LES RÉPONSES DU SYSTÈME DE SANTÉ AU MEXIQUE FACE À LA COVID-19

Agustín Escobar est professeur au CIESAS, au Mexique, où il a occupé le poste de directeur général jusqu'en mai 2019. Il travaille principalement sur les marchés du travail, la politique sociale, l'émigration mexicaine aux États-Unis et sur le travail agricole. Il a été élu à deux reprises au conseil d'administration du Conseil national d'évaluation des politiques sociales en 2006 et 2010, poste qu'il a quitté en 2020. Il est également un membre éminent du Conseil national d'évaluation des politiques sociales (National Social Policy Evaluation Council). Il est aussi membre éminent du Système national de recherche et de l'Académie des sciences au Mexique. Il est ou a été membre d'un certain nombre de comités académiques, d'évaluation, de conseil et de comité de rédaction pour des institutions et des organisations telles que l'OIM, le PNUD, l'ISIM, l'Institut français de recherche pour le développement, le Conseil national mexicain des sciences, le conseil académique de l'Institut national mexicain des migrations, entre autres. Il a publié plus de 130 articles et chapitres soumis à un comité de lecture et 15 ouvrages universitaires.

Michelle Judd de la Luz est sociologue à l'Université nationale autonome du Mexique (UNAM), où elle termine actuellement son Master en Études de genre(s). Elle a été professeure à l'université autonome de Mexico (UACM). Elle a participé à des présentations sur les problèmes de la drogue et des institutions totales au Mexique dans une perspective axée sur le genre. Depuis 2019, elle travaille sur le projet *Farmworkers in Mexico's Export Agriculture* au Center for Research and Higher Studies in Social Anthropology (CIESAS) en tant que chercheuse de terrain et dans des enceintes de sécurité, où elle a participé à différentes études régionales. Ses centres d'intérêt et de recherche sont la sociologie du travail, la sociologie médicale et les études sur le genre, le droit et la déviance.

Cet article présente une évaluation de l'état du système de santé mexicain en 2020 et de la manière dont il a réagi à la COVID. Le Mexique est un pays très inégalitaire et son système de santé repose sur une structure à plusieurs niveaux. Bien qu'il le soit demeuré ainsi depuis les années 1940, il a subi d'importantes réformes en 2004 et en 2019. Ces réformes expliquent sa capacité à répondre à la COVID-19 en 2020 et 2021. En 2020, le système de santé mexicain s'est considérablement détérioré par rapport à sa configuration antérieure, ce qui a aggravé l'impact des inégalités sociales préexistantes au Mexique.

En 2003, le système de santé mexicain comportait trois niveaux :

- Un système privé, dans lequel les Mexicains dépensent leur propre argent, principalement en payant de leur poche, mais aussi par le biais d'une assurance maladie privée.

- Un système de sécurité sociale, réglementé par la loi en 1943 et composé de plusieurs instituts de sécurité sociale. Le plus important, étant l'Institut Mexicain

de la Sécurité Sociale (IMSS) [Instituto Mexicano del Seguro Social], qui est dédié aux employés du secteur privé. Il existe également des instituts pour la compagnie pétrolière mexicaine (PEMEX) [Petróleos de México], pour les employés du secteur public, les instituts de sécurité sociale pour les travailleurs de l'État et de la fonction publique (ISSSTE) [Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado], pour l'armée et plusieurs instituts pour les employés de l'État. Ces instituts sont financés par des cotisations bilatérales (employeur-travailleur) ou trilatérales (employeur-gouvernement-travailleur). À la fin des années 1970, ce système a été conçu pour apporter des soins de santé à certaines des régions les plus pauvres du Mexique[1].

- Un système public « à accès libre » géré par le Secrétariat fédéral à la santé et les Secrétariats à la Santé des États (Escobar Latapí, 2022).

Le système fiscal mexicain est centralisé. La plupart des recettes sont collectées par le gouvernement fédéral, bien que depuis 1998, un système ait été instauré pour redistribuer les fonds collectés par le gouvernement fédéral aux États et aux municipalités[2]. En 2003, le système de santé privé a reçu des paiements privés d'un montant total de 586 milliards de pesos, le système de sécurité sociale a reçu 333 milliards de pesos provenant des cotisations des travailleurs, des employeurs et du gouvernement, et le système « ouvert » a reçu 290 milliards de pesos, principalement du gouvernement fédéral et du fonds de santé décentralisé créé en 1998 (IMSS, 2003).

INÉGALITÉ SOCIALE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Bien que la part du système « ouvert » dans les fonds fédéraux ait augmenté en termes réels et relatifs, il a contribué à l'inégalité du financement total des soins de santé par habitant, parce qu'il a repris les niveaux de financement de 1998 par l'État et a conservé les parts distribuées aux États depuis cette date. Les dépenses « ouvertes » par habitant varient de 8 à 1 entre les États, si l'on considère la population sans sécurité sociale (Escobar Latapí & González de la Rocha, 2022 ; García-Junco, 2012 ; Knaul et coll., 2003). Les tentatives visant à repartir le financement fédéral entre les États ont été rejetées au Congrès par les États les plus favorisés.

On pourrait imaginer que le système correspond à une classe sociale unique, le niveau supérieur étant destiné aux personnes aisées, les travailleurs stables et les employés au niveau de la sécurité sociale, et les démunis au niveau du service « ouvert ». Bien que cela soit à peu près exact, l'impact des dépenses de santé privées a été le plus important (et en augmentation) pour les démunis, qui ont été fortement touchés par les dépenses de santé qui les ont ruinés. Au cours de nos recherches, nous avons été témoins de très nombreux cas d'appauvrissement catastrophique des ménages en raison des urgences sanitaires ou des maladies chroniques[3]. En 1980, les populations défavorisées du Mexique n'avaient pas accès au système privé, à l'exception des maladies mineures et des soins de maternité. En 2003–2008, plusieurs études ont mis en évidence le recours fréquent aux soins de santé privés parmi les populations défavorisées du Mexique. Le sous-financement du système « ouvert » signifiait également qu'il n'était pas gratuit. Les patients et leurs familles devaient payer pour divers services et fournitures médicales (Escobar Latapí & González de la Rocha, 2022).

Bien que la multiplication des prestataires de soins privés au sein des quartiers et des communautés défavorisés ait joué un rôle dans cette augmentation des dépenses, un autre facteur a été le fait que les pharmacies privées ont intégré un cabinet médical au début des années 2000. Cette mesure a permis de mettre un terme à la vente libre d'antibiotiques et d'autres médicaments à usage restreint, mais elle a aussi entraîné des dépenses relativement importantes pour les personnes démunies. Les consultations médicales privées se sont multipliées. Aujourd'hui, les consultations privées en pharmacie représentent la forme la plus importante de prestation de soins de santé au Mexique.

LA RÉFORME DE 2004 : LE *SEGURO POPULAR*

En 2004, la constitution mexicaine et la loi générale sur la santé ont été considérablement modifiées afin de mettre en place une nouvelle forme de prestation de soins de santé pour les personnes non assurées. Les principaux prestataires de soins du système de santé mexicain étaient les Secrétariats

1 À la fin des années 1970, le gouvernement mexicain a décidé que l'IMSS était plus adapté à fournir des services de soins de santé aux plus démunis au Mexique, et il a donc augmenté le financement de l'IMSS pour lui donner les moyens pour ce faire.

2 Ce système a été instauré lorsque le parti gouvernemental mexicain qui a perdu le contrôle du Congrès (1998). Ce système est appelé RAMO 33 dans le budget fédéral annuel et représente 34 % de toutes les dépenses perçues par le gouvernement fédéral. RAMO 33 comprend huit fonds différents. Le fonds des services de santé s'appelle FASSA.

3 Les urgences sanitaires entraînent des dépenses inhabituelles, des dettes et la perte d'actifs. Les maladies chroniques entraînent la perte d'un ou deux travailleurs par ménage, y compris le soignant, et des dépenses constantes qui contribuent également à l'appauvrissement des ménages.

à la Santé des États, bien qu'un certain nombre d'instituts hautement spécialisés gérés par le gouvernement fédéral constituaient le niveau le plus élevé en la matière. Au total, plus de 200 dispositions ont été ajoutées à la loi générale sur la santé. Ces réformes ont mis en place un système très complexe de financement et de prestation de services de santé dans le système de santé publique mexicain. Le *Seguro Popular* a renforcé la fourniture « ouverte » de soins de santé par le gouvernement, bien qu'il ait assuré le paiement des soins à des cliniques privées, lorsque les cliniques publiques n'étaient pas équipées pour le faire.

La réforme prévoyait l'octroi aux États d'un montant fixe par habitant pour chaque personne non assurée. Ce montant devait être complété par les gouvernements des États. Les inégalités du financement « ouvert » du Mexique ont été comblées, mais elles n'ont pas pu être éliminées.

Une ligne budgétaire entièrement nouvelle a été créée pour « l'assurance maladie populaire » du Mexique. Le gouvernement a signé des accords avec les États, sur la base desquels des infrastructures et des services importants ont été ajoutés. Sur le financement total, la fédération a alloué 8 % aux « maladies catastrophiques », à débourser après le diagnostic individuel d'événements de santé rares et coûteux. Le reste a été distribué aux États en fonction de leur population non assurée. Le financement de la santé publique au Mexique est donc devenu progressif pour la première fois, bien qu'il ne l'ait pas été, car l'ancien fonds de santé inégalitaire a persisté. Les cliniques étant censées recevoir de nouveaux fonds, les paiements des patients pour les services et le matériel ont été interdits. En outre, en raison du nouveau financement, les cliniques devaient être certifiées afin d'être financées par le nouveau système. Selon les hauts responsables du nouveau système, la nouveauté réside dans le mécanisme de financement de l'amélioration des soins de santé. Ils ont minimisé la nécessité de rendre des comptes une fois que les fonds fédéraux ont été versés aux agences nouvellement désignées dans chaque État.

En 2012, 52 millions de Mexicains avaient été inscrits au *Seguro Popular*. Cela ne signifie pas que 52 millions d'entre eux y avaient accès. Notre analyse pour 2012[4] (Escobar Latapí & González de la Rocha, 2022) a montré des trajectoires de soins de santé désordonnées, en raison de nombreux refus dans les établissements de santé publique ; des rejets dus à la surpopulation ou au manque de personnel à Oaxaca (surtout pour les femmes enceintes); certains gouvernements des États ont mené de vastes campagnes pour attirer les fonds fédéraux et ont ensuite refusé l'accès aux personnes inscrites, les orientant vers les services de santé fédéraux tels que l'IMSS-Oportunidades.

En ce qui concerne la certification des cliniques, nous avons constaté qu'environ la moitié d'entre elles avaient fait l'objet d'un examen approprié en 2010–2012, afin de garantir leur capacité à fournir la norme de soins définie par *Seguro Popular*. L'autre moitié, en revanche, avait été soumise à un processus accéléré et ne répondait pas à la norme.

Néanmoins, la plupart des usagers ont finalement été pris en charge et ont réalisé des économies substantielles. Il s'agissait de maladies rares telles que la drépanocytose, d'un nombre croissant de types de cancer et d'autres maladies moins fréquentes. Malgré la réticence des gouvernements, des États à abonder les fonds fédéraux[5], le personnel, les infrastructures et les services se sont améliorés dans la plupart des États. En 2018, les services s'étaient considérablement améliorés.

Le caractère progressif ou régressif de la réforme a été débattu. Néanmoins, il est clair que les peuples autochtones et les personnes démunies sont ceux qui déclarent le plus souvent leur adhésion, et qu'ils sont les plus nombreux à utiliser le nouveau système. Le manque d'accès aux services de santé est passé de 38,4 à 16,2 % de la population mexicaine en général, selon les déclarations des intéressés, entre 2008 et 2018. Cette évolution, conjuguée à l'augmentation des revenus en milieu rural et à l'affiliation à la sécurité sociale dans ces zones, explique en grande partie la baisse du taux de pauvreté au Mexique au cours de cette période (Coneval, 2018).

LA RÉFORME DE 2019

Les Mexicains ont élu un nouveau Président en 2018. López Obrador était perçu comme étant totalement opposé à la corruption qui caractérisait la présidence de Peña. Néanmoins, il est rapidement apparu que la corruption n'était pas la cible de la nouvelle présidence. Au lieu de cela, il a cherché à créer quelque chose de proche d'une tabula rasa institutionnelle.

Le *Seguro Popular* a perdu son financement dès l'entrée en fonction de López Obrador. Son budget n'a toutefois pas été

4 Notre étude s'est efforcée de tenir compte de la qualité des soins autodéclarés. Nous avons mené une enquête auprès de 600 ménages dans 12 communautés de quatre États, puis nous avons choisi des incidents de santé pour retracer les trajectoires des individus en matière de soins de santé.

5 Des États comme Oaxaca dépendent du gouvernement fédéral pour 98 % de leurs revenus. Or, ils n'avaient pas la possibilité de verser une contribution équivalente aux fonds fédéraux destinés aux soins de santé. Plutôt que de revoir la répartition entre le gouvernement fédéral et les États, ce qui aurait provoqué des plaintes de la part des États les plus riches, le gouvernement fédéral a décidé de maintenir la thèse selon laquelle les gouvernements des États, quels que soient leurs revenus, fourniraient le personnel et les fonds de fonctionnement pour les nouvelles cliniques et les nouveaux hôpitaux.

transféré à d'autres mécanismes de prestation de services de santé. En revanche, les économies réalisées dans ce domaine et dans d'autres services sociaux tels que l'éducation ou l'approvisionnement en eau ont été consacrées aux travaux publics préférés du Président (un aéroport sur un site jugé inadéquat par l'IATA, un train cargo-tourisme dans la péninsule de Maya, une raffinerie construite au niveau de la mer qui a depuis été inondée à de nombreuses reprises)[6] et à une armée considérablement élargie, qui a ajouté un corps entièrement nouveau, la Guardia Nacional.

Les dépenses médicales consacrées aux cancers infantiles sont un exemple de la réduction des fonds alloués à la santé. Les dépenses s'élevaient à 300 millions de pesos lorsque López Obrador est arrivé au pouvoir. Elle est ramenée à 15 millions en 2021 (Campos & Cano, 2023). La réduction équivaut à 95 %.

En mai 2019, une nouvelle réforme de la loi sur la santé a été adoptée. La nouvelle réforme est très simple. Elle crée l'INSABI, ou Institut national pour le bien-être en santé. Le gouvernement fédéral s'est engagé à garantir le droit à la santé et l'accès universel à la santé. Le gouvernement devint donc le garant. Dans le cadre de la loi sur la santé, un certain nombre de programmes de transferts en espèces et en nature ont été inclus. Cela a donné l'impression que les dépenses de santé n'étaient pas réduites, alors qu'en fait, elles l'étaient (Reyes-Morales et coll., 2019). Outre la désignation du gouvernement fédéral comme responsable ultime des soins de santé, la loi ne prévoyait pas de mécanismes spécifiques pour le financement des hôpitaux, des cliniques et d'autres établissements. Il s'agissait de convaincre les gouvernements des États de céder leurs infrastructures et leur personnel au gouvernement fédéral. Environ un quart des gouvernements des États ont refusé. Les dépenses liées aux médicaments prescrits ont également baissé de manière significative.

D'autre part, le directeur de l'Institut de sécurité sociale du Mexique a démissionné moins de six mois après son entrée en fonction. Lorsqu'il est parti, il a déclaré qu'il l'avait fait parce que l'institut était perçu comme un organisme collecteur d'impôts plutôt que comme un prestataire de services (IMSS, 2019). La personne qui l'a remplacé était beaucoup plus respectueuse des règles.

En résumé : Le secteur de la santé publique au Mexique, et en particulier les services destinés aux personnes démunies, s'est amélioré de manière manifeste, bien que souffrant d'importantes lacunes, entre 2004 et 2018. Par la suite, ces services ont été supprimés. L'ensemble du système est en crise. Les pharmaciens et les consultations en pharmacie sont devenus le principal moyen d'accès aux soins médicaux au Mexique, les populations défavorisées étant leurs principaux clients. Comme les prescriptions de ces médecins ne sont pas contrôlées, ils prescrivent de manière excessive, ce qui entraîne une augmentation des dépenses et, éventuellement, une détérioration des résultats en matière de santé.

RÉPONSES DU SYSTÈME À LA COVID-19

Les réponses du système à la COVID-19 reflètent-elles cette réalité ? C'est ce qu'affirme cet article. Le manque de financement a été aggravé par les signaux très contradictoires envoyés par les dirigeants mexicains, c'est-à-dire principalement le Président, son Secrétaire Fédéral à la Santé et le Secrétaire Adjoint à la Santé. La réponse du gouvernement a été la suivante : En mars, le Président et le Secrétaire adjoint à la santé ont déclaré que la COVID-19 était « comme une grippe » et que les Mexicains devaient continuer à se serrer dans les bras (Gobierno de México, 2020a, 2020b). Peu après, ils ont préconisé la distanciation sociale (Gobierno de México, 2020d). Le 18 mars, le Président a déclaré à la télévision nationale qu'il était protégé par les images sacrées qu'il gardait dans sa poche (Gobierno de México, 2020c). Les deux responsables ont répété, jusqu'en juin, qu'il n'y avait aucune preuve que les masques contribuaient à réduire les infections. Le tourisme international n'a jamais été soumis à des restrictions, et les infections le long de la frontière mexicaine et dans les principales destinations touristiques du pays n'ont pas été désagrégées. Nous avons appris par la suite que le chômage, la saturation des hôpitaux et le manque de soins avaient entraîné des taux d'infection et de mortalité extrêmement élevés dans ces villes.

En avril, l'économie a été bloquée, à l'exception des services essentiels, ce qui a entraîné un pic important du chômage et du sous-emploi. Les employeurs ont reçu l'ordre de maintenir tous leurs travailleurs en activité, au moins avec un salaire minimum, mais il n'y a pas eu de politique spéciale en matière de remplacement des revenus. En mai 2020, le secrétaire adjoint à la santé a annoncé que « nous avons aplani la vague ». Les médecins résidents dans les hôpitaux mexicains sont accusés de mauvais soins et doivent acheter leurs propres équipements de protection individuelle (EPI), qui sont extrêmement rares. Plus de 1 200 médecins sont ainsi décédés. (Institute for Global Health Sciences, UCSF, 2021).

Divers moyens permettent d'évaluer si la réponse d'un système est adéquate ou non. Dans le cas présent, nous nous tournons vers une comparaison nord-américaine de L'impact de la COVID. Étant donné que le Mexique, les États-Unis et le Canada utilisent des systèmes de reporting différents, l'analyse qui suit s'appuie sur l'enquête AEC-Metropolis sur la COVID, qui comportait cinq vagues et a été mise en œuvre simultanément dans les trois pays, entre 2020 et 2022.

6 Et, un an après son inauguration, elle n'a toujours pas raffiné son premier baril de pétrole.

L'enquête a posé les mêmes questions, avec leur traduction, pour chaque pays. Bien qu'il ne soit pas possible de garantir que les questions aient la même signification dans chaque matrice culturelle, il s'agit de la meilleure source pour une comparaison des principaux événements et tendances liés à la COVID-19 en Amérique du Nord[7].

Les sources officielles estiment que le Mexique est le pays d'Amérique du Nord où la prévalence de la COVID-19 est la plus faible. Cependant, d'après l'enquête, le taux d'infection au Mexique était le plus élevé parmi les trois pays. Il convient de souligner l'augmentation sensible de l'incidence rapportée par les personnes interrogées entre mars et août 2022. Les chiffres les plus représentatifs sont ceux d'août 2022. En somme, les taux enregistrés au Mexique étaient les plus élevés et, à raison de 1:10, avec un écart entre les données officielles et les déclarations spontanées nettement plus important que dans les deux autres pays.

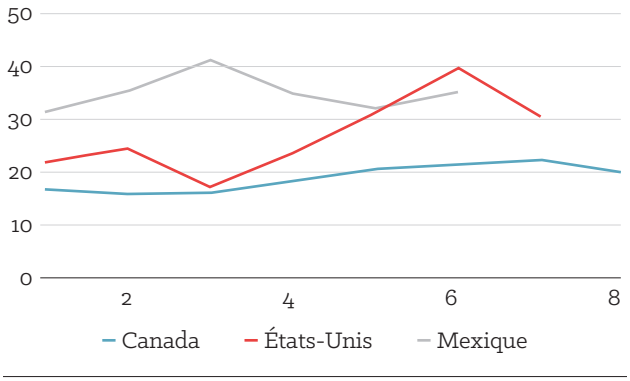
Est-ce que cette incidence accrue à la COVID-19 est liée à l'égalité ou à l'inégalité sociale en matière d'infection ? La Figure 1 montre les taux d'infection par classe de revenu, selon l'enquête de l'AEC-Metropolis.

La Figure 1 montre que les infections sont « progressives » (elles augmentent avec le revenu) au Canada et aux États-Unis, tandis qu'au Mexique, les classes de revenu présentant l'incidence la plus élevée sont les classes 2, 3 et 4, ce qui correspond à peu près aux classes urbaines à faible revenu. Ces personnes ont été traitées soit par le système de santé mexicain « ouvert », soit par des pharmacies privées. En d'autres termes, les classes modestes étaient mieux protégées aux États-Unis et au Canada qu'au Mexique. Il y a lieu de souligner que la classe la plus défavorisée du Mexique était moins exposée à l'infection. Elle se compose essentiellement d'habitants des zones rurales. Il faut également noter que le nombre de classes de revenus varie d'un pays à l'autre.

La nature « progressive » de l'infection aux États-Unis et au Canada peut être liée à la capacité des personnes les plus aisées à consacrer davantage de temps et d'argent au dépistage, ce qui se traduit par un plus grand nombre de résultats positifs, ainsi qu'à une moindre aversion au risque dans les classes de revenus supérieures, ou à d'autres causes. Quoi qu'il en soit, il existe un contraste dans la dynamique de classe des infections déclarées. Cela peut aussi être dû à la propension des différentes classes sociales à trouver ou à accepter la vaccination.

On pourrait supposer que l'incidence plus élevée de la COVID-19 au Mexique dans les classes à faible revenu était

FIGURE 1. INFECTIONS AUTODÉCLARÉES PAR CLASSE DE REVENU QUATRIÈME VAGUE, MARS 2022 (%)



Source : AEC-Metropolis : Enquête AEC-Metropolis sur la COVID, 4e vague (2022).

TABLEAU 1. FRÉQUENCE D'AUTODÉCLARATION DE LA COVID-19 : CANADA, ÉTATS-UNIS, MEXIQUE (%)

	Sources officielles (août 2022)	AEC - Metropolis, auto-déclaration (mars 2022)	AEC - Metropolis, auto-déclaration (août 2022)
Canada	11,1	17,8	39,4
États-Unis	28,4	25,3	37,9
Mexique	5,4	35,6	49,8

Sources : Enquête AEC-Metropolis, vagues 4 et 5, CDC (2020), Université Johns Hopkins (2020/2023)[8], Secrétariat mexicain à la santé (2020).

7 C'est au répondant de déterminer s'il a souffert ou non de la COVID. L'enquêteur n'a pas demandé de preuves. On pourrait dire que les milieux où l'accès au dépistage est plus facile affichent des taux de prévalence plus élevés. Toutefois, dans le cas présent, c'est au Mexique que l'incidence est la plus élevée, ce qui semble renforcer la disparité entre les trois pays.

8 Le 10 mars 2023, le Coronavirus Resource Center a cessé de collecter des données après trois années de fonctionnement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les informations collectées pendant cette période peuvent être consultées à l'adresse suivante : https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19.

associée à un taux total de vaccination plus bas, ou à un taux de vaccination plus bas dans les classes à faible revenu. Pourtant, ce n'est pas le cas. Les taux de vaccination auto-déclarés (qui sont moins sujets à l'erreur que les taux de vaccination contre la COVID) sont plus élevés au Mexique qu'aux États-Unis.

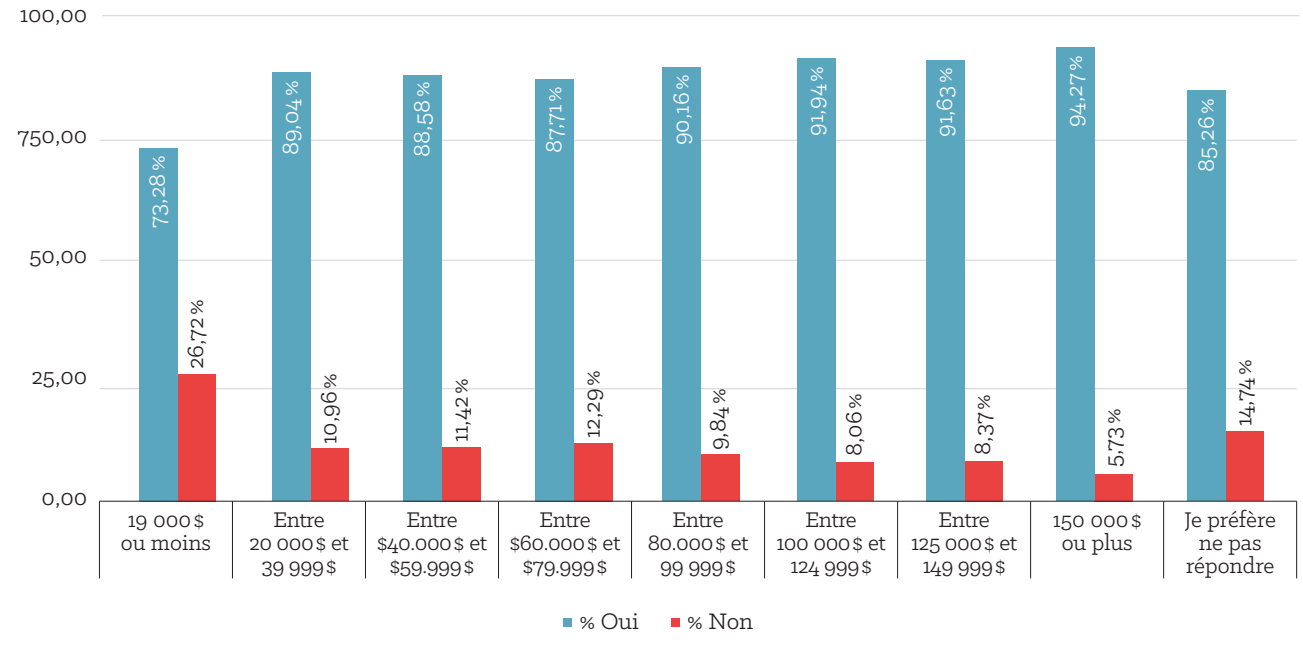
Les résultats de l'enquête AEC-Metropolis montrent que les taux de vaccination étaient plus élevés au Mexique depuis mars 2022 qu'aux États-Unis, et comparables ou plus élevés au Mexique qu'au Canada (l'échantillon mexicain est plus petit, et les marges d'erreur sont plus élevées, en particulier lorsqu'elles sont désagrégées). En fonction de la classe sociale, les taux de vaccination étaient les plus disparates aux États-Unis (quelle que soit la définition des classes sociales), les classes aux revenus les plus faibles affichant des taux de vaccination inférieurs à 60 % et les plus élevés avoisinant les 90 %. En d'autres termes, la distribution sociale en matière de vaccination n'explique pas les résultats sanitaires nettement moins satisfaisants du Mexique, ni ses taux d'infection socialement régressifs. Au Mexique, la priorité a été donnée aux personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui a permis aux agents opérationnels de poursuivre leur travail avant que des quantités massives de vaccins ne soient disponibles.

Le timing et la structure de la campagne mexicaine peuvent toutefois s'avérer très pertinents. Au Mexique, le gouvernement a décidé de n'autoriser que les prestataires de santé publique et l'armée à organiser des vaccinations de masse. Il a décidé de renoncer à son dispositif de vaccination du secrétariat pour le bien-être (qui avait reçu des récompenses internationales pour sa large couverture des vaccins de base) et a préféré faire appel à l'armée et au personnel du Secrétariat à la Santé pour déployer leurs agents. Il convient de noter que le dispositif de vaccination du Secrétariat à la Santé a été sérieusement dépourvu de financement jusqu'en 2020. Les médecins privés n'avaient pas accès aux vaccins. La vaccination a commencé dans les communautés mexicaines les plus marginalisées socialement, typiquement rurales, éloignées et faiblement desservies. Elle a ensuite progressé vers les villes de taille moyenne, avant d'arriver dans les centres métropolitains une fois que les stocks de vaccins ont augmenté (Institute for Global Health Sciences, UCSF, 2021). On peut raisonnablement supposer que cette stratégie a surtout profité aux populations rurales démunies et aux personnes âgées, et que les populations urbaines défavorisées en âge de travailler dans les zones métropolitaines ont été parmi les plus affectées. Bien que cette stratégie semble être socialement progressiste, les classes à faible revenu des zones métropolitaines du Mexique ont été parmi les dernières à en bénéficier. Cette situation, associée à l'absence de programmes de remplacement des revenus, les a obligées à continuer à travailler et elles ont été confrontées à des taux d'infection élevés.

REMARQUES FINALES

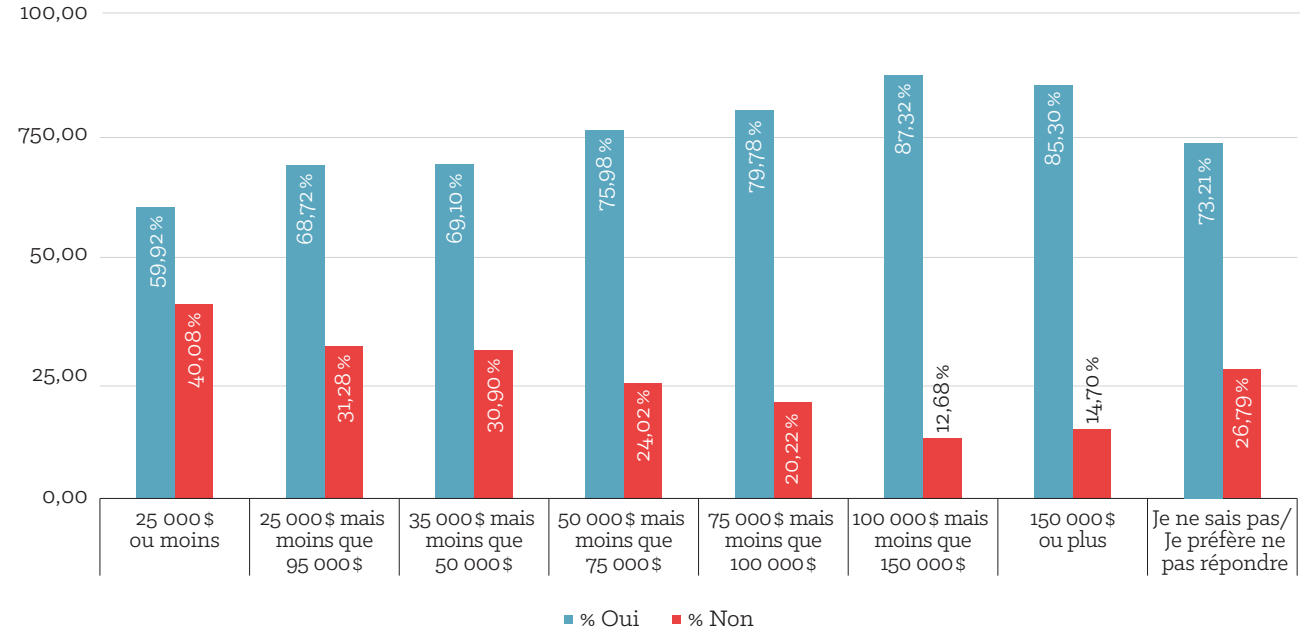
Cet article vise à démontrer que les taux élevés d'infection au Mexique sont dus au chaos (et aux coupes budgétaires) associé à la réforme du système de santé du Mexique en 2019.

FIGURE 2. TAUX DE VACCINATION PAR CLASSE DE REVENUS, CANADA (%)



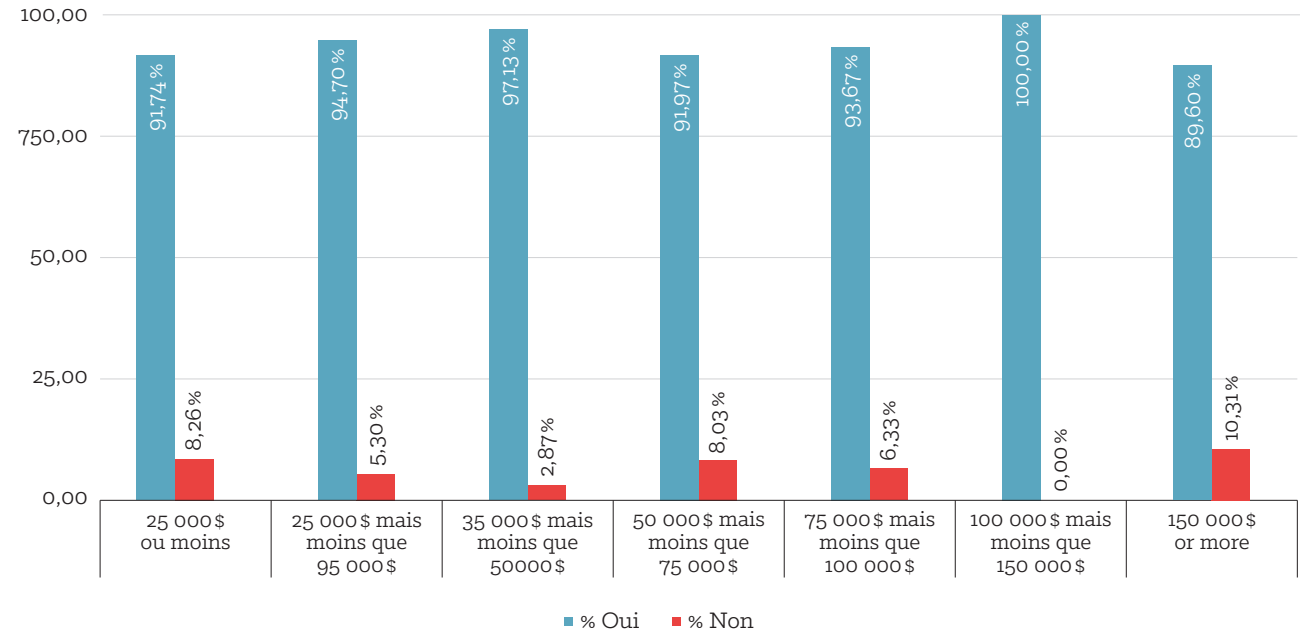
Source : Enquête AEC-Metropolis sur la COVID, 4e vague (2022).

FIGURE 3. TAUX DE VACCINATION PAR CLASSE DE REVENUS, ÉTATS-UNIS



Source : Enquête AEC-Metropolis sur la COVID, 4e vague (2022).

FIGURE 4. TAUX DE VACCINATION PAR CLASSE DE REVENUS, MEXIQUE



Source : Enquête AEC-Metropolis sur la COVID, 4e vague (2022).

Bien qu'il y ait eu quelques réussites au niveau national pour ce qui est de permettre à une population de bénéficier en toute sécurité, d'un point de vue sanitaire et économique, d'un programme de vaccination complet, la stratégie du Mexique a dû faire face à la pandémie avec un Secrétariat à la Santé fortement affaibli, qui n'a jamais surmonté la restructuration découlant de la cessation du *Seguro Popular* et de la mise en place de l'Institut de santé pour le bien-être (INSABI). L'analyse ci-dessus a montré que les classes à faible revenu dans les zones urbaines du Mexique ont été les plus touchées par l'infection et que leurs taux d'infection étaient plus élevés par rapport à ceux des États-Unis ou du Canada.

Cet article n'a pas analysé les taux de létalité, qui étaient également beaucoup plus élevés au Mexique que dans les deux autres pays, soit 9 % au cours des deux premières années de la pandémie. En d'autres termes, les hôpitaux étaient particulièrement mal équipés pour traiter les malades.

En avril 2023, le parti officiel majoritaire au Congrès a voté l'abolition de l'INSABI et a transféré tous ses actifs et responsabilités à l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale (IMSS). Mais quelle que soit la structure de la dernière réforme du système de santé, si le financement fait défaut, il est peu probable qu'il soit en mesure de répondre à une nouvelle urgence sanitaire.

RÉFÉRENCES

ACS. (2022). *COVID Impacts – A CIHR-funded Project*. www.covidimpacts.ca

Campos, M. et Cano, J. (8 avril 2023). *El ocaso del Fonsabi*. México Evalúa. www.mexicoevalua.org/el-ocaso-del-fonsabi

CDC. (28 mars 2020). *COVID Data Tracker*. Centers for Disease Control and Prevention. https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker

Conacyt. (2020). *COVID-19 Tablero México*. COVID-19 Tablero México. https://datos.covid-19.conacyt.mx/index.php

Coneval. (2018). *Anexo estadístico 2018*. www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2018.aspx

Escobar Latapí, A. (3 mars 2022). *¿Qué cambios hay en la pobreza en Guanajuato? Lecciones de la medición 2010–2020 del CONEVAL* [*What changes are there in poverty in Guanajuato? Lessons from the CONEVAL 2010–2020 measurements*]. Difusión Cultural ENES León, México. https://fb.watch/gBtP-nJ5-1/

Escobar Latapí, A. et González de la Rocha, M. (2022). *Acceso efectivo al desarrollo social: Necropsia y lecciones de dos acciones gubernamentales. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social* (Publicaciones de la Casa Chata).

García-Junco, D. (23 février 2012). El Seguro Popular. Coneval, México.

Gobierno de México (Director). (28 février 2020a). *#ConferenciaPresidente I Viernes 28 de febrero de 2020*. www.youtube.com/watch?v=NNwrYRoK-eo

Gobierno de México (Director). (4 mars 2020b). *#ConferenciaPresidente | Miércoles 4 de marzo de 2020*. www.youtube.com/watch?v=IuiozLGlDB0

Gobierno de México (Director). (18 mars 2020c). *#ConferenciaPresidente | Miércoles 18 de marzo de 2020*. www.youtube.com/watch?v=M_i9P0G0T8E

Gobierno de México (Director). (23 mars 2020d). *#ConferenciaPresidente | Lunes 23 de marzo de 2020*. www.youtube.com/watch?v=O6FfUlCYysQ

IMSS. (2003). *Informe Financiero y Actuarial al 31 sw diciembre de 2003*. www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ifa/ifa-2003.pdf

IMSS. (2019, May 21). *Presenta Germán Martínez Cázares al Consejo Técnico del IMSS su renuncia a la Dirección General del Instituto. gob.mx*. www.gob.mx/imss/prensa/presenta-german-martinez-cazares-al-consejo-tecnico-del-imss-su-renuncia-a-la-direccion-general-del-instituto

Institute for Global Health Sciences, UCSF. (2021). *Mexico's Response to COVID-19: A Case Study*. University of California San Francisco. https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/mexico-covid-19-case-study-english.pdf

Johns Hopkins University. (2023). *COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University*. https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19 (Original work published 2020)

Reyes-Morales, H., Dreser-Mansilla, A., Arredondo-López, A., Bautista-Arredondo, S.et Ávila-Burgos, L. (2019). « *Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019* ». *Salud Pública de México*, 61(5 sept-oct), Article 5, sept-oct. https://doi.org/10.21149/10894