

FRAGMENTACIÓN: LA REALIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ES UNA DETERMINANTE SOCIAL y, sobre todo, un componente del derecho fundamental de la población a gozar de los niveles más altos en este ámbito. Sin embargo, el sistema mexicano de salud se encuentra fragmentado (institucional y regionalmente) y presenta desigualdades en cuanto al financiamiento, organización, atención y eficiencia. Todas son diferencias que se acentúan en las distintas regiones de la república, lo que provoca sistemáticamente asimetrías injustas, es decir: discriminación. Ello tiene como consecuencia una obvia y pronunciada desigualdad en el trato, el acceso y en el tipo y calidad de los servicios.

FRAGMENTACIÓN VERTICAL

Se entiende por organización vertical del sistema de salud al conjunto de organizaciones que ofrecen servicios de salud en el país. La fragmentación vertical se refiere, por tanto, a la falta de coherencia que resulta de una coordinación todavía ineficaz entre las entidades federativas que constituyen a la República mexicana. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la fragmentación puede definirse como “la existencia de varias entidades y/o agentes no integrados dentro del sistema total o en un subsistema, que operan sin sinergia y frecuentemente compitiendo entre sí” (OPS, s. f., p. 51).

Se considera que en México existe un sistema de salud fragmentado, ya que está formado por tres subsistemas, que a su vez se conforman por instituciones con su propia organización, regulaciones

independientes, mecanismos de financiamiento propios, así como diferente infraestructura y catálogo de servicios. En esta estructura se debe considerar la participación de instituciones privadas que brindan servicios especializados, subcontratados por las instituciones estatales, como es el caso del sps (Tamez y Eibenschutz, 2008, p.137).

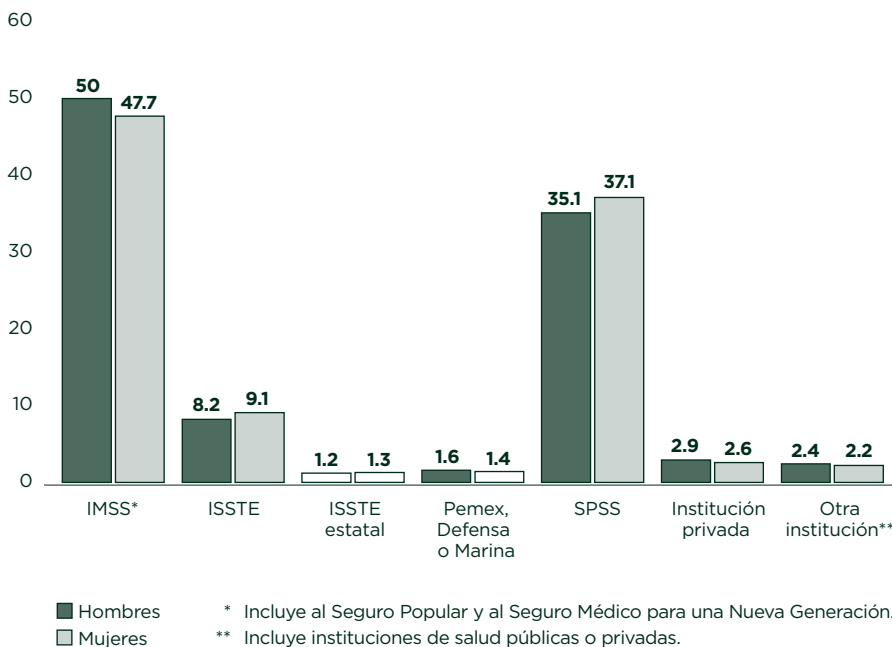
Tabla 4. Estructura del sistema de salud

	FORMADA POR	FORMAS DE FINANCIAMIENTO
Seguridad social laboral	IMSS, ISSSTE, Pemex, ISSFAM, etcétera.	Cuotas obrero patronales y el presupuesto federal.
Servicios para población no asegurada por la seguridad social	Secretaría de Salud, los servicios estatales y el Seguro Popular.	Recursos fiscales y cuotas familiares.
Privado	Compañías aseguradoras, empresas médicas y prestadores pequeños y privados.	Financiado por seguros privados o pago directo.

FUENTE: Elaboración propia con información de Tamez y Eibenschutz (2008).

De acuerdo con datos del INEGI, en 2010 el IMSS era la institución con más personas afiliadas, subsistema seguido por el Seguro Popular y, por último, el ISSSTE. Se puede apreciar en el siguiente gráfico que la suma de porcentajes es mayor a 100 por ciento, y esto se debe a que, en contraste con la población que no tiene acceso a ningún sistema, hay otras personas que están aseguradas por más de una institución. Esto quiere decir que hay beneficiarias y beneficiarios que terminan afiliados a dos o más sistemas, lo que redundará en un mayor e ineficiente costo.

Gráfico 8. Distribución porcentual de la población derechohabiente a servicios de salud por sexo según institución



FUENTE: INEGI, 2011, p. 91.

El Sistema Nacional de Salud en sus orígenes estuvo diseñado para cumplir con las necesidades de grupos profesionales específicos, así como por la influencia de los sindicatos, los trabajadores del Estado, los grupos urbanos y otras estructuras organizadas. Esto se previó así porque el derecho a la salud se concibió como una prerrogativa derivada de los derechos laborales. Con ello se dejaron de lado las necesidades propias de la salud, entendida como un derecho humano individual, específico y universal, así como las características demográficas y epidemiológicas de la población general (Argüero, 2009, pp. 355-357).

El resultado es un sistema de salud desigual en sus áreas de atención y desequilibrado en sus áreas financiera, organizacional y de eficiencia. Cada parte del sistema tiene su propia organización y atiende diferentes tipos de enfermedades y a distintos sectores poblaciona-

les. No es lo mismo pertenecer al IMSS, donde se atienden más de 12 000 diagnósticos, que al Seguro Popular, donde se atienden menos de 1 800. De acuerdo con Ciro Murayama (2012), esto genera discriminación en el sector público de la salud: “si el individuo está en la seguridad social (tradicional) tendrá una cobertura de servicios varias veces mayor que si se es afiliado al Seguro Popular”.

Esta discriminación de facto es de tipo indirecto, en tanto que la desproporción entre los subsistemas de salud genera un acceso desigual a los bienes y servicios de salud entre la población, no obstante la aparente neutralidad de la política sanitaria que, en teoría, se acercaría a la cobertura universal en el país. En la práctica, el efecto de esta política genera un acceso desigual al derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad de diagnósticos y tratamientos.⁴

Para decidir qué enfermedades se atenderán y cuáles necesitan esperar para ser cubiertas por el Seguro Popular, se consideran tres factores: la parte médica, que corresponde al Consejo de Salubridad General y en donde se examinan aspectos como cuánta gente está afectada o las posibilidades de sobrevida o curación; la parte económica, en donde se garantiza que una enfermedad que ingresa al catálogo estará ahí siempre, y finalmente, las consideraciones éticas (Chertorivski, 2011).

Independientemente de las razones por las cuales se cubren unas enfermedades y otras no, lo que queda claro es que cada fragmento del sistema de salud, al estar organizado de forma distinta, tendrá sus propios criterios para decidirlo. Por lo tanto, cada sistema ofrece a sus afiliadas y afiliados servicios diferenciados, asimétricos, lo que tiene como resultado un acceso desigual, discriminatorio, a los bienes y servicios de salud, generalmente desfavorable para las personas no derechohabientes, empobrecidas.

⁴ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales determinó en la Observación General núm. 20, sobre La No Discriminación y los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en relación con el artículo 2, párrafo 2 del PIDESC), que la discriminación indirecta está referida a leyes, políticas o prácticas en apariencia neutras pero que influyen de manera desproporcionada en los derechos del Pacto afectados por los motivos prohibidos de discriminación.

VISIÓN INCREMENTAL DEL SEGURO POPULAR

Salomón Chertorivski defiende la visión incremental en la implementación del Seguro Popular: “no se puede cubrir todo ni a todos desde el día uno, se tendrá que ir cubriendo a todos y se tendrá que cubrir lo más que se pueda de manera incremental”. De acuerdo con el secretario, actualmente “se cubre 100 por ciento del primer nivel de atención, es decir, las razones por las cuales vamos al médico a consulta con los medicamentos asociados. Hoy está cubierto 95 por ciento de las razones por las que, por lo menos, nos quedamos una noche en un hospital [...] y se cubre ya una parte incremental de la alta especialidad”.

Entrevista a Salomón Chertorivski, secretario de salud (2012)

Otro elemento de discriminación está relacionado con la cobertura de enfermedades catastróficas; por ejemplo, en el Seguro Popular se cubre el cáncer de mama sólo durante cinco años por paciente. También se cubren sólo algunos tipos de cáncer, como el mencionado, mientras que el que causa más fallecimientos al año, el de próstata, fue incluido en el Seguro Popular apenas hasta fines de 2011, sin que al inicio de 2012 se conozca la cuantía del monto a asegurar por dicho padecimiento [Murayama, 2012].

En el sps podemos encontrar un tercer componente de discriminación y está relacionado con el Seguro para una Nueva Generación, que cubre a los niños y niñas nacidas a partir de que inició la administración federal 2006-2012, excluyendo a todas las demás niñas y niños que nacieron en fechas previas.

Finalmente, la afiliación de las familias al Seguro Popular, en lugar del individuo, contrasta con otros sistemas. Tratándose de un derecho humano, la titularidad del mismo debería recaer en cada persona; sin embargo el Seguro Popular prioriza a quienes se inscriben en conjunto con su núcleo familiar sobre las personas que no reportan tener familia inmediata (Murayama, 2012).

Al mismo tiempo, la falta de infraestructura moderna y la insuficiencia de insumos generan diferentes efectos en la prestación de los servicios de salud de las diversas dependencias. Pemex, por ejemplo, tiene un promedio de 3 médicos por cada 1 000 derechohabientes, mientras que la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE tienen menos de dos para atender a igual número de beneficiarios. Ello refleja de nuevo las diferencias existentes entre los servicios de salud que reciben las y los derechohabientes, en este caso del sector público (Presidencia de la República, 2007, p. 165). es pertinente notar aquí que sólo 2.9 por ciento de hombres y 2.6 por ciento de mujeres acceden a seguros médicos privados.

Informalidad

Como se señala en el rubro de derecho al trabajo de este reporte un hecho que impacta de manera determinante en la desigualdad es el acceso que tiene la población a los servicios sanitarios. Históricamente, dado que los principales sistemas en la materia fueron aquellos que correspondieron a los organismos de seguridad social dispuestos para las y los trabajadores, se procuró brindar acceso casi exclusivamente a quienes contarán con empleos formales.

En la actualidad, México tiene un importante porcentaje de personas que trabajan en la informalidad, por tanto, carecen de seguridad social y cuando llegan a tener prestaciones, éstas son mínimas (Martínez, 2008, p. 67). De acuerdo con la OCDE (2011), 7 de cada 10 personas en México trabajan en algún grado de informalidad, mientras que 8 de cada 10 unidades productivas que las emplean caen en la misma circunstancia. En consecuencia, diversos especialistas han calculado que 49 por ciento de las y los trabajadores que forzosamente debieran estar afiliados a un sistema de seguridad social, han sido ilegalmente privados de tal derecho,⁵ lo que se traduce en una pérdida importante de contribuciones gubernamentales y patronales al fondo de salud (Nerio, 2009, p. 42).

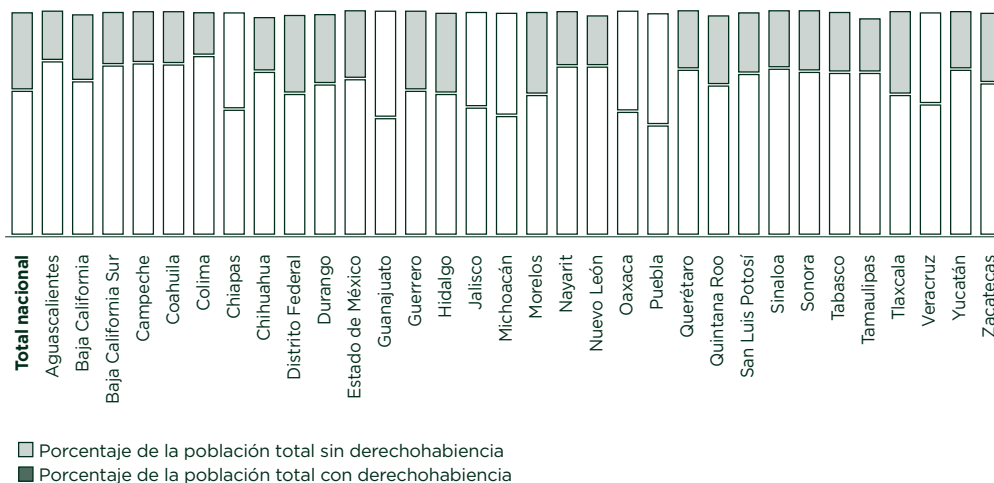
⁵ El tema de la informalidad laboral se profundiza en el rubro del derecho al trabajo de este reporte.

FRAGMENTACIÓN HORIZONTAL

Además de la fragmentación vertical, existe otro tipo de segmentación que vuelve ineficiente al sistema de salud; se trata de la fragmentación horizontal. Ésta se refiere a las diferencias que existen en el acceso a la salud en las distintas regiones del país. No es lo mismo nacer o envejecer en Nuevo León que hacerlo en Chiapas [Murayama, 2012].

De acuerdo con datos del Censo General de Población de 2010, 33.2 por ciento de la población carece de acceso a los servicios de salud y precisa que en algunas entidades federativas este indicador supera 40 por ciento, como ocurre en Chiapas (41.73 por ciento), Guerrero (45.75 por ciento) y Oaxaca (43.8 por ciento). En estas entidades también son altos los niveles de pobreza.

Gráfico 9. Acceso a los servicios de salud por entidad federativa (2010)



FUENTE: elaboración propia con datos del Censo 2010.

SISTEMA DE SALUD FRAGMENTADO

El sistema mexicano de salud se compone de un sector privado extenso y prácticamente no regulado y un sector público fragmentado en varios organismos integrados verticalmente, que prestan servicios de salud y cubren diferentes segmentos de la población. Además, existe otro sistema de servicios estatales de salud para la población pobre no asegurada (OCDE, 2010).

Es así que acceso a la salud y pobreza se convierten en un binomio con influencia recíproca directa e indirecta que se observa claramente a nivel regional. “La pobreza se vuelve un proceso que se auto-refuerza y del que parece muy difícil escapar; se convierte en una trampa porque ocurre que la salud y la nutrición infantiles determinan de manera importante el nivel de educación del adulto; a su vez, la educación tiene un fuerte impacto sobre el nivel de ingreso y el nivel de ingreso y educación de los padres afecta la salud y nutrición de sus hijos” (Santos, 2006, p. 133).

Entidades como Chiapas, Oaxaca y Guerrero se encuentran lejos de lograr una transición epidemiológica que les permita tener un perfil avanzado en la mortalidad, como existe en la mayoría de los estados del país. En esos lugares aún persiste un riesgo mucho mayor de morir por enfermedades transmisibles, nutricionales y de la reproducción, que en el resto de la República mexicana (Murayama, 2012).

Las diferencias se observan también en los recursos médicos en las distintas entidades federativas. En 2005, mientras en promedio nacional había 1.1 camas censables, 1.9 médicos y 2.2 enfermeras por cada 1 000 habitantes, en Chiapas sólo había 0.6 camas, un médico y 1.3 enfermeras por cada 1 000 habitantes. En contraste, hay entidades como el Distrito Federal, Nuevo León y Baja California Sur que se encuentran por arriba de la media, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 5. Indicadores básicos de salud en entidades federativas seleccionadas. Principales recursos por 1 000 habitantes (2005)

ENTIDAD FEDERATIVA	CAMAS CENSABLES	MÉDICO EN CONTACTO	ENFERMERAS CON PACIENTE	PEDIATRAS
Distrito Federal	2.5	4	4.4	0.9
Nuevo León	1.1	2.3	2.8	0.5
B. California Sur	1.2	2.4	2.9	0.4
Nacional	1.1	1.9	2.2	0.3
Oaxaca	0.7	1.3	1.4	0.1
Guerrero	0.7	1.4	1.7	0.2
Chiapas	0.6	1	1.3	0.1

*Contiene datos del sector público y privado. El sector público incluye: Secretaría de Salud, IMSS, IMSS- Oportunidades, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, estatales y universitarios. El sector privado incluye solamente las unidades con servicio de hospitalización.

** Por 10 000 habitantes

*** El denominador para este indicador son mujeres en edad fértil.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud.

Esta heterogeneidad deriva en un contexto sistemático de discriminación provocado por razones regionales. Los contrastes se acentúan cuando se comparan los municipios del país. Mientras la delegación Benito Juárez de la ciudad de México tenía en 2005 una tasa de mortalidad infantil de 3.02 por cada 1 000 nacidos vivos, el municipio chihuahuense de Batopilas, área indígena rarámuri, contaba con una elevada tasa de 78.83.

Tabla 6. Tasas de mortalidad infantil en municipios del país seleccionados (2000-2005)

ENTIDAD FEDERATIVA	MUNICIPIO	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 2000	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 2005
Distrito Federal	Benito Juárez	17.65	3.02
Nuevo León	San Pedro Garza García	18.41	3.19
Chiapas	Santiago el Pinar	48.01	42.98
Veracruz	Tehuipango	60.25	56
Oaxaca	Coicoyán de las Flores	57.99	51.21
Chihuahua	Carichí	49.18	63.32
Chihuahua	Batopilas	59.96	78.83

FUENTE: PNUD. Índice de Desarrollo Humano Municipal 2000-20005.

La Constitución establece que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y determinará la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Carta Magna. Esto deriva en la existencia de normas e instituciones para los tres niveles de gobierno, lo que propicia, a su vez, la gran heterogeneidad de los servicios de salud.

En Hidalgo, por ejemplo, se reconocen tal cual los derechos establecidos por la Constitución federal, pero en otros estados como Michoacán no sucede lo mismo en la legislación interna; en entidades como Nayarit, por ejemplo, la responsabilidad sobre el sistema de salud recae en los ayuntamientos y no hay un ordenamiento a nivel del estado; mientras tanto, en Quintana Roo la salubridad es facultad del gobernador, lo mismo que en Sonora (Murayama, 2011).

Tabla 7. Legislaciones estatales

ESTADO	REGULACIÓN LEGISLATIVA POR MANDATO CONSTITUCIONAL	TITULARIDAD UNIVERSAL	RESTRICCIÓN A LA TITULARIDAD	RECONOCIMIENTO A LOS DERECHOS INCLUIDOS EN LA CONSTITUCIÓN FEDERAL	PROTECCIÓN A GRUPOS VULNERABLES	FACULTAD DE LEGISLAR EN MATERIA DE SALUD
Aguascalientes		X				
Baja California			Habitantes	X		
Baja California Sur	Remite a la Ley		Habitantes			X
Campeche				X		
Chiapas				X	*Niños, niñas *Indígenas	
Chihuahua			Habitantes	X	*Indígenas *Reos	X Leyes regulan en los municipios
Coahuila		X		X	*Niños y niñas *Personas adultas mayores	Competencia de los ayuntamientos

Colima		X			*Niños y niñas *Personas adultas mayores *Personas con discapacidad	X
Durango				X	*Indígenas *Mujeres indígenas	
Distrito Federal						X
Estado de México				X	*Indígenas	Remite al plan de desarrollo del Estado de México
Guanajuato				X		
Guerrero				X		Salubridad es facultad del gobernador
Hidalgo	Remite a la Ley	X		X	*Niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad	
Jalisco		X		X	*Indígenas * Mujeres indígenas	
Michoacán				X	*Obreros	X
Morelos				X	*Indígenas *Menores *Personas adultas mayores	
Nayarit	Remite a la Ley en los casos de menores y adultos mayores	X	Habitantes		*Niños y niñas *Personas adultas mayores	Facultad de los ayuntamientos
Nuevo León	Remite a la Ley	X				
Oaxaca	Remite a la Ley	X				
Puebla	Remite a la Ley	X	Habitantes		*Indígenas * Mujeres indígenas *Niños y niñas	Facultad del gobernador en salubridad pública en epidemias
Querétaro		X		X		
Quinta Roo	Remite a la Ley	X			*Indígenas * Mujeres indígenas	X
San Luis Potosí	Remite a la Ley	X	Habitantes		*Niños y niñas *Indígenas *Personas con discapacidad *Senectos	

FUENTE: Murayama (2012).

CALIDAD Y COBERTURA

En materia del derecho a la salud, las políticas públicas deben atender la fórmula de que mayor cobertura no es sinónimo de mejor calidad. No sólo se necesita que toda la población se encuentre afiliada a algún sistema de salud; para que pueda ser considerado eficiente, éste necesita contar con infraestructura física y humana que asegure la eficacia, accesibilidad, adecuabilidad y asequibilidad del derecho a la salud (Nerio, 2009, p. 44).

En 2008, México tenía 1.5 médicos y 2 enfermeras en el sector público por cada 1 000 habitantes. En cuanto a camas censables había 78 920 en el país, lo que representaba 0.74 camas por cada 1 000 habitantes, cifra inferior a la sugerida por la OMS, que es de una por cada 1 000 habitantes (Sinais, 2008).

En este sentido, el Seguro Popular muestra que la estructura es insuficiente y los procesos y resultados intermedios no son óptimos, con la excepción del tercer nivel de atención y los institutos nacionales de salud. La mejora de la calidad de la atención primaria a la salud debería ser una prioridad.

Por ejemplo, 62.6 por ciento de las unidades de hemodiálisis en el país, que son esenciales para mantener vivos a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, fueron calificadas como regulares, malas y muy malas (Tirado-Gómez *et al.*, 2011). La situación es más dramática cuando se evalúa la calidad de los procesos y resultados de este tratamiento. Sólo 14.4 por ciento de las unidades de hemodiálisis fueron consideradas como buenas o muy buenas. Éstas correspondieron, fundamentalmente, a las unidades de la seguridad social y de servicios privados que subrogan a la seguridad social.

Una persona afiliada a la protección social en salud a través del Seguro Popular, si es diabética, no se beneficiará de un tratamiento de hemodiálisis aun cuando lo

De acuerdo con Santiago Levy (2008), cuando los centros de salud son de baja calidad, con equipo anticuado y falta de medicamentos, una tercera parte de las personas aseguradas prefieren asistir a un dispensario, aunque esto implique un costo extra.

necesite. Ello no ocurriría si esa misma persona estuviese incorporada a la seguridad social pública.

Indudablemente que las personas que no son derechohabientes de alguna de las instituciones que proporcionan salud y se afilian al spss, además de acceder a servicios desiguales (en tipo de enfermedades cubiertas, atención, eficiencia, calidad, y desequilibrado en sus áreas financiera y organizacional), también son sujetas a la estigmatización o discriminación por su pertenencia a un grupo socioeconómico bajo en relación con los recursos económicos, en este caso asociados a su condición de no derechohabiente (relación trabajo-seguridad social) y pobreza, que pueden influir en el tipo de atención.

Se debe tener en cuenta que el Seguro Popular está diseñado para la población sin protección social en salud, “otorgando especial atención a los niños recién nacidos, las mujeres embarazadas, las personas atendidas por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, los beneficiarios de otros programas enfocados al combate de la pobreza, la población indígena y los migrantes” [Secretaría de Salud, 2011].