

**Diagnóstico sobre
la mercantilización
de la salud
en México y
propuestas para
la construcción
de un sistema
universal desde
la perspectiva del
derecho humano
a la salud**

José Valdemar Díaz



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

 www.cepal.org/es/publications

 www.cepal.org/apps

SERIE

ESTUDIOS Y PERSPECTIVAS

194

SEDE SUBREGIONAL
DE LA CEPAL
EN MÉXICO

Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para la construcción de un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud

José Valdemar Díaz



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Este documento fue elaborado por José Valdemar Díaz, Consultor, bajo la supervisión de Pablo E. Yanes, Coordinador de Investigaciones, ambos de la sede subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representa.

Notas explicativas:

- La coma (,) se usa para separar los decimales.
- La palabra "pesos" se refiere a pesos mexicanos, salvo cuando se indique lo contrario.

Publicación de las Naciones Unidas
ISSN: 1684-0364 (versión electrónica)
ISSN: 1680-8800 (versión impresa)
LC/TS.2021/179
LC/MEX/TS.2021/19
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2021
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.21-00843

Esta publicación debe citarse como: J. V. Díaz, "Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para la construcción de un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud", *serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México*, N° 194 (LC/TS.2021/179; LC/MEX/TS.2021/19), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
A. La salud como un bien público.....	9
B. El derecho humano a la salud	10
C. Distribución del ingreso corriente y del gasto de los hogares mexicanos.....	13
I. Caracterización del sistema de salud en México, con énfasis en su fragmentación, jerarquización y mercantilización.....	23
A. Objetivos de un sistema de salud.....	24
B. Fragmentación del sistema de salud mexicano.....	25
C. Diagnóstico de la desigualdad estructural y jerarquización en el Sistema Nacional de Salud con base en la cuenta satélite del sector salud de México (CSSSM).....	29
D. Valoración sobre la posible contribución del Seguro Popular al proceso de mercantilización	33
II. Valorización y análisis del mercado de la salud en México, con énfasis en el mercado de medicamentos, los seguros privados y la prestación de servicios hospitalarios	39
III. Cuantificación del gasto de bolsillo de los hogares, tendencias de su evolución, desagregación por deciles de ingreso y análisis del vínculo entre mercantilización, gasto de bolsillo y barreras de acceso	43
IV. Desafíos y principales lecciones	47
V. Conclusiones y recomendaciones para avanzar hacia un sistema de salud universal, público, integrado y desmercantilizado en México.....	51
Bibliografía.....	55
Serie Estudios y Perspectivas-México: números publicados.....	59

Cuadros

Cuadro 1	México: deciles de ingreso corriente: hogares, promedio trimestral 2018	14
Cuadro 2	México: deciles de ingreso corriente, hogares, ingreso por trabajo, promedio 2018....	15
Cuadro 3	México: deciles de ingreso corriente: hogares, ingreso por programas gubernamentales, promedio 2018.....	16
Cuadro 4	México: deciles de ingreso corriente: hogares, gasto pagado con tarjeta, promedio 2018.....	18
Cuadro 5	México: deciles de ingreso corriente: hogares, gasto con respecto al ingreso, promedio 2018.....	19
Cuadro 6	México: deciles de ingreso corriente: hogares, gasto total y en salud, promedio 2018.....	20
Cuadro 7	México: deciles de ingreso corriente: gasto trimestral en salud, 2018	20
Cuadro 8	México: deciles de ingreso corriente: gasto total y desagregado en salud, promedio 2018.....	40
Cuadro 9	México: deciles de ingreso corriente: hogares y eventos de gasto en salud, por proveedor del servicio, promedio	44

Gráficos

Gráfico 1	México (entidades federativas): ordenamiento por ingreso corriente de los ingresos de los hogares, promedio trimestral, 2018	14
Gráfico 2	México (entidades federativas): ordenamiento por ingreso obtenido vía trabajo, promedio 2018	16
Gráfico 3	México (entidades federativas): ordenamiento por ingreso obtenido vía beneficios gubernamentales, promedio 2018.....	17
Gráfico 4	México (entidades federativas): ordenamiento por gasto con respecto al ingreso, promedio 2018.....	19
Gráfico 5	México (deciles): gasto en salud en comparación con el ingreso, logaritmos (10) 2018.....	21
Gráfico 6	México: tipo de población - gasto público anual en salud con respecto al gasto público total, 2000-2017.....	28
Gráfico 7	México (entidades federativas): relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para la población abierta, promedio 2000-2017	29
Gráfico 8	México: gasto de los hogares por rubro, 2018	32
Gráfico 9	México: deciles de ingreso corriente: gastos seleccionados con respecto al total del gasto en salud	41

Diagramas

Diagrama 1	México: producto interno bruto ampliado del sector salud, desagregación 2018.....	31
Diagrama 2	México: distribución del gasto de los hogares en bienes y servicios de salud y valor imputado de los cuidados no remunerados, promedio 2018.....	32

Resumen

México tiene la posibilidad de aumentar su gasto público en salud hasta el equivalente al 6% del producto interno bruto (PIB), meta establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este porcentaje permitiría contar con un sistema universal, público, sin barreras de acceso e integrado para garantizar el cumplimiento del derecho humano a la salud como un derecho social y desligado de los mercados, particularmente del laboral y del de la provisión de servicios de salud. Alcanzar esta meta puede llevar más de una generación si el financiamiento de la sanidad se deja a merced de las inercias económicas y el Estado no actúa de manera deliberada.

Para acelerar la consecución de dicha meta, es necesario eliminar las ineficiencias e inequidades que obstaculizan la trayectoria hacia ese horizonte, específicamente las del punto de partida. Este se localiza en un contexto de desigualdades socioeconómicas estructurales, resultantes de políticas públicas que durante décadas han privilegiado los mecanismos de mercado con el objetivo de cuidar la salud de la población para mantenerla funcionalmente productiva, y han dado lugar a un Estado que actúa de manera residual, al atender de manera diferenciada a quienes están excluidos de los mercados y no promover la salud de las personas con el fin de permitirles desarrollar una vida plena y en comunidad, más allá de su productividad.

Entre los obstáculos que deben eliminarse está la mercantilización, que fue posibilitada por la fragmentación y la jerarquización del sistema de salud, y potenciada por el Seguro Popular, principalmente en lo relacionado con el gasto de bolsillo en medicamentos, seguros privados y prestación de servicios hospitalarios. Un sistema de salud articulado en torno al derecho humano a la salud como derecho social debe absorber estos gastos e ir más allá, ofreciendo y garantizando servicios no diferenciados y universales, y evitando tanto las políticas asistencialistas como las estructuras corporativistas.

Introducción

En este documento se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo de la mercantilización de la salud en México con el objetivo de caracterizar el sistema de salud y proporcionar información básica para avanzar hacia su desmercantilización, de manera que el sistema concretice e instrumente el derecho humano a la salud como un derecho social, universal, público, integrado, sin barreras de acceso y sin provisión ligada a los mercados laborales ni de salud.

Un sistema con tales características no solo es deseable como política social en un entorno de desigualdad socioeconómica, sino que resulta indispensable frente al vínculo de esta desigualdad con problemas estructurales de salud pública, como la que supone la epidemia de obesidad y su relación con los niveles de riqueza (Esposito y otros, 2020) o contingentes como la emergencia de salud pública global generada por el brote del coronavirus SARS-CoV-2 (OPS, 2020) y la consecuente crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 (Adhanom y Urpilainen, 2020), que revelan la necesidad de reestructurar los arreglos institucionales entre actores públicos, comunitarios, familiares y privados en torno a los diversos ámbitos impactados por la pandemia, mismos que conciernen en principio a los sistemas de salud, pero alcanzan áreas que trascienden lo estrictamente epidemiológico y sanitario, desde la salud mental (Torales y otros, 2020) hasta los mercados laborales (Weller y otros, 2020).

Incluso limitándose a los sistemas de salud, una reestructuración de tal magnitud y alcance requiere ir más allá de la respuesta contingente a la amenaza de la pandemia sobre la salud y en su lugar generar una respuesta estratégica que integre acciones para enfrentar una crisis sanitaria sin precedentes, en un contexto de cambio climático y economía de mercado con desigualdad socioeconómica estructural. Adhanom y Urpilainen (2020) esbozan las características generales de una estrategia de tal índole en torno a los siguientes ejes rectores:

- Solidaridad global entre los actores mundiales.
- Atención prioritaria a los más vulnerables, desde una perspectiva de bienestar caracterizada de forma tal que la vulnerabilidad de algunos implica el riesgo para todos.

- Protección a las comunidades y países vulnerables; esto es, apoyo entre el norte y el sur globales, pero también nivelación dentro de los países frente a sus desigualdades internas.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud estructuralmente débiles o que previamente han sido afectados por crisis humanitarias.
- Acceso equitativo a vacunas, pruebas de diagnóstico y tratamientos terapéuticos.
- Inversión en capital humano, infraestructura y sistemas de salud, no solo para prevenir, detectar y responder a nuevos y diferentes brotes epidemiológicos, sino también para proteger a las poblaciones de las diversas amenazas a la salud.

Tal como los autores señalan, esta reestructuración de los sistemas de salud requiere reconocer que, globalmente, miles de millones no tienen acceso a sistemas esenciales de salud en los que la población pueda recibir, al menos, atención por parte de personal especializado, acceder a medicamentos básicos y contar con agua corriente en los hospitales o, incluso teniendo acceso a ellos, el costo por utilizarlos puede quebrantar las economías de los individuos, las familias y las comunidades. Al mismo tiempo es necesario reconocer que a mayor nivel de atención hospitalaria, los costos aumentan y los resultados empeoran, por lo que en el agregado y considerando indicadores de costo-efectividad, es preferible prevenir y dar tratamiento en los niveles primarios de atención.

Estos indicadores propios del análisis de costo-efectividad son un instrumento tradicionalmente utilizado para la planificación, selección y evaluación de políticas públicas de salud. Consiste en la comparación metódica de los beneficios y costos relativos de diferentes intervenciones, en un contexto de insuficiencia presupuestal. Si bien su aplicación está sujeta a restricciones relacionadas, entre otras, con la calidad y cantidad de información, los intereses políticos o las preferencias sociales, el marco analítico de costo-efectividad permite responder dos grandes conjuntos de preguntas, cada uno con sus respectivos indicadores y tipos de respuestas.

Un conjunto tiene que ver con no desperdiciar recursos en la distribución y producción de una intervención de salud (eficiencia técnica) y el otro conjunto está relacionado con la eficiencia en la asignación de recursos entre distintas intervenciones, de forma tal que se maximice el bienestar social con los recursos disponibles (Hutubessy, Chisholm y Edejer, 2003). En sí mismo, ningún conjunto es mejor que otro, sino que se complementan y obedecen al objetivo de incidencia o investigación que se persiga. En ese sentido, su utilidad no está condicionada por la perspectiva epistémica y política en las que se incrustan las políticas públicas de salud.

Frente al problema de un acceso desigual y diferenciado a los sistemas de salud, tales tipos de preguntas e indicadores, en conjunción con los seis ejes estratégicos propuestos por Adhanom y Urpilainen (2020), delimitan un espacio de soluciones y parámetros, cuya meta es un sistema de salud universal (toda la población tiene acceso a él), público (tanto en el sentido financiero como en el económico), integrado (sin diferencias en la calidad del servicio debidas a condiciones asociadas a estratificación social, que resulta de desigualdades estructurales generadas, por ejemplo, por el arreglo público-privado y la condición laboral de la persona en ese arreglo) y desmercantilizado (que no dependa de la relación con los mercados). De esta manera, la meta a alcanzar en los ámbitos nacionales es un sistema de salud que garantice a los individuos el goce del derecho humano a la salud desde una perspectiva universalista en la que, siguiendo a Barba Solano y otros (2020), “todos los ciudadanos—sin distinción de clase, posición en el mercado, trayectoria y desempeño laboral, prueba de medios o contribución financiera— tienen derecho a acceder a los servicios sociales,” incluido el derecho a la salud.

Considerando simultáneamente la meta de un sistema público de tal naturaleza, así como el enfoque basado en derechos humanos y el reconocimiento explícito a desigualdades estructurales, conviene entonces hacer una breve digresión que provea un marco contextual sobre lo público, el derecho

humano a la salud y su desmercantilización, así como sobre la desigualdad económica en México. Los siguientes apartados de esta introducción presentan, en consecuencia, tales líneas conceptuales en las que se enmarca el diagnóstico desarrollado en las secciones posteriores del diagnóstico.

A. La salud como un bien público

La teoría económica define un bien público con base en dos características del consumo de las mercancías: rivalidad y exclusión. La rivalidad tiene que ver con el agotamiento de la mercancía debida al consumo, en tanto que la exclusión está relacionada con la existencia de un mecanismo (regularmente el sistema de precios en un mercado específico, pero también puede ser un arreglo institucional que condicione accesos o derechos) que limita el consumo de la mercancía a quienes satisfagan las reglas del mecanismo. En consecuencia, un bien público es aquel cuyo consumo por parte de unos no implica que otros no puedan consumirlo (no hay rivalidad) y al mismo tiempo no existe un mecanismo (de precios o institucional) que de manera legal o factual limite el consumo del bien (no hay exclusión) (Ingham, 2018).

Desde la perspectiva del derecho humano a la salud, un sistema de salud visto como un bien público implica que se debe establecer una planificación, distribución y abastecimiento tales que no se comprometa la oferta de servicios de salud a la ciudadanía, ya sea al limitar su uso o bien no ofrecerlos debido a su agotamiento. De la mano de estas características intrínsecas a las mercancías, los bienes públicos también se caracterizan por la procedencia de los recursos financieros para su provisión, pues contar con recursos obtenidos vía impuestos universales y progresivos suele permitir, en última instancia, tener acceso gratuito a los bienes públicos, como en el caso de un servicio de salud desmercantilizado e integrado.

Desde la perspectiva de las políticas sociales universalistas, además de la política fiscal, la provisión descansa también en la solidaridad entre clases socioeconómicas y en la unificación de sistemas públicos de protección social (Barba Solano y otros, 2020). No obstante, esta definición de bien público basada en la teoría económica no es comprehensiva, pues si bien es útil para definir los bienes por sus características como mercancías y por el tipo de financiamiento que los hace posibles, su utilidad es únicamente instrumental, pero no normativa ni refleja las aspiraciones éticas de las sociedades.

En tal sentido, por ejemplo, Ávila (2018) argumenta que, en el caso de México, entre quienes hablan una lengua distinta al español, el 70% de las personas vive en una situación de pobreza que las hace vulnerables y dificulta el acceso al sistema de salud. Además, del total de las personas que hablan lenguas originarias, el 15% no está afiliado a algún servicio de salud y, entre quienes sí lo están, el 72,6% recurre al Seguro Popular de Salud. No obstante, el personal de este, así como el de cualquier otro proveedor público o privado de salud, no está entrenado para dar el servicio desde un posicionamiento intercultural que integre las concepciones de salud y enfermedad de sus cosmoentendimientos (Briceño Chel, 2020), por lo que la autora aboga por un sistema de salud con estrategias interculturales para la provisión del servicio. Este aspecto amplía el entendimiento de universalidad y falta de barreras en el sistema de salud hacia una perspectiva crítica y política de la interculturalidad, en la que se ofrezca una atención cultural y lingüísticamente pertinente a las poblaciones más vulnerables (Villanueva y Güémez, 2016).

Una meta primordial de una política pública orientada por principios éticos basados en la universalidad y equidad es ampliar el entendimiento de bien público más allá de una definición económica y poner a la salud como un bien público que debe ser promovido, protegido y garantizado por el Estado, es decir, como un derecho humano (Páez Moreno, 2020) que, en última instancia, requiere un Estado que otorgue la atención, servicios y apoyo en salud necesarios para que los individuos puedan desarrollar una vida en plenitud dentro de sus comunidades. En el siguiente apartado se expone en extenso este entendimiento.

B. El derecho humano a la salud

Para la Organización Mundial de la Salud, el derecho humano a la salud se refiere, en su acepción más amplia, al derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr. Desde esta escala, el derecho humano a la salud va más allá tanto de las estructuras y organizaciones directamente vinculadas al bienestar físico y mental (es decir, lo relacionado con la disponibilidad de servicios de salud), como de las afecciones y enfermedades que perjudican a la población humana, e incluye dimensiones relacionadas con la vivienda adecuada, el trabajo en condiciones seguras, el consumo de alimentos nutritivos, así como otros derechos concurrentes como, por ejemplo, los derechos a la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación (OMS, 2017). Estas dimensiones interrelacionadas se concretizan de manera diferenciada tanto en calidad como en cantidad y así generan una variación sustantiva en la satisfacción observada del derecho humano a la salud.

En una acepción más restringida que la anterior, la Organización Mundial de la Salud también indica que el derecho humano a la salud está constituido tanto por derechos en sí mismos (por ejemplo, el derecho a tener acceso a un sistema de salud integrado), como por libertades derivadas de estos (por ejemplo, la libertad emanada del derecho de las personas a controlar su cuerpo y salud), lo que genera más variación en la satisfacción concreta del derecho humano a la salud. A esto se suma la variación proveniente por desigualdades y diferencias relacionadas con raza, clase, género, ingresos y condiciones estructurales que generan grupos vulnerables y pueden marginarlos o dificultarles el acceso a servicios de atención y prevención.

Este breve panorama da cuenta de la complejidad intrínseca a la consecución plena del derecho humano a la salud y permite comenzar a discutir lo relacionado con la instrumentación de los diversos actores sociales para que sus acciones conjuntas los aproximen a un estado donde la realización del derecho humano a la salud no esté comprometida radicalmente, al mismo tiempo que abre el debate sobre cuáles cambios institucionales son necesarios en el entorno de los actores sociales de la salud para que puedan actuar, organizarse, reproducirse y ampliar su horizonte cognitivo.

En cuanto a instrumentar el derecho humano a la salud como un derecho social correspondiente a una ciudadanía social, en palabras de Ubasart González y Minteguiaga (2017), Esping-Andersen (1990) plantea que:

“si se toma como punto de partida que la ciudadanía social constituye la idea central de la formación estatal del bienestar, ésta debe implicar ‘concesión de derechos sociales’. Si entonces se les da a los derechos sociales una condición legal y práctica similar a los derechos de propiedad, y si se conceden con base en la condición de ciudadanía (con lo que esto implica en términos de igualdad y universalidad) y no del comportamiento real de los individuos (en el mercado) supondrá necesariamente la *desmercantilización* de los ciudadanos con respecto al mercado y un estatus que como ciudadano disputará o incluso sustituirá su posición de clase social” (págs. 216-217).

En esta propuesta hay un concepto fundamental, el de desmercantilización y su necesaria concreción en derechos cuya provisión esté desmercantilizada, es decir, el ejercicio del derecho no debe ser contingente a la capacidad de compra de las personas (que dependa de sus ingresos, riqueza y nivel de crédito) ni a la posición de los individuos en el mercado laboral, ni debe ser otorgado residualmente con respecto al mismo, ya sea por no participar en él o por factores asociados al comportamiento de las personas.

Un ejemplo radical del alcance de este condicionamiento asociado a un mérito o una falta con base en el comportamiento esperado o asumido, pero sin justificación razonable, puede encontrarse en las teorías y activismo que confrontan la discriminación y el prejuicio social contra el cuerpo

discapacitado. Para estas teorías y colectivos de interés la discriminación y prejuicio resultan de dos creencias no justificadas que, en última instancia, estereotipan a las personas con discapacidades. Por un lado, se considera que el cuerpo con capacidades típicas es superior al discapacitado y, por el otro, que el cuerpo discapacitado requiere arreglarse de alguna manera y que ello depende, de una u otra forma, del comportamiento de la persona discapacitada (Branco, Ramos y Hewstone, 2019).

Este énfasis en el comportamiento esperado y moralmente juzgado se potencia cuando se trata de discapacidades relacionadas con la salud mental, incluso cuando los costos de tales discapacidades sobre la economía de países con libre mercado son altos (por ejemplo, el 3,6% del PIB de Europa (OCDE, 2015)) y al menos permitirían suponer que las discapacidades vinculadas a la salud mental van más allá de rasgos de carácter personal, pero en la práctica no es así ni mucho menos se consideran los efectos que una provisión mercantilizada del derecho humano a la salud tiene sobre el cuerpo discapacitado.

Si bien esta discusión va más allá de los objetivos del presente diagnóstico, conviene enmarcarla y considerar la observación de Ravanal y Aurenque Stephan (2018) sobre la mercantilización de la salud. Estos autores señalan que, desde la perspectiva genealógica de Foucault, la mercantilización corresponde fundamentalmente al campo de la economía política de la medicina, en los siguientes términos:

“En su etapa temprana, la medicina tenía como labor mantener la masa de trabajadores saludables y fuertes para sostener la producción. En la actualidad, la medicina produce directamente riqueza: la salud es entendida como algo que se consume y que tiene un mercado específico de bienes y servicios médicos. La salud como mercancía se produce por un sistema de salud y tiene un valor determinado fundamentalmente por mercados. Los consumidores tienen un poder adquisitivo que determina los bienes y servicios de salud que pueden adquirir. [La] distribución de esos bienes sociales es asimétrica y [produce] desigualdades con respecto a la calidad de la salud de los distintos grupos de la población” (pág. 426).

Esping-Andersen (1990) indica que, en su acepción más fundamental, la desmercantilización conlleva a “que los ciudadanos puedan dejar de participar en el mercado laboral cuando así lo consideren necesario, sin por ello enfrentar la pérdida potencial de su trabajo o de su ingreso o de su bienestar en general” (pág. 23). Las clases medias y medias altas gozan, regularmente y en mayor o menor grado, de este derecho social a no trabajar cuando la necesidad así lo requiere, pues están localizadas en un entorno institucional que valida tal requerimiento (por ejemplo, una enfermedad es cotejada por un tercero —un médico— cuya autoridad es reconocida tanto por el empleador como por el empleado y la organización aseguradora), pero el alcance de este entorno institucional es limitado, pues está circunscrito a los miembros de una clase y no es un derecho garantizado socialmente a la ciudadanía, sin considerar la clase a la que se pertenece.

Así, la perspectiva de la economía política de la medicina y la reivindicativa de un derecho social a la salud marcan linderos distintivos del derecho humano a la salud como uno cuyo objetivo no es mantener la salud de la población para que sea funcionalmente productiva (más allá de si la producción es distribuida vía mercado o vía Estado), sino contribuir, en lo relacionado con la salud de los individuos, al desarrollo de una vida plena y en comunidad, concretizado en un bienestar en salud sin tomar en cuenta la participación en el mercado laboral y los mercados de bienes y servicios de salud.

Pueden formularse argumentos que de manera sustentada o no cuestionen o directamente se opongan a la viabilidad instrumental de un derecho así definido y apuesten por un arreglo entre organizaciones públicas, comunitarias, familiares y privadas en el que los derechos estén basados en la economía de mercado, bajo el supuesto teórico de que el mercado es el medio más eficiente para distribuir los recursos. Pero tal oposición radical —más que una crítica a tal derecho— es un síntoma de un problema más profundo y sustantivo, el de la dominación política y epistemológica lograda por el neoliberalismo y entendida en los siguientes términos:

“Vivimos en una época en la cual han llegado a ser políticamente aceptables las formas moralmente más repugnantes de desigualdad y discriminación social. Las fuerzas sociales y políticas que habitualmente cuestionaban tal realidad y favorecían posibles alternativas sociales y políticas han sido [en gran medida, absorbidas por el neoliberalismo]. Lo políticamente dominante se convierte en epistemológico cuando es capaz de aseverar, de manera creíble, que el único conocimiento válido es aquel que ratifica a su propio dominio” (Santos, 2018, pág. vii).

“Para que cualquier sistema de pensamiento se convierta en dominante, se requiere una articulación de conceptos fundamentales que lleguen a estar tan profundamente incrustados en los entendimientos del sentido común que son tomados como dados y más allá de cuestionamiento alguno” (Harvey, 2007, pág. 24).

Pretensiones de tal índole absoluta no son nuevas, aisladas, olvidadas ni superadas, como lo ejemplifica la multicitada aseveración de Fukuyama (1989), quien afirmó una “descarada victoria del liberalismo económico y político” (pág. 3) y retóricamente preguntó: “¿Existen, en otras palabras, ‘contradicciones’ fundamentales en la vida humana que no puedan resolverse en el contexto del liberalismo moderno y que sean solucionables por una estructura político-económica alternativa?” (pág. 8). Con esta declaración, más que arrojarse bajo la sombra del árbol hegeliano, Fukuyama y sus afines se han colgado del enramado hayekiano que, en su convencido rechazo a una economía centralizada, alega la separación efectiva entre la autoridad del mercado y las demandas cotidianas del gobierno. En términos prácticos, esto hace del liberalismo moderno, apologizado por Fukuyama, el significativo del proyecto neoliberal aludido por Santos y que, de acuerdo con Slobodian (2018), está enfocado en:

“diseñar instituciones no para liberar mercados, sino para recubrirlos, para inocular al capitalismo contra la amenaza de la democracia, para crear un cerco que contenga a la tan frecuente irracionalidad en el comportamiento humano y para reordenar al mundo [como] un espacio de Estados que compiten y en el cual las fronteras satisfacen una función necesaria.

Tales son las llamadas condiciones extraeconómicas que los teóricos neoliberales del siglo XX consideran necesarias para salvaguardar al capitalismo a escala mundial. En consecuencia, quienes en este proyecto] se describen a sí mismos como neoliberales no creen en los mercados autorregulados como entidades autónomas. No ven como sinónimos a la democracia y al capitalismo. No ven a los humanos únicamente motivados por la racionalidad económica. No buscan la desaparición del Estado ni de las fronteras y tampoco ven al mundo únicamente por la lente del individuo” (pág. 81 y ss.).

La manera como el proyecto neoliberal concretiza el vínculo entre lo político y lo epistémico no es más que un elemento particular dentro de un conjunto mayor de vínculos epistémico-políticos posibles (García, Pérez y Díaz, 2021). Así, frente al devenir irremediable de manos invisibles, una alternativa es actuar bajo la libertad de albedrío que impone el deber-ser que, de acuerdo con Mañón Garibay (2006, pág. 115), en última instancia implica el cumplimiento de “deberes y derechos tanto de los individuos (frente a la comunidad) como de la comunidad (frente a otras comunidades)”. Derechos que aquí son expresamente entendidos como humanos y sociales y cuyo cumplimiento enfrenta el reto de resolver, siguiendo a Žižek (2020, pág. 10), “la confianza mutua entre la gente y los aparatos del Estado”, con la conciencia de que “la coordinación de la producción y distribución tendrá que realizarse fuera de las coordenadas del mercado” ya que son insuficientes y contingentes a las transacciones, mientras que las soluciones y estados deseables de la salubridad pública requieren arrojarse sin condicionamientos relacionados con la interacción entre oferentes y demandantes.

De manera natural emerge entonces la pregunta: ¿En qué contexto socioeconómico, en México, habría que instrumentar el derecho humano a la salud como un derecho social? Para dar una respuesta, enseguida se presenta un panorama sucinto de la distribución del ingreso corriente y del gasto de los hogares mexicanos, tanto por deciles de ingreso como entre entidades federativas¹. El objetivo es mostrar que la amplitud de la diferencia entre deciles y entre entidades es tal que la instrumentación del derecho humano a la salud como derecho social requiere un diseño y una ejecución de políticas públicas que explícitamente integren estas diferencias económicas entre hogares y estados, con el fin último de alcanzar un sistema de salud que garantice el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr, tal como lo indica la OMS.

C. Distribución del ingreso corriente y del gasto de los hogares mexicanos

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) (INEGI, 2018a), el coeficiente de Gini en México es igual a 0,426, el segundo más alto dentro de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, solo marginalmente por debajo de Chile (0,460 en 2017) (OCDE, 2020). El coeficiente es una medida estandarizada sobre la concentración, y por lo tanto de la desigualdad, en la distribución de los ingresos en un país o región determinadas, y su valor puede ubicarse entre el cero y la unidad, de forma tal que mientras el valor observado esté más cerca de la unidad, entonces mayor es la desigualdad en ingresos.

Para fines de estimación, pero principalmente de interpretación, es indispensable considerar que, ya sea por motivos de seguridad o de evasión fiscal, existe un subreporte de los ingresos familiares que, a su vez, depende del nivel real de ingreso y de las fuentes de este, es decir, a mayor ingreso, mayor subreporte y, por lo tanto, mayor desigualdad de ingresos no reflejada en el coeficiente de Gini. Del Castillo (2012) ha mostrado, por ejemplo, cómo se hace evidente el subreporte de los ingresos al contrastar los registrados por la metodología de la ENIGH frente a los contabilizados por el Sistema de Cuentas Nacionales. Así, entre 1994 y 2010, el coeficiente de Gini estimado con base en la metodología de la ENIGH tuvo un valor promedio igual 0,4769, mientras que el promedio del coeficiente estimado con base en el Sistema de cuentas Nacionales fue 0,6280. La magnitud estimada del subreporte de los ingresos durante el período es 1,8427, esto es, por cada peso reportado en la ENIGH, el Sistema de Cuentas Nacionales contabilizó, en promedio, 1,8427 pesos, con un mínimo igual a 1,5673 (1994) y un máximo igual a 2,1641 (2010). En consecuencia, la estimación basada en la metodología ENIGH marca un valor mínimo de la forma en que la distribución del ingreso se concentra.

Esta concentración observada en México del ingreso corriente promedio trimestral de los hogares corresponde con una dispersión por decil entre 9.113 pesos (decil I) y 166.750 pesos (decil X), con un nivel nacional igual a 49.610 pesos (véase el cuadro 1). La amplitud de la dispersión también se refleja en el ámbito de los estados (véase el gráfico 1), pues el ingreso varió entre 26.510 pesos (Chiapas, muy cercano al valor del decil IV, 26.696 pesos) y 79.085 pesos (Ciudad de México, valor mayor que el decil IX) y hay cuatro estados con un ingreso promedio menor o igual que el decil V (Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz)².

¹ El ingreso corriente de los hogares es la suma del ingreso por trabajo (incluyendo el autoconsumo), renta de la propiedad, transferencias, estimación del alquiler de la vivienda y otros ingresos corrientes. El ingreso por trabajo es el que se obtiene por participar directamente en actividades que la contabilidad nacional reconoce como económicas y por las que los integrantes del hogar reciben una entrada que puede ser en efectivo, en especie o en servicios. Por su parte, las transferencias incluyen, entre otras fuentes de ingreso, los beneficios provenientes de programas gubernamentales.

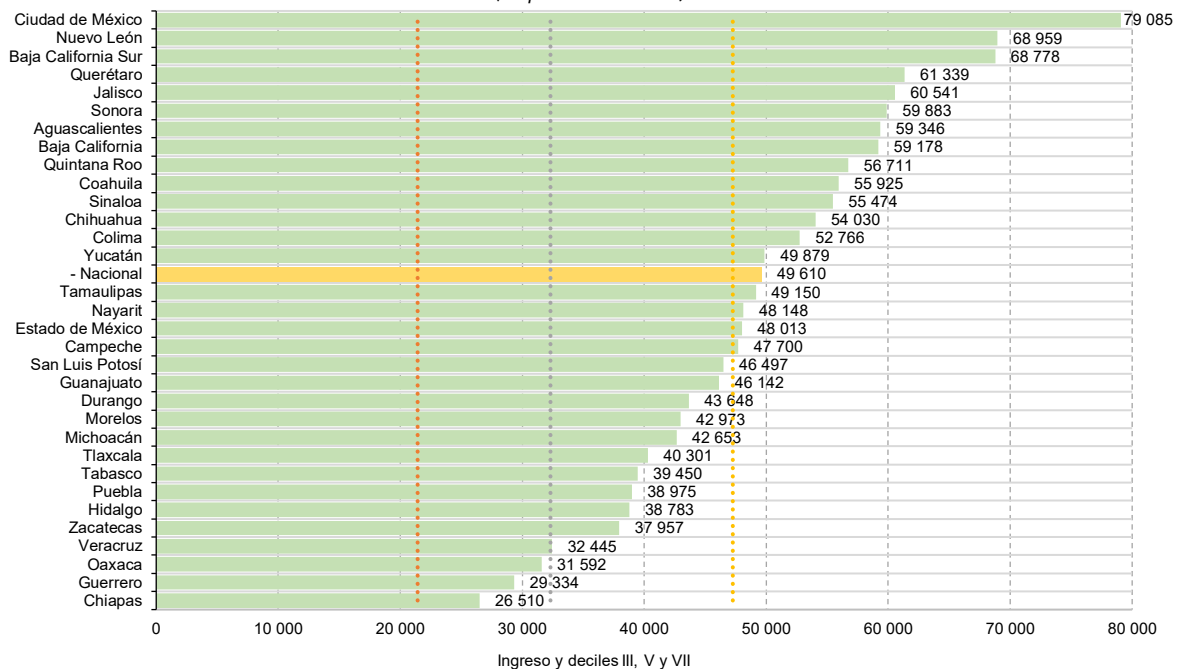
² De aquí en adelante "decil" hace referencia a los deciles de ingreso corriente especificados en el cuadro 1.

Cuadro 1
México: deciles de ingreso corriente: hogares, promedio trimestral 2018
(En pesos mexicanos)

Decil	Ingreso
Nacional	49 610
I	9 113
II	16 100
III	21 428
IV	26 696
V	32 318
VI	38 957
VII	47 264
VIII	58 885
IX	78 591
X	166 750

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

Gráfico 1
México (entidades federativas): ordenamiento por ingreso corriente de los ingresos de los hogares, promedio trimestral, 2018
(En pesos mexicanos)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

La diferencia tanto entre hogares por decil de ingreso corriente como entre estados también se expresa al considerar el porcentaje del ingreso obtenido por trabajar. Esta medición comienza desde un mínimo de 37,8% (decil I), alcanza un máximo de 72,7% (decil VII) y de ahí disminuye hasta el 67,3% (decil X, tres puntos porcentuales arriba del promedio nacional) (véase el cuadro 2). Gráficamente esta distribución se vería como una U invertida en la que el ingreso de los deciles centrales depende mayoritariamente del trabajo. Este hecho es relevante si se considera que asociar el acceso a un sistema de salud al estatus laboral formal crea condiciones de vulnerabilidad si, por una u otra causa, la persona trabajadora se separa o es separada de su empleo, lo que la afecta tanto a ella como a sus derechohabientes.

Cuadro 2
México: deciles de ingreso corriente, hogares, ingreso por trabajo, promedio 2018

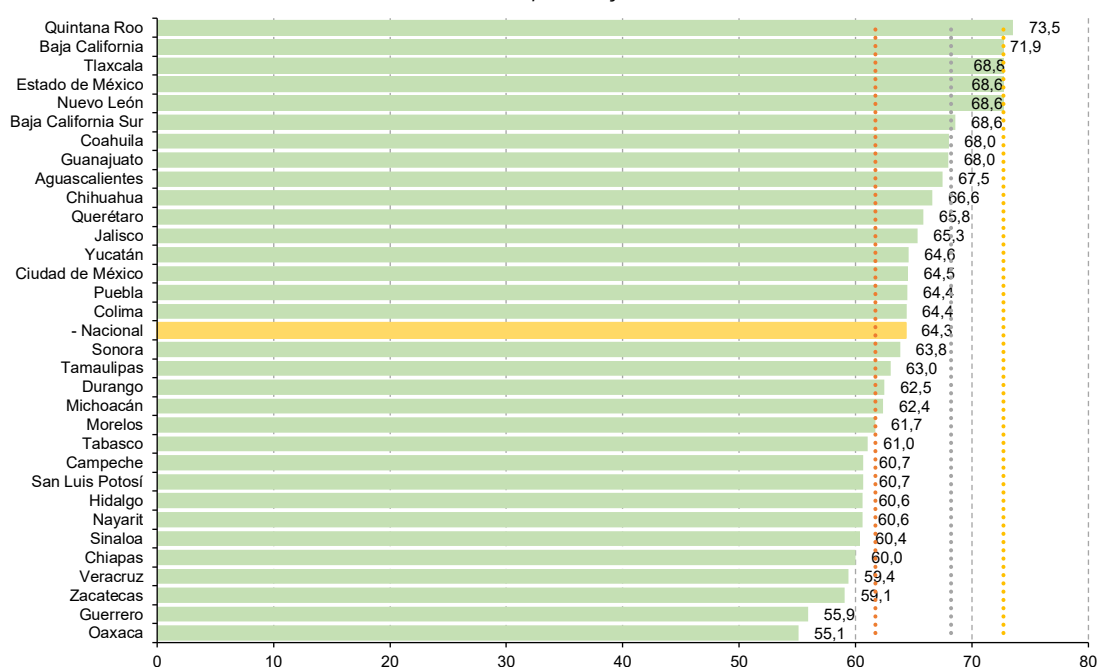
Decil	Porcentaje
Nacional	64,3
I	37,8
II	53,9
III	61,7
IV	66,1
V	68,2
VI	71,0
VII	72,7
VIII	72,0
IX	72,3
X	67,3

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

Este escenario se plantea asumiendo, en el mejor de los casos, que el ingreso obtenido por trabajar va de la mano con los beneficios de la seguridad social, lo que no siempre ocurre así. Por ejemplo, en el ámbito de los estados (véase el gráfico 2), el porcentaje varía entre 55,1 (Oaxaca, 2,8 puntos arriba que el decil II) y 73,5 (Quintana Roo, por arriba del decil VII). Palafox y Rubí (2020) han mostrado que en el caso de Quintana Roo tanto el sector laboral formal como el informal se encuentran indefensos en términos de seguridad social debido a los esquemas de "precarización y flexibilización laboral" (pág. 133) dentro de los cuales opera el sector turismo (que representa el 80% del empleo en la entidad). Esta flexibilización, señalan los autores, es el "resultado de las estrategias que el capital utiliza para la acumulación, mediante el despojo de las prestaciones laborales que el Estado [neoliberal] ha promovido para la consolidación del mercado. [Los empresarios] han trasladado a sus clientes [vía propinas] y empleados [mediante despidos sin indemnización ni liquidación o bajo la figura de subcontratación] el cumplimiento de sus obligaciones, [lo que ha contribuido al crecimiento de la desigualdad hasta] el punto de que el principal destino turístico de América Latina sea incluido en la lista de los municipios más pobres de México" (pág. 136).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2020), en 2015 la proporción de población en pobreza en Benito Juárez (Cancún) fue del 27,7%, porcentaje inferior a Cozumel (31,3%) y superior a Solidaridad (19,6%). Se destaca que obtener ingresos laborales no implica tener cobertura social, con lo que incluso dentro del mercado laboral la población está desprotegida. Es relevante comprender los mecanismos que permiten al capital y al Estado desvincularse de sus obligaciones patronales y públicas, principalmente en el contexto de la pandemia por la COVID-19, pues como Campos y otros (2021) advierten, todavía hay mucho por comprender con respecto a los efectos de la pandemia sobre el mercado laboral en México, "especialmente sobre el comportamiento de los empleadores potenciales" (pág. 2), por lo que en el corto plazo es indispensable prevenir que los empleadores evadan sus responsabilidades y en el mediano plazo asegurar que el sistema de salud sea efectivamente universal y desligado del mercado laboral.

Gráfico 2
México (entidades federativas): ordenamiento por ingreso obtenido vía trabajo, promedio 2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

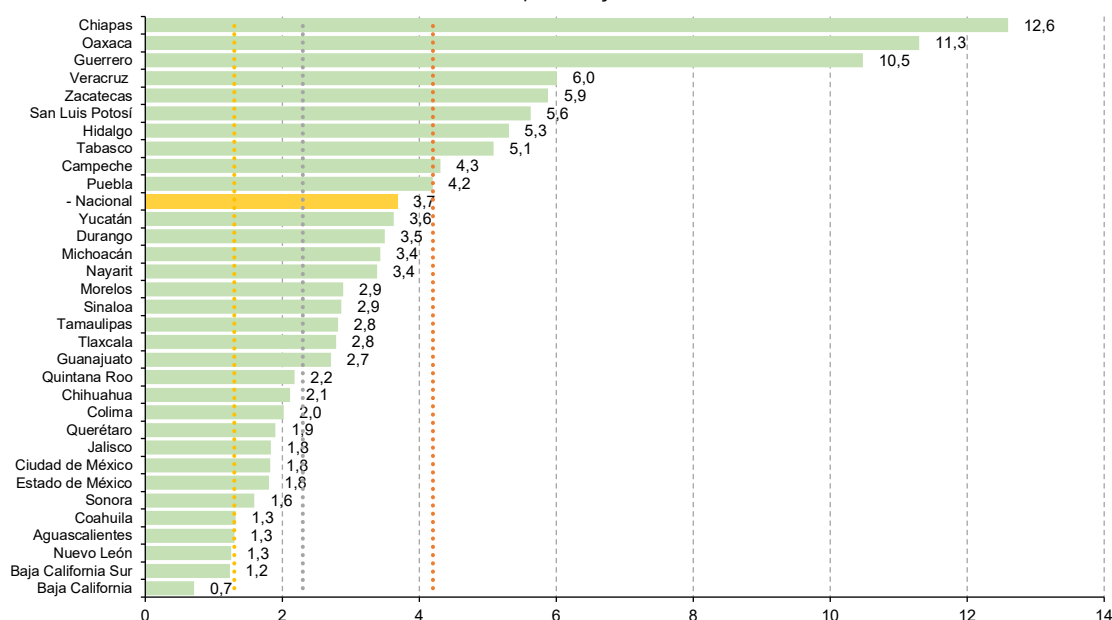
La distribución por deciles (véase el cuadro 2) y la magnitud del porcentaje de ingreso corriente obtenido por trabajar contrastan con las del porcentaje obtenido por beneficios gubernamentales y de instituciones (véase el cuadro 3). Esta medición decrece conforme el decil de ingreso corriente aumenta, es igual a 15,8% para los hogares en el decil I y 0,2% para los del decil X, con un promedio nacional igual a 3,7%, lo que ubica este promedio cerca del decil III. En este caso no hay una U invertida, sino una correlación negativa y esta diferencia se refleja en el ámbito de los estados (véase el gráfico 3). Por ejemplo, Baja California, Quintana Roo y Zacatecas no cambian posiciones de manera homogénea con respecto al gráfico 2.

Cuadro 3
México: deciles de ingreso corriente: hogares, ingreso por programas gubernamentales, promedio 2018

Decil	Porcentaje
Nacional	3,7
I	15,8
II	6,8
III	4,2
IV	3,1
V	2,3
VI	1,8
VII	1,3
VIII	0,8
IX	0,5
X	0,2

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

Gráfico 3
México (entidades federativas): ordenamiento por ingreso obtenido
vía beneficios gubernamentales, promedio 2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)" 2018a.

Destacan entonces las no-linearidades observadas en las variables correlacionadas, la manera como se concretizan en las características de las entidades y lo que ello implica en términos del diseño de un sistema universal de salud que parta de internalizar estas diferencias, con el objetivo de integrarlas para disminuirlas, en lugar de ignorarlas, con el riesgo de incrementarlas. Por lo tanto, en términos prácticos, se trata de lograr un sistema de salud cuyo diseño, de manera simultánea, no genere externalidades negativas, solucione las existentes, conforme un grupo de actores sociales (incluyendo autoridades estatales y municipales, así como asociaciones comunitarias en torno a la salud) y responda a los retos diferenciados que estos actores enfrentan cotidianamente, reconociendo a la vez que la diferencia tiene que ver con los distintos contextos socioeconómicos en los que operan los actores y que, en última instancia, dependen de las características de los hogares (por ejemplo, niveles de dependencia en ingresos y el arreglo social subyacente entre Estado, comunidades, familias y mercados).

La contraparte de caracterizar los hogares con base en su ingreso es caracterizarlos con base en sus gastos. Considerando que el objetivo es separar la provisión del derecho social a la salud, entendido como un derecho humano, de la estructura y funcionamiento de los mercados, principalmente el laboral, la primera cuestión a responder es en qué magnitud difieren los hogares de los distintos deciles con respecto a su participación en mercados formales.

Un indicador que sirve de aproximación tentativa para responder a esta pregunta es el pago con tarjeta, pues refleja el grado de bancarización de la economía de los hogares, que está regulada y, en ese sentido, corresponde con transacciones en mercados formales (Del Ángel, 2016), no únicamente por el lado del consumo, sino también por el laboral, aunque antes es necesario delimitar el alcance de una aproximación de esta índole. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Inclusión Financiera (ENIF) (INEGI, 2018b), representativa de la población adulta nacional, el 47% de los adultos reportó tener al menos una cuenta de ahorro o de captación en el sistema financiero. En términos absolutos dicho porcentaje equivale a 37,3 millones de adultos, de los que el 63% tiene un trabajo formal —definido como

aquel en el que quien trabaja también es derechohabiente de servicios médicos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otros— y el 52% tiene cuenta de nómina.

Al mismo tiempo, 34,9 millones de adultos (44,1% del total) tiene o ha tenido crédito formal (por ejemplo, tarjeta de crédito departamental, 61%; bancario, 34%, entre otros) y el 58% de ellos tiene un trabajo formal. En otras palabras, si bien tener un trabajo formal no está relacionado en gran medida con tener una tarjeta de débito o crédito, sí puede aseverarse que entre los adultos, además de tener trabajo formal, el 29,6% tiene una cuenta de ahorro o de captación, el 15,4% recibe su nómina vía el sistema financiero, el 26,9% tiene tarjeta de crédito departamental y el 15% tiene tarjeta de crédito bancaria. Teniendo en cuenta estos porcentajes, se observa que los niveles del indicador *pago con tarjeta*, por el lado del gasto, sirven para señalar la variación por deciles de ingreso corriente con respecto a la participación en el mercado laboral y, dado el objetivo de desmercantilizar el sistema de salud, mientras mayor es la variación, más contraproducente resulta para alcanzar el objetivo.

En el cuadro 4 se muestra que los niveles porcentuales del pago con tarjeta varían entre el 0,1% (decil I) y el 6,72% (decil X), con un promedio nacional igual a 1,46%, lo que no solo indica un bajo nivel de bancarización de los hogares y una economía que funciona en torno al flujo de efectivo con respecto a este indicador, sino las diferencias sustantivas entre deciles y, con ellas, las diferencias en participación en mercados formales y la vulnerabilidad que conlleva vincular el acceso a la salud con el mercado laboral.

Cuadro 4
México: deciles de ingreso corriente: hogares, gasto pagado con tarjeta, promedio 2018

Decil	Porcentaje
Nacional	1,46
I	0,10
II	0,18
III	0,29
IV	0,45
V	0,51
VI	0,70
VII	1,13
VIII	1,62
IX	2,94
X	6,72

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

La siguiente pregunta es cuál es la relación entre gasto e ingreso de los hogares por decil y cómo se distribuyen los estados con respecto a este indicador. La respuesta a esta pregunta amplía el panorama del comportamiento de los hogares con base en sus ingresos y egresos simultáneamente y da un contexto de entrada a la pregunta principal que se busca responder en este documento: ¿cuánto gastan los hogares en salud?

En el cuadro 5 se muestra que mientras menor es el decil de ingreso corriente, mayor es el porcentaje de gasto con respecto al ingreso de los hogares³. De acuerdo con el INEGI (2019a), un porcentaje mayor al 100% (como en el caso del decil I) se explica, por el lado del ingreso, porque los hogares en cuestión desahorran y tienen entradas, en palabras del INEGI, "de una sola vez" (herencias,

³ El análisis que aquí se presenta está basado en la nueva serie de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) (INEGI, 2018a), por lo que los datos provenientes del Módulo de Condiciones Socioeconómicas no son directamente comparables con los análisis de evaluación de la pobreza realizados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), para lo que habría que utilizar la base de datos Modelo Estadístico de Continuidad Histórica que soluciona el cambio en la metodología de la evaluación de los ingresos que el INEGI realizó de forma unilateral en 2015 y afectó la comparabilidad de las evaluaciones que el CONEVAL ejecuta desde 2008.

dotes, legados, premios obtenidos en loterías y juegos de azar, así como reembolsos de préstamos) que, si bien incrementan el patrimonio neto, por definición no son consideradas un ingreso (tampoco lo son las contribuciones de los empleadores a los fondos de pensión individuales). Algo similar ocurre por el lado de los usos del ingreso, pues hay gastos que no son contabilizados como consumo, pero conllevan una erogación (por ejemplo, transferencias a otros hogares). Este déficit en la balanza entre el ingreso y el gasto se traduce en una posición vulnerable, por ejemplo, frente a un evento de salud que requiera atención urgente, medicalizada y pagada total o parcialmente por los hogares.

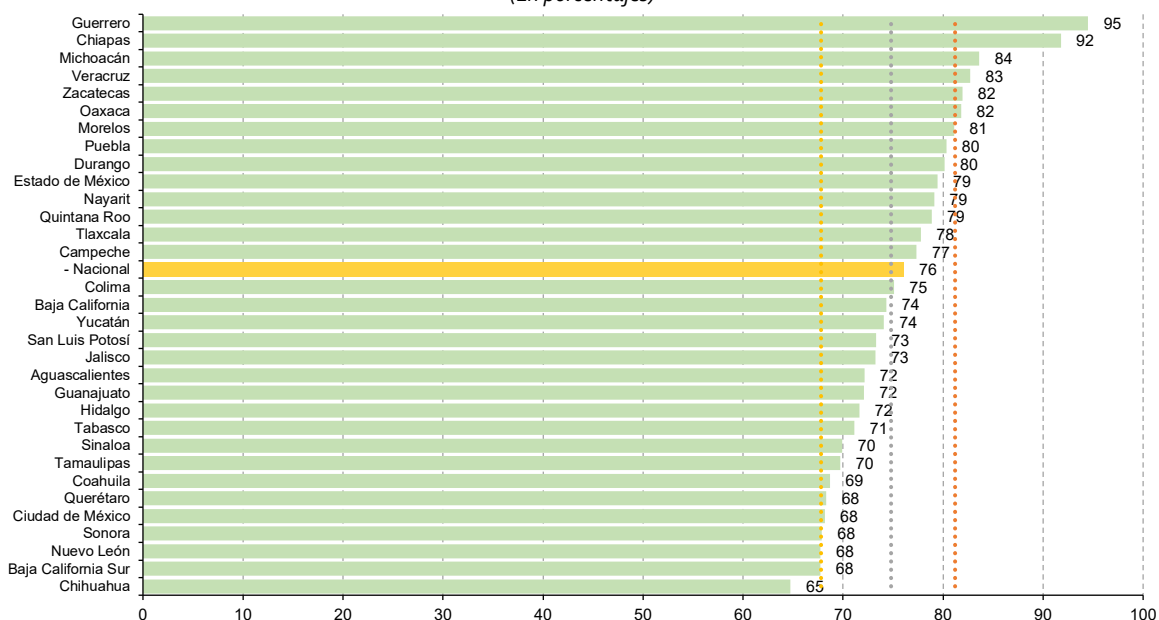
Cuadro 5
México: deciles de ingreso corriente: hogares, gasto con respecto al ingreso, promedio 2018

Decil	Porcentaje
Nacional	76,1
I	118,8
II	89,3
III	81,2
IV	76,5
V	74,8
VI	70,3
VII	67,8
VIII	64,8
IX	61,5
X	55,5

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

En contraparte, un porcentaje menor que 100% implica que hay ahorro, lo que puede traducirse en un incremento del patrimonio material y financiero del hogar que, en última instancia, es convertible en recursos para atender un evento de salud en caso de ser necesario, pero en términos prácticos implicaría un desahorro. En el gráfico 4 se muestra la dispersión del indicador y el ordenamiento que genera en los estados: desde un 64,8% (Chihuahua), hasta un 94,5% (Guerrero) del ingreso es gastado por los hogares, con un promedio nacional igual a 76,1%.

Gráfico 4
México (entidades federativas): ordenamiento por gasto con respecto al ingreso, promedio 2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

Finalmente, en el cuadro 6 se presenta el gasto total trimestral promedio de los hogares y en cuidados de la salud por decil⁴. El gasto total varía entre 10.051 pesos (decil I) y 87.082 pesos (decil X), con un nivel nacional (31.913 pesos) próximo al del decil VII (31.970 pesos). El gasto en el cuidado de la salud fluctúa entre 260 pesos (decil I) y 2.960 pesos (decil X), mientras el gasto nacional promedia 838 pesos. Independientemente del decil, el gasto en atención primaria fluctúa en torno al 73% del gasto en salud, excepto el decil X, con un 64%. El porcentaje de gasto en medicinas no varía entre deciles, concentrándose alrededor del 16%. La mayor variación ocurre en el porcentaje de gasto en salud dedicado a la atención hospitalaria, ente 5% (decil I) y 19% (decil X).

Cuadro 6
México: deciles de ingreso corriente: hogares, gasto total y en salud, promedio 2018
(En pesos mexicanos)

Decil	Total	Salud	Atención primaria	Hospital	Medicinas
Nacional	31 913	838	590	113	134
I	10 051	260	201	14	45
II	14 334	366	277	34	55
III	17 373	376	291	28	57
IV	20 397	457	335	47	76
V	24 171	581	439	58	84
VI	27 394	581	408	82	91
VII	31 970	748	557	77	114
VIII	38 103	925	682	99	144
IX	48 253	1 392	976	173	243
X	87 082	2 690	1 736	522	433

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

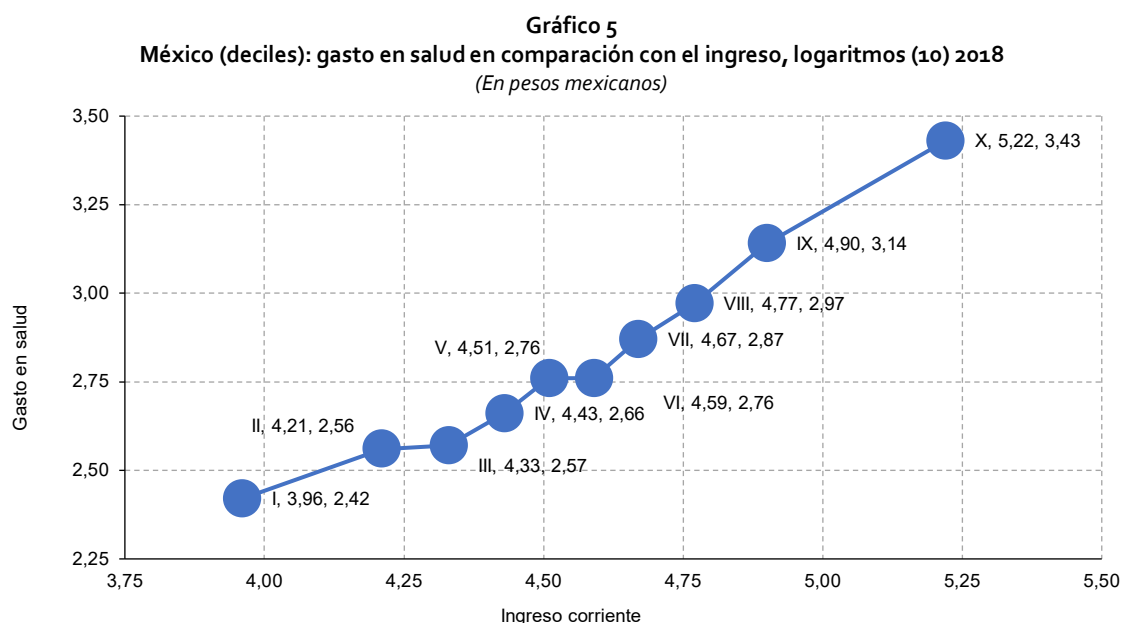
En el gráfico 5 se muestra que si bien en general a mayor decil de ingreso corriente, mayor gasto en salud, hay dos mesetas: la primera en los deciles II y III y la segunda en los deciles V y VI; en términos de gasto promedio de los hogares. La primera meseta corresponde a un gasto trimestral de alrededor de 370 pesos por hogar (con un gasto agregado en torno a 1.300 millones de pesos, véase el cuadro 7) y la segunda a un gasto trimestral de 581 pesos (cercana a los 2.020 millones de pesos en gasto agregado).

Cuadro 7
México: deciles de ingreso corriente: gasto trimestral en salud, 2018
(En millones de pesos mexicanos)

Decil	Total	Atención primaria	Hospital	Medicinas
Nacional	29 107,3	20 505,8	3 938,0	4 663,5
I	904,2	698,3	48,6	157,2
II	1 271,8	962,9	119,4	189,6
III	1 305,0	1 009,6	97,7	197,7
IV	1 589,3	1 162,9	162,7	263,6
V	2 019,6	1 527,0	200,3	292,3
VI	2 018,2	1 416,7	284,0	317,5
VII	2 597,9	1 934,4	267,9	395,6
VIII	3 215,4	2 369,8	344,4	501,1
IX	4 837,9	3 391,5	600,8	845,6
X	9 348,1	6 032,7	1 812,1	1 503,2

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

⁴ De acuerdo con el INEGI (2019b, pág. 39), este gasto "comprende todos los gastos realizados por los integrantes del hogar que son dedicados al cuidado de la salud de los integrantes del hogar. Incluye desde el pago de honorarios de servicios profesionales hasta la hospitalización, pasando por la adquisición de medicamentos y la realización de análisis clínicos, entre otros. [Incorpora las variables: a) atención primaria; b) atención hospitalaria, y c) medicamentos".



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

El incremento en el ingreso promedio del decil I al II es del 77% y el incremento correspondiente en el gasto de los hogares en salud es del 41%, por lo que ir del decil I a la primera meseta corresponde a una elasticidad del gasto en salud con respecto al ingreso igual a 0,53 (por cada 10 puntos porcentuales que incrementa el ingreso, el gasto en salud lo hace en manera menor a la proporcional, pues solo aumenta 5,3 puntos porcentuales). Por otra parte, ir del decil IV al V equivale al 21% de incremento en el ingreso corriente y al 27% de incremento en el gasto en salud, de forma tal que ir del decil IV a la segunda meseta conlleva una elasticidad igual a 1,29 (por cada 10 puntos porcentuales de incremento en el ingreso, el gasto en salud aumenta 12,9 puntos porcentuales, es decir, aumenta más que proporcionalmente).

Para la teoría económica, una elasticidad del gasto con respecto al ingreso menor que la unidad (inelástica) corresponde con bienes considerados necesarios, mientras que una elasticidad mayor que la unidad (elástica) corresponde con bienes considerados de lujo y, al cambiar el valor de la elasticidad conforme el nivel de ingresos varía el grado de necesidad (en el sentido económico) del bien en que se gasta, la salud en este caso. La idea que subyace a estas definiciones es, en el caso inelástico, que una caída en el ingreso se refleja menos que proporcionalmente en el gasto, por lo que el comportamiento observado permite inferir que ese bien es necesario para el hogar, mientras que, en el caso elástico, al contraerse el gasto de manera más que proporcional a la reducción del ingreso, la inferencia basada en el comportamiento es que se trata de un bien prescindible para el hogar y, en ese sentido, es un bien de lujo.

Por otra parte, si bien para los hogares la estructura del gasto relativo es similar en cuanto a atención primaria y medicinas, los montos agregados (véase el cuadro 7) fluctúan notoriamente entre 698 millones (decil I) y 6.032 millones (decil X) en atención primaria, y entre 157 millones (decil I) y 1.503 millones (decil X) en medicinas. El caso de las medicinas es notorio no solo porque se comportan como un bien normal (a mayor ingreso, mayor gasto), sino también por los cambios en su elasticidad, que llega a superar la unidad, lo que las convierte en bienes de lujo y va a contrasentido si las medicinas son entendidas como algo estrictamente ligado a razones de atención médica. El valor de esta elasticidad del decil I a II es 0,29, continúa inelástica del II al III (0,11) y es elástica del III al IV (1,36), después entra a una meseta inelástica en los deciles V y VI, y continúa a una cuesta elástica de los deciles VII al IX (alcanzando un valor de hasta 2,05 entre el VIII y el IX), para finalizar con un tramo inelástico del decil IX al decil X (0,70).

El gasto de los hogares en salud, en términos agregados, fue de 29.107 millones de pesos, con un gasto igual a 904 millones en el decil I y a 9.348 millones en el decil X (véase el cuadro 7). El decil X de ingreso gastó en salud un monto agregado 240 millones de pesos mayor que el gasto agregado conjunto de los seis primeros deciles (cuyo gasto sumó 9.108 millones de pesos). El decil más alto tiene un gasto agregado en salud que es 10,3 veces el del decil I y da cuenta del 32,1% del gasto agregado total.

En este contexto conceptual de salud como bien público, el derecho humano a la salud y descripción de distribución del ingreso y los gastos, en las siguientes secciones se explora la fragmentación, jerarquización y mercantilización del sistema de salud en México, la manera como el Seguro Popular de Salud establece condiciones para un proceso de mercantilización (capítulo I); la valoración del mercado de medicamentos, los seguros privados y los servicios hospitalarios (capítulo II) y la cuantificación del gasto de bolsillo de los hogares (capítulo III). Con base en esta exploración se presentan los desafíos y principales recomendaciones (capítulo IV), así como las recomendaciones para avanzar hacia la instrumentación del derecho humano a la salud (capítulo V).

I. Caracterización del sistema de salud en México, con énfasis en su fragmentación, jerarquización y mercantilización

En la introducción se presentó la discusión del derecho humano a la salud como un derecho social cuya instrumentación necesita corresponder con las características sociales y económicas de la población, pues si bien la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es abstracta y universal, su aplicación requiere ser concreta y específica.

La triada compuesta por fragmentación, jerarquización y mercantilización puede englobarse, para los fines de este diagnóstico, en el término desigualdad estructural que está vinculada con dos movimientos correlacionados pero no intercambiables. Un movimiento es por el lado de la oferta (que puede entenderse como desigualdad estructural en la provisión) mientras que el otro movimiento es por el lado de los usuarios, es decir, de la demanda (que puede entenderse como desigualdad estructural en el acceso). Es necesario tener presentes ambos movimientos para evitar el riesgo de presentar, entender y analizar, como lineal y simple, un arreglo que en la práctica es complejo y multifacético. Dicho lo anterior y en referencia al marco analítico de Esping-Andersen (1990), Barba Solano y otros (2020) resumen en un ejemplo estilizado esta desigualdad estructural en el sistema de salud: “los pobres dependen principalmente de programas asistenciales y estigmatizantes, los sectores de ingresos medios del seguro social y los más privilegiados de seguros privados contratados en el mercado” (pág. 135).

Dentro de este marco, en este capítulo se describen, desde un enfoque cuantitativo, las características de la desigualdad estructural en el sistema de salud mexicano y las jerarquías que provoca. En este sentido, la cuenta satélite del sector salud de México (CSSSM) aporta información sustantiva para caracterizar las diversas fragmentaciones y jerarquizaciones. Antes de profundizar en ella, en el siguiente apartado se presentan conceptual y brevemente los objetivos de un sistema de salud, así como una caracterización estructural de la fragmentación del sistema de salud mexicano contemporáneo, pero anterior al período de gobierno federal 2018-2024.

Esta fecha coyuntural no solo corresponde con el viraje en políticas sociales y reacomodos estructurales ejecutados por el gobierno federal en turno, sino que también obedece a una limitante técnica, la disponibilidad de datos, y a una necesidad analítica fundamental: diagnosticar el estado de la mercantilización de la salud en México (aproximada por el gasto de bolsillo) y utilizar ese diagnóstico para orientar la incidencia de las políticas públicas hacia un horizonte de bienestar y cuidados, en el que el sistema universal de salud esté estructurado en torno a la satisfacción del derecho humano a la salud, de forma tal que su cumplimiento no descansa en el mercado, incluyendo el laboral, ni en la focalización de la asistencia del Estado a quienes son excluidos del mercado laboral, sino que el cumplimiento de este derecho social esté inscrito en una esfera pública y estatal, dentro de un arreglo entre lo público, lo comunitario y lo familiar.

A. Objetivos de un sistema de salud

En términos generales, un sistema de salud tiene como objetivo mejorar la salud de la población de la que es responsable, tratar adecuadamente a los usuarios y garantizar la protección financiera en cuanto a salud (Sesma Vázquez, Pérez Rico y Sosa Manzano, 2005). De acuerdo con Tapia Cruz (2006), en México, este objetivo fue concretizado, en el contexto de una economía de mercado, en cinco objetivos concurrentes: “mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, abatir las desigualdades en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados, asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y fortalecer el Sistema Nacional de Salud” (pág. X).

Ante tal diversidad de objetivos es necesario tener un criterio de prelación entre ellos para orientar las políticas públicas. Si bien por principio de diseño se pensaría que el objetivo fundamental de un sistema de salud es mejorar la salud, empíricamente se encontró que, para la población mexicana, en general es más importante mejorar el trato dentro del sistema de salud (31,8%). Es decir, la calidad del sistema de salud incluye también dimensiones no médicas valoradas por los usuarios tanto o más que las médicas. Así, en 2003, a escala nacional, el 94,26% de los usuarios de unidades médicas de atención de primer nivel consideró haber recibido un buen trato, pero ese porcentaje varió en las entidades federativas entre 83,56% (Ciudad de México) y 97,34% (Chihuahua); para 2017 (dato más reciente) el porcentaje nacional fue del 97,30%, con una variación entre 95,30% (Ciudad de México) y 99,20% (Yucatán) (Secretaría de Salud, 2019a); esto es, en 14 años la valoración del trato recibido aumentó y su dispersión disminuyó.

La valoración del trato por encima de las condiciones de salud es válida en lo general, pero puede variar por otras razones. Por ejemplo, Tapia Cruz (2006) encontró que, considerando la condición de empleo, si bien globalmente la mayor importancia fue mejorar el trato (31,25%), seguida por mejorar la salud (30,06%) y minimizar las diferencias en la población con respecto a la salud (17,06%), el ordenamiento fue distinto para quienes estaban empleados por su cuenta —cuyo ordenamiento fue mejorar la salud (31,19%); mejorar el trato (30,67%) y reducir las diferencias (16,62%)— y también fue distinto para los empresarios, cuyo ordenamiento resultó en mejorar el trato (28,58%), minimizar las diferencias (21,93%) y mejorar la salud (21,14%).

Con el estudio también se encontraron otras variables que influyen en la prelación de objetivos (como la entidad de residencia y la percepción del estado de salud actual), pero lo que importa destacar del estudio es que “rechaza la hipótesis según la cual la valoración de los objetivos [del Sistema de Salud] es la misma al margen de la variable incluida en el análisis” (Tapia Cruz, 2006, pág. 117), lo que añade la calidad del trato como una variable no médica que necesita incluirse en el diseño de un sistema universal de salud, pues incluso fue considerada más importante que reducir las diferencias entre las personas con respecto a la salud. Este énfasis en lo cualitativo será retomado más adelante como un elemento a considerar al estimar el gasto de bolsillo en salud.

Por último, la calidad en la atención recibida puede entenderse también como una característica cuantitativa que opera en contra de un sistema de salud integrado, más allá de la fragmentación debida al estatus laboral de las personas y el tipo de servicio de salud al que tal estatus da acceso. Esto sin considerar que la calidad en el trato y el estatus laboral no son las únicas fuentes de fragmentación, también lo son la localización de los proveedores de salud, así como el tiempo de espera para ser atendido, pero estas fuentes de fragmentación (o de integración) no están incluidas en los objetivos explícitos de un sistema de salud.

Una aproximación a la importancia de estas características como condicionantes para la integración del sistema de salud es el uso de consultorios médicos adyacentes a las farmacias privadas. Pérez Cuevas y otros (2014) encontraron, con base en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012, que el 65% de los usuarios de estos consultorios estaban afiliados a alguna institución pública de salud y que las razones para usar estos servicios incluían la conveniencia en términos de localización y tiempo de espera, así como considerarlos no costosos.

No obstante, los usuarios de estos consultorios no solo reportaron un mayor gasto de bolsillo que sus pares que utilizan otros proveedores de salud, sino que también tuvieron un 67,2% más de probabilidad que sus contrapartes de recibir recetas de tres o más medicamentos. El riesgo de esta diferencia es la sobreprescripción de medicamentos, correlacionada con el vínculo comercial entre tales consultorios y las farmacias a las que están adscritos. En el agregado, los efectos contraproducentes de este tipo de consultorios no solo tienen que ver con el impacto negativo en los bolsillos de los hogares, sino también en el objetivo de justicia en el financiamiento que el sistema de salud persigue.

B. Fragmentación del sistema de salud mexicano

En la revisión del sistema mexicano de salud en torno al binomio cobertura universal de salud y fragmentación, Ordóñez Barba y Ramírez Sánchez (2016) destacan que organismos nacionales e internacionales coinciden en que la complejidad del sistema de salud de México no solo es innecesaria, sino también insuficiente, onerosa e ineficiente, considerando entre otros elementos que hay personas sin ninguna cobertura de salud y personas cubiertas por más de un proveedor. A la vez, el gasto de bolsillo supera al realizado en países con economías comparables.

Esta complejidad, entendida como una fragmentación del sistema en subsistemas no integrados (uno ligado al empleo formal, ya sea público o privado; otro mercantilizado y un tercero de corte asistencial para desempleados y trabajadores informales), se traduce en una segmentación categórica y cualitativa de la atención incluso entre las instituciones públicas que operan en los subsistemas asistencialista y el ligado al mercado. Tal es el punto de partida para presentar las dimensiones de la fragmentación del sistema de salud de México y, en torno a él, los análisis que los diversos autores hacen del sistema y que se presentan a continuación.

Es necesario tener presente esta escala general del problema, pues en las escalas menores el énfasis está en alguna de las aristas y diluye la magnitud e importancia de las demás. Adicionalmente, hay que considerar que la fragmentación tiene, en principio, orígenes legales relacionados con el artículo 123 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, que al distinguir entre trabajadores con un contrato de trabajo —obreros, jornaleros, empleados domésticos, entre otros— y trabajadores en los poderes de la unión, establece una distinción en las normatividades que les corresponden. Así, los primeros quedan bajo la Ley del Seguro Social (inciso A, numeral XXIX), que rige al IMSS, y las leyes de seguridad social (inciso B, numeral XI), entre ellas la ley que rige al ISSSTE.

Además del origen legal de la fragmentación del sistema nacional de salud, Barba Solano y otros (2020) señalan un origen con raíces históricas y sociales generado en los siguientes términos políticos, de género y clase:

“Los sistemas de seguro social latinoamericanos se caracterizaron por ser estratificados y segmentados, basados en formas de reciprocidad social corporativa. La tendencia fue reforzar la estratificación social derivada tanto de las capacidades políticas de los actores, como de un modelo de división sexual del trabajo de corte patriarcal. Prevalció el modelo del hombre proveedor y se atribuyó a las mujeres el rol de encargadas de las labores domésticas y de cuidado al interior de la familia. Se generaron estrechas comunidades de ciudadanía social y se crearon diferencias muy pronunciadas de acuerdo con el estatus ocupacional, lo que derivó en una gran segmentación del mercado de trabajo y distinciones entre núcleos protegidos y trabajadores precarios” (pág. 146).

Por otra parte, en cuanto a la falta de integración del sistema nacional de salud (SNS), Gómez Dantés y otros (2011) señalan que está fragmentado conforme a distintas dimensiones, todas ellas relacionadas, que tienen que ver con la estructura, los beneficiarios y la financiación. En lo relacionado con la estructura, la fragmentación es tal que:

“El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud]. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa” (pág. 224).

A la fragmentación en la estructura corresponde una fragmentación en los beneficiarios: los trabajadores asalariados, jubilados y sus familias son usuarios de las instituciones de seguridad social; la población no asalariada y sus familias (autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas fuera del mercado laboral) utiliza las organizaciones de salud que atienden a la población sin seguridad social; y un tercer grupo de la población, con capacidad de pago, utiliza servicios del sector privado. No obstante, esta es una simplificación estilizada de una fragmentación más compleja, pues tanto la población con seguridad social como la no asalariada utilizan los servicios privados de salud, principalmente para atención ambulatoria, como lo muestra el trabajo de Pérez Cuevas y otros (2014), pero con distintos niveles de calidad y precios.

La fragmentación estructural por el lado de los beneficiarios se traduce a su vez en una jerarquía (ordenamiento) en términos de afiliación a servicios de salud, derechohabencia y cobertura de las organizaciones de seguridad social que atienden a la población asalariada, jubilada y a sus familias. Al respecto, de acuerdo con el INEGI (2015), de los 119,5 millones de personas en 2015, el 82,2% estaba afiliada a algún servicio de salud, el 17,3% no estaba afiliada y el porcentaje restante no lo especificó. En el mismo universo de población, el 36,8% contaba con servicios de seguridad social, el 40,1% acudía a servicios para la población no asalariada y el 23,1% utilizaba servicios médicos privados. De la población con seguridad social (43,98 millones), el 39,2% tenía afiliación en el IMSS, el 7,7% en el ISSSTE y el 6% en PEMEX, SEDENA, SEMAR y otras instituciones; el 49,9% restante estaba afiliado al Seguro Popular de Salud⁵.

⁵ Si bien, como se especificó al inicio de esta segunda sección, el análisis estadístico no incluye la información correspondiente al sexenio en curso, en el Censo 2020 se registró una población total de 126 millones, de los que el 73,47% reportó estar afiliado a servicios de salud (el resto no lo estaba o no lo especificó). Este porcentaje equivale a 92,58 millones de personas, de las que el 51% reportó estar afiliado al IMSS, el 9% al ISSSTE (incluyendo el estatal), el 1% a la Defensa, PEMEX o Marina, el 35% al INSABI, el 1% al IMSS-Bienestar, el 3% a una institución privada y el 1% a otra institución. La suma de los porcentajes no solo no corresponde a razones de redondeo, sino también a la población incorporada en más de una institución de salud, que es el caso de 1.628.357 personas (INEGI, 2020).

Antes de continuar se abordan dos puntos importantes: primero, la comparabilidad de la información y, segundo, la relación del Seguro Popular de Salud con la estructura del sistema nacional de salud. Así, la información no siempre coincide entre los diferentes análisis, lo que no solo es un problema en sí mismo, sino también una consecuencia de la fragmentación del sistema y un obstáculo para removerla de manera informada en búsqueda de certeza y eficacia. Por ejemplo, Ordóñez Barba y Ramírez Sánchez (2016) reportan, con base en los padrones de beneficiarios, que en diciembre de 2014 la cantidad de afiliados a alguna institución proveedora de protección en salud era, en números redondos, 147,1 millones de personas, es decir, la cantidad de afiliados a finales de 2014 era 23% mayor que la población censada en 2015. Esta discrepancia cuantifica el nivel agregado de duplicidad en la cobertura.

Más aún, los autores encuentran que el padrón de beneficiarios del IMSS era de 71,15 millones de personas (cantidad 62% mayor que la población con seguridad social cuantificada por INEGI en 2015) y cubría el 59,1% de la población; mientras que el padrón del Seguro Popular de Salud era de 57,3 millones de personas y cubría al 47,6% de la población; esto es, considerando únicamente los padrones de dos proveedores de protección en salud, se cubría al 106,7% de la población estimada al finalizar 2014. Al mismo tiempo, los autores indican, con base en el análisis realizado por González Block con datos de 2012, que de hecho el 16% de los mexicanos carece de protección en salud y que “la gran mayoría son de la clase media, esto es, de los deciles V al X de ingresos” (González Block, 2015, pág. 101). Mientras tanto, Laurell (2016) reporta que el CONEVAL estimó en 2015 que la magnitud de esta proporción era del 18,2%, a la par que, de manera contradictoria, el gobierno federal aseguraba que la cobertura era ya universal. Más allá de la magnitud, este porcentaje indicaría no tanto duplicidad en la cobertura, cuanto la existencia de padrones inflados que afectan la asignación eficiente de los recursos.

Como se mostrará más adelante con datos de 2018 (véase el cuadro 9), esta complejidad adquiere una dimensión adicional si se considera que en la escala nacional y tomando en cuenta el gasto en salud de los hogares, solo el 0,9% de los eventos que implicaron un gasto estuvieron relacionados con el Seguro Popular de Salud, pero ello no implica que el gasto de bolsillo fue nulo, pues también se recurrió a proveedores privados. El Seguro Popular de Salud se analizará posteriormente. En cuanto a la estructura del Sistema Nacional de Salud, la financiación del Seguro Popular de Salud se hacía mediante “recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra de servicios de salud para sus afiliados a la SSA y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados)” (Gómez Dantés y otros, 2011, pág. 221).

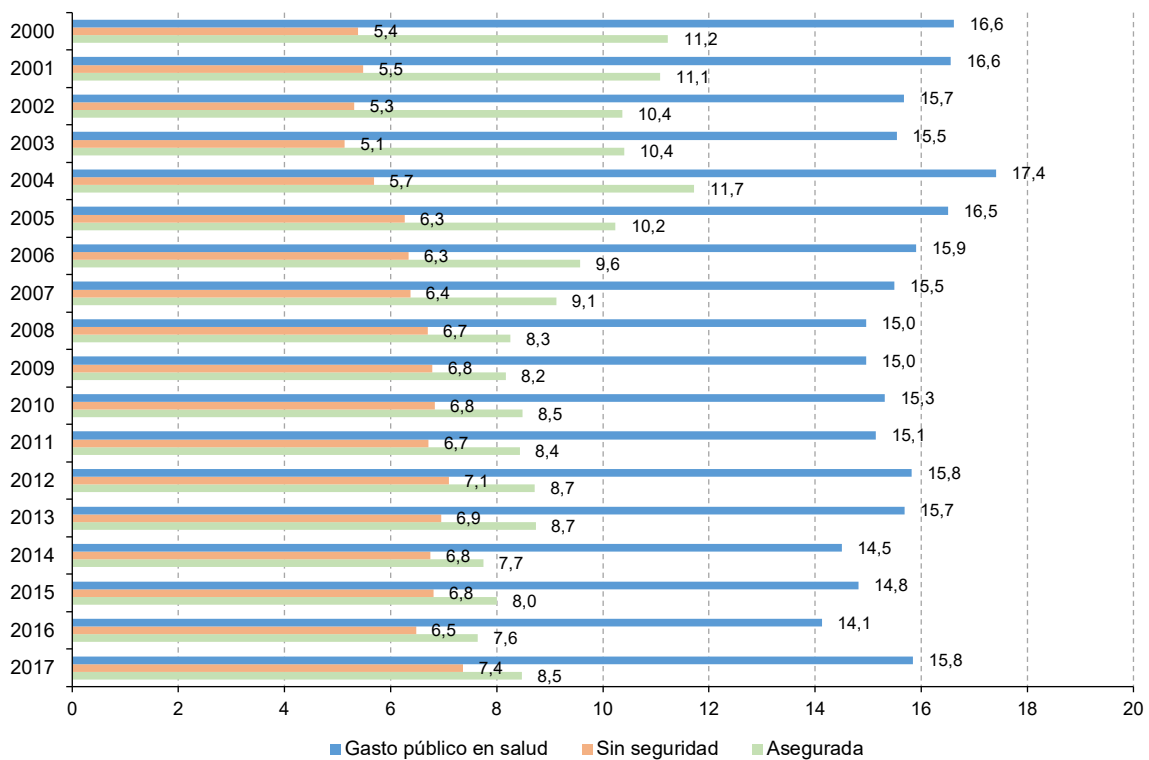
Estos datos permiten introducir un tercer aspecto de fragmentación estructural del Sistema Nacional de Salud: la fuente de financiación. La seguridad social es financiada mediante contribuciones concurrentes gubernamentales, del empleador (aunque este sea el gobierno mismo, como en el caso de PEMEX, SEDENA y SEMAR) y de los trabajadores; los servicios públicos de la población no asalariada son financiados por contribuciones gubernamentales federales y estatales e incluyen, al menos en el diseño, una contribución (cuota de recuperación) por parte de los usuarios, y los servicios privados son financiados con recursos de los individuos y, si es el caso, de sus empleadores. En particular:

“El gasto público en salud comprende el gasto en salud para población sin seguridad social y para población con seguridad social, obtenido del gasto del gobierno federal, estatal y de la seguridad social. El gasto en salud del gobierno federal está conformado por el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Ramo 33) y de IMSS–Oportunidades cuyo presupuesto es transferido a través de las Aportaciones a la Seguridad Social (Ramo 19) como gasto en salud para población sin seguridad social; el gasto en salud estatal comprende la aportación de los Estados —a través de su esfuerzo tributario— a los Servicios Estatales de Salud y se incluye como gasto para población sin seguridad social, y el gasto en salud de la seguridad social se integra por el gasto en salud de las instituciones de seguridad social que forman parte del sector salud, incluyendo al IMSS, el ISSSTE y PEMEX. No se incluye dentro de este tipo de

gasto, ni del gasto público en salud, la información financiera de la SEDENA y SEMAR, debido a limitaciones que se han presentado para su obtención” (Secretaría de Salud, 2019a, pág. X).

En el gráfico 6 se muestra que entre 2000 y 2017 el porcentaje del gasto del gobierno dedicado a salud fluctuó entre 14,1% (2016) y 17,4% (2004). Este pico corresponde con el año de inicio del Seguro Popular de Salud (Gómez Dantés y Ortiz, 2004), con un gasto promedio anual igual al 15,6% y una tendencia a disminuir el porcentaje destinado a la población asegurada, acompañada de un incremento del porcentaje destinado a la población abierta.

Gráfico 6
México: tipo de población - gasto público anual en salud con respecto al gasto público total, 2000-2017
(En porcentajes)

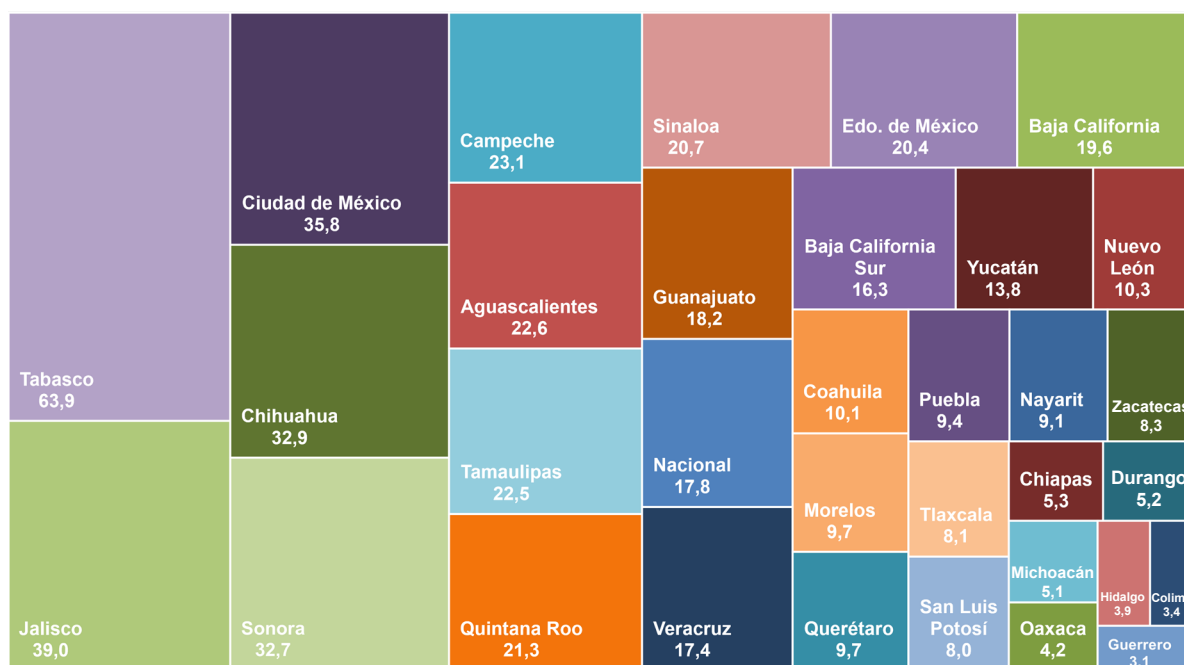


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Dirección General de Información en Salud (DGIS), “Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal”, Secretaría de Salud del Gobierno de México, 2019.

Durante el período, la relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para población sin seguridad social promedió 17,8% (esto es, los estados contribuyeron, en promedio, con 17,8 pesos por cada 100 pesos que la federación aportó al gasto en salud de la entidad dedicado a la población abierta), con un mínimo de 13% (2013) y un máximo de 22% (2010). Esta relación entre aportaciones genera una jerarquización entre las entidades: en el gráfico 7 se muestra que Tabasco fue la entidad con mayor relación entre ambas aportaciones (63,9%) y Guerrero la que tuvo una menor relación (3,1%).

En síntesis, la fragmentación del sistema de salud tiene, además de orígenes legales, históricos y culturales, elementos estructurales, financieros, afiliación a servicios de salud y cobertura de las organizaciones de seguridad social que atienden a la población asalariada, jubilada y a sus familias. Todos estos elementos interactúan de maneras no lineales ni separables, lo que complica la operación, eficiencia y eficacia del sistema, y en el agregado afecta negativamente la provisión del derecho humano a la salud.

Gráfico 7
México (entidades federativas): relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para la población abierta, promedio 2000-2017
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Dirección General de Información en Salud (DGIS), "Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal", Secretaría de Salud del Gobierno de México, 2019.

C. Diagnóstico de la desigualdad estructural y jerarquización en el Sistema Nacional de Salud con base en la cuenta satélite del sector salud de México (CSSSM)

La estructura del Sistema Nacional de Salud no es la única fuente de fragmentación y jerarquización del Sistema Nacional de Salud, ambas concretizadas en sus partidas de financiación, en los tipos de beneficiarios y de afiliación. La CSSSM permite identificar otras fuentes, pues esta cuenta caracteriza al sector salud en términos de la producción, oferta y demanda de los productos relacionados, directa o indirectamente, con la salud humana (INEGI, 2019a).

En el diagrama 1 se muestra que el valor económico del sector salud está fragmentado en dos grandes rubros: el de la producción de bienes y servicios del sector salud y el trabajo no remunerado en los hogares en el cuidado de la salud (TNRS). Del lado de la producción están incluidas actividades y rubros económicos de menor peso, como los impuestos a los productos netos de subsidios del sector salud, pero el mayor componente (de acuerdo con el valor) es la generación de servicios (816.462 millones de pesos),

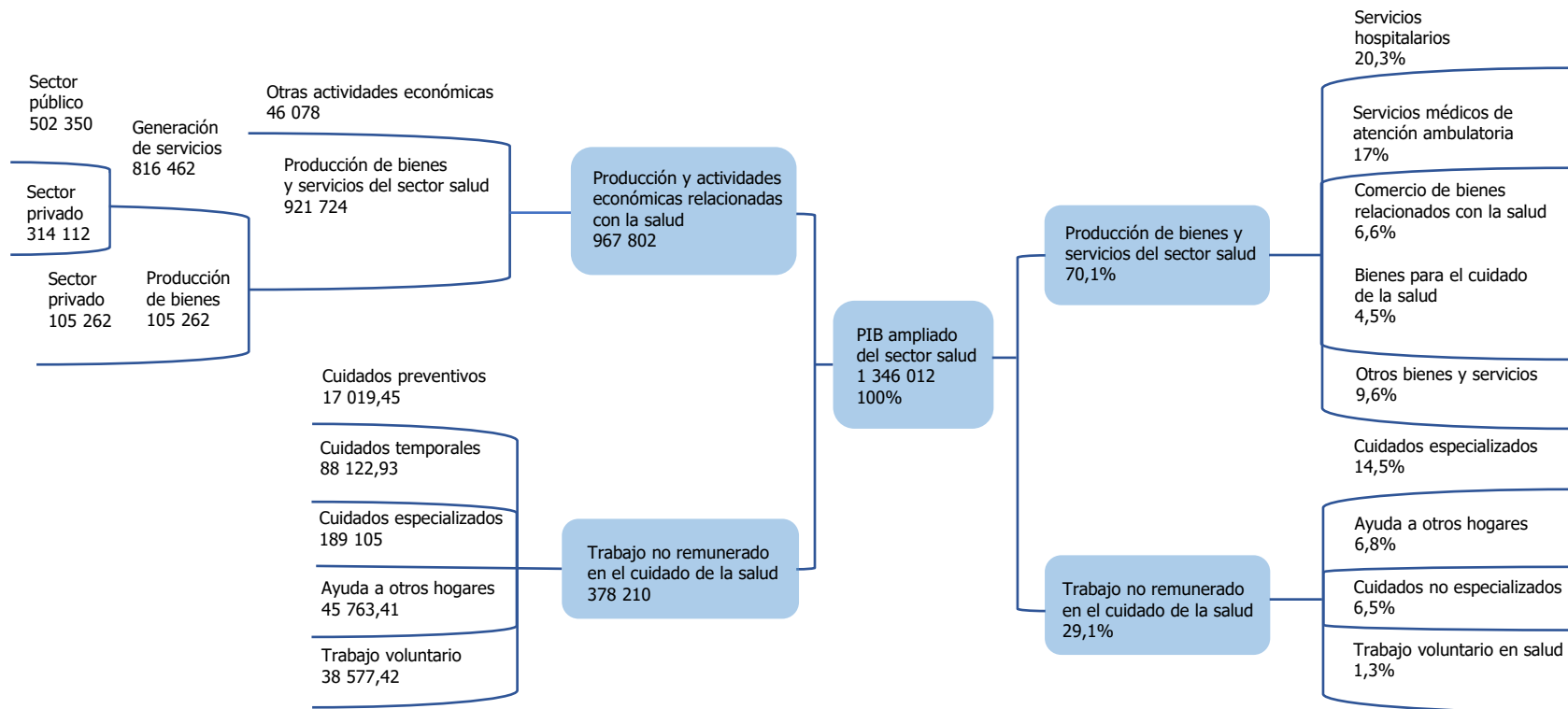
en la que el sector público es el mayor generador de valor (61,53%), mientras que en la producción de bienes no interviene el sector público, sino únicamente el sector privado.

Por otra parte destaca la valoración económica del TNRS, pues en 2018 (dato más reciente) este aportó 1,6 puntos porcentuales (378.210 millones de pesos, estimados con base en el valor imputado de 5.656 millones de horas de trabajo) al valor del producto interno bruto a precios corrientes (PIB), mientras que la producción de bienes y servicios del sector salud aportó 4,1 puntos porcentuales del PIB total (967.802 millones de pesos), por lo que la participación total del PIB ampliado del sector salud al PIB total fue igual a 5,7% (1.346.012 millones de pesos, base 2013). Así, la construcción de un sistema universal de salud requiere reconocer e integrar el TNRS, no únicamente en términos del valor económico que aporta al PIB ampliado del sector, sino en la manera de incluirlo en su esfuerzo presupuestal para remunerarlo o bien asumir institucional y organizacionalmente los funcionamientos de los integrantes de los hogares en cuanto a cuidados preventivos, atención a enfermos temporales o crónicos y personas con discapacidad.

Una alternativa a esta integración y remuneración de las funciones de cuidado y atención que realizan los hogares es realizarlas mediante organizaciones no lucrativas, de base comunitaria y social ya existentes, que ofrezcan este tipo de servicios de salud, o bien fortaleciendo la creación de estas organizaciones, para reconocer formalmente este trabajo de los hogares y extenderlo a servicios comunitarios de prevención y cuidados de salud. Así, un Estado que integre y fortalezca a comunidades organizadas de esta manera se alejaría tanto del asistencialismo como del corporativismo y, adicionalmente, de la prevalencia del mercado en la provisión del derecho humano a la salud.

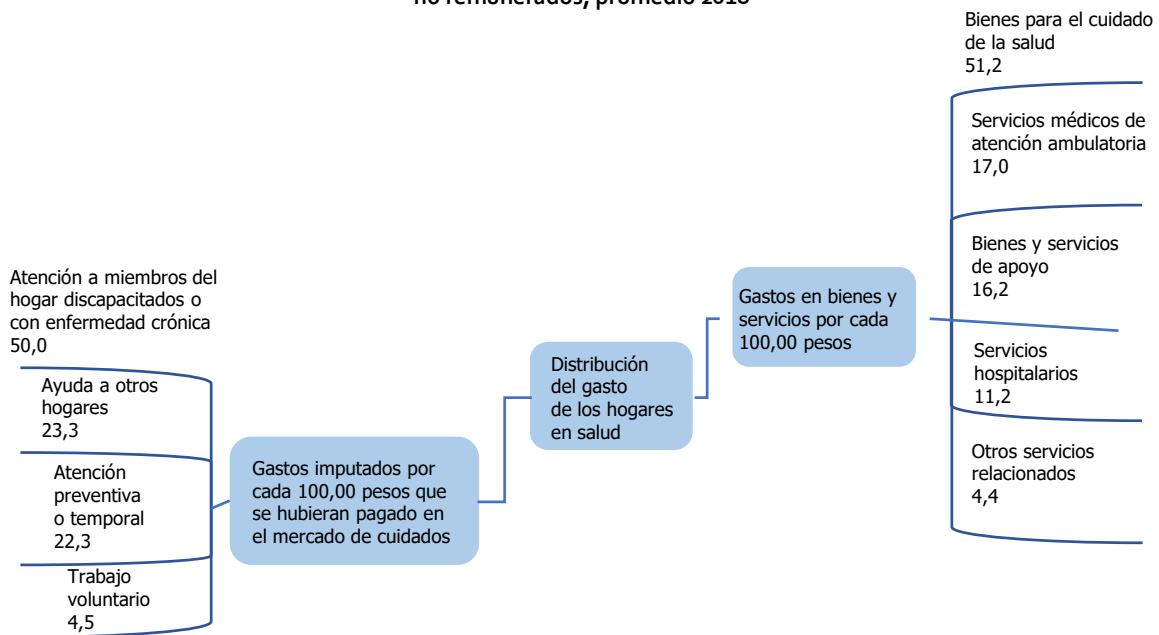
Otra aproximación a la fragmentación del sistema de salud puede realizarse por el lado del gasto de los hogares. De acuerdo con la CSSSM (véase el diagrama 2), por cada 100 pesos que los hogares gastaron en salud, más de la mitad fue destinada a la adquisición de bienes para el cuidado de la salud. Este gasto fue seguido por gastos relacionados con servicios médicos de atención ambulatoria. Esto es, la consecuencia de un sistema de salud fragmentado tanto por el lado de los proveedores como de las fuentes de financiamiento es que los hogares cubran con sus bolsillos tales gastos, en detrimento de su bienestar y seguridad financiera. Por el lado del valor imputado a los cuidados no remunerados, se tiene que, en caso de haber contratado a una persona para realizar los cuidados de salud que hacen los miembros del hogar, por cada 100 pesos de ese gasto la mitad correspondería a atender miembros del hogar con discapacidades o enfermedades crónicas y 23 pesos serían transferidos a otros hogares. Estos valores indican, nuevamente, que el diseño de un seguro universal de salud necesita internalizar tales gastos y capacitar a los hogares y comunidades en prácticas de cuidado mutuo y autocuidado.

Diagrama 1
México: producto interno bruto ampliado del sector salud, desagregación 2018
(En millones de pesos mexicanos y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Cuenta satélite del sector salud de México 2018", 2019 [en línea] <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>.

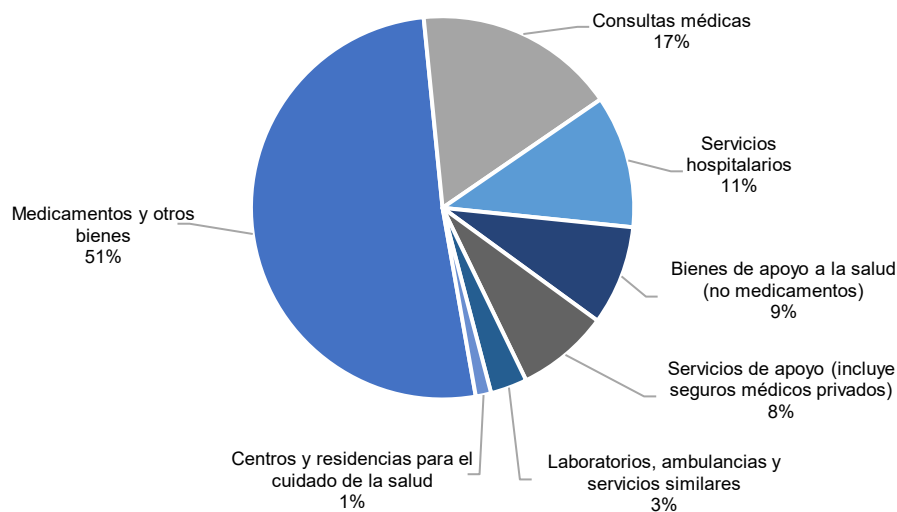
Diagrama 2
México: distribución del gasto de los hogares en bienes y servicios de salud y valor imputado de los cuidados no remunerados, promedio 2018



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: cuenta satélite del sector salud de México 2018, 2019* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>.

En promedio, de acuerdo con la CSSSM, el gasto de los hogares en salud se descompone jerárquicamente en los rubros y porcentajes que se presentan en el gráfico 8, pero en esta medición no se considera el volumen gastado ni la variabilidad entre deciles (contrástese con el cuadro 6), por lo que más adelante se analizarán estos gastos por decil y su vínculo con la instrumentación financiera de un sistema universal de salud.

Gráfico 8
México: gasto de los hogares por rubro, 2018
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: cuenta satélite del sector salud de México 2018, 2019* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>.

En síntesis, la fragmentación y jerarquización del sistema nacional de salud corresponde tanto con la complejidad estructural inherente al mismo (organizacional, institucional y normativa), como con la diferenciación de sus usuarios (que no solo tiene que ver con el acceso y calidad que pueden recibir, sino también con las restricciones socioeconómicas que enfrentan), así como con las particularidades económicas de la salud al ser entendida en el sentido de Becker (1965), es decir, como un bien complejo que resulta de bienes que se producen y adquieren en el mercado y con bienes autoproducidos por los hogares con el tiempo de sus integrantes, pero en un contexto en el que estos bienes autoproducidos regularmente no tienen mercado, por lo que toda estimación del valor económico de los mismos es aproximativa y depende de los supuestos a partir de los que se realice la estimación.

Estas restricciones condicionan, finalmente, el cumplimiento de dos de los tres objetivos que la OMS (2020) establece para una cobertura sanitaria universal: “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlo [y que lo hagan con la seguridad de contar con] protección financiera: el costo de los servicios no debe exponer a los usuarios a dificultades económicas”⁶. Ordóñez Barba y Ramírez Sánchez (2016) dan un giro analítico a estos objetivos y los presentan como dimensiones mesurables de una cobertura universal de salud en términos de “amplitud (porcentaje de la población con acceso al sistema), profundidad (porcentaje de tratamientos, pruebas y medicamentos cubiertos) y gratuidad (porcentaje del costo libre de pago)” (pág. 136).

En todo caso, ya sean presentados como objetivos o como dimensiones mesurables, desde una perspectiva económica, lo indicado por la OMS (2020) con respecto a un sistema universal de salud no implicaría gratuidad (excepto en un sentido débil), pero sí que los servicios sanitarios fueran asequibles (al alcance de la restricción presupuestal de los hogares, dada su riqueza y posición en el mercado laboral) y que su consumo no ponga en riesgo económico al hogar en términos del consumo presente ni intertemporal de otros bienes. En contraparte a tal perspectiva, en este documento se asume un sentido estricto de la provisión pública, lo que implica simultáneamente asegurar gratuidad de los servicios que sean de la misma calidad y constituyan la instrumentación del derecho humano a la salud como un derecho social.

D. Valoración sobre la posible contribución del Seguro Popular al proceso de mercantilización

De acuerdo con Knauth y otros (2018), el objetivo de Seguro Popular de Salud fue establecerse como un instrumento de política pública para resolver la falta de protección financiera, en lo relacionado con la salud, para las personas y sus familias cuya condición laboral no les ofrece seguridad social, en un entorno institucional en el que el sistema de salud está altamente fragmentado y que se traduce en un financiamiento de la salud apuntalado en el gasto de bolsillo de los hogares. Esto coloca a los hogares en una posición vulnerable ante gastos que sean o bien imprevistos o bien con un volumen desproporcionado con respecto al ingreso del hogar. No obstante, como Ordóñez Barba y Ramírez Sánchez (2016) señalan:

“En contra de la intención de sus promotores, el Seguro Popular se ha convertido en fuente de inequidad en la atención médica y hospitalaria. Sus afiliados no tienen el mismo tipo de cobertura que los derechohabientes de la seguridad social. Mientras que la seguridad social cubre los 12.500 diagnósticos de la clasificación internacional [CIE] de las enfermedades, el Seguro Popular solo atiende 1.400” (pág. 134).

La clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE) es un estándar internacional cuyo propósito es, en principio, “permitir el registro sistemático, el análisis, la

⁶ El tercer objetivo es que la calidad de los servicios debe ser lo suficientemente buena para mejorar la salud de quienes los reciben pero, como previamente se ha expuesto, tal calidad no es unidimensional ni directamente relacionada con lo médico.

interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes momentos” (OPS, s/f). Para fines clasificatorios, la CIE divide las enfermedades en los siguientes grupos: i) epidémicas, ii) constitucionales o generales, iii) ordenadas por sitios, iv) del desarrollo y v) traumatismos.

Más allá del uso estadístico y epidemiológico, como se observa, la CIE también permite comparar en términos estandarizados la cobertura de enfermedades entre sistemas y subsistemas de salud. Así, el Seguro Popular de Salud únicamente cubre el 11,2% de la CIE, con lo que, en consecuencia, ya desde su diseño de cobertura epidemiológica abrió la puerta a la mercantilización de la salud en todos aquellos ámbitos no incluidos en dicha cobertura. No obstante, existen diferencias en la cobertura relativa estimada; en todo caso, Laurell (2016) señala que, en el mejor de los escenarios, tal proporción alcanza únicamente el 20% de la cobertura ofrecida por la seguridad que está ligada al estatus laboral de las personas.

Incluso limitándose al universo de diagnósticos cubiertos por el Seguro Popular de Salud, su diseño operativo también descansó en esta mercantilización vía la subrogación de los servicios mediante “la contratación de prestadores privados de servicios por parte de los institutos de seguridad social y las delegaciones estatales del Seguro Popular para intervenciones de alta demanda, como los cuidados obstétricos o la hemodiálisis” (Ordóñez Barba y Ramírez Sánchez 2016, pág. 138). Al respecto, desde su concepción y operación han existido voces críticas contra la subrogación. Por ejemplo, Ordóñez Barba y Ramírez Sánchez (2016) retoman la crítica de López Arellano y Blanco Gil (2001) quienes consideran que:

“este proceso [en el que el sector privado ha crecido y se ha consolidado como un importante proveedor de servicios de salud] es producto del abandono de una concepción de atención integral y de extensión gradual de coberturas como responsabilidad del Estado a través de las instituciones públicas de salud, a favor de una política de salud que adopta como principio una activa promoción de los intereses privados, atemperada con una política de beneficencia hacia la población pobre” (pág. 139).

Adicionalmente, y regresando al argumento central de Knaul y otros (2018) sobre el objetivo del Seguro Popular de Salud como instrumento de protección financiera y su posible relación con la mercantilización, la manera instrumental en que esta protección se aproxima es tal que el objetivo es prevenir simultáneamente dos escenarios considerados negativos: el primero es que los hogares caigan en gastos catastróficos (entendidos como aquellos que realiza el hogar en eventos de salud, pagados directamente de sus bolsillos y cuyo monto proporcional es superior al 30% de su capacidad de pago, y que se define a su vez como el gasto total menos el gasto necesario para subsistir), y el segundo es que los hogares incurran en gastos empobrecedores (aquellos que ocurren cuando el gasto en salud hace que el hogar quede por debajo de alguna línea de pobreza previamente definida).

Desde esta perspectiva, el Seguro Popular de Salud fue una respuesta conforme con el problema observado en el Sistema Nacional de Salud por el lado de la demanda (considérese, en este sentido, que al momento de su aprobación por el Congreso de la Unión, abril de 2003, se estimaba que casi la mitad de la población —48 millones de personas— estaba excluida de la seguridad social (Gómez Dantés y Ortiz, 2004), pero su diseño fue contraproducente para conseguir un sistema público de salud, ya que abrió la puerta a la mercantilización de la oferta, vía la subrogación de servicios a particulares.

El Seguro Popular de Salud corresponde, entonces, con lo que Barba Solano y otros (2020) llaman el paradigma de la focalización, cuyo fundamento epistémico y político es el liberalismo, que “parte de la premisa de que los canales fundamentales para satisfacer las necesidades de un individuo son el mercado privado y la familia. Por ello, este enfoque considera que sólo cuando estos pilares del bienestar fallan es legítimo que las instituciones estatales y de la política social entren en acción” (pág. 133). Es decir, desde la perspectiva de este diagnóstico, el Seguro Popular de Salud está basado en una visión radical de la cooperación estratégica entre las personas y el Estado, que parte del supuesto de que los individuos son quienes mejor que nadie conocen sus preferencias y restricciones

presupuestales, y asume también que cuando estas los colocan en una situación que les hace inasequible obtener una canasta mínima de consumo para satisfacer sus necesidades, es necesario que el Estado intervenga para nivelar su posición en el mercado.

En el caso del Seguro Popular de Salud, la nivelación es por dos vías: una es la de la protección financiera a las familias y otra la del consumo garantizado de una canasta básica de salud, en un contexto de transición demográfica (envejecimiento de la población) y epidemiológica (hacia enfermedades y padecimientos no transmisibles, como la diabetes y la obesidad). Con respecto a ambas vías cabe precisar que la protección financiera a las familias frente a gastos catastróficos y empobrecedores es solo uno de los desequilibrios financieros que diagnosticaron los diseñadores del Sistema de Protección Social en Salud (cuyo brazo ejecutor fue el Seguro Popular de Salud). Estos desequilibrios ampliados son, de acuerdo con Gómez Dantés y Ortiz (2004, pág. 585) el nivel del producto interno bruto destinado a salud; la participación relativa del gasto público en el gasto total (sobre todo en comparación con el gasto de bolsillo); la distribución del gasto público entre población afiliada y la no asegurada; la participación de los gobiernos estatales frente a la federal y el destino y uso final de los recursos (ya sea para pago de nómina o bien para inversión en el sector).

La relevancia de la proporción del PIB vinculada con la salud tiene, al menos, dos lecturas: una es directa y tiene que ver con la importancia que los gobiernos asignan a la salud cuando esta es cubierta con recursos públicos; la otra es de índole crítica y observa que la importancia económica del sector (entre el 6% y el 18% del PIB en los países latinoamericanos) es un atractor hacia la privatización del sector y en respuesta a ello se han realizado reformas de corte neoliberal que faciliten o promuevan la entrada del sector privado. Desde esta última lectura, Laurell (2016) sostiene que:

“La concepción subyacente en la reforma es separar las distintas funciones del sistema de salud: la regulación-modulación que correspondería al estado/gobierno; la administración de los fondos de salud y la compra de servicios que debería ser privada y/o pública y; la prestación, pública y/o privada, de servicios. Corresponde cercanamente al modelo de la gerencia regulada de Enthoven que frecuentemente se denomina pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997) en América Latina (pág. 295).

La separación de funciones es crucial por ser la condición necesaria para crear el mercado de salud y la competencia entre los administradores y entre los prestadores [...] En vista de que este esquema, modelado a imagen del seguro privado, se centra en la atención médica del individuo, el gobierno asume las funciones de seguridad sanitaria y de salud pública o colectiva [...] Paradójicamente el modelo asemeja al de los Estados Unidos a pesar de que se reconoce como el más caro y con menos resultados en salud” (pág. 296).

De acuerdo con Gómez Dantés y Ortiz (2004), la canasta básica ofrecida por el Seguro Popular de Salud incluyó “intervenciones quirúrgicas (para 29 condiciones), hospitalización (9 condiciones), servicios de urgencias (6 condiciones), servicios de traumatología (6 condiciones), servicios de rehabilitación (2 condiciones), atención pre y neonatal (5 condiciones), atención ambulatoria (25 condiciones), atención dental (3 condiciones) y servicios preventivos (9 condiciones)” (pág. 585). Al respecto, Laurell (2016) observa que, si bien el diseño del Seguro Popular de Salud cubre un paquete con 285 intervenciones y algunos padecimientos de alto costo con medicamentos e insumos,

“deja fuera a la mayoría de los padecimientos caros de los mayores de 18 años, entre ellos a algunas de las causas de muerte más comunes como la mayoría de los cánceres en adultos, infarto de corazón en mayores de 60 años, accidente cerebral vascular, traumatismos graves, trasplantes de riñón, etcétera. En contraste, los institutos de seguro social cubren todo y sólo definen algunas pocas excepciones como la cirugía estética” (págs. 302-303).

Recapitulando sobre el diseño del Seguro Popular de Salud en relación con su posible contribución al proceso de mercantilización, el primer supuesto fundamental es que el Estado y los individuos cooperan y se coordinan persiguiendo sus propios fines —maximizar la utilidad, por el lado de los individuos, y maximizar el bienestar social, por el lado del Estado— en la búsqueda final de ampliar la frontera de posibilidades de la producción y derramar esta ampliación, vía capitalización e ingresos laborales. El segundo supuesto fundamental es que tanto los gobiernos como las familias, según este entendimiento estratégico, tienen incentivos para cooperar en los términos descritos por Gómez Dantés y Ortiz (2004):

“la cuota social y de las contribuciones solidarias federal y estatal (más de 90% de los recursos públicos del Seguro Popular de Salud) se asignan a los estados para financiar el paquete de servicios esenciales. A estos recursos se suman las contribuciones familiares, que, al igual que la contribución solidaria estatal, se recaban en el ámbito estatal.

Este modelo de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores, ya que la asignación de recursos está determinada en gran medida por el número de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud y por lo tanto está orientado por la demanda. La afiliación al Seguro Popular de Salud es voluntaria, aunque los estados tienen el incentivo de afiliar a toda la población en la medida en que su presupuesto estará crecientemente basado en una cuota anual por familia.

La naturaleza voluntaria del proceso de afiliación es una característica esencial de la reforma que ayuda a democratizar el presupuesto. También constituye un incentivo para fortalecer el sistema de atención a la salud y proveer servicios de la mejor calidad posible, ya que sólo se reafiliarán las familias satisfechas con los servicios recibidos. De hecho, para que una unidad pueda ofrecer servicios al Seguro Popular de Salud, debe acreditarse” (pág. 587).

No obstante, una característica intrínseca de esta cooperación estratégica, aunque permanezca en el tiempo, es su naturaleza contingente a la posición en el mercado de los usuarios. En ese sentido, se trata de una cooperación transaccional: si el individuo accede a la seguridad social laboral o sus ingresos le permiten proveerse de salud vía oferentes privados, entonces la cooperación con el Estado termina. Esto es, por diseño, el Seguro Popular de Salud fue un instrumento transaccional y transicional hacia dos estados no compatibles con un esquema universal de salud basado en el derecho humano a la salud y desmercantilizado, pues o bien orientaba (en el sentido de crear condiciones para generar un mecanismo de escape) desde una situación desprotegida hacia la seguridad social basada en la condición laboral formal (mercantilización vía mercado laboral) o bien orientada hacia los proveedores privados de servicios de salud (mercantilización vía mercado de salud). En ambos casos, la provisión del derecho a la salud está condicionada y mercantilizada.

En suma, el diseño del Seguro Popular de Salud corresponde, desde la tradición epistémica y política de la cooperación estratégica, con un instrumento para solucionar el problema observado del Sistema Nacional de Salud (a saber, desequilibrios financieros en un entorno de transiciones demográficas y epidemiológicas) que creó las condiciones de entorno para convocar a los actores sociales involucrados (generando incentivos a la cooperación entre ellos y marcos legales que la reconocieran y promovieran). No obstante, es también su diseño el que genera externalidades negativas, contraproducentes, que lo aleja de una provisión desmercantilizada, pues no está destinado a absorber la cobertura (en el sentido de participación de mercado) de los proveedores privados ni de la seguridad social laboral. En efecto, es necesario reconocer que los complementa y fortalece al ofrecer una alternativa socialmente deseable (es inconmensurablemente mejor tener alguna protección que no tenerla del todo) frente al proceso de espera de los individuos y sus familias para quedar bajo la cobertura de los otros dos sistemas, sin embargo, ambos están enraizados en su naturaleza al mercado y, con ello, a la provisión mercantilizada de la salud.

En lo expuesto anteriormente no se han considerado los problemas operativos del Seguro Popular de Salud. Por ejemplo, en 2010 la Auditoría Superior de la Federación recuperó recursos que no superaron los criterios de evaluación relacionados, entre otros, con documentación comprobatoria del gasto o de efectivo en el saldo de la cuenta bancaria; conceptos de nómina no pactados para su pago con recursos del Seguro Popular; conceptos de adquisición de medicamento subrogado, con respecto del que las facturas carecen de la relación de medicamentos, unidades surtidas, precio unitario, beneficiarios y anticipo no amortizado; compra de medicamento no incluido en el paquete de servicios cubiertos por el Seguro Popular de Salud (incluye el servicio de subrogación, en su caso), compra de medicamento a un precio superior al de referencia y adquisición de medicamento sin consultar el precio de referencia; pagos adicionales a unidades médicas aun cuando se pagó la nómina del personal, medicamentos y gasto operativo; sueldos del personal en exceso al porcentaje autorizado; acciones de conservación y mantenimiento no incorporadas en el programa autorizado; adquisición de medicamento en exceso al porcentaje autorizado; gasto en servicios subrogados sin documentación que justifique la atención e integración del cobro o sin contrato; o bien pago de médicos especialistas que no acreditan el perfil del puesto (ASF, 2011).

En este largo listado de observaciones sobre la operación del Seguro Popular de Salud se muestran las fallas en su diseño, entre las que destacan la subrogación como factor que eleva los costos de su operación, además de ser factor de mercantilización y tener un desempeño menos eficiente que otros proveedores de salud con los que podría compararse. Por ejemplo, Ordóñez Barba y Ramírez Sánchez (2016) reportan que, con respecto al IMSS, el Seguro Popular de Salud no solo cubría una cantidad significativamente menor de diagnósticos listados en la CEI (12.500 frente a 1.400), sino que también presentaba un desempeño menor con respecto a otros indicadores, pues ofrecía una cantidad menor de consultas ambulatorias por millar de afiliados (Seguro Popular de Salud, 319 consultas; IMSS, 338; ISSSTE, 620) y tenía un mayor porcentaje de recetas médicas no surtidas por completo debido a falta de inventario (Seguro Popular de Salud: 33%; IMSS: 14%).

II. Valorización y análisis del mercado de la salud en México, con énfasis en el mercado de medicamentos, los seguros privados y la prestación de servicios hospitalarios

En el capítulo anterior se presentó que, de acuerdo con la CSSSM, el gasto de los hogares en salud es tal que el 51,2% corresponde con medicamentos y otros bienes, el 11,2% con los servicios hospitalarios y el 7,8% con servicios de apoyo (que incluyen seguros médicos privados). Esto es, en términos generales, tres rubros de gasto agregan el 70% del gasto de bolsillo de los hogares. En este capítulo se desagregan por decil de ingreso los gastos en esos tres rubros.

Teniendo como unidad de análisis el gasto trimestral de los hogares y no olvidando que los gastos, como en el caso de los ingresos, presentan un subreporte en los montos erogados, el gasto en salud en la escala nacional constituye, en promedio, el 2,63% del gasto total. Este porcentaje varía entre el 2,12% (decil VI) y el 3,09% (decil X); únicamente los dos deciles más altos tienen un porcentaje mayor que el nacional. En promedio el gasto trimestral en la escala nacional es 838 pesos y hay una diferencia de 10,3 veces entre el gasto del decil I (260 pesos) y el del decil X (2.690 pesos) (véase el cuadro 6). El gasto en eventos de salud contabilizado por la ENIGH incluye, entre otros, el gasto en medicamentos adquiridos con y sin receta⁷, el gasto en seguros (cuotas a compañías de seguros, cuotas a hospitales o clínicas)⁸ y en servicios hospitalarios (sin incluir los relacionados con embarazo y parto, pues se contabilizan de manera independiente, pero sí los que tienen que ver con honorarios por servicios

⁷ Medicinas para diarrea, malestar e infecciones estomacales, gripe, piel, alergias, tos, infecciones de la garganta, fiebre, inflamación, otras infecciones (antibióticos), dolor de cabeza y migraña, otro tipo de dolores, presión arterial, diabetes, vitaminas, anticonceptivos y otros medicamentos no pormenorizados. No incluye, sin embargo, medicamentos durante el embarazo y el parto, pues estos son incluidos en las categorías correspondientes a tales eventos, tampoco medicamentos recetados durante hospitalización ni medicamentos homeopáticos, naturistas, hierbas medicinales, remedios caseros, Omnilife o Herbalife.

⁸ La ENIGH también contabiliza en el rubro de seguro médico las cuotas al seguro popular y otros gastos como el pago de enfermeras y personal al cuidado de enfermos, terapias, baumanómetros, glucómetros, tiras reactivas y cómodos, entre otros.

profesionales —como cirujano, anestesista, entre otros—, hospitalización, análisis clínicos y estudios médicos —como rayos X, electros, entre otros—, medicamentos recetados y de curación, y otros como servicios de ambulancia, oxígeno, suero, sondas, bolsas de diálisis y de orina, cómodos, nebulizaciones, entre otros)⁹.

En el cuadro 8 se presenta, por decil de ingreso, la distribución del gasto de bolsillo entre los distintos rubros relacionados con la salud. Los gastos en medicamentos, seguros privados y servicios hospitalarios (como han sido previamente definidos), representan, en la escala nacional, el 64,65% del gasto. Este porcentaje varía entre 55,80% (decil X) y 71,55% (decil I) (véase el gráfico 8) y si bien difiere del calculado con base en la CSSSM (70%), esto se debe a que la encuesta y la cuenta incluyen rubros distintos en cada categoría y también desagregan el gasto en diferentes rubros, por lo que no son directamente comparables¹⁰.

Cuadro 8
México: deciles de ingreso corriente: gasto total y desagregado en salud, promedio 2018

Decil	Gasto en salud (en pesos)	Gastos relacionados con salud ^a (en porcentajes)													
		Medicamentos recetados	Medicamentos sin receta	Externa	Aparatos	Hospital	Curación	Medicina alternativa	Embarazo	Parto	Peso	Seguros	Seguro otros	Seguro hospital	Seguro Popular
Nacional	838	34,32	25,52	23,43	4,16	3,97	2,65	2,52	2,46	0,63	0,62	0,59	0,31	0,25	0,03
I	260	33,89	34,97	18,23	1,80	2,46	3,05	3,24	1,64	0,53	0,23	0,00	0,15	0,23	0,06
II	366	35,31	31,55	19,90	2,07	2,98	3,26	2,52	2,22	0,58	0,32	0,03	0,14	0,07	0,07
III	376	36,49	28,99	21,03	2,90	2,90	2,87	2,35	2,11	0,54	0,34	0,06	0,10	0,12	0,06
IV	457	34,91	28,28	22,20	3,00	3,38	3,05	2,25	2,65	0,43	0,41	0,06	0,26	0,20	0,05
V	581	34,70	25,99	23,26	3,99	3,78	3,04	2,61	2,73	0,68	0,40	0,20	0,24	0,13	0,04
VI	581	35,96	24,41	22,88	4,21	4,39	2,53	2,43	3,07	0,82	0,61	0,26	0,23	0,21	0,03
VII	748	35,76	24,46	24,32	4,55	3,47	2,52	1,95	2,49	0,45	0,27	0,27	0,19	0,26	0,01
VIII	925	34,63	22,68	24,24	5,75	4,39	2,36	2,60	2,79	0,61	0,50	0,73	0,49	0,25	0,00
IX	1392	32,94	20,13	26,25	5,99	4,97	2,25	2,52	2,80	0,71	1,15	1,01	0,54	0,41	0,02
X	2690	29,11	16,72	30,22	6,42	6,44	1,76	2,82	1,98	0,93	1,77	2,93	0,66	0,60	0,00

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

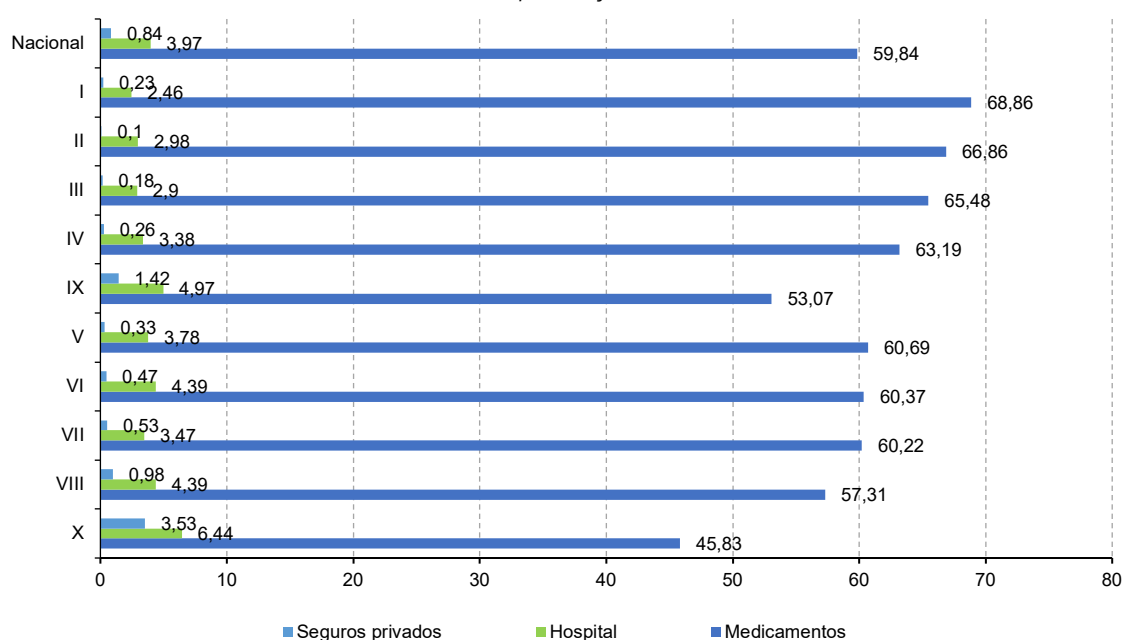
^a Por razones de redondeo, la suma de los porcentajes de los gastos relacionados con salud con respecto al total, por decil, puede ser distinta a 100%.

⁹ En general, el gasto corriente monetario de los hogares destinado al cuidado de la salud distingue los siguientes grandes rubros: servicios médicos, medicamentos recetados, atención hospitalaria (no incluye parto), servicios médicos y medicamentos durante el embarazo, servicios médicos durante el parto, medicamentos sin receta y material de curación, medicina alternativa, aparatos ortopédicos y terapéuticos, y seguro médico (INEGI, 2019b, pág. 127).

¹⁰ Los límites a la ENIGH como instrumento de medición de los ingresos y gastos de los hogares y su congruencia (o falta de ella) con respecto a otras fuentes de estimación van más allá del alcance de este reporte, pero no por ello hay que soslayarlos pues, en lo sustantivo, superan la comparabilidad entre las fuentes y las estimaciones a las que conducen. El reto es conciliar las cifras de las encuestas con las de las cuentas nacionales (Deaton, 2003) y esto no se limita a un asunto de contabilidad, sino de diagnóstico económico y política pública congruente con el diagnóstico.

Dado que el consumo estimado por las encuestas crece a un ritmo menor que el estimado con base en las cuentas nacionales, si las encuestas son las que están mal, entonces o la desigualdad se ha subestimado o la pobreza ha disminuido más rápidamente, pero si las cuentas son las que están mal, entonces hay una sobreestimación del crecimiento de la economía. Tal es el campo de discusión. En México, diversos autores han establecido las coordenadas dentro de ese campo y en diálogo con los esfuerzos de autores en otras latitudes, desde los estudios pioneros de Ifigenia Martínez en la década de 1960 (Del Castillo, 2012), hasta las propuestas enmarcadas en la discusión global gracias al trabajo de Lakner y Milanovik (2013) y Piketty (2003). Entre estas propuestas se encuentran la de Del Castillo (2015) para calcular la desigualdad en ingreso y riqueza, y las de Cortés (2013), Székely (2005), Judisman (2009), quienes sugieren que no es factible realizar un ajuste confiable de la distribución del ingreso con base en la información disponible, o el trabajo de Campos, Chávez y Esquivel (2014), más afín a Lakner y Milanovik (2013). Todos esos esfuerzos apuntan, a pesar de sus diferencias metodológicas, a reconocer que los análisis basados en la ENIGH representan un límite inferior en los indicadores de la (no) distribución del ingreso y en los destinos del gasto de los hogares. El panorama es más grave de lo que puede calcularse con los instrumentos oficiales actuales.

Gráfico 9
México: deciles de ingreso corriente: gastos seleccionados con respecto al total del gasto en salud
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

En general, a mayor ingreso, menor porcentaje de gasto dedicado a estos tres rubros pero, en correlación con el nivel de ingresos, existen sustituciones entre sus participaciones relativas tales que:

- A mayor ingreso, menor gasto relativo en medicamentos. El promedio nacional de gasto en medicamentos con respecto al gasto en salud es 59,84%, con un intervalo entre 45,83% (decil X) y 68,86% (decil I). Esta relación negativa corresponde con la del gasto en medicamentos sin receta, cuyo promedio nacional es 25,52%, con una variación entre 16,72% (decil X) y 34,97% (decil I), pero no hay una correlación lineal entre el gasto en medicamentos con receta (promedio nacional 34,32%) y los deciles de ingreso, la participación de este rubro varía entre 29,11% (decil X) y 36,49% (decil III). La participación relativa del gasto total en medicamentos del decil más bajo es 1,5 veces la del más alto.
- En general, a mayor ingreso, mayor gasto relativo en servicios hospitalarios. El promedio nacional de gasto en este rubro con respecto al gasto en salud es 3,97%, con un intervalo entre 2,46% (decil I) y 6,44% (decil X); esto es, la participación relativa del gasto en servicios hospitalarios del decil más alto es 2,62 veces la del decil más bajo. Los deciles centrales, sin embargo, no responden a esta correlación: el porcentaje del decil VII (3,47%) es menor que la del decil V (3,78%) y esta es superada por la del decil VI (4,39%), que es igual a la del decil VIII.
- En general, a mayor ingreso, mayor gasto relativo en seguros privados. No obstante, esta correlación no ocurre en los tres primeros deciles: el decil I tiene una participación relativa del gasto en este rubro 0,23% mayor que la de los deciles II y III (0,10% y 0,18%, respectivamente). El promedio nacional de gasto en este rubro con respecto al gasto en salud es 0,84%, con un intervalo entre 0,10% (decil II) y 3,53% (decil X); es decir, la participación relativa del gasto en seguros privados del decil más alto es 35,3 veces la del decil II.

Así, en números redondos y en la escala nacional, el 60% del gasto de bolsillo en salud es dedicado a medicamentos. Este porcentaje está correlacionado negativamente con el nivel de ingresos. De esta participación, 26 puntos porcentuales corresponden a gasto en medicamentos sin receta y 34 puntos a gasto en medicamentos con receta.

El gasto en servicios hospitalarios promedia el 4% del gasto total en la escala nacional y si bien en general este porcentaje está correlacionado positivamente con el ingreso, en los deciles centrales no ocurre así. Posiblemente esto corresponde a diferencias en la calidad y precio de los servicios a los que recurren los hogares en tales deciles, pero a la vez existen diferencias en los niveles de gasto absoluto que afectan el tipo de correlación: los deciles V y VI promedian el mismo nivel de gasto total, pero el porcentaje de gasto en servicios hospitalarios del VI (4,39%) es mayor que el del V (3,78%), mientras que el monto gastado por el decil VII (26 pesos) es prácticamente el mismo que el del VI (25,5 pesos). Esto es, si bien el gasto promedio del decil VI (581 pesos) es significativamente menor que el de VIII (748 pesos), sus decisiones de gasto en servicios hospitalarios son, económicamente, iguales: los hogares del decil VI se comportan, en lo relacionado con servicios hospitalarios, como sus contrapartes en el decil VII.

Por último, el gasto en seguros privados, en la escala nacional, promedia menos del 1% del gasto total en salud, excepto para los deciles más altos de ingreso. En general, este gasto y el ingreso están correlacionados positivamente, por lo que puede concluirse que si bien a mayor nivel de ingresos, mayor aversión al riesgo y por lo tanto mayor cobertura frente a este, es marginal el gasto dedicado a ello. En el capítulo siguiente se extiende este análisis al resto de rubros en los que los hogares pagan con su bolsillo eventos de salud.

III. Cuantificación del gasto de bolsillo de los hogares, tendencias de su evolución, desagregación por deciles de ingreso y análisis del vínculo entre mercantilización, gasto de bolsillo y barreras de acceso

En promedio, en la escala nacional, el gasto de bolsillo trimestral de los hogares en salud, en 2018, fue de 838 pesos, con una variación directamente correlacionada con el nivel de ingresos, que fluctuó entre 260 pesos (decil I) y 2.690 pesos (decil X) (véase el cuadro 8). De acuerdo con la ENIGH (2018), 53,8% de los hogares reportaron haber tenido eventos de salud que implicaron un gasto para ellos y existe una correlación positiva entre nivel de ingresos y eventos de salud que condujeron a un gasto: 50% de los hogares reportaron menos eventos de gastos relacionados con la salud con respecto al promedio nacional. Este porcentaje varió entre 44,6% (decil I) y 65,1% (decil X). En cantidades absolutas, en la escala nacional, los hogares reportaron 141 eventos en promedio de gastos relacionados con la salud. Este monto también se correlaciona directamente con el nivel de ingresos y varía entre 94 (decil I) y 203 (decil X) eventos onerosos de salud. A mayor ingreso, los hogares no solo responden en mayor proporción con su bolsillo a los eventos relacionados con la salud, sino que también responden a una mayor cantidad de eventos (véase el cuadro 9).

Los hogares realizaron estos gastos monetarios en salud recurriendo el 65,2% de las veces, promedio nacional, a proveedores privados, 3,9% a dependencias de seguridad social, 0,9% a proveedores del Seguro Popular de Salud, 0,7% a la cobertura para población abierta (SSA), 0,1% a proveedores del programa Prospera, y el resto 29,3% a otro tipo de proveedores (supermercados, tiendas departamentales, tiendas específicas del ramo, tiendas de conveniencia, tiendas con membresía, entre otros). Este porcentaje puede explicarse por la proporción de gasto dedicado a medicamentos. Asimismo, hay diferencias por niveles de ingreso con respecto a los tipos de proveedor a los que recurren los hogares cuando hay eventos relacionados con salud que requieren un gasto, con las siguientes características (véase el cuadro 9):

- A mayor nivel de ingreso, mayor proporción de proveedores privados. Este porcentaje varía entre 56% (decil I) y 71,8% (decil X).
- En general, a mayor nivel de ingreso, mayor proporción de proveedores de seguridad social. Esta correlación se revierte en los dos deciles más altos y el porcentaje varía entre 2,7% (decil I) y 5% (decil VIII), este patrón corresponde con el del porcentaje de ingreso obtenido por trabajo, con respecto al nivel de ingreso (véase el cuadro 2).
- A mayor nivel de ingreso, menor proporción de proveedores de salud gubernamentales para población abierta (SSA) y Seguro Popular de Salud. Para la población abierta, el porcentaje varía entre 1,4% (decil I) y 0,2% (decil X); mientras que para el Seguro Popular de Salud la proporción fluctúa entre 1,9% (decil I) y 0,2% (decil X). Independientemente del decil de ingreso de los hogares, la proporción de proveedores del Seguro Popular de Salud es mayor o igual que la de SSA. Únicamente los hogares de los tres primeros deciles y los deciles V y VI recurren a proveedores relacionados con el programa Prospera.
- A mayor nivel de ingreso, menor proporción de otros proveedores para eventos de salud en los que gastaron los hogares. El porcentaje varía entre 23% (decil X) y 37,9% (decil I).

Cuadro 9
México: deciles de ingreso corriente: hogares y eventos de gasto en salud, por proveedor del servicio, promedio

Decil	Hogares ^a	Eventos ^b	Tipo de proveedor ^c (en porcentajes)					
			Privado	Seguridad Social	SSA	Seguro Popular	Prospera	Otro
Nacional	53,8	141	65,2	3,9	0,7	0,9	0,1	29,3
I	44,6	94	56,0	2,7	1,4	1,9	0,1	37,9
II	48,8	113	60,5	3,5	1,3	1,3	0,1	33,3
III	49,0	118	62,1	3,2	0,9	1,2	0,1	32,4
IV	50,3	123	63,6	3,6	0,9	0,9	0,0	31,0
V	53,4	136	65,5	3,5	1,0	1,1	0,0	28,9
VI	53,8	139	66,5	4,0	0,6	0,8	0,1	28,0
VII	55,6	151	66,9	3,9	0,6	0,7	0,1	27,8
VIII	57,2	157	66,7	5,0	0,4	0,6	0,0	27,3
IX	60,1	176	69,6	4,4	0,3	0,3	0,0	25,4
X	65,1	203	71,8	4,7	0,2	0,2	0,0	23,0

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)", 2018a.

Nota: Únicamente se considera el gasto corriente monetario. Los bienes y servicios otorgados por proveedores públicos no son contabilizados como gastos monetarios en la *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH)*, 2018a, sino como especie.

^a Hogares con gastos relacionados con la salud, con respecto al total de hogares (en porcentajes).

^b Cantidad de eventos de salud que implicaron un gasto por cada 100 hogares.

^c La suma de la participación de los proveedores por decil puede ser distinta a 100% por razones de redondeo.

Se observa entonces que los hogares diversifican los proveedores a los que recurren en caso de eventos en salud que requieran gastos, pero independientemente del nivel de ingresos, el 94,5% de los proveedores son privados (suma de los tipos de proveedor privado y otro en el cuadro 9) derivado principalmente de las insuficiencias en cobertura y oportunidad de los servicios públicos. Este porcentaje varía entre 93,8% (decil II) y 95% (decil IX) y muestra el alto nivel de mercantilización en la provisión del derecho humano a la salud con base en el tipo de proveedores al que recurren los hogares.

También se observa que la participación en el mercado laboral formal es relevante para acceder a la provisión de salud vía seguridad social y que si bien la participación de estos proveedores es significativamente menor que los privados, supera a la de otros proveedores públicos (SSA, Seguro Popular de Salud, Prospera), excepto en los hogares del decil I. En contraparte, proporcionalmente estos hogares recurren más a otro tipo de proveedores privados.

Por último, complementando el capítulo II, se señala la participación de la consulta externa en el gasto de bolsillo de los hogares. Esta consulta se refiere a los gastos en servicios médicos no hospitalarios ni relacionados con el embarazo ni el parto que tienen que ver con consultas a médicos generales, médicos especialistas (por ejemplo, pediatría y ginecología), dentales (como placas, prótesis o *brackets*) y análisis clínicos y estudios médicos relacionados (por ejemplo, rayos X o tamizajes). Este gasto comprende, en la escala nacional, el 23,43% del gasto de bolsillo y está correlacionado positivamente con el nivel de ingreso: varía entre 18,23% (decil I) y 30,22% (decil X) (véase el cuadro 9). Junto con el gasto en medicamentos, servicios hospitalarios y seguros privados, los gastos en consulta externa concentran el 88,08% de las erogaciones de los hogares, lo que confirma el alto nivel de mercantilización con base en el gasto de bolsillo de los hogares.

IV. Desafíos y principales lecciones

Con el andamiaje que sostiene el presente análisis se asume que el sistema de salud está constituido por un conjunto de actores sociales que comparten o al menos gravitan en torno a: i) un horizonte de largo aliento hacia el que dirigirse y con base en el cual establecer objetivos y metas; ii) un entendimiento de las condiciones materiales e inmateriales interrelacionadas con ese ideal, y iii) una organización cerrada en sí misma que concretiza la interrelación entre los actores para operar y actuar, pero abierta a las formas de responder a los problemas y restringida por condiciones de entorno. Esto es, los sistemas de salud reflejan una manera de percibir el mundo y actuar en consecuencia con respecto a la salud de las personas y de la sociedad.

Durante las últimas cuatro décadas, tal forma de actuar ha estado centrada en los mercados y los individuos, bajo los supuestos de que estos son quienes mejor conocen sus necesidades y restricciones y que el mercado y el sistema de precios son las formas más eficientes de asignación de los bienes y uso de los recursos. Es decir, el principio de eficiencia fue puesto en el horizonte a alcanzar y para ello fue acompañado de la instrumentación de condiciones institucionales y económicas a favor de los mercados²¹, pues estos concretizarían las aspiraciones y necesidades de los individuos. Al mismo tiempo, fueron codificadas e instrumentadas formas de interrelación entre los actores y de solución a los problemas. En el caso de la salud, esta interrelación se tradujo en fragmentar la provisión del servicio con base en el estado laboral de las personas y su estatus social y económico, por lo que no tener acceso a un sistema de salud fue visto como un problema cuya solución consistió en limitar la responsabilidad del Estado de manera residual con respecto al mercado.

La insatisfacción de las condiciones bajo las que la economía centrada en el mercado funciona para asignar eficientemente las mercancías (por ejemplo, mediante mercados competitivos en los que el precio sea igual al costo marginal y los bienes producidos por distintos productores son, a la vista del consumidor, sustitutos) puede tener efectos contraproducentes, tales como la segmentación del

²¹ Por ejemplo, la vigilancia del Estado para preservar los derechos de propiedad, incluso sobre bienes que no son producidos, pero son tratados mercantilmente, como el trabajo (que es un derecho y deber social, pero no una mercancía) o el agua (que forma parte de un ciclo socionatural que trasciende al líquido en sí mismo y a la infraestructura que la distribuye y contiene).

mercado en distintas calidades y precios. La situación se agrava cuando el bienestar físico y mental de la población es visto como si se tratara de un bien mercantilizado, en un entorno de desigualdad económica, lo que se traduce en un sistema de salud fragmentado social y económicamente, como el que se ha diagnosticado en el presente documento.

Frente a ello, se propone alejarse de un entendimiento simplificado de la salud, en la que es un objeto y producto de diferenciación social al estar vinculada, en su provisión y calidad, a la economía de mercado, y en su lugar avanzar hacia un entendimiento complejo en el que la salud es parte de un conjunto más amplio de derechos sociales. Este entendimiento tiene como horizonte garantizar, por parte del Estado, el derecho humano a la salud como un derecho social, mediante un diseño y una ejecución de políticas públicas que explícitamente busquen una provisión universal, pública, integrada y desmercantilizada mediante un sistema de salud así caracterizado.

Fundamentalmente, el objetivo de reconocer el derecho a la salud como un derecho humano intrínseco de las personas es deslindar su provisión de la participación en los mercados laborales y de la subrogación a favor de proveedores privados y, en su lugar, constituirlo como un derecho social que daría contrapeso a un entorno en el que los ingresos del grueso de la población dependen fundamentalmente del trabajo, pero hay baja participación en mercados formales, lo que genera una situación de vulnerabilidad al no tener empleo y enfrentar un evento de salud (o tenerlo, pero en la economía informal, o bien enfrentar una balanza ingreso-gasto negativa, como en el caso del decil I) y los gastos en salud son pagados por el bolsillo de los hogares, principalmente lo relacionado con atención primaria y medicinas. Un derecho, en síntesis, basado en la condición de ciudadanía social y no de poder de compra o particularidad de la inserción laboral.

El objetivo entonces es construir un sistema de salud que resuelva y se aleje de lo que Barba Solano y otros (2020) caracterizan como un

“modelo [que] puede denominarse universalismo minimalista, y corresponde a las reformas mexicanas que expresan una clara contradicción entre una visión residual de la política social y el objetivo de incluir a la mayoría de los excluidos, que desemboca en una inclusión inferiorizante de los más pobres en los sistemas de protección social, ejemplificada por el programa de transferencias monetarias Oportunidades-Prospera, el esquema de pensiones no contributivas 65 y más y por el Seguro Popular, que en el ámbito de la salud ofrece derechos sociales a quienes no están integrados al mercado laboral formal” (pág. 150).

En términos propositivos, entonces, dado el objetivo de construir un sistema de salud universal que garantice el cumplimiento del derecho humano a la salud como un derecho social, las características socioeconómicas por el lado de la demanda (como la desigualdad significativa entre los hogares en referencia a su ingreso y gasto) obligan a que el diseño de este sistema defina, en primer término, indicadores sobre lo que constituye el grado máximo de salud que se pueda lograr. Estos indicadores permitirán establecer metas específicas por alcanzar para cada sector de la población, hasta remover las diferencias entre sus componentes. No obstante, tal aspiración no está exenta de reconocer el carácter ideal de la definición del derecho humano a la salud asentada por la OMS y su instrumentación tendrá que basarse en teorías de la salud. En ese contexto, en este documento se ha presentado una evaluación del gasto de bolsillo agregado que el sistema de salud requeriría absorber y traducirlo en una calidad homogénea en los servicios que ofrece.

Pero no basta llevar a cero el gasto de bolsillo para garantizar y proveer el derecho a la salud. Por ello, en segundo término, el diseño del sistema necesita definir requerimientos jurídicos e institucionales para establecer, con respecto a tales indicadores, estándares y criterios que permitan alcanzar el derecho humano a la salud y, en consecuencia, una ciudadanía social en lo relacionado con la salud. Entre los requerimientos jurídicos es necesario identificar, por lo menos, fundamentos

constitucionales, legales, reglamentarios, normativos y estándares. La consecución de los derechos sociales y en específico el de la salud, requerirá un marco legal que lo sustente e instrumente y en el que el Estado tenga el papel central, en oposición al papel residual al que ha sido relegado.

En cuanto a los requerimientos institucionales, se necesita establecer las unidades de gestión para instrumentar el derecho humano a la salud, identificar a las autoridades gestoras que toman decisiones relacionadas directa e indirectamente con la salud (en los ámbitos federales, estatales, municipales y comunitarios), el tipo de información requerida para tomar decisiones, la manera de formalizar las decisiones tomadas y los procedimientos para validarlas.

El diseño del sistema de salud también requiere, en tercera instancia, resolver la tensión fundamental entre Estado y mercado en cuanto a la provisión de bienes públicos, con miras a desmercantilizar la salud como alternativa deseable frente a la solución neoliberal que resuelve la tensión con un Estado asistencialista que, además, crea mercados vía subrogación. El mensaje central es que un derecho humano a la salud instrumentado como un derecho social requiere un Estado cuyas funciones no se traduzcan ni en un gobierno asistencialista ni en una estructura social corporativista (estamental) que filtre y condicione el acceso universal e indiferenciado a la salud.

Al mismo tiempo, es necesario que el mercado deje de mediar la obligación del Estado para proveer el derecho humano a la salud, así como para que lo ejerza la ciudadanía. Es decir, no se trata de propugnar por la desmercantilización del derecho humano a la salud (pues tal derecho en sí mismo no está mercantilizado), sino por la desmercantilización de la provisión de salud y un primer paso, en esa dirección, es llevar a cero el gasto de bolsillo de los hogares, independientemente del decil de ingresos al que pertenezcan.

Finalmente, es necesario establecer estructuras e instrumentos de gobernanza en el sector de la salud tales que incorporen la participación pública (incluyendo, por ejemplo, asociaciones de grupos vulnerables y de usuarios), sistemas de información (para garantizar su acceso y difusión, así como la generación de insumos para tomar decisiones), rendición de cuentas, e instancias formales (tribunales, foros, asambleas) e informales (justicia restaurativa) de resolución de conflictos (por ejemplo, relacionados con salud ambiental y toxicidades que tienen que ver con la producción). Todo lo anterior con el objetivo de garantizar la ejecución de acciones y resoluciones en la gobernanza de la salud para avanzar y garantizar la provisión pública, desmercantilizada y universal del derecho humano a la salud.

V. Conclusiones y recomendaciones para avanzar hacia un sistema de salud universal, público, integrado y desmercantilizado en México

Considerando el objetivo de instrumentar el derecho humano a la salud como un derecho social, uno de los principales desafíos es determinar el grado máximo de salud que se pueda lograr. A este respecto, el análisis de Barba Solano y otros (2020) para perfilar una reforma de carácter universalista al sistema de salud en México, sin entrar en la necesaria discusión de teorías de la salud, pero de manera práctica, indica una propuesta que establece una cota mínima al significado de derecho humano a la salud como grado máximo de salud que se pueda lograr, pues los autores señalan, en concordancia con Esping-Andersen, que “es necesario garantizar que los servicios sociales sean de la calidad que las clases medias esperan y que pueden obtener en el mercado” (pág. 135). En términos coloquiales, la meta es lograr un entorno en el que, incluso en condiciones de mercado, las clases medias recurran a los servicios públicos de salud. La cuestión entonces es determinar, para México, cuál es la calidad esperada por tales clases medias.

Desde una perspectiva económica, puede formularse una respuesta de grano grueso que, con base en el valor de la calidad, estime el costo de una instrumentación de tal índole. Antes, es importante recordar que el objetivo es avanzar hacia un sistema de salud desmercantilizado (no contingente al poder de compra o a la posición en el mercado laboral), público (de acceso gratuito y financiación vía política fiscal), integrado (misma calidad, mismos proveedores) y universal (garantizado por ser un derecho social). De ahí que el criterio anterior no es considerado un objetivo a alcanzar, en el que el derecho a la salud sea provisto por el mercado, sino que únicamente es retomado para fines de tal evaluación y que esta evaluación estime el monto de gasto de bolsillo que el sistema de salud requeriría compensar y en, ese sentido, cuantificar el esfuerzo presupuestal requerido para alcanzar tal fin. Como se ha dicho antes, este es requisito que no es suficiente, pero sí indispensable.

El objetivo es un gasto de bolsillo cero y, en concordancia con la OMS, un gasto público en salud (GPS) equivalente al 6% del PIB para contar con un sistema universal, público e integrado de salud. Cid, Matus y Báscolo (2018) señalan que alcanzar tal meta porcentual, estimada por Xu y otros (2010) y

suscrita por México frente a la Organización Panamericana de la Salud, “reduciría de manera considerable la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento de los hogares debido al gasto de bolsillo en salud” (pág. 2). De acuerdo con las estimaciones los autores, México alcanzaría la meta en 2056, considerando que el GPS en 2014 era cercano al 3,3% y la brecha por cubrir es de 2,74 puntos porcentuales.

La estimación es desalentadora, pero es así porque se asume que la fuente de crecimiento del GPS dedicado a salud es resultado único del crecimiento del PIB. Bajo ese supuesto, Cid, Matus y Báscolo (2018) estimaron la elasticidad del GPS con respecto al crecimiento económico y resultó igual a 1,68, valor por debajo de otros países de la región que alcanzarán el porcentaje antes de 2030, como Colombia (2,36), el Ecuador (3,3), el Estado Plurinacional de Bolivia (2,2) y la República Dominicana (2,61), que llegará a la meta, *ceteris paribus* y como resultado del crecimiento económico, en 2029, a pesar de que su GPS en 2014 era menor que el de México (2,9%).

Para los fines de concretizar el derecho humano a la salud, este resultado indica que no puede dejarse a la inercia económica lograr la financiación de la salubridad, bajo la lógica en la que al crecer el PIB, aumenta el volumen de la recaudación fiscal y, siempre que se mantenga la distribución del presupuesto, aumentan en consecuencia los recursos disponibles para salud. Aunque es claro que la derrama en sí misma no elimina las ineficiencias ni las inequidades en los sistemas de salud, por lo que es indispensable trabajar paralelamente en removerlas o minimizarlas.

El crecimiento económico es solo una de las categorías del espacio fiscal para la salud, definido por Cid, Matus y Báscolo (2018) como “la capacidad de un país para generar recursos adicionales [destinados a la salud] sin dañar las finanzas del gobierno ni la estabilidad de la economía” (pág. 2). De acuerdo con estos autores, las otras categorías empíricamente sustentadas son incrementar la recaudación tributaria, reasignar presupuestos, gastar eficientemente y percibir recursos desde el exterior (pág. 2). Sin embargo, estas categorías deben actuar de manera complementaria y no en sustitución del crecimiento económico para ampliar el espacio fiscal de la salud. En todo caso, como los autores señalan, la implantación de estas categorías complementarias demandará “un diálogo social y político amplio en torno al compromiso de avanzar hacia la salud universal” (pág. 5).

El crecimiento es pues un elemento central en la ruta hacia la consecución del derecho humano a la salud, pero no se trata de cualquier tipo de crecimiento, por lo que aún es vigente la caracterización de Barba Solano (2007) sobre la heterogeneidad regional y la conceptualización de lo social en Latinoamérica durante los noventa al observar que la región:

“puede caracterizarse por una situación paradójica: o logra crecimiento económico sin empleos [o] vincula el crecimiento a la generación de empleos de baja calidad y alta informalidad. [En] ambos casos, es indispensable incorporar en la agenda pública [el] tema de la generación de empleos formales, acompañados de derechos sociales mínimos. [El mercado laboral] debe dejar de concebirse como un terreno sagrado, donde sólo las leyes del mercado deben imperar, y en cambio recuperarse como un espacio medular para la inclusión social. [Lo fundamental] no puede ser la flexibilización laboral para reducir costos, sino evitar la formación de estamentos de baja calidad laboral, que impiden el ascenso social para amplios sectores” (págs. 207-208).

Quizá el mayor reto para transitar de una provisión mercantilizada de la salud hacia un Estado de bienestar basado en el cumplimiento desmercantilizado de los derechos humanos como derechos sociales es colocar a las comunidades (profesionales de la salud, usuarios, barrios, comunidades indígenas y equiparables, por ejemplo) en el mapa de actores proveedores de cuidados relacionados con la salud, ya sea en su entendimiento normativista o naturalista, en los sentidos explicados por Ravanal y Aurenque Stephan (2018), quienes señalan que:

“mientras que los normativistas consideran el significado de la salud en relación con una consideración holística de la salud, los naturalistas se apoyan en una visión anatómica-biológica de la salud. [La mayoría de los teóricos de la salud son normativistas y] argumentan que en medicina no se trata de la mera descripción de datos empíricos neutrales, sino que dichas descripciones contienen siempre valoraciones subjetivas, culturales y/o éticas. [Pese] a presentar posturas contrarias, ambas [posiciones] sitúan el bienestar del individuo en el centro de las consideraciones. Dado, sin embargo, que el caso de la medicina preventiva opera en gran parte con fenómenos híbridos (con predisposiciones y riesgos), y dicha prevención tiene además todo un aparataje institucional que lo legitima, se precisa de una mirada más sistémica” (pág. 409–410).

Caracterizar tal reto es algo superior a los propósitos del presente diagnóstico, pero en su centro está la naturaleza inherente tanto al Estado-Nación, cuyo cuerpo disuelve la capacidad de actuar de la comunidad (en lo legislativo, lo ejecutivo o lo judicial, por no hablar de los roles gestores), como la naturaleza del Estado subsumido por el mercado, cuyo foco es el individuo (o a lo más la familia, pero no la comunidad) y su capacidad inter temporal de consumo, a la par de que el proceso distributivo queda relegado a un Estado que en la práctica no equipara los derechos humanos con los derechos de propiedad o los subsume al funcionamiento de los mercados.

Bibliografía

- Adhanom Ghebreyesus, T. y J. Urpilainen (2020), "The COVID-19 pandemic is the defining health crisis of our time", *Deutsche Welle Opinion* (blog), 16 de mayo de 2020 [en línea] <https://p.dw.com/p/3cHNW>.
- ASF (Auditoría Superior de la Federación) (2011), "Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2010", [en línea] https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2010i/Grupos/Gasto_Federalizado/MRSEGUROPOPULARFINAL_a.pdf.
- Ávila Domínguez, R. (2018), "Interculturality in Health: The Pending Issue of the Mexican Health System", *Mexican Journal of Medical Research ICSA* 6 (12) [en línea] <https://doi.org/10.29057/mjmr.v6i12.3163>.
- Barba Solano, C. (2007), "América Latina: regímenes de bienestar en transición durante los años noventa", *Caderno CRH* 20, [en línea] http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792007000200002&nrm=iso.
- Barba Solano, C. y otros (2020), "Claves universalistas de la reforma de salud en México", *Los retos de la política social en el sexenio de la cuarta transformación*, editado por L. Huesca, G. Ordóñez y S.A. Sandoval, Colegio de la Frontera Norte (COLEF)-Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD).
- Becker, G. S. (1965), "A Theory of the Allocation of Time", *The Economic Journal*, 75 [en línea] <https://doi.org/10.2307/2228949>.
- Branco, C., M.R. Ramos y M. Hewstone (2019), "The association of group-based discrimination with health and well-being: A comparison of ableism with other 'isms'", *Journal of Social Issues*, 75 [en línea] <https://doi.org/10.1111/josi.12340>.
- Briceño Chel, F. (2020), "Ka'ansaj ichil k'ojá'anil. La educación en tiempos de pandemia", Ponencia Magistral presentada en el 8º Webinar Internacional Maya'on e Identidad Cultural, Universidad Intercultural Maya Quintana Roo (UIMQROO).
- Campos Vázquez, R. M., E. Chávez y G. Esquivel (2014), "Los ingresos altos, la tributación óptima y la recaudación posible", *Finanzas Públicas*, 6 [en línea] <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/revista/2014/rfpcefp0182014.pdf>.
- Campos Vázquez, R. M., G. Esquivel y R. Y. Badillo (2021), "How has labor demand been affected by COVID-19 pandemic? Evidence for job ads in Mexico", *Latin American Economic Review, Special Issue: COVID-19 in Latin America*, 30 (1) [en línea] <https://doi.org/10.47872/laer-2021-30-1>.

- Cid Pedraza, C., M. Matus-López y E. Báscolo (2018), "Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico?", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42 [en línea] <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.86>.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2020), "Informe de pobreza y evaluación 2020. Quintana Roo" [en línea] https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Quintana_Roo_2020.pdf.
- Cortés, F. (2013), "Medio siglo de desigualdad en el ingreso en México", *Economía UNAM*, N° 10 [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2013000200002&lng=es&nrm=iso.
- Deaton, A. (2003), "Measuring Poverty in a Growing World (or Mesuring Growth in a Poor World)", *Working Paper Series*, vol. 9822, National Bureau of Economic Research (NBER).
- Del Ángel, G. A. (2016), "Cashless payments and the persistence of cash: Open questions about Mexico", *Economics Working Paper*, 16108, Hoover Institution, Stanford University.
- Del Castillo, M. (2015), "La magnitud de la desigualdad en el ingreso y la riqueza en México: una propuesta de cálculo", *Series Estudios y Perspectivas - Sede Subregional de la CEPAL en México*, N° 167/LC/L.4108; LC/MEX/L.1199), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/39531-la-magnitud-la-desigualdad-ingreso-la-riqueza-mexico-propuesta-calculo>.
- _____ (2012), "La distribución del ingreso en México", *Este País* (blog), 1° de abril de 2012 [en línea] <https://archivo.estepais.com/site/2012/la-distribucion-del-ingreso-en-mexico/>.
- DGIS (Dirección General de Información en Salud) (2019), "Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal", Secretaría de Salud del Gobierno de México.
- Durán Arenas, L. y otros (2012), "La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria", *Gaceta Médica de México*, N° 148 [en línea] <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39126>.
- Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, United States, Princeton University Press [en línea] <https://www.amazon.com.mx/Three-Worlds-Welfare-Capitalism/dp/0691028575>.
- Esposito, L. y otros (2020), "The economic gradient of obesity in Mexico: independent predictive roles of absolute and relative wealth by gender", *Social Science & Medicine*, 250 (abril) [en línea] <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112870>.
- Fukuyama, F. (1989), "The end of history?", *The National Interest* 16 [en línea] <http://www.jstor.org/stable/24027184>.
- García Barrios, R., D. Pérez Serrano y V. Díaz Hinojosa (2021), "El cuidado de la gallina de los huevos de oro", *Problemas del agua en México: ¿Cómo abordarlos?*, R. García Barrios y S. Mozka Estrada (eds.), en prensa.
- Gómez Dantés, O. y M. Ortiz (2004), "Seguro Popular de Salud: siete perspectivas", *Salud Pública de México*, N° 46 [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600013&nrm=iso.
- Gómez Dantés, O. y otros (2011), "Sistema de salud de México", *Salud Pública de México* 53 (enero) [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- González Block, M. A. (coord.) (2015), *Diagnóstico de los retos al Sistema Nacional de Salud Universal*, México, Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).
- Harvey, D. (2007), "Neoliberalism as Creative Destruction", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 610 [en línea] <http://www.jstor.org/stable/25097888>.
- Hutubessy, R., D. Chisholm y T. Edejer (2003), "Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector", *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 1 (8) [en línea] <https://doi.org/10.1186/1478-7547-1-8>.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2020), "Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución, 2020" [en línea] https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64.
- _____ (2019a), *Sistema de Cuentas Nacionales de México: cuenta satélite del sector salud de México 2018, 2019* [en línea] <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>.

- _____ (2019b), "Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018 (ENIGH), Nueva serie. Diseño conceptual".
- _____ (2018a), "Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), 2018, Nueva serie" [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>.
- _____ (2018b), "Encuesta Nacional de Inclusión Financiera (ENIF) 2018" [en línea] <https://www.gob.mx/cnbv/acciones-y-programas/medicion-de-inclusion-financiera>.
- _____ (2015), "Información sobre derechohabientes afiliados a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como la población usuaria a servicios médicos según tipo de institución. Encuesta Intercensal 2015", *Derechohabiencia* (blog) 2015 [en línea] https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/#Informacion_general.
- Ingham, S. (2018), "Public good", *Encyclopædia Britannica* [en línea] <https://www.britannica.com/topic/public-good-economics>.
- Judisman, C. (2009), "Desigualdad y política social en México", *Nueva Sociedad* 2020 (marzo-abril) [en línea] <https://nuso.org/articulo/desigualdad-y-politica-social-en-mexico/>.
- Knaul, F.M. y otros (2018), "Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012", *Salud Pública de México*, N° 60 (2) [en línea] <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9064>.
- Lakner, C. y B. Milanovik (2013), "Global income distribution: from the fall of the Berlin Wall to the Great Recession", *Policy Research Working Paper*, World Bank Group [en línea] <https://doi.org/10.1596/1813-9450-6719>.
- Laurell, A.C. (2016), "Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados", *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 2 [en línea] <https://core.ac.uk/reader/81229670>.
- Londoño, J. L. y J. Frenk (1997), "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America", *Health Policy*, 41 (1) [en línea] [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(97\)00010-9](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(97)00010-9).
- Mañón Garibay, G. (2006), "Ética y pluralidad cultural: hacia una ética de la cultura", *Derecho a la no discriminación*, C. de la Torre Martínez (ed.), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) [en línea] <http://ru.juridicas.unam.mx:80/xmlui/handle/123456789/11225>.
- OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos) (2020), "Income Inequality" [en línea] <https://doi.org/10.1787/459aa7f1-en>.
- _____ (2019), *Under Pressure: The Squeezed Middle Class* [en línea] <https://doi.org/10.1787/689afed1-en>.
- _____ (2015), "Fit mind, fit job: from evidence to practice in mental health and work", *Mental Health and Work* [en línea] <https://doi.org/10.1787/9789264228283-en>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2017), "Salud y derechos humanos", *Notas descriptivas* (blog), 29 de diciembre de 2017 [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
- _____ (2020), "Cobertura sanitaria universal", *Sistemas de salud* (blog) [en línea] https://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/es/.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (s/f), "Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)", *Pan American Health Organization/World Health Organization* (blog) [en línea] https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es [fecha de consulta: 7 de diciembre de 2020].
- _____ (2020), "La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional", *Organización Panamericana de la Salud Noticias*, 30 de enero de 2020 [en línea] <https://www.paho.org/es/noticias/30-1-2020-oms-declara-que-nuevo-brote-coronavirus-es-emergencia-salud-publica-importancia>.
- Ordóñez Barba, G. y M. Á. Ramírez Sánchez (2016), "Cobertura universal en salud y fragmentación del sistema mexicano", *La política social de México en tiempos de desigualdad. La desigualdad y su impacto macro social*, C. Campillo Toledano, J.M. Rangel Esquivel y B.A. Adriana Servín Herrera, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) [en línea] <http://editorialuniversitaria.uanl.mx/index.php/2017/12/02/claudia-campillo-toledano-jose-manuel-rangel-esquivel-y-beatriz-adriana-servin-herrera-la-politica-social-en-mexico-en-tiempos-de-desigualdad-la-desigualdad-y-su-impacto-macro-social/>.

- Páez Moreno, R. (2020), "Conflictos de interés en la distribución de recursos en salud", *Revista de Medicina y Ética*, 31 (3) [en línea] <https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n3.04>.
- Palafox-Muñoz, A. y F.A. Rubí González (2020), "La gota que derramó el vaso del turismo en Quintana Roo, México: precariedad laboral y COVID-19", *Dimensiones turísticas* [número especial: Turismo y COVID-19], 4 [en línea] <https://doi.org/10.47557/IMGO5677>.
- Pérez-Cuevas, R. y otros (2014), "Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey", *BMJ Open*, 4 (5) [en línea] <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004669>.
- Piketty, T. (2003), "Income inequality in France, 1901-1998", *Journal of Political Economy*, 111 (5).
- Ravanal, M. y D. Aurenque-Stephan (2018), "Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault", *Tópicos (México)*, N° 55, diciembre [en línea] <https://doi.org/10.21555/top.voi55.914>.
- Santos, B. de S. (2018), *The End of the Cognitive Empire: The Coming of Age of Epistemologies of the South*, Durham, Duke University Press [en línea] <https://www.dukeupress.edu/the-end-of-the-cognitive-empire>.
- Secretaría de Salud (2019a), "Indicadores de resultado de los sistemas de salud", *Documentos*, Secretaría de Salud (blog) [en línea] <https://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud?state=published>, fecha de consulta: 25 de marzo de 2019.
- _____ (2019b), "Gasto en salud en el Sistema Nacional de Salud", *Salud en números* (blog). 2019 [en línea] http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud_gobmx.html.
- Sesma-Vázquez, S., R. Pérez-Rico y C.L. Sosa-Manzano (2005), "Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes", *Salud pública de México*, 47 [en línea] <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4687>.
- Slobodian, Q. (2018), *Globalists, The End of the Empire and the Birth of Neoliberalism*, Harvard University Press [en línea] <https://www.amazon.com.mx/Globalists-End-Empire-Birth-Neoliberalism/dp/0674979524>.
- Székely, M. (2005), "Pobreza y desigualdad en México entre 1950 y 2004", *El Trimestre Económico*, vol. LXXII (4), N° 288 [en línea] <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31340944007>.
- Tapia-Cruz, J. A. (2006), "Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes", *Salud pública de México*, 48, abril [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200005&nrm=iso.
- Torales, J. y otros (2020), "The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health", *International Journal of Social Psychiatry*, 66 (4) [en línea] <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>.
- Ubasart-González, G. y A. Minteguiaga (2017), "Esping-Andersen en América Latina: el estudio de los regímenes de bienestar", *Política y gobierno*, 24, junio [en línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-20372017000100213&nrm=iso.
- Villanueva Villanueva, N. B. y M. A. Güemez Pineda (2016), "Lineamientos generales para el diseño de un modelo intercultural de atención a la salud de inmigrantes mayas yucatecos en San Francisco, California", *Península*, 11 (2) [en línea] <https://doi.org/10.1016/j.pnsla.2016.08.002>.
- Weller, J. y otros (2020), "El impacto de la crisis sanitaria del COVID-19 en los mercados laborales latinoamericanos", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/90), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45864/4/S2000495_es.pdf.
- Xu, K. y otros (2010), "Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk", *World Health Report*, Background Paper, 19 [en línea] <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf?ua=1>.
- Žižek, S. (2020), "Pandemia" [en línea] https://www.anagrama-ed.es/libro/nuevos-cuadernos-anagrama/pandemia/9788433916419/NCA_25.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

Estudios y Perspectivas-México

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en
www.cepal.org/publicaciones

194. Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para la construcción de un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud, José Valdemar Díaz (LC/TS.2021/179; LC/MEX/TS.2021/19), 2021.
193. Cultura del privilegio y simbiosis entre poder político y poder económico en México: recomendaciones para su superación, Viridiana Ríos (LC/TS.2021/100; LC/MEX/TS.2021/17), 2021.
192. Revisiting constant market share analysis: an exercise applied to NAFTA, Hubert Escaith (LC/TS.2021/94; LC/MEX/TS.2021/16), 2021.
191. El régimen de bienestar mexicano: inercias, transformaciones y desafíos, Carlos Barba (LC/TS.2021/70; LC/MEX/TS.2021/12), 2021.
190. El régimen de acumulación en México: caracterización, tendencias y propuestas para su transformación, Arturo Guillén (LC/TS.2021/42; LC/MEX/TS.2021/7), 2021.
189. Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA, Alberto Enríquez y Carlos Sáenz (LC/TS.2021/38; LC/MEX/TS.2021/5), 2021.
188. Estrategia de desarrollo con redistribución del ingreso: salario mínimo y frentes de expansión en México, Ricardo Bielschowsky, Miguel del Castillo, Gabriel Squeff, Roberto Orozco y Hugo E. Beteta (LC/TS.2021/35; LC/MEX/TS.2021/4), 2021.
187. Absolute convergence in manufacturing labor productivity in Mexico, 1993-2018: a spatial econometrics analysis at the state and municipal level, René Cabral, Jesús Antonio López Cabrera y Ramón Padilla Pérez (LC/TS.2020/158; LC/MEX/TS.2020/42), 2020.
186. Los intermediarios en cadenas de valor agropecuarias: un análisis de la apropiación y generación de valor agregado, Yannick Gaudin y Ramón Padilla Pérez (LC/TS.2020/77; LC/MEX/TS.2020/15), 2020.
185. Los motores de la degradación ambiental: el modelo macroeconómico y la explotación de los recursos naturales en América Latina, Alejandro Nadal y Francisco Aguayo (LC/TS.2020/69; LC/MEX/TS.2020/14), 2020.

ESTUDIOS Y PERSPECTIVAS

Números publicados:

- 194 Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para la construcción de un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud
José Valdemar Díaz Hinojosa
- 193 Cultura del privilegio y simbiosis entre poder político y poder económico en México: recomendaciones para su superación
Viridiana Ríos
- 192 Revisiting constant market share analysis, an application to NAFTA
Hubert Escaith
- 191 El régimen de bienestar mexicano: inercias, transformaciones y desafíos
Carlos Barba