios de salud, ha sido un entramado problemático. Podríamos decir que tuvimos la paz que precede a las grandes tormentas de la vida. El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como *Seguro Popular*, no era perfecto, pero era la respuesta técnica más viable y financieramente más responsable. Dentro de todas sus limitantes sistematizó las mejores experiencias internacionales, para dotar de elementos básicos de salud a través de un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); probablemente este punto fue la cabeza de la hidra para los detractores.

Explico el punto: El catálogo, como se indica por su nombre, era una serie de elementos públicos sobre tratamientos y padecimientos que estarían cubiertos, es decir que en la base misma del proyecto se daban las restricciones para cambiar en ciertos padecimientos los tratamientos por otros más efectivos, salvo una revisión técnico-financiera; evidentemente podría decirse que era la forma de exclusión social más cínica de la historia y a la vez la manera de apaciguar un gran mal en el país que era la carencia de guías para la atención. Sin embargo, este punto fue básico para dos cosas: Que la población ganara años de vida saludable, así como hacer un diagnóstico real de políticas públicas asociado a no dejar de dar la atención y avanzar en la construcción de un sistema de atención a personas excluidas en función del tema laboral. Podrá sostenerse, como lo hace el actual grupo en el poder, que esto era terrible y era evidente que se requería un cambio, si sumamos los abrumadores casos de corrupción y negligencia que costaron vidas en distintas entidades del país; razones y argumentos para atacarlo y pedir su sustitución no les faltaron. La icónica frase “El seguro Popular... ni es seguro y ni es popular”; que tanto materializó en tres campañas presidenciales el presidente Andrés Manuel López Obrador (2018-2024), albergaba la crítica de varios académicos, especialistas y sobre todo de quienes tienen en sus manos la responsabilidad de la salud (personal de área médica). Si bien la crítica era la falta de insumos o horas excesivas para ser atendidos, no se lograba distinguir en una crítica clara también en los institutos de salud y seguridad social (marcadamente IMSS e ISSSTE), donde había y hay más problemas.

Bajo el principio de que se debía refundar el sistema, se apostó por un cambio que resultó ser más nocivo. El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), basado en la misma estructura institucional que el *Seguro Popular* se rediseñó y operacionalizó - probablemente- en el peor ejercicio de salud a nivel mundial para personas sin acceso a la misma. El desvío de recursos y corrupción ocurrió evidentemente desde el primer año de operación, al dejar de operar el CAUSES e ir haciendo una migración silenciosa (podríamos decir que incluso facciosa para sobre elevar costos) al Compendio Nacional de Insumos para

la Salud; ha sido la base de una herencia nociva para la siguiente presidenta de México y para un muy problematizado nuevo equipo en salud.ⁱ

La siguiente gran problemática fue evidentemente desaparecer el INSABI sin pagar sus adeudos, aproximadamente 10,000 millones de pesos en licitaciones que por demás no son de dominio público y por tanto es imposible saber si fue para adquisición de medicamentos, reasignación del gasto u otros elementos.ⁱⁱ Sumado a este ejercicio bastante negativo, se dio paso a la transferencia de recursos a un elemento ya existente (desde la década de los setenta) con varias críticas en su actuación, que es el llamado IMSS-Bienestar. Primero se debe señalar que el origen del IMSS-Bienestar es relativamente un renombramiento del INSABI con algunos elementos matizados como es la re centralización de los servicios de salud en un ente federal que, además de todo, tiene por base el desconocimiento técnico-operativo de perfiles epidemiológicos y sociales de la población que va atender. Es decir, no sabe qué tiene que hacer para atender a la población y cómo organizarse. Si bien su antecedente próximo IMSS-PROSPERA estaba alineado a elementos de atención primaria en zonas apartadas y tenía una idea relativamente clara de primer nivel de atención que surge desde el origen mismo del IMSS-COMPLAMAR, este nuevo viraje es una forma de esconder y sobre todo no alcanzar derechos de acceso a la salud para una parte importante de la población.

Retomo el siguiente cuadro que presentan Sánchez-Pérez, Leal, Escobar y León (2021) sobre la evolución del IMSS-Bienestar antes de absorber al problemático INSABI. Como podemos observar, este subsistema de salud (no mencionado antes para evitar sesgos) tenía una misión y visión muy claras para un tipo de atención en particular y en una población tradicionalmente excluida, incluso en los diagnósticos oficiales.

Tabla 2. Número de UMR y de HR del Programa IMSS-Bienestar, durante el periodo 1979-2018*

Año	No. de Unidades Médicas Rurales (UMR)	No. de Hospitales Rurales (HR)	Brigadas de salud (BS) ¹	Unidades Médicas Móviles (UMM) ¹	Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO) ²
1979	Inicio con 2715	Inicio con 30	Equipos de Salud móviles para zonas de alta dispersión geográfica, incorporadas a fines de los noventa	Se crearon para dar atención en zonas predominantemente indígenas y con alta dispersión geográfica; incorporadas desde 2015 y financiadas por el Comité de Infraestructura Institucional (CDI)	Son 43 unidades cuyo fin es disminuir la mortalidad materna. Creadas entre 2008-2012
1980-1984	Entre 1980 y 1984 se construyen 300, a un ritmo promedio de 60 por año. ³	Entre 1980 y 1984 se construyen 300, a un ritmo promedio de 66 por año.			
1984	En este año se llega a 3015	En este año se llega a 60			
1985	Con la descentralización se pierden 648	Con la descentralización se pierden 12			
1986	Quedando 2367	Quedando 48			
1987-1990	Entre 1987 y 1991 se construyen 882. El crecimiento inédito anual es de 220.5 en promedio. Algo que nunca se repetirá en la historia del PR.	Entre 1987 y 1991 se construyen seis, poco más de una por año.			
1991	3249	54			
1992-2018	Se construyen 13 UMR por año (351 en total durante este periodo)	Aproximadamente una por año (26 en este periodo)			
2019	3618 ⁴	80	196	143	43
2020	Se pierden 320 UMR por la cancelación del programa Prospera; quedaron 3298 UMR.	1			
Total de unidades en 2020: 3761	3298	81	196	143	43

Fuente: Sánchez Pérez, Gustavo Leal F., Damariz Escobar Héctor Javier, Jorge Leonel León Cortés (2021). *Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar. Visiones operativas*

de "la otra historia" Chetumal, Quintana Roo, México: El Colegio de la Frontera Sur. Pág. 81

PROSPECTIVA

Aquí empieza el segundo gran problema para la administración de Claudia Sheinbaum. Tenemos el gasto creciente en materia de salud con impagos bastante considerables, una pésima o deficiente estructura en la lógica de la prestación de servicios y en el punto esencialmente crítico dejamos el proceso de descentralización por una nueva centralización de los servicios generando una ruptura de perfiles epidemiológicos y demográficos regionales, con lo que olvida la compleja dimensión de nuestro país. Este problema no es menor, pues es la génesis de los problemas actuales del sistema de salud, una fragmentación institucional que no es capaz de dotar de servicios de salud en un sentido básico de manera correcta. Esto quiere decir que si tienes acceso al IMSS o ISSSTE igualmente puedes tener una pésima atención o una negación del servicio que te convierte *de facto* en persona asegurada, pero sin acceso real y efectivo en materia de salud. Es decir, tienes que aplicar el gasto de bolsillo para acceder a la salud de manera relativamente efectiva o para atender una urgencia.

Este problema es más complejo de resolver, porque el paso necesario es tener una dependencia que articule los ejercicios de seguridad social para la atención y protección de distintas poblaciones con algún grado de vulnerabilidad y que además tenga una autonomía propia que permita mejorar de manera transversal las políticas públicas.

Podría sugerirse algo muy simple: Un Instituto o Consejo autónomo de los vaivenes sexenales que operacionalice los programas públicos, desde pensiones universales, sin que se tome en cuenta la condición laboral de la persona, pero sí un valor mínimo real de subsistencia garantizada; programas sociales de atención a las causas de la pobreza; atención de guarderías, estancias y centros de desarrollo infantil; asilos para personas de la tercera edad y albergues para personas en algún grado de vulnerabilidad.

Por otro lado, contar con una verdadera Secretaría de Salud que tenga a su disposición de manera total la infraestructura, recursos humanos y materiales para el ejercicio de una atención focalizada de manera cercana para atender las necesidades en materia de salud, tanto en prevención como en atención. Es decir, una Secretaría rectora para el sector público y privado en materia de salud. Este punto es básico. El gran problema de este país es acceder al primer nivel de atención porque el entramado mismo de fragmentación impide que se ejerza este derecho, lo que complica evidentemente las acciones de prevención y atención diagnóstica a tiempo; ya no hablemos de subir a los siguientes niveles que son verdaderos viacrucis para pacientes y familiares.

Este simple cambio puede tener dos grandes áreas de oportunidad para mejorar en la construcción de una arquitectura fiscal responsable para fondar el sistema de salud con impuestos federales, más las cuotas obrero–patronales. Sumado a una mejora en la adquisición de medicamentos e insumos, donde se debe plantear que los ofertantes tengan tres elementos básicos: Un esquema real no simulado de COMPLIANCE, desde el punto de vista de oferta y demanda no monopólica; segundo, que sea socialmente responsable con el proceso de entrega y evidentemente un cuerpo técnico que supervise el acuerdo. Cabe recordar que en este sexenio hubo cuatro formas de intentar hacer la compra de los insumos necesarios para la salud. En el mejor de los casos, las compras que se alcanzaron fueron de cerca del 50 por ciento de las necesidades reales. Esto quiere decir que se gastó mal y de forma relativamente negativa por la falta de experiencia en estos procesos. Esto quiere decir se gastó más y de manera ineficiente. Para la siguiente presidenta, el tener errores en este punto será realmente catastrófico para llevar a cabo los principios mínimos de salud.

El tercer reto es aún más complejo; por un lado, tenemos un diagnóstico deficiente, por otro un sistema financiero que no permite la rectoría y una adecuada compra de medicamentos. El tercero es netamente político. Podríamos decir que la Secretaría de Salud tuvo cabezas brillantes como norma general; en el nivel de subsecretaría existieron

deficiencias e intrigas; en las direcciones y subdirecciones, personal técnico capacitado. En la parte operativa tampoco hubo tantas problemáticas con el personal. Entonces: ¿Por qué las fallas recurrentes? El primer punto y más difícil para aplicar correctamente una política de sistema único de salud, implica entender hacia dónde se quiere llegar. Es absurdo pensar en comparar la realidad de México con Dinamarca como pomposamente se intenta hacer. Primero, la diferencia más importante entre ambos países es el diagnóstico institucional. En México el sistema es fragmentado en distintas instituciones lo que impide tener una verdadera rectoría y guía de a dónde y cómo dirigir los esfuerzos. Dinamarca tiene un solo ente como eje de organización; En México, se pensó en la descentralización como medio de inhibir grandes sindicatos o un poder político desmedido en una persona que tuviera la vida de la población en sus manos. Es decir, se fragmentó aún más lo fragmentado por elementos políticos y no técnicos. Desafortunadamente, el Instituto Mexicano del Seguro Social no fue parte de este punto. En lugar de ponerle un alto a dicha fragmentación, se diseñó una estructura aún más nociva en términos políticos y además obligó a someter al otro Instituto -ISSSTE- a tener peores condiciones, por temas relativamente políticos.

OJOS AL FUTURO

Para hacer realidad las palabras de David Kershenobich “No necesariamente como Dinamarca, pero de que vamos a avanzar en tener un sistema de salud sólido y que pueda durar mucho tiempo para adelante, será a lo largo de todo el gobierno que sea con calidad y eficiencia” (Infobae, 2024). Lo anterior implica dos pasos: Desparecer el IMSS y transferirle a la Secretaría de Salud totalmente su infraestructura, recursos materiales, humanos y financieros. Plantear un esquema de colaboración público–privado en especial con las farmacias con consultorios adyacentes que permitan tener un sistema integrado de información en salud (expediente electrónico), que brinde certeza de atención en el primer nivel de salud basado en este acuerdo público–privado. Y como una cereza, un acuerdo de rectoría del servicio de salud de manera efectiva, no tan limitativa como es actualmente

que le permita a la Secretaría de Salud normar completamente el tema con públicos y privados.

En lo personal pienso que este tercer punto será imposible que se logre. Observo con preocupación y suspicacia los nombramientos en el IMSS, es decir la ratificación de Zoé Robledo y aún más nocivo el nombramiento de Martí Batres al frente del ISSSTE, ambos con perfiles más político partidistas que técnico-operativo.

Por lo que considero que este sexenio en salud puede albergar nubarrones bastante oscuros para la población en general. Me parece que el diseño que puede hacer David Kershenobich para mejorar el sistema de salud, aún con el apoyo de la presidenta Sheinbaum es relativamente acotado, máxime cuando no pudo ser él quien designara a los titulares del IMSS e ISSSTE y aunque tiene buena parte en la designación de Alejandro Svarch en IMSS–Bienestar, veo difícil o incluso francamente imposible hacer lo que se ha comprometido para este sexenio: “La ampliación de la cobertura de atención médica, el abasto de medicamentos y vacunas” (Infobae, 2024).

Especialmente lo único que me parece rescatable es que tiene la posibilidad de negociar directamente con ANAFAM (Asociación Nacional de Fabricantes de Medicamentos A.C.) y CANIFARMA (Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica); posiblemente aquí se podría gestar un aumento en la cobertura de medicamentos y vacunas, aún así los asociados en estos dos entes deben tener sus recelos con la administración que entra por la falta de pagos, la pésima gestión de la administración saliente y sobre todo la muy compleja forma de entender y atender el famoso Compendio de los Insumos para la Salud como mecanismo de licitación para la compra de medicamentos e insumos.

David Kershenobich es una de las mejores cabezas disponibles y Alejandro Svarch, su segundo de abordó, es técnicamente capaz. Ahora le toca a la presidenta Sheinbaum darles dientes y armas para que operacionalicen correctamente el sistema de salud. De lo

contrario esto será un naufragio más profundo que el dejado por la administración de López Obrador y podría implicar el tercer sexenio consecutivo donde el tema de salud va en franco declive.

Espero que las designaciones de Zoé Robledo y Martí Batres sean breves y únicamente como pago de favores políticos. Son realmente perfiles deficientes para operar dos institutos clave para la salud de manera efectiva en el siguiente sexenio. Solamente el tiempo lo dirá.

Bibliografía:

- Frenk, Julio y Gómez Dantés, Octavio (2008). *Para entender el sistema de salud de México*. Ed. Nostra ediciones
- Martínez Soria, Jesuswaldo y Murayama Rendón, Ciro (2016). *Hacia un sistema público de salud en México*. Ed. UNAM
- Roldán, Nayelí (2024). *La austeridad mata. La política de la 4T que dejó a México en ruinas*. Ed. Planeta.
- Sánchez Pérez, Gustavo Leal F., Damariz Escobar Héctor Javier, Jorge Leonel León Cortés (2021). *Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar. @Visiones operativas de "la otra historia"* Chetumal, Quintana Roo, México: El Colegio de la Frontera Sur.
- "Quién es David Kershenobich, próximo titular de la Secretaría de Salud en el gobierno de Claudia Sheinbaum": <https://www.infobae.com/mexico/2024/06/27/quien-es-david-kershenobich-proxima-titular-de-la-secretaria-de-salud-en-el-gobierno-de-claudia-sheinbaum/> (Recuperado: 21/09/2024).

- “La deuda multimillonaria transexenal IMSS-Bienestar” <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/La-deuda-multimillonaria-transexenal-del-IMSS-Bienestar-20240916-0077.html> (Recuperado:21/09/2024).
- López-Arellano, Oliva y Jarillo-Soto, Edgar. (2016) *La reforma neoliberal en un sistema de salud. Evidencia del caso mexicano.* <https://www.scielo.br/j/csp/a/b95pV6Yzp3Jh3NQ7bPmVrJJ/>

ⁱ Sugiero que los lectores ingresen a las siguientes ligas para hacer un balance propio de este punto y entender la magnitud del problema:

<https://www.gob.mx/csg/articulos/compendio-nacional-de-insumos-para-la-salud-367182> y <file:///C:/Users/prestamo/Downloads/CAUSES-GTO-ISPG-18.pdf> (Consultado el 20-09-2024)

ⁱⁱ <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/La-deuda-multimillonaria-transexenal-del-IMSS-Bienestar-20240916-0077.html> sugiero se lea la nota, aunque existe información no sustentada que sugiere podría ser del doble, aquí el tema sería conocer cómo será el refinanciamiento de la deuda.