



10

SALUD

10 SALUD

ARTÍCULOS

La salud en México. La creación de una crisis	545
Muy lejos de las metas del 2030: La salud en declive en México	571





LA SALUD EN MÉXICO. LA CREACIÓN DE UNA CRISIS

Por: Xavier Tello

INTRODUCCIÓN.

El sistema de salud en México pasa por una de las peores crisis de su historia. Una terrible combinación de ignorancia, incompetencia e ideología ha logrado poner millones de mexicanos en una brutal incertidumbre sobre el acceso a una atención médica de calidad y a tiempo.

México tiene, seguramente, el sistema público de salud más complicado del mundo. Hasta el 2018, se componía de cinco grandes instituciones: IMSS, ISSSTE, los servicios médicos de las Fuerzas Armadas y el Servicio Médico de PEMEX, además de 32 sistemas de salud estatales y una docena de subsistemas adicionales.

Cada uno de estos servicios, funcionaba de manera autónoma, pero con la rectoría en políticas, normas y procedimientos de salud proveniente de la Secretaría de Salud a través de diferentes instancias y consejos rectores.

En el caso de las instituciones, cada una de ellas cuenta con un presupuesto propio, basado en aportaciones de sus derechohabientes (y patrones en el caso del IMSS) así como aportaciones gubernamentales. Los servicios de salud estatales recibían recursos federales, aunque fondeados por el presupuesto y tesorería de cada entidad.



En México, aproximadamente el 50% de la población está cubierta por alguna de las grandes instituciones; el resto debe recurrir, en el caso de los servicios de salud públicos, a los sistemas estatales o a las unidades médicas de la Secretaría de Salud. Es aquí donde comienzan los problemas con la cobertura del sistema.

Para fines prácticos se considera que los mexicanos tienen una cobertura de servicios de salud, cuando están afiliados a alguna de las grandes instituciones. Quien no tiene afiliación, como los emprendedores, comerciantes, empleados informales o eventuales, desempleados o indigentes, pueden ser atendidos en las unidades de salud estatales o de la Secretaría de Salud; sin embargo, estas unidades médicas, hasta diciembre del 2019, debían cobrar una cuota de recuperación por sus servicios. En la mayoría de los casos, deben comprar sus propios medicamentos o insumos como tornillos para reparar fracturas, catéteres, material de curación etc.

El que un paciente deba pagar, lo diferencia de los pacientes derechohabientes que “no pagan” nada por su atención médica (aunque en el caso del IMSS la afiliación se descuenta de su salario). Al tener presupuestos limitados y depender, en gran medida, de las cuotas de recuperación, la atención médica tiende a ser más precaria y con carencias. Finalmente, es entendible que la mayoría de los pacientes no derechohabientes, carecerán de recursos propios para comprar medicamentos de cierto nivel de precios, una prótesis de cadera, válvulas cardíacas o un marcapaso.

Visto en este contexto, al hablar de “cobertura universal”, hablamos de que toda la población tenga acceso a servicios de salud de calidad, sin tener que desembolsar de manera directa o, si acaso, hacerlo con un copago mínimo.

Para el 2018, la cobertura de los servicios de salud gubernamentales tendía a universalización. Con el fin de apoyar a los pacientes no derechohabientes, con la cobertura de sus gastos, en 2003 se fundó el Seguro Popular; un organismo de fondeo a través de un sistema de aseguranza voluntaria. El Seguro Popular, fue creciendo su cobertura durante 15 años, a partir de cálculos actuariales y beneficiaba además a la población mediante un “Fondo de Gastos Catastróficos” que estaba diseñado para la atención de enfermedades de muy alto impacto económico.

El Seguro Popular fue eliminado en enero del 2020. Como veremos más adelante, no hubo una lógica en su abolición; sin embargo, fue sustituido por el Instituto para la Salud y el Bienestar (INSABI) bajo la promesa de una “gratuidad” y acceso universal. En 2020, el artículo 4° de la Constitución que establece el derecho a la salud, fue modificado para incluir el concepto de gratuidad. A partir de ese momento, todos los servicios médicos no institucionales deben, en teoría, atender sin costo a todos los pacientes, de todas las enfermedades.

La propuesta que a primera vista parece justa y correcta; ha demostrado no tener éxito

¿Qué se requiere para lograr un acceso universal a la salud? ¿Qué es lo que ha faltado en México para



lograrlo? ¿En qué falló la administración actual en su intento por universalizar la salud?

Este apunte no tiene por objeto hacer un profundo análisis numérico o estadístico; no solo porque para ello existen mecanismos y fuentes de información específica, sino porque el estudio detallado de cada

TODO COMIENZA CON EL DINERO.

México es un país de ingreso medio, sin embargo, históricamente ha tenido una inversión en salud muy pobre. Con apenas poco más de 600 dólares por habitante, es el país que menos presupuesto gubernamental aporta para la atención médica per capita, pero el quinto con mayor gasto de bolsillo¹ (el dinero que los pacientes pagan de manera personal por su atención médica) de entre los de la OCDE.²

Reino Unido, Dinamarca y Gran Bretaña, son países que invierten más de cuatro mil dólares por habitante y ni allí el sistema de salud es completamente gratuito.³

Las razones por las que México invierte tampoco dinero en la salud son desconocidas; sin embargo, si somos perspicaces, podemos analizar el problema históricamente. Hasta antes de la creación del IMSS en 1943,⁴ el sistema de salud pública en México consistía en lo que la Secretaría de Salubridad y Asistencia pudiera proporcionar a la población, dejando gran parte de la carga hacia el gasto de bolsillo. El IMSS es un sistema fondeado de manera tripartita; es decir, una parte de sus ingresos proviene de las aportaciones directas de los trabajadores, otra parte

uno de los puntos daría como resultado varios volúmenes de información.

Lo que ofrezco a continuación, es mi visión sobre las necesidades históricas y actuales de la salud en México.

de las cuotas patronales y una tercera, del presupuesto gubernamental asignado.

La creación de los servicios institucionales de salud (primero el IMSS, luego el ISSSTE, etc) creó, empero, un incentivo perverso para no incrementar el presupuesto directo hacia la atención médica, bajo la teoría de que el número de derechohabientes se incrementaría y, de alguna forma, se crearía un mecanismo autosustentable de gasto; esto es, entre más derechohabientes hubiera, mayor sería la cantidad de dinero disponible para la atención médica. Algún día, de alguna manera, toda la población tendría un empleo y por lo tanto, el servicio de salud sería autosustentable. Esto nunca sucedió.

Primeramente, la figura de las instituciones como proveedoras de servicio médico quedo “contaminada”, al mezclarse la atención en salud, con otras prioridades. Pongamos el ejemplo del IMSS que, paralelamente a al servicio de salud, se convirtió en un fondo de pensiones y durante los años 70 y 80 ofreció una serie de servicios adicionales como unidades deportivas, teatros y centros vacacionales. Paulatinamente el presupuesto del IMSS se convirtió



en una combinación de ahorros para el retiro de los derechohabientes, salarios y pensiones a los trabajadores del mismo instituto y con ello, la proporción del presupuesto asignado al servicio médico se hizo cada vez menor.

No es mi intención abordar en este texto los pormenores del problema financiero del IMSS; sin embargo, en el diseño de este modelo, nunca se consideró un cambio demográfico radical en el cual la población iría incrementando su esperanza de vida; es decir, cada vez habría más viejos que requerirían más servicios médicos, durante más tiempo; cómo tampoco se consideró, que las condiciones económicas del país, a la larga, no propiciarían esta bonanza de empleos y de asalariados derechohabientes de esta institución.

Hasta la primera década de este siglo, las grandes instituciones tuvieron un papel protagónico en el cuidado de la salud, mientras que el presupuesto para la atención a la población no derechohabiente se mantuvo en niveles marginales. En el presupuesto de la Secretaría de Salud, el monto más grande se asignaba a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)⁵; sin embargo, la parte más importante y que siempre queda pendiente, es el primer nivel de atención.

Desde finales del siglo pasado, se buscó descentralizar los recursos en salud, haciendo responsables a cada uno de los estados, de la administración de su propia atención médica, con la esperanza de que los recursos aportados por cada entidad pudieran enriquecer la calidad de los servicios de salud de los primeros niveles de atención. En un inicio, el modelo

resultó atractivo y, de algún modo se lograba el objetivo de acercar los servicios médicos, a las poblaciones de los estados, haciendo corresponsables a sus gobiernos.⁶

Con esta nueva asignación de responsabilidades, el presupuesto destinado a la salud comenzaba a adquirir sentido; sin embargo, no se había incrementado en términos reales y un punto que quedaba pendiente era el de poder acercar servicios de salud de alto costo a todos los pacientes y el poder protegerlos ante la llegada de los llamados “gastos catastróficos”.

Un sistema de salud puede absorber el gasto generado por las acciones de medicina preventiva, así como los primeros niveles de atención; sin embargo, en el momento en que los pacientes presentan enfermedades crónicas que requieren de tratamientos complejos y medicamentos de alto costo, la capacidad del sistema comienza a saturarse. Dicho de otro modo, no hay dinero que alcance para muchos pacientes con enfermedades caras. Al final, estos pacientes tienen que recurrir a un gasto de bolsillo que les es imposible, o ser atendidos en instituciones de asistencia privada.

Pensando en ello es que se creó el Seguro Popular cómo un sistema de financiamiento para la protección de todos los mexicanos que carecieran de un sistema de salud institucional.⁷

El Seguro Popular no era un servicio médico, ni fue pensado para serlo. El Seguro Popular era un mecanismo de financiamiento al cual, las personas



acudían de manera voluntaria para, mediante una aportación variable, quedar protegidos en sus gastos médicos, con coberturas que les garantizaban atención a un número paulatinamente mayor, de enfermedades catastróficas. Ese dinero, era asignado a cada uno de los estados de acuerdo con el número de asegurados y las necesidades proyectadas para enfermedades de alto costo. Sin embargo, un error grave de diseño del Seguro Popular fue su poca capacidad de auditar el manejo de los recursos y fue por ello que se dieron casos de malos manejos en diferentes estados de la República.

En el periodo de 2006 a 2012, el presupuesto a la salud se incrementó al 2.9% del PIB; sin embargo, del 2014 al 2018, ocurrieron importantes recortes

SE REQUIERE CONTINUIDAD.

Si bien, el nivel de inversión en salud nunca ha sido ni siquiera cercano al óptimo, lo que existía en el sistema de salud en México era continuidad. Esto no es una casualidad. La salud y el acceso a la atención médica son políticas que en todos los países tienden a trascender a los cambios de gobierno e incluso a los cambios de régimen. Nuestro país no era la excepción.

Desde hace más de 70 años, particularmente desde principios de los años 80, las políticas en salud de México llevaron una lógica y una continuidad, que los hizo mantenerse mediante programas específicos que iban a enriqueciéndose con el paso del tiempo, no importando el gobierno en turno.

presupuestales que lo llevan apenas 2.5% del PIB.⁸

La llegada de un gobierno de izquierda a finales del 2018 se preveía cómo un importante incremento al presupuesto en salud. Fue todo lo contrario. La asignación de recursos no solamente disminuyó en términos reales, sino que poco a poco los recursos asignados al Seguro Popular pasaron a formar parte del gasto corriente, aunque paradójicamente, el presupuesto es menor a lo que debería hacer la sumatoria de ambas cifras.⁹ Aunque en el papel pareciera que la cifra asignada es mayor, en realidad, los recursos a la salud han disminuido, colocándonos en el lamentable puesto en el que nos encontramos en el reporte de la OCDE que ya comenté.

Para ponerlo en términos entendibles, México iba logrando avances en salud de manera lenta pero continua. Hasta bien entrado a la segunda mitad del siglo pasado, México era aún un país con una gran mortalidad materno infantil. Su morbilidad era característica de los países subdesarrollados y con pocas medidas higiénicas; así, las enfermedades infectocontagiosas eran la causa más común de consulta médica y de mortalidad.¹⁰

A partir de la coordinación de los servicios de salud a finales de los años 70 y, posteriormente, la creación del Consejo Nacional de Salud en 1986,¹¹ se fueron adoptando políticas encaminados a la prevención de enfermedades, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las mismas.



Así, a principios de los años 80 vimos nacer las semanas nacionales de vacunación¹² y México, poco a poco fue convirtiéndose en uno de los países con el esquema de vacunación más completo, abarcando 14 enfermedades y administrando vacunas de manera universal y gratuita. Los resultados saltan a la vista, con una disminución radical en la mortalidad infantil producto de la disminución en las enfermedades prevenibles por vacunación, aunado a un incremento de las medidas preventivas y sanitarias de la población.

Cómo lo mencioné, las políticas en salud siempre se caracterizan por su continuidad, con lo que cada

INJUSTICIAS Y CONTRASTES

Como ya lo comenté, la enorme complejidad del sistema público de salud en México hace que encontremos enormes contrastes. De esta manera, existen grandes Institutos Nacionales de Salud, donde se realiza medicina de alta especialidad, con instalaciones de clase mundial y profesionales de la salud que se encuentran entre los expertos del más alto nivel internacional; en el otro extremo, existen pequeños y deteriorados centros de salud pertenecientes a los sistemas estatales, la mayor parte de ellos situados en zonas rurales y que carecen de infraestructura, equipo básico y medicamentos además de ser atendidos por un médico pasante realizando su servicio social.

Mientras que el IMSS puede dar atención de tercer nivel en sus Centros Médicos Nacionales, sus unidades de medicina familiar y hospitales gene-

gobierno iba aportando algo nuevo. De esta manera, se crearon campañas de prevención para diferentes enfermedades y, por ejemplo, se puso un énfasis especial en la prevención del cáncer en las mujeres.¹³

El sistema de salud de México había logrado superar barreras de diferencias políticas. Así, durante la etapa de transición política que se dio a principios de este siglo, se lograron mantener objetivos de cobertura y mejoría en los indicadores de salud.

No es sino hasta el inicio de esta administración, cuando todo cambió radicalmente. La continuidad se perdió y todo comenzó a “reinventarse”.

rales de zona pueden ser terriblemente básicos, y contar con instalaciones deterioradas, equipo en mal estado y un importante desabasto de medicamentos que comentaré más adelante.

Y son precisamente estos contrastes, los que hacen que el sistema público de salud en México sea particularmente inequitativo e injusto. Mientras los elementos de las Fuerzas Armadas gozan de un servicio médico eficiente y con relativamente pocas carencias, o el personal de Pemex llegó a tener acceso a un envidiable sistema de salud, las poblaciones no aseguradas, están a merced de los escasos presupuestos y falta de planeación por parte de las autoridades estatales y federales.

La peor atención la reciben normalmente los más pobres; de ahí la importancia de un mecanismo de



financiamiento como lo era el Seguro Popular. A través de este, esas poblaciones de menores recursos podían acceder a los Institutos Nacionales de Salud o, si era necesario atención médica privada o en instituciones de asistencia privada como FUCAM.¹⁴

Si bien la salud se considera un derecho humano básico, diferentes países han optado por resolver el acceso a la atención médica de diferentes formas. En todas ellas, se considera alguna forma de atender a la población, haciéndose cargo directamente de los gastos o reembolsándolos a los pacientes.

En México, sin embargo, ha existido históricamente una visión errónea de la salud, más que como un

EN DONDE ESTAMOS

Como lo comenté, México enfrenta la peor crisis de salud en su historia. Lo que comenzó como un pésimo ejercicio de inexperiencia, se convirtió súbitamente en la combinación de varios problemas autoinfligidos que se han combinado de forma macabra afectando la salud y la vida de millones de mexicanos.

Desde el inicio de la administración, se tomaron malas decisiones; la primera de ellas la centralización de todas las compras gubernamentales que, al traducirse a las adquisiciones del sector salud, causó el enorme desabasto de medicamentos e insumos para la salud que el sector ha padecido desde hace ya tres años.

A principios de este año, publiqué “La Tragedia del Desabasto” (Planeta, 2022), en donde analicé

derecho, como una graciosa concesión del Estado. De este modo, el gobierno se ha convertido en poseedor de la infraestructura y los recursos materiales y humanos, y funge como un dador (literal) de atención y medicamentos de forma directa a los pacientes. Esta meta-política ha ocasionado, además de una calidad insuficiente en la atención médica, no pocas ocasiones, la utilización de la salud como una forma de negociación política, operación partidista o manejo clientelar.

Finalmente, la tradición de casi 80 años en México ha hecho que el acceso a los servicios de salud esté sujeto al condicionamiento de los políticos en turno.

a detalle los orígenes y consecuencias de este problema. Para ello, me base en gran medida en datos proporcionados por organizaciones como el colectivo “Cero Desabasto”¹⁵ e INEFAM, quién es en el mes de febrero confirmaron que el 2021 fue el año con el peor desabasto de fármacos¹⁶ y que, contraviniendo toda lógica, la transparencia se había perdido al tiempo que siete de cada 10 compras se estaban realizando mediante adjudicación directa.

La figura del gobierno mexicano como un monopsonio ha producido un ambiente anticompetitivo, en donde los proveedores de insumos para la salud nacionales han sido castigados y el proceso general de adquisiciones, ha quedado en manos de incompetentes. Al momento de escribir este texto, el INSABI en combinación con la UNOPS, notificaba supuestos



logros en un proceso de adjudicación que en realidad dejaba ver falsos ahorros y un encarecimiento innecesario en el proceso de distribución.¹⁷

El desabasto de medicamentos fue el primer gran error. Pocos meses después, México comenzó a presenciar la falta de cobertura médica para los más necesitados tras la abolición del Seguro Popular. De acuerdo con CONEVAL,¹⁸ el número de mexicanos sin acceso a servicios de salud se incrementó de 20.1 a 35.7 millones de personas en el período del 2018 al 2020.

La eliminación del único sistema de fondeo para servicios de salud, que brindaba cobertura a los pacientes no derechohabientes logró, de un solo golpe dejar sin servicio de salud a 15.6 millones de mexicanos.

En enero de 2020 y hasta la declaración de la pandemia, fue común ver en los noticieros a pacientes que lloraban desconsolados al llegar a hospitales donde no se les brindaba ya tratamiento debido a que, sin Seguro Popular, no había manera de cubrir los costos de su atención.

Peor aún, los sistemas de salud estatales y los pertenecientes a la Secretaría de Salud que, como comenté anteriormente, tenían la capacidad de cobrar cuotas de recuperación, súbitamente, no solamente tuvieron prohibido hacerlo, sino que ahora estaba proscrito el solicitar a los pacientes que adquirieran sus medicamentos o insumos por su cuenta. Si a esto le sumamos el enorme desabasto de medicamentos, de repente los médicos del sector

salud no solo no tenían como atender a los pacientes, sino que además tenían prohibido recetarles o recomendarles que compraran medicamento o insumos, so pena de perder su trabajo.¹⁹

El Seguro Popular desapareció y, en su lugar se creó el INSABI. Una entelequia que pretendía hacerse cargo de establecer la cobertura médica para la población no derechohabiente. Sin objetivos establecidos y sin reglas de operación, el INSABI ha dado traspies en cada una de sus acciones. Desde el no facilitar la atención a quienes perdieron su cobertura por el Seguro Popular, hasta el desastroso manejo del abasto de medicamentos de manos de la UNOPS, la realidad el INSABI tenía al final, una misión: hacerse de los recursos del Seguro Popular y del sistema de salud.

Al momento de escribir este texto, el INSABI es el órgano que decide el manejo y destino de los recursos para la salud en todas las instituciones menos en el IMSS. Al final, el objetivo de esta administración se cumplió: Eliminar el Seguro Popular y quedarse con sus recursos. Luego, fue más allá: decretar un manejo único y discrecional de los recursos para la salud en México.

Fue en medio de esta crisis donde estábamos, cuando llegó la pandemia a México. El mal manejo de ésta, producto de una colección de malas decisiones, dejó un saldo, a la fecha, traducido en un exceso de mortalidad de más de 700 mil fallecidos reflejados como exceso de mortalidad.²⁰

El manejo de la pandemia se ha convertido, quizá,



el tema más controversial de este gobierno. Desde la obcecación de ejercer un manejo casi personal de la crisis, haciendo un lado al Consejo de Salubridad General,²¹ quién tiene el mandato constitucional para establecer las acciones a tomarse a nivel nacional durante una epidemia de esta magnitud, hasta un conjunto de desatinos que incluyen el no adquirir equipo de protección personal a tiempo, el negar públicamente los beneficios del uso del cubrebocas o la recomendación de quedarse en casa, motivo por el cual muchos pacientes murieron sin haber acudido a un hospital.

México fue uno de los primeros países en el mundo en administrar la vacuna contra la covid-19; sin embargo, la política de vacunación se convirtió rápidamente en un ejercicio absurdo de control político. El sistema de administración paulatina de vacunas y únicamente a través de las “Brigadas Correccaminos”, ocasionó largas filas, tiempos de espera absurdos y desabasto de vacunas en muchos sitios geográficos; el mensaje era claro: gobierno federal sería el único que “otorgaría” las vacunas y lo haría a su modo, en su tiempo, y en los lugares que éste decidiera. La instrucción de la política de vacunación le daba especial protagonismo a los “Siervos de la Nación” y dejaba a un lado, de manera absurda, la gran experiencia de médicos, personal de enfermería y brigadas de vacunación que durante décadas lo habían hecho de forma exitosa en todo el territorio del país.

En uno de los absurdos más grandes, se estableció que las vacunas para el personal de salud solamente serían administradas a los profesionales laboraban

dentro del sector salud; es decir médicos, personal de enfermería, auxiliares y técnicos que trabajaran en el sector privado, no estarían incluidos. Debían esperar.

El tiempo pasó y la vacunación nunca se llevó a cabo formalmente para este sector. Fue hasta apenas el pasado 26 de mayo, cuando la suprema corte de justicia de la nación determinó que debían incluirse y no ser discriminados.²² Lamentablemente, en el camino, fallecieron médicos, personal de enfermería, incluso estudiantes de medicina. México es, por cierto, el país donde más personal de salud falleció al ser contagiado por covid-19²³.

A lo largo del año pasado, México fue quedándose atrás en el avance en la vacunación y para finales del 2021, solamente el 65% de la población contaba con un esquema completo. Durante meses, el gobierno federal se negó a vacunar a los menores de edad. Fue hasta principios de este año cuando, debido a la presión popular e internacional, se tomó la decisión de inmunizarlos.

Lamentablemente, México había terminado sus contratos con Pfizer. Apenas en noviembre de 2021, Hugo López Gatell comentó que no se renovarían los contratos con esta empresa, pese a que Pfizer se había acercado desde el otoño pasado a ofertar vacunas pediátricas al gobierno de México quien se negó a comprarlas.

Para junio de 2022, México apenas está finalizando la administración de la primera dosis de vacuna a menores de 12 a 17 años. Falta mucho por hacer,



sobre todo cuando en los Estados Unidos y en los países europeos, los menores de cinco años o más ya están recibiendo sus segundos refuerzos. Apenas la última semana de mayo del 2022, Hugo López Gatell mencionó que “nos encantábamos en negociaciones con Pfizer” para adquirir las vacunas para los menores de 5 a 11 años.²⁴

A este punto ya es claro que el gobierno quiere que covid, sea ya un asunto del pasado. La manifiesta falta de control que tuvo los pasados dos años sobre el problema, ocasionó que la pandemia se colocara como el tema principal en la agenda política. Durante la parte más grave de la crisis, el nivel de la información al público estuvo muy lejos de reflejar la verdadera gravedad de esta. Éste es quizá el error más grande en el manejo de la pandemia: el no haber logrado imbuir un adecuado sentido de alarma a

¿CÓMO LLEGAMOS A ESTO?

A lo largo de este análisis, podemos percibir una constante toma de malas decisiones que, definitivamente, no son casuales. Es bastante claro que, entre los objetivos de este gobierno, se encontraba el desmantelamiento del sistema de salud para su sustitución por uno que fuera acorde a su ideología.

Durante la segunda mitad del 2018, realicé una serie de análisis que publiqué en Milenio,²⁸ sobre las propuestas de los entonces candidatos presidenciales, en materia de salud. En ese momento me llamó la atención que la única propuesta concreta e integral para la salud, fuera de la de Margarita Zavala. Al haber declinado ella su candidatura, no

la población.

La crisis en el sistema de salud se incrementó durante el mes de mayo de 2022, al darse a conocer la precariedad de los empleos para médicos generales y especialistas en el sector salud.

El monopsonio en el que el sistema de salud federal se ha convertido, ha ocasionado un cuello de botella en el que faltan plazas con empleo de base para este personal de salud, al tiempo que las que se encuentran disponibles, sean en lugares apartados y con salarios bastante bajos.²⁵ Un sistema de salud en el cual la mayor parte del primer nivel de atención será en instalaciones inadecuadas y por pasantes de medicina que trabajan en condiciones casi de esclavitud.^{26 27}

continué con su análisis.

El entonces candidato López Obrador contaba con la segunda mejor propuesta la cual, sin embargo, solamente se basaba en la universalidad de la salud y comenzaba a vislumbrar la desaparición del Seguro Popular. Al ganar las elecciones y darse a conocer su plataforma en salud, nos enteramos formalmente de sus intenciones de desaparecer esta institución.

Bajo el argumento de que “ni era seguro, ni era popular”, el presidente electo nombró a una comisionada con la única labor de arreglar su desaparición formal a lo largo del 2019. Sin embargo, ninguna de



las razones aducidas por López Obrador para acabar con esta institución tiene fundamento. Si acaso, puede criticar si, como lo mencioné anteriormente, la falta de un mecanismo de auditoría, que previenen los malos manejos que muchos gobiernos estatales hicieron de los recursos para la salud.

Seamos realistas: el Seguro Popular desapareció por motivos ideológicos.

La plataforma política de la llamada “cuarta transformación” está cimentada en una política anti “neoliberal”; el Seguro Popular, al ser un sistema de financiamiento y no un sistema que otorgue de manera graciosa servicios de salud que puedan lucirse, es precisamente el tipo de sistema que el presidente repudia.

Para López Obrador, el derecho a la salud debe de ser algo que el Estado entregue como una dádiva a la población. Es por lo que un manejo descentralizado y autónomo de los servicios de salud no le es conveniente. El modelo arquetípico de salud que, a su juicio, debe instaurarse en México, debe de ser todo lo opuesto: centralizado, con instrucciones y mandatos provenientes de arriba, y con mucho protagonismo del gobierno.

Ese entonces cuando el origen de cada una de las fallas que he analizado en este texto cobra sentido. El objetivo era hacerse del sistema de salud, desmantelarlo y crear uno nuevo que fuera reconocido como una prestación de la “4T”. Además de la ideología, el apoderarse del Seguro Popular y de sus recursos, le permitió tener un control presupuestal para

decidir a qué poblaciones beneficia con qué tipo de programas de salud.

De la misma forma, el haber querido centralizar todas las compras de la Federación en la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda, ocasionó el desabasto de medicamentos más grande de la historia.

Fueron dos los grandes obstáculos que no se previeron. El primero de ellos, obviamente la llegada de la Pandemia que vino a trastocar los planes para una unificación del sistema de salud, además de haber consumido una gran cantidad de recursos que no estaban presupuestados.

El segundo, quizá el imponderable más grande fue la brutal incompetencia del INSABI.²⁹ El que esta institución hubiera causado tantos problemas al dejar sin cobertura médica a millones de pacientes y, posteriormente descarrilara lo poco que quedaba del sistema de adquisiciones, obligó al presidente a regresar a la primera opción que había considerado para la universalidad de la salud: el adueñarse de todos los sistemas estatales bajo la bandera de IMSS-Bienestar.³⁰

Cómo comenté anteriormente, si existe una política que debe tener continuidad otra vez de los diferentes gobiernos, es la salud. El sistema de salud en México hasta el año 2018 era bastante perfectible, sí. Sin embargo, se hubiera esperado que se hiciera un diagnóstico a profundidad de cada una de las fallas y se corrigieran desde sus orígenes; no demoler lo que ya existía.



El sistema de salud en México urge de una reparación; pero para ello, se debe pensar fuera de la caja. Hasta el momento las soluciones parciales y herramientas, aprobado ser peores que los problemas que se tenían.

Entendiendo la máxima de que no se pueden lograr cambios haciendo lo mismo, es necesario cambiar radicalmente el paradigma sobre el tipo de sistema de salud que México necesita. El presidente mismo, se puso como modelos a “los países nórdicos”, sin siquiera entender cómo funciona la salud en estas naciones.

El pretender que tendremos la calidad, recursos y nivel de atención a los pacientes que existe en Dinamarca, sin tener las inversiones en salud que ese país tiene, es verdaderamente absurdo.

En varios foros he mencionado que un sistema de salud no puede crearse por decreto en un sexenio o, peor aún, en los pocos años que le quedan a un gobierno. En el caso de México, al momento de escribir este ensayo, estaríamos partiendo de cero.

El mayor problema es que se está buscando obtener soluciones, dirigidas hacia modelos de trabajo e instituciones que ya están caducos. El sistema de salud mexicano no daba para más; sin embargo, poco a poco se intentó crear una cobertura universal y una parte importante de ese paliativo venía del Seguro Popular y, hay que decirlo, un sistema de compras que había logrado abastos de más del 97%.

Bastó con desaparecer estos dos mecanismos,

para que el sistema se derrumbara como un castillo de naipes.

Finalmente, es necesario decir que cualquiera que sea el nuevo sistema, debe de estar diseñado desde el motivo mismo de su existencia: los pacientes. El éxito que han tenido sistemas como el de Reino Unido, Finlandia, Francia o Canadá, es que se ha puesto el interés del paciente antes que el de las instituciones.

En México, tenemos más de 70 años de hacerlo completamente al revés. Se han creado las instituciones, se les ha utilizado con fines políticos y sus recursos se han manejado a discreción. En todo este proceso, se ha buscado cumplir con cifras, establecer metas, coberturas y presumir resultados.

En México el sistema de salud no fue creado pensando en el paciente. Es momento de cambiarlo.



NOTAS FINALES

- 1 Como % del PIB
- 2 <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- 3 <https://hospitalhealthcare.com/latest-issue-2016/out-of-pocket-payments-in-eu-healthcare-systems>
- 4 <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201818/012>
- 5 Los CCINSHAE son hospitales de clase mundial, donde se hace la mejor medicina en México en sus tres variantes: enseñanza, investigación y asistencial.
- 6 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200006
- 7 <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6580/8113>
- 8 <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>
- 9 https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2022.pdf
- 10 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252019000300017
- 11 <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/consejo-nacional-de-salud>
- 12 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/400136/Hurtado_-_Historia_de_la_vacunaci_n_en_M_xico.pdf
- 13 <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-resultados-del-primer-programa-deteccion-X1665920109501299>
- 14 <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/gestioserviciosalud/convenioscolaboracion/2017/PRIVADO/2017.%20CDMX%20PRIVADO%20FUCAM%2003.ABRIL.2017.pdf>
- 15 <https://cerodesabasto.org>
- 16 <https://www.elfinanciero.com.mx/empresas/2022/02/27/gobierno-debe-10-mil-mdp-a-las-farmaceuticas-por-compra-de-medicamentos/>
- 17 <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/Las-cuentas-alegres-de-UNOPSIInsabi-20220530-0010.html>
- 18 https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf
- 19 <https://lasillarota.com/nacion/a-pesar-de-desabasto-la-4t-niega-recetas-a-padres-de-ninos-con-cancer-en-veracruz/548918>
- 20 <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>
- 21 <http://www.csg.gob.mx>
- 22 <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=691>
- 23 <https://www.mexicosocial.org/en-america-570-mil-trabajadores-de-la-salud-se-han-infectado-de-covid-19/>
- 24 <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/2022/05/27/vacunacion-covid-a-ninos-de-5-a-11-anos-mexico-negocia-compra-de-dosis-con-pfizer/>
- 25 <https://la-lista.com/mexico/2022/06/01/reemplacamiento-en-michoacan-junio-ultimo-mes-para-reponerlas-sin-multas>
- 26 <https://la-lista.com/opinion/2021/02/08/el-servicio-social-en-medicina-debe-terminar>
- 27 <https://www.ses.unam.mx/publicaciones/articulos.php?proceso=visualiza&idart=2075>
- 28 <https://www.milenio.com/opinion/xavier-tello/columna-xavier-tello/preguntas-a-los-candidatos-en-materia-de-salud>
- 29 <https://www.excelsior.com.mx/opinion/columnista-invitado-nacional/insabi-mala-primera-impresion/1359404>
- 30 <https://www.mexicoevalua.org/imss-bienestar-maquillando-el-fracaso-en-salud/>



DIETARY ANALYSIS

180.00
END WEIGHT

280

205

175

175

350

320

290

265

013

03.2013

17.00

DIETARY ANALYSIS
1. ENERGY JOU



MUY LEJOS DE LAS METAS DEL 2030: LA SALUD EN DECLIVE EN MÉXICO

Por: Dra. Sofía Charvel Orozco, Dra. Fernanda Cobo Armijo, Pamela Flores Subias

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se han implementado diferentes políticas, programas y estrategias para mejorar el sistema de salud y garantizar el goce efectivo del derecho a la protección de la salud; sin embargo a pesar de estos esfuerzos, muchos de los indicadores clave no han mejorado a los niveles deseados, o incluso han empeorado, como sucede con la esperanza de vida al nacer. ¿Por qué no logramos garantizar el derecho a la protección de la salud a pesar de los esfuerzos políticos y financieros? Lo que se observa es que cada vez se dificulta más el acceso a la atención médica de calidad, con un suministro de medicamentos e insumos para la salud discontinuo y problemático, una carga creciente por enfer-

medades crónicas, y una disminución en la cobertura del esquema básico de vacunación, entre otros indicadores que nos permiten advertir el declive del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En un país como México, donde el 75 % de las personas adultas vive con sobrepeso u obesidad; el 49.2 %, con hipertensión, el 14 %, con diabetes¹; donde la tasa de mortalidad materna es de 31.2 por cada 100 habitantes y la tasa de embarazo adolescente es de 13.7 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 y 19 años^{2 3}, y en el que 33 millones de personas no tienen acceso a servicios públicos o privados de salud⁴, es claro que se deben tomar



medidas urgentes y coordinadas que permitan prevenir la enfermedad y, al mismo tiempo, garantizar el acceso a los servicios de salud y tratamientos adecuados para la población.

Crear un sistema de salud que logre proteger a la población y atender sus necesidades para gozar del

grado máximo de bienestar posible es indispensable para avanzar hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible. Por lo anterior, para construir un plan que efectivamente atienda los problemas estructurales del sistema, es necesario entender dónde nos encontramos y las características propias de la población mexicana.

¿DÓNDE ESTAMOS?

La salud de las personas mexicanas: panorama sociodemográfico y epidemiológico de la población

Conocer las características de la población es fundamental para crear estrategias que estén enfocadas a sus necesidades de salud específicas. Es imposible pensar que en el corto plazo, el Estado tendrá los recursos económicos para cubrir en su totalidad las necesidades de salud, incluyendo intervenciones y medicamentos. Por lo mismo, los gobiernos suelen diseñar mecanismos de priorización que permitan cubrir de manera progresiva las necesidades de salud, iniciando por los medicamentos e intervenciones para los padecimientos más frecuentes, o los que pongan en riesgo la vida. De este modo, aunque se tenga un presupuesto limitado, al enfocarse en el diseño de estrategias basadas en diagnósticos y modelos predictivos claros, se genera un mayor impacto en la salud de la población con el máximo de los recursos disponibles.⁵

México tiene una población cercana a los 126 millones de personas de las cuales 48.8% son hombres y 51.2% son mujeres⁶. Desde 1990, la población infantil y de jóvenes ha disminuido, al

pasar de 38.3% de la población total a 25.8% en 2020 y de 29.4% a 25.5%, respectivamente⁷. Por el contrario, la población adulta de 30 años o más ha registrado un aumento, igualmente la población de 60 y más años, actualmente, es 12 personas mayores por cada 100 habitantes, para el 2050, esta cifra se habrá duplicado. Esto, sin duda, implica un proceso de envejecimiento demográfico reflejado en el cambio de indicadores básicos como la disminución de la tasa de mortalidad y la tasa de fecundidad. Adicionalmente, en los últimos años, en México se observa una disminución en la esperanza de vida, principalmente por el aumento de las muertes ocasionadas por la violencia y las enfermedades crónicas⁸. La importancia de conocer la tendencia demográfica de la población radica en la necesidad generada de transformar el enfoque de salud pública e individual y contender con el envejecimiento y sus consecuencias para la salud. Es decir, al tener más personas de edad avanzada, se requiere un cambio en la estructura del sistema, de tal forma que permita concentrarse en las especialidades y



elementos que la población requiere; pero, también que esta se enfoque en programas preventivos y de promoción de la salud que desaceleren la aparición

de enfermedades crónicas y se orienten en la detección temprana de enfermedades.

Para comprender el Sistema Nacional de Salud en México y sus modificaciones

En México, toda persona en territorio nacional tiene derecho a la protección de la salud⁹. Lo anterior implica que sin importar el estatus de ciudadanía, el Estado debe estar listo con el máximo de los recursos disponibles para atender las necesidades de salud de la población mexicana y de toda aquella persona que transite por el territorio nacional.¹⁰

¹¹ Es así como el Estado debe proveer servicios de salud, preventivos, médico asistenciales y otros que se encuentren encaminados a garantizar el grado máximo de bienestar físico, mental y social de la población¹². En el entendido de que esto incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de salud de calidad y sin costo. El goce de este derecho se encuentra estrechamente relacionado con otros derechos humanos como el derecho a la alimentación, al trabajo, la vivienda, la educación, la no discriminación, por mencionar algunos.

Entender y utilizar (exitosamente) el sistema de salud en México no es cosa fácil. La materia de salud es una competencia concurrente lo que implica que se comparten competencias entre los distintos niveles de gobierno. Es mediante la Ley General de Salud (LGS) que se distribuyen las competencias entre el nivel federal, estatal y municipal. La provisión efectiva de servicios de salud de calidad es parte central para el cumplimiento del derecho a

la protección de la salud por parte del Estado, esta provisión se lleva a cabo a través de un complejo y fragmentado Sistema de Salud. Los servicios básicos de salud se dividen en servicios de salud pública dirigidos a la población en su conjunto – vigilancia epidemiológica, información de salud, promoción y protección a la salud, formación de recursos humanos para la salud – y aquellos de atención que se entregan a nivel individual (consultas médicas, cirugías, medicamentos, etc.)¹³ A su vez, el Sistema Nacional de Salud (SNS) en México lo componen el sector público y privado para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades con el propósito de lograr una atención a la salud integral. Por esta razón, concluir que la provisión adecuada de servicios de salud es facultad única del Estado podría sobre simplificar el SNS, en el entendido que, tanto la LGS como los tribunales mexicanos, han establecido que es obligación conjunta de las personas, el sector público y el privado lograr sus objetivos.^{14 15} Además, como sucede en casi todos los sistemas de salud del mundo, la colaboración público privada es un recurso fundamental para hacer frente a los problemas de salud. Muestra de ello en México fueron los convenios entre hospitales públicos y privados suscritos durante la pandemia para atender urgencias no relacionadas con COVID-19.¹⁶



La fragmentación del SNS tiene su origen por la forma en la que el sistema jurídico concibió a la salud como una prestación vinculada a la condición laboral de las personas. Derivado de lo anterior, los trabajadores del sector formal de la economía tienen una cobertura otorgada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los empleados del gobierno por el Instituto de Seguridad y Servicios en Salud (ISSSTE), los empleados de Petróleos Mexicanos por PEMEX, los de las fuerzas armadas por el Instituto de Seguridad para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) y varios sistemas estatales que favorecen dicha fragmentación. Asimismo, se pusieron en marcha otros sistemas estatales para atender a la población de las comunidades rurales o urbanas que no estaban vinculadas a un empleo formal (desempleados, autoempleados). Antes del 2003, las personas no vinculadas a empleos formales acudían a los servicios estatales de salud donde encontraban una cobertura limitada y en los cuales se cobraba una cuota de recuperación. Por su parte, la población que podía pagarlo acudía a los servicios privados de salud que, por lo general, son de costo elevado. En México este diseño basado en la condición laboral es problemático por la rotación laboral; cada año, millones de personas entran y salen del trabajo y pasan a la informalidad. De ahí proviene la gran limitación estructural del sistema.

En 2003, se creó un sistema de aseguramiento, llamado el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como el Seguro Popular, con el propósito de aumentar y distribuir los recursos financieros destinados para mejorar progresivamente la cobertura en salud en términos pobla-

cionales y cobertura de servicios; su diseño es un ejemplo de cómo lograr resultados equitativos sin dañar la sostenibilidad fiscal del sistema. Con la creación del Seguro Popular se esperaba que las personas sin seguridad social, mediante un padrón de afiliados (alrededor de 50 millones de personas),¹⁷ tuvieran acceso a servicios de salud de forma gratuita, y cuya cobertura de intervenciones médica aumentara progresivamente.¹⁸ Para 2016, el 50.4% de las personas estaban afiliadas al Seguro Popular y solamente un 13.4% refería no tener ningún tipo de protección en salud.¹⁹ Algunos de los grandes beneficios del Seguro Popular incluyeron la consolidación de reglas de operación²⁰ que habilitaron la cobertura de algunos padecimientos de alto costo que requerían medicina de alta especialidad. Esto último, gracias a la creación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y la construcción de Hospitales de Referencia de Alta Especialidad. Igualmente, se instrumentó una serie de valuaciones que permitieron corregir problemas y modificar la política con base en evidencia obtenida de manera rigurosa. A pesar de los grandes beneficios que implicó la creación del Seguro Popular para millones de familias mexicanas, este presentó tres problemas principales: primero, una falta de inversión en el primer nivel de atención, para el cual no se gestionaron redes claras de referencia y contrareferencia; segundo, no logró una cobertura progresiva que igualara la que recibían los sectores de la población con empleo formal;²¹ y, por último, la falta de una fiscalización efectiva y rendición de cuentas adecuadas que, tanto a nivel federal como estatal, dieron origen a problemas de corrupción y dispendios importantes que limitaron su efectividad



y desprestigiaron muchos de los logros obtenidos. Es innegable que los aciertos del Seguro Popular beneficiaron a la población.²² Por ejemplo, el Seguro Popular logró reducir la probabilidad de gastos catastróficos en salud y que estos fueran excesivos, resultando en un efecto protector en lo relativo a la vulnerabilidad financiera de las personas beneficiadas por él.²³ Logró mejorar la sobrevivencia de los niños con leucemia y sustancialmente la de las mujeres con cáncer mama.^{24 25} En contraste, en el informe general de la Cuenta Pública 2017, se mencionó que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud no tenía indicadores que le permitieran evaluar “lo

*relativo a garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios”.*²⁶

Sin reconocer la literatura científica²⁷ y parecería que sin contar con un diagnóstico propio y adecuado de los impactos y limitaciones del Seguro Popular sobre la salud de los y las mexicanas, el actual gobierno transformó la forma de operar del Seguro Popular y creó al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (2020).

De la promesa de un sistema de salud nórdico, al fracaso en salud

Una de las promesas de campaña del actual presidente, Andrés Manuel López Obrador, fue la de lograr una cobertura universal en salud, es decir, una cobertura que contemple desde el primer nivel de atención hasta la medicina especializada de forma gratuita y accesible para toda la población. Su propuesta era lograr un sistema de salud como el de los países nórdicos.²⁸ A comienzos de la actual administración, las principales modificaciones estructurales y de mayor impacto al sistema de salud, algunas de las cuales se incorporaron a la LGS, consistieron en: establecer un nuevo mecanismo de compra y distribución de medicamentos e insumos; la desaparición del Sistema de Protección Social en Salud; la creación del INSABI; y la reciente incorporación de los Sistemas Estatales de Salud de 15 estados (2022) al sistema del IMSS Bienestar, entre otras. El

actual gobierno no ha logrado cumplir su promesa al no lograr disminuir el porcentaje de población sin acceso a servicios de salud,²⁹ al ocasionar un importante desabasto de medicamentos e insumos para la salud,³⁰ disminuir la cobertura de salud,³¹ y generar un retroceso en varios indicadores de salud, como lo es la cobertura de enfermedades de alta complejidad y la mortalidad materna.

a. Nuevo mecanismo de compra y distribución: el error que ocasionó el desabasto de medicamentos e insumos para la salud

Una de las principales causas que ocasionaron el desabasto de medicamentos e insumos para la salud fue que, con la idea de evitar la corrupción y la formación de oligopolios, se modificó el mecanismo



de compra y distribución (incluido el almacenaje) de medicamentos e insumos, desde su planeación y asignación, hasta la desconsolidación de las dos grandes licitaciones. En años recientes, antes de la actual administración, la compra y distribución de medicamentos e insumos para la salud se realizaba mediante un grupo de expertos y era conocida como la compra consolidada, la cual era coordinada por el IMSS, a esta se sumaban los sistemas estatales de salud que así lo decidieran y las instituciones federales (INSalud y HRAE) prestadoras de servicios de salud que así lo consideraran para todas o algunas claves específicas de insumos. Los estados también compraban por su parte aquellos medicamentos e insumos sobre los cuales decidían no hacerlo con el mecanismo conducido por el IMSS,³² cabe mencionar que con esta compra consolidada se lograron ahorros muy importantes para el sistema de salud. Entre 2013 y 2016, generó ahorros por 14 mil millones de pesos para beneficios de las diferentes instituciones participantes.³³ Igualmente, se gestionaron los sistemas de información, que permitieron documentar las compras a precios excesivos que se llevaron a cabo en diferentes sistemas estatales de salud.

A partir de 2018, se designó a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) como la única entidad responsable de la compra de medicamentos con una modificación de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) y diversos oficios enviados por esta dependencia.^{34 35} Posteriormente, se dijo que sería la Secretaría de Salud quien la realizaría con el acompañamiento de la SHCP; y, finalmente se acordó que sería el INSABI con el apoyo de

la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS).³⁶ La inexperiencia de la SHCP, la complejidad inherente al mercado farmacéutico, la información insuficiente para planear las licitaciones para la compra y la distribución de medicamentos, para surtir un sistema de salud segmentado y fragmentado, y aunado a reformas incompletas, ocasionaron una crisis que inmediatamente se manifestó en el desabasto de los antirretrovirales (medicamento para VIH) y medicamentos para el cáncer. Sin embargo, la escasez más fuerte y generalizada comenzó a resentirse, a la par con la epidemia de SARS-CoV-2 durante el 2020 para una cantidad importante de medicamentos e insumos, misma que actualmente aún continúa.

Aunado a lo anterior, y a los pocos meses de haber modificado el mecanismo de procuración de insumos, el Presidente vetó a las tres principales distribuidoras de medicamentos del país con el objetivo de evitar el oligopolio en la distribución.³⁷ Existieron problemas adicionales por parte del gobierno con Laboratorios PISA.³⁸ El gobierno suspendió la línea de producción de metrotrexato (medicamento central para el cáncer infantil).³⁹ La crisis se agudizó, el gobierno comenzó a realizar compras de emergencia sin licitación, incluso a compañías sin registro sanitario otorgado previamente por COFEPRIS,⁴⁰ lo que aumentó los problemas técnicos sobre la evaluación de la seguridad y eficacia de los medicamentos, pero sin resolver el problema del desabasto.⁴¹ La crisis del SNS y el desabasto de medicamentos e insumos para la salud se agravó con la llegada de la COVID-19 en marzo del 2020.



Ante el fracaso de la compra consolidada de medicamentos que debía hacer la SHCP, se instrumentaron cambios para solucionar el problema, se solicitó la ayuda a la UNOPS y el recién creado INSABI, y la respectiva modificación a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) para poder licitar internacionalmente sin la necesidad de agotar los mecanismos nacionales.⁴² Desafortunadamente, la UNOPS experimentó problemas importantes, tuvo retrasos en la compra, misma que sigue siendo incompleta, y el problema de la distribución no se ha solucionado. En el informe de resultados de la compra de 2021 (noviembre 2021), la UNOPS reportó la compra de 1,050 claves de medicamentos equivalentes a 44,697 millones de pesos y un ahorro estimado de 10 mil millones de pesos;⁴³ no obstante, se identificaron discrepancias entre este reporte final y un reporte parcial elaborado en julio de 2021.⁴⁴ Además, del total de claves adquiridas hasta el momento del reporte, sólo se habían distribuido a los puntos finales el 27% de los insumos.⁴⁵ Porcentaje que ha aumentado a 60% de acuerdo con el Gobierno Federal en sus últimos informes (2022).⁴⁶

El grupo poblacional, pero no el único, que de forma inmediata se vio afectado fueron los niños y las niñas con cáncer. El derecho a la protección de la salud y el interés superior de la niñez quedaron vulnerados ante la falta de tratamientos. Manifestaciones, juicios de amparo para demandar la falta de atención médica oportuna y de calidad que incluya medicamentos adecuados y oportunos, quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos y otras acciones se realizaron como último recurso por las

madres y padres de los niños, con el objetivo de lograr el abasto de medicamentos para menores con cáncer.⁴⁷ Pese a lo anterior, hoy no existe una solución clara, ni reglas de operación, ni rendición de cuentas que nos permitan hacer un mejor diagnóstico para el futuro próximo.

El gasto de bolsillo en salud, que es un reflejo indirecto de la falla de cobertura médica, ha aumentado considerablemente. En la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos del Hogar 2020, se reportó que, en promedio, los hogares destinan 1266 pesos a la salud, lo que representa un incremento del 40.5% con respecto al 2018.⁴⁸ Por lo que podemos afirmar, que las reformas actuales no han generado beneficios tangibles para los ciudadanos.

b. De la desaparición del Seguro Popular al fracaso del INSABI

La eliminación del Seguro Popular fue el resultado de un rechazo ideológico, hacia su estructura, forma de gestión. El cambio no sólo se justificó en la corrupción identificada en el manejo de los recursos por parte de los estados, sino también en una visión de fracaso que existía en torno al mecanismo. Desde la perspectiva de la actual administración, el Seguro Popular “no era ni seguro, ni popular”, toda vez que los pacientes se seguían enfrentando a una burocracia excesiva para acceder a la protección financiera y más de 22 millones de personas no contaban con acceso a los servicios de salud.⁴⁹ ⁵⁰ Como respuesta a los retos identificados para proveer de servicios a la población sin seguridad social, se creó el INSABI, mismo que inició funciones en enero de 2020.⁵¹



Es importante que, aunque se haya realizado una “sustitución” en el mecanismo para atender a la población sin seguridad social en la reforma a la LGS de noviembre 2019, el INSABI no puede concebirse como un sucesor directo del Seguro Popular. El Seguro Popular era un mecanismo de aseguramiento creado con el objetivo de disminuir el gasto directo (gasto de bolsillo) que realizaba la población. Es decir, a través de este programa se transferían recursos a las Entidades Federativas, mismas que eran las obligadas de proveer los servicios de salud a la población objetivo a través de los llamados Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS). Por su parte, el INSABI sí se creó como un órgano prestador de servicios, al cual cada Entidad Federativa le traslada o no la facultad de otorgar los servicios por nivel de atención. No obstante, la transferencia de esta facultad es voluntaria y cada estado puede decidir qué niveles de atención conserva.⁵²

Como puede observarse, el esquema del Seguro Popular estaba basado en el principio de federalización del financiamiento y la descentralización de los servicios de salud. Se buscaba que el prestador de servicios, y gestor de los recursos asociados, fueran los estados al ser más cercanos a la población. De esta forma, se facilitaría la planeación y atención de las necesidades específicas de cada comunidad, y permitiría a las instancias federales enfocarse en la rectoría general del sistema y en actividades de supervisión y vigilancia. Por el contrario, la creación del INSABI puede significar un claro retorno a la centralización de los servicios de salud porque se concentra esa facultad en un órgano operado a nivel federal y sin claras competencias para las entidades

federativas.

Con la creación del INSABI se buscaba generar un instituto robusto con la capacidad de proveer servicios y medicamentos gratuitos a la población sin seguridad social, pero sin regionalización, sin un padrón que permita enfocar los esfuerzos, sin una asignación clara de los recursos financieros y humanos, y sin indicadores que permitan evaluar su desempeño. Su principal objetivo era alcanzar la cobertura universal que no se había logrado con el Seguro Popular. Sin embargo, actualmente, no se ha concretado la transición y, de hecho, se puede argumentar que ha existido un retroceso en la cobertura. Principalmente porque tanto la población como los operadores del sistema no tienen la información clara sobre cuáles son los padecimientos y medicamentos cubiertos por el INSABI. Existe una evidente falta de comunicación entre el Instituto y sus usuarios lo que ha ocasionado confusión sobre cómo pueden acceder a los servicios que ofrece. La Tabla 1 resume algunos de los cambios implementados con la creación del INSABI.



Tabla 1. Principales modificaciones al sistema nacional de salud durante el periodo 2019 - 2022

	ANTES DE LAS REFORMAS	DESPUÉS DE LA REFORMA
INSTITUCIÓN	El Seguro Popular era un sistema de aseguramiento diseñado para financiar progresivamente la atención médica de la población sin seguridad social, con reglas claras de operación. Cada estado, a través de sus instituciones locales, prestaba los servicios con el financiamiento recibido vía el Seguro Popular.	El INSABI se creó como una institución prestadora de servicios con la promesa de cobertura universal para la población sin seguridad social. Actualmente, se abrió a los estados la posibilidad de firmar convenios también con el IMSS Bienestar.
FINANCIAMIENTO	El Seguro Popular era financiado por la Federación, los Estados y cuota de recuperación, que en la práctica no se cobraban. ¹ El gobierno transfería recursos con base en fórmulas de cálculo establecidas en la Ley General de Salud y el padrón de beneficiarios que tenía el Seguro Popular. Los afiliados al Seguro Popular quedaban exentos del pago de cuotas de recuperación para los servicios y prestaciones incluidas en la cobertura. Pero cubren las intervenciones no consideradas en éste.	El INSABI es financiado conjuntamente por la Federación y los Estados, para que pueda cumplir con su objetivo de universalizar los servicios de salud sin importar los ingresos. Se eliminaron las cuotas de recuperación. No existe un padrón de beneficiarios ni fórmulas de cálculo establecidas en la Ley General de Salud.
FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS	El FPGC fue diseñado para cubrir las enfermedades catastróficas. Se nutría con el 8% anual de la cuota social, y de las aportaciones solidarias del Gobierno federal y los estados. Operaba con reglas claras lo que permitía una adecuada vigilancia. ²	El FPGC se transformó en el Fondo de Salud y Bienestar (FONSABI). El nuevo fondo no sólo incluye los gastos catastróficos causados por determinadas enfermedades, sino que también cubre los cambios imprevistos en los suministros sanitarios, incluidos los medicamentos y la infraestructura.
CENTRALIZACIÓN	El Seguro Popular trabajaba con representantes en cada estado denominados Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS) y funcionaba con un mecanismo de distribución del presupuesto basado en un censo y en la unidad familiar. Las unidades prestadoras de servicios eran acreditadas para poder formar parte del programa.	Los estados que decidan firmar los convenios de colaboración entre la Federación y los Estados (para los no asegurados), se encargarán de mantener la relación con el personal de guardia, pero ya no de los servicios sanitarios ni de las infraestructuras, ya que estas últimas serán asignadas por el INSABI en un esfuerzo de centralización. Se desconoce cómo se solucionarán los problemas de propiedad de algunos centros de salud y hospitales.



Notas:

- 1 Secretaría de Salud. ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, Diario Oficial de la Federación, mayo 2018. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521838&fecha=08/05/2018
- 2 Consejo de Salubridad General (CSG). MODIFICACIÓN a la Lista actualizada de las enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, Diario Oficial de la Federación, julio 2018. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5533136&fecha=26/07/2018
Diario Oficial de la Federación, mayo 2018. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521838&fecha=08/05/2018

Después de dos años sin reglas de operación, lineamientos, manuales y protocolos que permitan la operación del INSABI y la cobertura universal para lo cual fue creado, se facultó a las Entidades Federativas la posibilidad de firmar convenios con el IMSS Bienestar a fin de otorgar la atención para la población sin seguridad social.⁵³ Desde marzo de 2022, se inició un proceso de transformación en el que será precisamente el IMSS Bienestar la institución encargada de la atención de la población sin seguridad social. Este nuevo modelo confirma, de

forma implícita, el fracaso del INSABI como órgano prestador de servicios; sin embargo, no se han corregido las principales deficiencias que obstaculizaron la implementación del INSABI, como contar con un sistema eficiente de compras consolidadas, un plan explícito de transición estructurado entre ambas instituciones que permita entender los beneficios tangibles a la ciudadanía, reglas de operación, alcance y desarrollo progresivo, así como la definición de indicadores que evalúen su funcionamiento y beneficios.

LA CRISIS EN SALUD: TENEMOS OTROS DATOS

Sin lugar a duda, el sistema de salud mexicano está en crisis. Debido, no sólo a problemas estructurales propios de su diseño, sino también por las constantes modificaciones inconclusas y sin planeación, ni evaluaciones realizadas en los últimos años. Las políticas actuales se elaboraron sin diagnósticos, estudios de impactos y estrategias que las justificaran, ocasionando un desmantelamiento de algunas de las funciones básicas del sistema, como la procuración, compra y distribución de medicamentos e insumos para la salud, así como la desprotección de grupos

en situación de vulnerabilidad (menores con cáncer, mujeres durante el embarazo o parto y personas con enfermedades de alta complejidad) por la desorganización en la gestión de la atención y el financiamiento. Si no se generan políticas públicas eficientes encaminadas a reconstruir el sistema y se continúa con las tendencias actuales, difícilmente tendremos un sistema de salud sostenible que garantice el derecho a la protección de la salud de la población, ni en el corto ni largo plazo. En general, se pueden observar riesgos por cuatro temas específicos: 1) la



constante fragmentación del sistema y la centralización excesiva; 2) la falta de transparencia en la gestión actual y de lineamientos claros en la transición y propios de cada institución (INSABI a IMSS Bienestar); 3) el olvido en la atención de grupos en situación de vulnerabilidad; y, 4) la carga creciente de enfermedades crónicas y la falla de los modelos preventivos y de promoción de la salud.

1. El avance de la fragmentación y centralización excesiva

Una característica del sistema de salud mexicano es su segmentación y fragmentación. Como se explicó, existen diferentes subsistemas e instituciones para atender a la población de acuerdo con su condición laboral, así como distintos niveles de atención sin redes de referencia y contrareferencia. Cada uno de los subsistemas otorga cobertura de diferentes enfermedades y ofrece servicios distintos de acuerdo con lo que estipulan sus catálogos internos. Esta diferencia de coberturas se ha traducido en la práctica en inequidades y distinciones en el goce efectivo del derecho a la salud. La fragmentación y su impacto negativo no es nuevo; sin embargo, desde 2019 se ha identificado una tendencia más fragmentadora que puede obstaculizar aún más el acceso.

Como se mencionó anteriormente, el Seguro Popular, proveía servicios a través de estructuras estatales a la población sin seguridad social. Cada una de estas instituciones contemplaba actividades del primer, segundo y tercer nivel de atención, sin criterios explícitos de referencia y contrarreferencia. Especialmente para el tercer nivel (enfer-

medades de alta complejidad que ocasionan gastos catastróficos), por el costo elevado que suelen tener los tratamientos, se seguían procesos de priorización para determinar cuáles enfermedades serían cubiertas. Además, en zonas rurales, se contaba con el programa IMSS Bienestar para atender el primer nivel de atención y algunos padecimientos del segundo nivel en comunidades de alta marginación. Hoy en día, a raíz de los cambios indicados por las autoridades federales, la dependencia encargada de la atención para la población sin seguridad social es diferente en cada Entidad Federativa. Por ejemplo, en Chihuahua la autoridad responsable son los servicios estatales de salud⁵⁴ y en Veracruz el INSABI.⁵⁵ Es decir, mientras Chihuahua opera a través de sus servicios locales y recibe la parte proporcional de financiamiento de la federación, otros estados como Veracruz se adhirieron al INSABI transfiriendo la obligación de otorgar servicios a este instituto. Por lo que, existe una diferencia de a qué institución deben acudir los pacientes, lo que rompe más con la posible referencia y contrareferencia entre instituciones de distintos niveles.

Tanto la adhesión al INSABI como la posible adición de una entidad federativa al IMSS Bienestar se basan en el principio de libre soberanía de los estados. Estos tienen total libertad para decidir si se adherirán o no a las instituciones federales (INSABI e IMSS Bienestar). Por lo que actualmente cada convenio de coordinación es diferente dependiendo de la entidad federativa, ya que cada una trasladó al INSABI diferentes niveles de atención, de acuerdo con lo que las autoridades locales consideraron pertinente. Por ejemplo, la Ciudad de México



trasladará el primer y segundo nivel⁵⁶, y mantendrá la responsabilidad sobre el tercer nivel; en contraste Sonora trasladará únicamente el primer nivel,⁵⁷ y San Luís Potosí otorgará la responsabilidad de todos servicios al INSABI.⁵⁸ En consecuencia, para saber a qué institución tiene acceso cualquier persona no basta con saber su condición laboral, también debe saberse si su estado tiene un convenio con el INSABI, con el IMSS Bienestar o con ambos, y el contenido del mismo. Es claro que mientras más fragmentación exista en el sistema, más difícil será alcanzar una cobertura universal equitativa y de fácil acceso a la población. Si no se consolida un mecanismo de provisión de servicios de salud que se utilice de manera homóloga en todo el país, seguirán creciendo las barreras que enfrentan las personas usuarias del sistema de salud para obtener un diagnóstico adecuado y tratamientos oportunos y de calidad.

2. Del INSABI al IMSS Bienestar: una transición improvisada

Si algo ha caracterizado a las últimas reformas al SNS es la ausencia de lineamientos claros y de reglas de operación. El INSABI, después de dos años desde su inicio de operaciones fue tardío en la publicación, en algunos casos incompleta, de manuales operativos, internos, entre otros. Esto dificulta medir el avance del programa de salud. Como consecuencia se percibe un retroceso en indicadores relevantes que miden la efectividad del sistema. Por ejemplo, la capacidad de respuesta a la pandemia expresada en altas tasa de mortalidad, y la elevada e inaceptable mortalidad materna registrada en los últimos años.

Las principales preocupaciones ante la nueva integración del IMSS Bienestar, como prestador de servicios en salud a nivel estatal, son las siguientes:

1. El personal de salud del IMSS Bienestar es la parte de menor tamaño en la institución, comparado con su aparato administrativo y operacional. Ahora, sustituirá al INSABI, institución creada para la cobertura universal de las personas sin seguridad social.
2. Solamente ha tenido presencia en 1,325 municipios rurales (54% del total) distribuidos entre 19 estados.
3. Fue creado para atender zonas rurales, ofertando servicios en el primer nivel de atención y un segundo nivel de atención muy limitado, que se refuerza con los servicios estatales de salud, que ahora coordinará.
4. No es explícito sobre la cobertura del tercer nivel de atención (enfermedades catastróficas y de alta complejidad) y, si lo hace, cómo lo operará al no tener la experiencia.
5. En los últimos años, sus indicadores operativos (consultas, equipamiento e infraestructura) en zonas rurales han decrecido (**Tabla 2**).
6. Los indicadores de consulta y atención han ido a la baja (**Tabla 3**).



Tabla 2. Indicadores de infraestructura (IMSS Bienestar)

INFRAESTRUCTURA IMSS BIENESTAR	2018	2019	2020	2021
CENTROS DE SALUD	4,275	4,273	3,993	3,987
HOSPITALES	80	81	80	80
CONSULTURIOS	5.4	5.1	5.1	Sin dato 2021
CAMAS CENSABLES/ HOSPITALIZACIÓN (MILES)	2.6	3.0 número más alto en la última década	2.6	2.8
CAMAS NO CENSABLES/ TRANSITORIAS (MILES)	4.3	1.1	1.1	Sin dato 2021
INCUBADORAS	240	240	240	Sin dato 2021

Fuente: Elaborado con datos de México Evalúa. IMSS-Bienestar: maquillando el fracaso, 2022.
 Disponible en: <https://www.mexicoevalua.org/imss-bienestar-maquillando-el-fracaso-en-salud/>

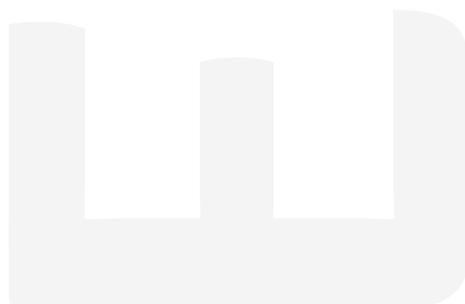




Tabla 3. Indicadores de consulta y atención médica del IMSS Bienestar

CONSULTA Y ATENCIÓN MÉDICA IMSS BIENESTAR	2018	2019	2020	2021
Población adscrita (millones)	13	12	11	11
Consultas totales (millones)	17.9	15.4	11.2	15.9
Consultas medicina familiar (millones)	16 (el año con mayor número de consultas en medicina familiar fue 2017, que alcanzó 24 millones)	13	10	Sin dato
Consultas urgencias (miles)	943	921	662	Sin dato
Consultas especialidades (miles)	494	479	342	Sin dato
Egresos hospitalarios	230	220	180	Sin dato
Partos, cesáreas y abortos (miles)	110	103	100	Sin dato
Médicos totales (miles)	6.9	5.7	6.0	6.3
Paramédicos /enfermeras (miles)	8.8	8.5	8.4	Sin dato
Personal administrativo (miles)	1.0	1.4	1.7	Sin dato

Fuente: Elaborado con datos de México Evalúa. IMSS-Bienestar: maquillando el fracaso, 2022.
 Disponible en: <https://www.mexicoevalua.org/imss-bienestar-maquillando-el-fracaso-en-salud/>



Las afectaciones en infraestructura del IMSS Bienestar se ven reflejadas en el número de consultas otorgadas: 2017, fue el año con mayor número de consultas, 25.5 millones; en 2019 cayeron a 15.4 millones; con la pandemia en 2020 el número de consultas disminuyó a 11.1 millones; y, en 2021 mostró un aumento en consultas, alcanzando las 15.4 millones.⁵⁹ Sin embargo, las consultas de medicina familiar y dental fueron las que obtuvieron valores más bajos en sus indicadores.⁶⁰ Otros datos alarmantes son la baja en el porcentaje de atención de las embarazadas en el primer trimestre gestacional (el año de mayor atención fue 2019 con 60.75, y para 2021 de 56.91, posiblemente explicado por la pandemia de SARS-CoV-2).⁶¹ También, como se advirtió a finales del sexenio pasado en el estudio de Salud Deteriorada, la vacunación en menores de un año con esquema completo ha disminuido; en 2019 tuvo un incremento (84.43), disminuyó en el 2020 (76.46) y, aun cuando aumentó para el 2021 (84.37), estamos lejos de la cifra más alta reportada en 2012 (98.2).⁶²

El 3 de mayo de 2022, el Director del IMSS, Zoé Robledo, informó en “la mañanera” un reporte de los recursos humanos y de infraestructura que se agregaran al IMSS Bienestar.⁶³ La meta por alcanzar en los 15 estados, donde se implementará este programa para la población sin seguridad social, será la operación de 347 hospitales, 7,033 unidades de primer nivel (rurales y centros de salud) y 46,043 personas como personal médico.⁶⁴ El aumento anunciado para alcanzar estos objetivos, en realidad, proviene de la transferencia de recursos físicos de los servicios estatales de salud al IMSS Bienestar.⁶⁵

Se centraliza la operación del sistema en las instituciones federales, dejando fuera a los estados. En la misma conferencia mañanera se presentaron los datos del nuevo programa de transformación del sistema de salud 2022, a tres años de que termine el sexenio.

3. Grupos en situación de vulnerabilidad

Desde la creación del INSABI y la nueva política que define la participación del IMSS Bienestar, la pregunta sin respuesta es cómo se cubrirá el tercer nivel de atención para las personas sin seguridad social. El tercer nivel de atención es el que genera una mayor erogación para las familias, de no ser cubierto es casi imposible para la mayoría de las personas usuarias del sistema tener los recursos para poder cubrir la atención médica. Con los cambios estipulados en la LGS, del FPGC al Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), se eliminó una fuente de financiamiento explícita y bien regulada, para la atención de este tipo de enfermedades de alto costo. Además, por las modificaciones elaboradas, todavía no queda claro qué institución o nivel de gobierno se hará cargo de prestar los servicios en las entidades federativas, ni cuál será el papel de los Secretarías de Salud Estatales, ni qué organismos serán los responsables del buen funcionamiento de este subsistema de atención.

El impacto adverso que tuvieron las modificaciones en la atención del tercer nivel puede analizarse a través de casos concretos, como la atención del cáncer de mama. El 20 de febrero de 2020, el FUCAM informó, a través de un comunicado, la finalización



del convenio que sostenía con el Seguro Popular para la atención integral del cáncer de mama de manera gratuita. La principal razón fue la desaparición de la institución y la imposibilidad de formar un acuerdo con el nuevo INSABI.⁶⁶ Frente a esta situación, las pacientes tendrían que acudir a hospitales del sector federal, como el Hospital Juárez, el Hospital General de México y el Instituto Nacional de Cancerología. El FUCAM es una asociación civil sin fines de lucro orientada a la atención de cáncer de mama. Sus servicios se enfocan en el diagnóstico oportuno, así como, al tratamiento y seguimiento especializado del cáncer de mama. Desde su creación en el 2000, la institución atendía entre el 5% y el 7% de los casos de cáncer de mama del país.⁶⁷ La atención que otorgaba, derivada del acuerdo con el Seguro Popular, formaba parte de un esquema de servicios subrogados. Esto quiere decir que una entidad privada ofrecía los servicios y el Estado cubría el gasto con recursos públicos. López-Gatell ha mencionado que este proceso no era “lo más eficiente ni lo más transparente”⁶⁸ y que los hospitales públicos tienen la capacidad necesaria para atender los nuevos casos.⁶⁹

Otra medida que afectó la salud de las familias mexicanas fue la desaparición operativa del Seguro Médico Siglo XXI. En el Presupuesto Federal 2022 no se asignó presupuesto a este programa lo que, en la práctica, imposibilita su operación.⁷⁰ El principal objetivo del Seguro Médico SXXI era financiar, mediante un sistema de aseguramiento complementario al catálogo del Seguro Popular (CAUSES)⁷¹ y las enfermedades previstas en el FPGC, la atención perinatal de los prematuros y de los niños y niñas

menores de cinco años de edad que no fueran derechohabientes de ninguna institución del seguro social. Las intervenciones cubiertas incluían servicios de medicina preventiva y atención médica de primer, segundo y tercer niveles.⁷²

El vacío actual en la atención de enfermedades de tercer nivel ocasiona la desprotección de cientos de miles de personas. El abandono de esquemas funcionales para financiar este tipo de intervenciones demuestra una falta de comprensión de las necesidades de la población. Si bien es importante invertir en modelos preventivos que disminuyan la prevalencia de las enfermedades, no se puede dejar de atender a los pacientes que ya viven con los padecimientos y requieren tratamientos.

La desatención de grupos en situación de vulnerabilidad ha impactado negativamente en indicadores clave para medir el avance de un sistema de salud eficiente. En especial es alarmante el aumento en la tasa de mortalidad materna al pasar de 31.2 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 2020 a 71.0 en 2021.⁷³ Otro indicador que ha crecido es la mortalidad infantil por enfermedades diarreicas y por enfermedades respiratorias al pasar de 4.3 en 2020 a 4.4 en 2021, y 12.7 en 2020 a 17.0 en 2021 respectivamente.^{74 75} Los retrocesos en estos indicadores son graves porque significan la muerte prematura de cientos de niños y niñas. Si además se considera el retraso que ha existido en la aplicación del programa de vacunación, existe un claro problema en la protección de la salud de la niñez. La cobertura global cayó del 86% en 2019 al 83% en 2020.⁷⁶ Se estima que 23 millones de niños menores de un año



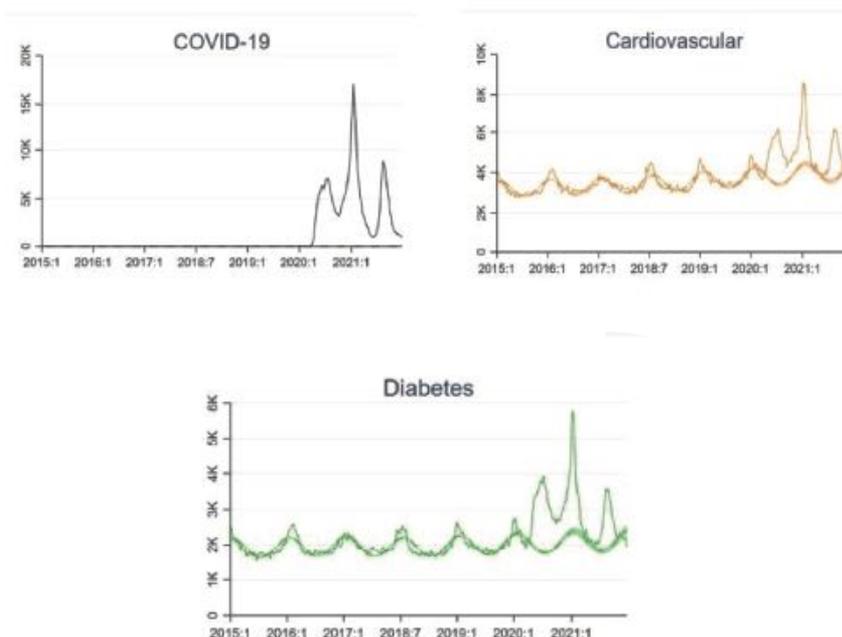
no recibieron vacunas básicas y en 2020, el número de niños completamente no vacunados aumentó en 3.4 millones.⁷⁷

4. COVID-19 y la carga de la enfermedad

A causa de la pandemia ocasionada por la COVID-19, México reportó 2,174,589 millones de muertes entre el 1 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2021.⁷⁸ La diferencia con otros países fue que, durante la pandemia, la COVID-19 se convirtió en la primera causa de muerte en México, es decir, superó incluso a las enfermedades crónicas no transmisibles como

se mencionó anteriormente. En algunos países, entre ellos Alemania, no hubo exceso de mortalidad a pesar de la pandemia; en otros se reportó exceso de mortalidad moderada, en Suecia de un 3% y en España de un 15%.⁷⁹ México se encuentra entre los 5 países, junto con Brasil, Perú, Colombia y Ecuador, con el exceso de mortalidad más alto.⁸⁰ América Latina fue sin duda una de las regiones más afectadas. México reportó un exceso de mortalidad de 38.2% que equivale a 600,590 muertes relacionadas con la COVID-19 y otras que aumentaron durante el periodo de la pandemia.⁸¹

Gráfica 1. Exceso de mortalidad por causa, 2015-2021



Fuente: Palacio-Mejía, Lina Sofia; et. al. Leading Causes of Excess Mortality in Mexico During the COVID-19 Pandemic 2020 – February 2021: A Death Certificates Study in a Lower-Middle-Income Country.



Otras causas de mortalidad durante la pandemia de la COVID-19 fueron el infarto del miocardio (enfermedad isquémica del corazón), que se convirtió en la segunda causa de muerte, diabetes mellitus la tercera, cáncer la cuarta y enfermedades digestivas la quinta en el mismo periodo de tiempo de enero 2020 a diciembre 2021.⁸² Con respecto del infarto del miocardio se estimaban 249,327 muertes y se observaron 330,463 mil en 2020, un aumento del 32.5%; con respecto a diabetes mellitus se tasaron 218,363 y se observaron 298,657, equivalente a un aumento del 36.8%.⁸³ Lo anterior se puede corroborar en la **Gráfica 1** donde se observa una importante coincidencia entre enfermedades cardiovasculares y diabetes con los picos epidémicos de la COVID-19.

El exceso de mortalidad en México se debe a varias causas: la respuesta tardía por parte de las autoridades responsables frente a la pandemia de la COVID-19; la prevalencia de enfermedades crónicas

¿CUÁL ES EL CAMINO PARA 2030?

México enfrenta un gran reto para garantizar el derecho a la protección de la salud de la población. La desarticulación de las instituciones, de los procesos de procuración de insumos y de la organización del sistema genera más dudas que certezas en el camino al 2030. Recordemos que el objetivo de desarrollo sostenible número 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” supone una colaboración activa, organizada y planeada de todos los integrantes del SNS, que incluya al sector privado. Algunas de las metas del objetivo de desarrollo sostenible son: reducir

entre la población mexicana; las medidas de distanciamiento social que se aplicaron de forma inconsistente en nuestro país; la escasez de pruebas PCR para la población en general y para los trabajadores esenciales; la aplicación tardía de vacunas contra la COVID-19; la falta de infraestructura para atender casos graves de la COVID-19, así como la falta de acceso a hospitales para recibir atención por otras enfermedades por la saturación de la COVID-19 y el desabasto de medicamentos. Es importante mencionar que el grupo etario de 45 a 64 años de edad experimentó el mayor impacto de mortalidad por la COVID-19.⁸⁴ El cúmulo de factores que ocasionaron el exceso de mortalidad responden a características poblacionales, de política pública e infraestructura específicas. La pandemia por la COVID-19 llegó a México en un periodo de transición del SNS, razón por la cual las deficiencias del nuevo modelo tuvieron un impacto más escandaloso y generalizado.

la tasa de mortalidad materna, neonatal e infantil; poner fin a la epidemia de enfermedades olvidadas como el dengue, entre otros; pero sin duda, lograr la cobertura sanitaria universal. Los retrocesos observados y anteriormente mencionados hacen complejo vislumbrar que se estará cerca de lograr el objetivo planteado. Sin embargo, aún contamos con profesionales de la salud comprometidos, con la experiencia de servidores y servidoras públicas de carrera que entienden y guardan una memoria histórica del SNS; y, todavía con un bono poblacional que nos permite encauzar el camino. Para lograrlo algunos de los



temas prioritarios que deberán ser atendidos son:

1. **Crear un modelo de atención en salud que responda a las necesidades poblacionales y que contemple todos los niveles de atención.** La declaración de Alma Ata, y su reinterpretación de 2018,⁸⁵ ⁸⁶ hacen un énfasis relevante en la prevención de la enfermedad y en el fortalecimiento de la atención primaria en salud; sin embargo, se debe desarrollar un modelo de atención que atienda a las características de las comunidades. Existen comunidades urbanas y semiurbanas en las que modelos de atención como el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)⁸⁷ podría resultar inoperante por el enfoque rural comunitario y basado en actividades de personas voluntarias.⁸⁸ Por otro lado, es una realidad que la carga de la enfermedad por padecimientos crónicos generados, en parte por la desatención del componente preventivo, requiere que se alineen los esfuerzos también en el segundo y tercer nivel de atención. El modelo de atención debe responder a las características poblacionales lo cual hace necesario repensar la posibilidad de contar con un padrón actualizado de personas beneficiarias tanto de los esquemas de seguridad social como de los planes de atención a las personas sin seguridad social. Debemos revertir la falta de inversión en el primer nivel de atención e implementar redes de atención que permitan asegurar la continua atención del paciente entre los distintos niveles de atención. Todo esto acompañado de esquemas

de rendición de cuentas estables.

2. **Elaborar un plan de organización del sistema nacional de salud encaminado a lograr la cobertura universal en salud de calidad, abierto a todos en función de la necesidad y no de la capacidad de pago, que sea la base para reducir las desigualdades en salud.** La planeación en salud es fundamental para diseñar acciones e intervenciones efectivas y no sumamente costosas que respondan a las necesidades regionales. Por su parte, la cobertura universal en salud implica aumentar la base de personas beneficiadas, las intervenciones cubiertas y los fondos disponibles para lograrlo sin ocasionar riesgos financieros para las personas.⁸⁹ Un sistema hiperfragmentado como el mexicano, sin duda necesita lograr la inclusión de un mayor número de personas y la eliminación de la condición laboral como precondition de afiliación. Sin embargo, se debe reconocer la necesidad de modificar el marco normativo para establecer fuentes de financiamiento complementarias que aseguren una cápita más o menos homogénea y no regresiva, y que garanticen la mejora continua de la calidad de la atención que brindan las instituciones prestadoras de servicios. Por otra parte, es sabido que en países grandes como México cada región tiene necesidades de salud particulares, por lo que la regionalización y el fortalecimiento de las instituciones prestadoras a nivel estatal se perfila como algo deseable. Sobre esto es relevante comprender que la federalización no significa centralizar los servicios y planeación en



la “federación”, sino descentralizar y fortalecer a las instituciones estatales para que estas puedan efectivamente organizar planes y programas para la mejora de la atención primaria, secundaria y de especialidad. Además, para una planeación adecuada es indispensable invertir en la creación y fortalecimiento de sistemas de información en salud que permitan generar una toma de decisiones más estructurada y basada en datos.

- 3. Diseñar planes que busquen cerrar las brechas en vacunación, otras enfermedades no priorizadas a partir de la pandemia y la reemergencia de padecimientos que habían sido controlados como la desnutrición.** Las consecuencias en la salud poblacional ocasionadas por la pandemia de COVID19, van más allá de las secuelas de la enfermedad. Como ya se adelantó, la pandemia ha ocasionado problemas de salud en la población que no pudo atenderse. Además, en México, para 2022 tenemos un retraso considerable en la aplicación de las vacunas correspondientes a la cartilla nacional de vacunación resultando en la desprotección de alrededor de 23 millones de niños y niñas,⁹⁰ lo cual genera condiciones adversas de salud para la población infantil y adulta que requiere la aplicación de los mencionados insumos. De manera análoga condiciones de salud como la desnutrición y desnutrición aguda severa han re-emergido posiblemente a partir de la cancelación de los programas de transferencias condicionadas y la inflación actual.
- 4. Fortalecer las instituciones federales y locales para afrontar las enfermedades emergentes,**

así como reforzar el enfoque preventivo y de salud pública. El virus del H1N1 nos enseñó la importancia de consolidar los sistemas sanitarios incluida la vigilancia epidemiológica, los sistemas de información y los laboratorios nacionales/estatales, entre otros. A pesar de lo anterior, el virus del SARS-CoV2 nos mostró que nuestro sistema de salud no estaba preparado para responder diligentemente. De ahí la relevancia de fortalecer a nivel federal y local la infraestructura encargada de la vigilancia epidemiológica, sanitaria y de emitir actos de autoridad en la materia. Esto requiere una fuerte inversión en capacidad instalada y en tecnología aplicada a la salud que puede ayudar a reducir costos a largo plazo y a tener mecanismos más ágiles de respuesta. Asimismo, el refuerzo de instituciones como el Consejo de Salubridad General, y su colaboración con la Secretaría de Salud Federal y estatales, son vitales para asegurar la correcta activación, fundamentación y motivación de los actos de autoridad que se emitan a raíz de situaciones de emergencia sanitaria. En cuanto al enfoque preventivo, debemos considerar acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad como: 1) avanzar hacia el alfabetismo nutricional y el acceso a alimentos de buena calidad nutrimental; 2) diseñar e implementar una política efectiva para disminuir el impacto del alcohol; 3) hacer efectiva la política de control del tabaco que incluye espacios 100% libres de humos de tabaco, control de venta al menudeo, campañas en medios masivos y acceso a cesación; 4) diseñar programas poblacionales para las personas



que viven con enfermedades crónicas como diabetes y/o hipertensión arterial, y 5) mejorar la educación sexual de los niños y adolescentes.

5. **Crear planes enfocados en la infancia, las familias y en los grupos de personas en condición de vulnerabilidad.** La desaparición de programas enfocados a la infancia como lo era el Seguro Médico Siglo XXI u otros, como el programa Progresión-Oportunidades-Prospera,⁹¹ que tenían claros beneficios en salud a través de las transferencias condicionadas, generan efectos adversos en la salud de estos grupos. Para cualquier país es imposible lograr de forma gratuita la cobertura de todas las enfermedades. Por tal motivo, este tipo de programas enfocados son mecanismos que permiten solucionar problemáticas específicas que impactan a la población.
6. **Procurar una comunicación clara y efectiva con la población.** Las múltiples promesas falsas realizadas en los últimos años como “todas las personas tendrán acceso a lo que requieren en salud donde se encuentren”, son atractivas pero irreales. Asimismo, decir que se construirá nueva infraestructura cuando en realidad se trata de una donación de la infraestructura ya existente entre instituciones no significa aumentar el número de camas ni de profesionales de la salud para cubrir las necesidades de la población.⁹² Los recursos en salud son limitados y requieren de una priorización efectiva, de la creación de paquetes de beneficios explícitos y de la explicación a la población de estas restricciones. Lo contrario, resulta en afectaciones negativas al derecho a

la protección de la salud de las personas y a su derecho a la información accesible y veraz.

7. **Finalmente, en el camino a 2030 tendremos que tomar las mejores decisiones para recuperar el retroceso en el que se encuentra el sistema de salud y progresar hacia el anhelo de la cobertura universal con base en la necesidad de salud y no en la capacidad de pago.** Los cambios improvisados en el sistema nos han dejado desabastecidos de instituciones capaces de sobrellevar las actividades de atención a la salud que necesita la población mexicana. Sin embargo, 8 años son pocos para lograr cambios estructurales que generen una mejora sustancial en ciertos indicadores de salud o la integración de un sistema único de salud. Por ejemplo, el Sistema Único de Salud en Brasil fue creado en 1988 y en la actualidad sigue enfrentando retos por las dificultades de financiación, una baja capacidad de gestión, exceso de burocracia y desconocimiento de los procesos de descentralización.⁹³ En nuestro caso, desafortunadamente no se ha ejecutado ni existe un plan único para la atención de la salud y organización del SNS. En este momento coexisten tres modelos de rectoría y de prestación de servicios para la población sin seguridad social, poco definidos, sin reglas de operación claras y sin evaluación: el encabezado por el INSABI;⁹⁴ el nuevo modelo cuya rectoría recae en el IMSS Bienestar (iniciado en 15 estados⁹⁵),⁹⁶ y, finalmente, los estados que persisten descentralizados.⁹⁷ De lo anterior resulta verdaderamente complejo decidir el



rumbo que deberá tomar el sistema de salud. Para poder encauzar el camino y que el proceso de toma de decisiones sea informado se tiene que evaluar el efecto en salud de las reformas e identificar el deseado. Para esto es necesario contar con indicadores claros que permitan estimar los efectos en salud de la creación del INSABI, de la intervención del IMSS Bienestar y de la centralización de la rectoría en las instituciones federales mencionadas; así como,

los correspondientes a la población que es atendida a través de los sistemas estatales que permanecen fuera, hasta el momento, de los dos esquemas anteriores. Una condición básica para el éxito de todo el sistema y sus subsistemas es lograr una procuración y distribución de los insumos en salud que abastezca a todo el sistema de forma eficiente y oportuna.

CONCLUSIÓN

La crisis actual que atraviesa el SNS y con ello la afectación a la salud de millones de personas continuará. Si no logramos un cambio sustancial en el rumbo de la salud, tanto el SNS en su componente público como la salud poblacional seguirán deteriorándose y veremos un aumento en la mortalidad por cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares, por lo que la esperanza de vida seguirá decreciendo; y, la carga de la enfermedad y muerte aumentando. Si continuamos sin actuar o ejecutando decisiones sin la información y planeación adecuadas; desperdiçando valiosos recursos; y, sin un rumbo claro, la situación en salud decaerá aún más y comprometerá el desarrollo del país, lo que llevará a muchas familias a una situación de pobreza crónica. En la medida en que la mala salud limite la capacidad de trabajar de las personas y genere costos adicionales a los hogares, las familias empobrecerán a causa del costo de los medicamentos o del tiempo invertido

en cuidar a sus personas cercanas que viven con alguna enfermedad. Adicionalmente, se debe tener presente que el derecho a la salud nos habilita frente al goce efectivo de otros derechos y libertades: sin salud los demás derechos se restringen y limitan. No debemos olvidar el importante vínculo entre la salud de la población y el desarrollo, ya que un país con una población saludable genera mayor riqueza, equidad, estabilidad y bienestar; con ello, asegurar un futuro más digno para las siguientes generaciones.



Notas Finales

- 1 Vejar, Lesly; Barquera, Simón; Rivera, San Ángel. COVID-19, Obesidad y enfermedades crónicas en México, INSP. Disponible en: <https://conacyt.mx/covid-19-obesidad-y-enfermedades-cronicas-en-mexico/#:~:text=M%C3%A9xico%20enfrenta%20la%20epidemia%20de,Campos%2DNonato%20et%20al.%2C>
- 2 Dirección General de Epidemiología. Información Relevante Muertes Maternas, Secretaría de Salud, 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/432539/MM_2019_SE03.pdf
- 3 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Comunicado De Prensa Núm. 536/21: Estadísticas A Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Embarazo No Planificado En Adolescentes (Datos Nacionales)*, septiembre 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Embarazos21.pdf
- 4 Velázquez, Maricarmen. *En México. 33 millones de personas sin acceso a servicios públicos y privados de salud: INEGI. Código F*, septiembre 2021. Disponible en: <https://codigof.mx/en-mexico-33-millones-de-personas-sin-acceso-a-servicios-publicos-o-privados-de-salud-inegi/#:~:text=Aunado%20a%20lo%20anterior%2C%20en,poblaci%C3%B3n%20fue%20de%2038%20millones>.
- 5 ONU. Observación General 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, agosto 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- 6 PAOT, La transición demográfica en México, 2000. Disponible en: https://paot.org.mx/centro/ine-semarnat/informe02/estadisticas_2000/informe_2000/01_Poblacion/1.1_Dinamica/data_dinamica/recuadro.htm#:~:text=En%20los%20%C3%BAltimos%20a%C3%B1os%20M%C3%A9xico,otro%20donde%20ambas%20son%20menores.
- 7 Cámara Nacional de la Industria Nacional (CANIFARMA). Presupuesto público para salud 2021. Derecho a la salud. México: Código F; 2020. Disponible en: <https://codigof.mx/presupuesto-publico-para-salud-2021/>
- 8 Navarro, Isrrael, y López Lorena. ‘Narcoviencia’ disminuyó hasta un año la esperanza de vida de los mexicanos, Milenio, mayo 2021. Disponible en: <https://www.milenio.com/politica/violencia-disminuye-1-ano-esperanza-vida-mexicanos>
- 9 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4. Febrero 1917 [México]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- 10 *Ibidem*, artículo 1.
- 11 cfr. Observación General 14. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.
- 12 Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, 1946. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- 13 López Obrador, Andrés Manuel (2016): “Lineamientos Básicos del Proyecto Alternativo de Nación 2018-2024”, en Andrés Manuel López Obrador, México. Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2016/>
- 14 Artículo 11, Ley General de Salud, 1984. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- 15 La responsabilidad de financiamiento no corre a cargo exclusivamente del Estado. La salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados, con base en criterios de capacidad contributiva y redistribución del ingreso. Tesis P./J. 136/2008, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXVIII, Octubre de 2008, p. 61
- 16 Secretaría de Salud. Sector Salud suscribe convenio con hospitales privados para hacer frente a la pandemia de COVID-19, abril 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/105-sector-salud-suscribe-convenio-con-hospitales-privados-para-hacer-frente-a-la-pandemia-de-covid-19>
- 17 Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Afiliación histórica del Sistema de Protección Social en Salud, octubre 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/afiliacion-historica-del-sistema-de-proteccion-social-en-salud#:~:text=A%20diciembre%20de%202018%2C%2053,la%20poblaci%C3%B3n%20total%20del%20pa%C3%ADs.&text=octubre%20de%202019-,A%20diciembre%20de%202018%2C%2053%20millones%20530%20mil%20359%20personas,la%20poblaci%C3%B3n%20total%20del%20pa%C3%ADs>.
- 18 Secretaría de Salud. ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), Diario Oficial de la Federación, julio 2003. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609176&fecha=29/12/2020

-
- 19 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, Secretaría de Salud/INSP. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
 - 20 Seguro Popular. Normativa de la CNPSS. Disponible en: <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/normatividad-de-la-cnpss>
 - 21 Fernanda Cobo, Sofía Charvel, Mexican apex judiciary and its multiple interpretations: Challenges for the constitutional right to health, *International Journal of Constitutional Law*, Volume 18, Issue 4, December 2020, Pages 1254–1282, <https://doi.org/10.1093/icon/moaa085>
 - 22 Cortés Adame, Luis Javier. La terminación del Seguro Popular y el diseño del INSABI para atender enfermedades catastróficas en la población sin seguridad social. Tesis de maestría. Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2021. <http://hdl.handle.net/11651/4479>
 - 23 Ávila-Burgos, Leticia, Serván-Mori, Edson, Wirtz, Verónica J, Sosa-Rubí, Sandra G, & Salinas-Rodríguez, Aarón. (2013). Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en los hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S91-S99. Recuperado en 02 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800004&lng=es&tlng=es.
 - 24 Muñoz-Aguirre, Paloma et. al. Acute Lymphoblastic Leukaemia Survival in Children Covered by Seguro Popular in Mexico: A National Comprehensive Analysis 2005–2017, *Health Systems & Reform*, 7:1, 2021. Disponible en: 10.1080/23288604.2021.1914897
 - 25 Bandala-Jacques, Antonio, et al. Survival of Breast Cancer in Women Treated Under Mexico's Seguro Popular, 2021, pp. 47-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1158/1538-7755.ASGCR21-47>
 - 26 IR ASF - 2017 Pg. 288 (IR ASF - 2017)
 - 27 Cfr. Cortés Adame, Luis Javier
 - 28 Andrés Manuel López Obrador. Lineamientos Básicos del Proyecto Alternativo de Nación 2018-2024, AMLO, noviembre 2016. Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2016/11/20/lineamientos-basicos-del-proyecto-alternativo-de-nacion-2018-2024-anuncia-amlo/>
 - 29 De acuerdo con las mediciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), a nivel nacional entre 2018 y 2020, se observó un aumento de la población con carencia por acceso a los servicios de salud al pasar de 16.2% a 28.2%, lo cual representó un aumento de 20.1 a 35.7 millones de personas en este periodo. Lo anterior significa que en dos años hubo un aumento de 15.6 millones de personas que reportaron no estar afiliadas, inscritas o tener derecho a recibir servicios de salud. Ver: Coneval. Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020, agosto 2021. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf
 - 30 El año 2021 tuvo el mayor porcentaje de no surtimiento de recetas registradas. El IMSS y el ISSSTE son las instituciones que mayor número de recetas emitan y, a su vez, tienen mayor índice de no surtimiento con 10.3% y 2.6% respectivamente. En total, todas las instituciones de salud no surtieron un aproximado de 24 millones de recetas en 2021. INFORME DE TRANSPARENCIA EN SALUD 2017-2021, Nosotr@s, 2022. Disponible en: <https://cdn-yeeko.s3.amazonaws.com/assets/Resumen+radiografia+desabasto+2017-2021.pdf>
 - 31 Cfr. Coneval. Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud.
 - 32 La última compra consolidada efectuada por el IMSS (2018-2019) estuvo integrada por 43 participantes y, en los seis años de operación, se estimaron ahorros por 20,649 millones de pesos. Para conocer más, visitar: <http://www.imss.gob.mx/comprasconsolidadas#:~:text=Compras%20en%20el%20IMSS.%20Compranet.%20Por%20medio%20de,especialidad%20como%20oncol%C3%B3gicos%2C%20VIH%2C%20hipertensi%C3%B3n%2C%20diabetes%2C%20entre%20otros>
 - 33 OCDE. Segundo Estudio de la OCDE sobre Contratación Pública en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Estudios de la OCDE sobre gobernanza pública, 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264288300-es>
 - 34 DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, DOF, 30 noviembre 2018. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5545331&fecha=30/11/2018
 - 35 Secretaría de Hacienda y Crédito Público. *Comunicado No. 052 La Oficial Mayor de la SHCP informa sobre el nuevo modelo de compras consolidadas*, mayo 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/shcp/prensa/comunicado-no-052-la-oficial-mayor-de-la-shcp-informa-sobre-el-nuevo-modelo-de-compras-consolidadas>
 - 36 Distintas reformas y oficios se llevaron a cabo para establecer el nuevo mecanismo de compra y distribución de medicamentos Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (30/11/2018), Oficio No. 09 52 170500 (14/12/2018). Sin embargo, no se establecieron reglas de
 - 37 El veto se realizó vía el Oficio 0090/03/2018, si bien este oficio no se encuentra publicado en una fuente del gobierno puede encontrarse

-
- en: Impunidad Cero. *Operación desabasto*, 2020, pp.18. Disponible en: <https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/146/contenido/1617662558N24.pdf>
- 38 Guillén, Beatriz. El Gobierno mexicano inhabilita a la farmacéutica Pisa tras meses de tensión, El País, octubre 2020. Disponible en: <https://elpais.com/mexico/2020-10-21/el-gobierno-mexicano-inhabilita-a-la-farmaceutica-pisa-tras-meses-de-tension.html>
- 39 Melgoza, Alejandro; Tron, Denisse. Operación Desabasto, El Universal. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/interactivos/2021/operacion-desabasto-medicamentos/#:~:text=A%20partir%20del%201%C2%BA%20de,a%20la%20compra%20>
- 40 En 2020, se emitió un acuerdo por el que se reconocían como equivalentes al registro sanitario otorgado por la institución mexicana, las autorizaciones emitidas por algunas autoridades internacionales. Esto se realizó como una medida para enfrentar el desabasto e incentivar la entrada de otros medicamentos. Para ver más consultar acuerdo en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5585043&fecha=28/01/2020
- 41 CHARVEL OROZCO, ANA SOFÍA; “La respuesta de México ante el SARS-Cov-2: un Sistema Nacional de Salud debilitado en un proceso de reforma inconcluso”. “México’s response to Sars-Cov-2: a weakened national Health System in an inconclusive reform process”. Akademia. Revista Internacional y Comparada de Derechos Humanos, Año 2021, Número Especial; pp.437; pp. 37-77. IDH ACADEMIA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Número especial, año 2021. ISSN en trámite.
- 42 Melgoza, Alejandro; Tron, Denise. Fallida estrategia anticorrupción en la compra de medicamentos, El Universal, 2021. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/interactivos/2021/operacion-desabasto-medicamentos/cap2.html>
- 43 UNOPS. Insabi y Unops anuncia resultados de la compra consolidada 2021 e informan acciones de abasto 2022, comunicado oficial, noviembre 2021
- 44 UNOPS. Informe conjunto de INSABI y UNOPS, 27 julio 2021. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/657621/Informe_conjunto_de_INSABI_UNOPS_julio_2021.pdf
- 45 Gobierno de México. Adquisición sectorial de medicamentos e insumos 2021-2022. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/684343/El_Pulso_de_la_Salud__30nov21.pdf
- 46 *Adquisición Sectorial de Medicamentos e Insumos*, Conferencia matutina, abril 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/717594/CPM_Salud_Adquisici_n_medicamentos__19abr22.pdf
- 47 Forbes México. *Padres de niños con cáncer son amparados para recibir medicamentos*, febrero 2021. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/padres-de-ninos-con-cancer-son-amparados-para-recibir-medicamentos/>
- 48 INEGI. Encuesta Nacional De Ingresos Y Gastos De Los Hogares (ENIGH) 2020, 2021. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/enigh2020.pdf>
- 49 Andrés Manuel López Obrador. Conferencia matutina del 14 de diciembre de 2018; versión estenográfica. Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2018/12/14/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-4/>
- 50 INEGI. 2019. “Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Los Hogares.” Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>
- 51 DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, artículo primero transitorio, Diario Oficial de la Federación, noviembre 2019. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019
- 52 Andrés Manuel López Obrador. Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina del 16 de enero 2020, 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-jueves-16-de-enero-2020>
- 53 Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2022, Diario Oficial de la Federación, 12 de noviembre de 2021. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5635285&fecha=12/11/2021
- 54 ACUERDO de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y la Ciudad de México, Diario Oficial de la Federación, septiembre 2020. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5599743&fecha=04/09/2020
- 55 ACUERDO de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, Diario Oficial de la Federación, agosto

-
2020. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598396&fecha=14/08/2020
- 56 ACUERDO de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y la Ciudad de México, Diario Oficial de la Federación, septiembre 2020. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5599743&fecha=04/09/2020
- 57 ACUERDO de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Sonora, Diario Oficial de la Federación, diciembre 2020. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608456&fecha=22/12/2020
- 58 ACUERDO de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de San Luis Potosí, Diario Oficial de la Federación, agosto 2020. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598274&fecha=13/08/2020
- 59 Campos, Mariana; Cano, Jorge. IMSS-Bienestar: maquillando el fracaso en salud, México Evalúa, abril 2022. Disponible en: <https://www.mexicoevalua.org/imss-bienestar-maquillando-el-fracaso-en-salud/>
- 60 Ibid
- 61 Ibid
- 62 Ibid
- 63 Robledo, Zoé. Versión estenográfica. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 3 de mayo de 2022, Presidencia de la República, mayo 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-del-3-de-mayo-de-2022>
- 64 CIEP A.C. *Análisis de panorama*. Disponible en: <https://twitter.com/ciepmx/status/1521590879487676421>
- 65 Ibid
- 66 FUCAM. *Comunicado de prensa del 21 febrero 2020*. Disponible en: <https://twitter.com/fucamm/status/1230953807451959296?lang=es>.
- 67 Badillo, Diego. *Pacientes con cáncer de mama, las más afectadas por no haber ya colaboración entre gobierno y Fucam: Betsabé Hernández*, El Economista, noviembre 2020.
- 68 Redacción Aristegui Noticias. Financiamiento al Fucam no era eficiente ni transparente, afirma López-Gatell, Aristegui Noticias, febrero 2020. Disponible en: <https://aristeginoticias.com/2502/mexico/financiamiento-al-fucam-no-era-eficiente-ni-transparente-afirma-lopez-gatell-enterate/?jwsourc=cl>
- 69 Lopez-Gatell, Hugo. Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina del 25 de febrero del 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-martes-25-de-febrero-de-2020?idiom=es>
- 70 SHCP. *Estructura Programática a emplear en el proyecto de Presupuesto de Egresos 2022*, junio 2021. Disponible en: https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF/2022/estructura_programatica/1_EstructurasProgramaticas_paraPPEF2022.pdf
- 71 EL CAUSES era el documento referencia del Seguro Popular en el que se describían las intervenciones y el listado de medicamentos a los cuales tenían derecho sus afiliados. Para conocer más sobre su contenido y estructura visitar: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2019_Publicaci%C3%B3n.pdf
- 72 En el tercer nivel se cubría intervenciones como el tamiz auditivo y el implante coclear. Ver: <https://www.tamaulipas.gob.mx/seguropopular/seguro-medico-siglo-xxi/que-es/>
- 73 Observatorio de Mortalidad Materna en México. *La mortalidad materna sigue aumentando durante la pandemia*, Febrero 2021. Disponible en: <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2021/08/La-mortalidad-materna-sigue-aumentando-durante-la-pandemia-semana-30.pdf>
- 74 Segundo Informe de Gobierno, Indicadores de la salud infantil, septiembre 2020, p. 216. Disponible en: <https://presidente.gob.mx/wp-content/uploads/2020/09/PRESIDENTE%20AMLO%20INFORME%20DE%20GOBIERNO%202019-2020.pdf>
- 75 Tercer informe de Gobierno, *Indicadores de la salud infantil*, septiembre 2021, p. 258. Disponible en: <https://framework-gb.cdn.gob.mx/informe/5b8e7a983a893dfcbd02a8e444abfb44.pdf>
- 76 Organización Panamericana de la Salud. La pandemia de COVID-19 causa un importante retroceso en la vacunación infantil, según se desprende de los nuevos datos publicados por la OMS y el UNICEF, julio 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-7-2021-pandemia-covid-19-causa-importante-retroceso-vacunacion-infantil-segun-se>

-
- 77 Alianza por la vacunación. BAJAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN MÉXICO, 2021. Disponible en: https://vacunacion.org/ver_entrada/71-Bajas+coberturas+de+vacunaci%C3%B3n+en+M%C3%A9xico
- 78 Palacio-Mejía, Lina Sofia; et. al. Leading Causes of Excess Mortality in Mexico During the COVID-19 Pandemic 2020 – February 2021: A Death Certificates Study in a Lower-Middle-Income Country. Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=3968899>
- 79 ibidem, pp.155.
- 80 Ibid
- 81 ibidem, pp.139
- 82 ibid
- 83 ibid
- 84 ibidem, pp. 151.
- 85 OMS, Declaración Alma-Ata, Atención Primaria de Salud, 1978. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>
- 86 OMS, Declaración de Astaná, Conferencia Global de Atención Primaria, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- 87 Este es el modelo de atención operado por el IMSS Bienestar. Se caracteriza por su enfoque en acciones preventivas y la atención a la comunidad.
- 88 IMSS. *ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2022*, Diario Oficial de la Federación, diciembre 2021. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639354&fecha=24/12/2021
- 89 OMS. Cobertura sanitaria universal, abril de 2021. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- 90 Alianza por la vacunación. BAJAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN MÉXICO, 2021. Disponible en: [https://vacunacion.org/ver_entrada/71-Bajas+coberturas+de+vacunaci%C3%B3n+en+M%C3%A9xico#:~:text=Cobertura%20de%20vacunaci%C3%B3n%20y%20esquema,vacunas\)%20fue%20de%2053.9%25](https://vacunacion.org/ver_entrada/71-Bajas+coberturas+de+vacunaci%C3%B3n+en+M%C3%A9xico#:~:text=Cobertura%20de%20vacunaci%C3%B3n%20y%20esquema,vacunas)%20fue%20de%2053.9%25).
- 91 Ver más sobre la implementación del programa, y sus aciertos y desafíos en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf
- 92 cfr. CIEP, 2022.
- 93 Tolentino, Marcus. *Sistema Único de Salud: La experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2): 251-57. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200020#:~:text=Desde%201988%20en%20Brasil%2C%20se,progresiva%20universalizaci%C3%B3n%20de%20la%20salud.
- 94 Baja California, Chiapas, Estado de México, Coahuila, Guerrero, Hidalgo, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.
- 95 Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Colima, Durango, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas
- 96 Cfr. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 3 de mayo de 2022, Presidencia de la República.
- 97 Aguascalientes, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y Tamaulipas.

EDC ESCUELA DE
CIUDADANOS