

# El Sistema de Salud de México y los cambios durante el primer año de Gobierno del presidente López Obrador

---

Carolina Tetelboin Henrion\* María del Carmen Piña Ariza\*\*  
Karen Melo Hernández\*\*\*

---

## RESUMEN

Los cambios al sistema de salud mexicano en el gobierno de la 4ta. Transformación (4T) iniciado el 1° de diciembre de 2018, proponen transformar las políticas y las instituciones de salud, después de casi cuatro décadas de neoliberalismo. La propuesta se orienta a superar la etapa de mercantilización, privatizaciones y privilegios a grupos de interés vinculados al sector salud de los gobiernos anteriores, y a reorientar la política de derecho restringido del Seguro Popular hacia otra de universalización de los servicios de salud y a medicamentos gratuitos para toda la población, independiente de su condición laboral o socioeconómica.

El objetivo de esta contribución es documentar el proceso de construcción y desarrollo de ésta política y su impacto en las instituciones públicas y de seguridad social durante el primer año, recuperando el diagnóstico realizado, las primeras medidas, los avances, dificultades y retos, especialmente, en relación a la desaparición del Seguro Popular y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar y otras medidas estratégicas, a partir de información oficial, fuentes periodísticas y estudios académicos.

**PALABRAS CLAVE:** 4ta. Transformación, política y sistema de salud, Seguro Popular, Instituto de Salud para el Bienestar

## The Mexican Health System and the changes during the first year of the Government of President López Obrador

\* Profesora - Investigadora Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). [ctetelboin@correo.xoc.uam.mx](mailto:ctetelboin@correo.xoc.uam.mx)

\*\* Doctoranda en Ciencias en Salud Colectiva y Ayudante de Investiga-

ción de Posgrado, Departamento de Atención a la Salud, UAM-X.

\*\*\* Doctoranda en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-X.

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2020.

Fecha de aceptación: 26 de febrero de 2021.

**ABSTRACT**

Changes to the Mexican health system in the government of the 4th. Transformation (Q4) started on December 1, 2018, they propose to transform health policies and institutions, after almost four decades of neoliberalism. The proposal is aimed at overcoming the stage of commercialization, privatization and privileges for interest groups linked to the health sector of previous governments and to reorient the restricted right policy of Seguro Popular towards universalization of health services and free medicines for the entire population. population, regardless of their employment or socioeconomic status, with possible and facilitated access.

The objective of this contribution is to document the process of construction and development of this policy and its impact on public and social security institutions during the first year, recovering the diagnosis made, the first measures, the progress, difficulties and challenges, especially, in relation to the disappearance of Seguro Popular and the creation of the Instituto de Salud para el Bienestar, and other strategic measures, based on mainly official information, journalistic sources and academic studies.

**KEYWORDS:** 4th. Transformation, health policy and health system, Seguro Popular, Instituto de Salud para el Bienestar.

**Introducción**

El 01 de diciembre de 2018 con la aprobación del 53% de los votos, inicia en México el gobierno de Andrés Manuel López Obrador y el partido Morena, una coalición a la izquierda del sistema político, para llevar a cabo la llamada 4ta. Transformación (4T) de la historia independiente del país. Entre sus objetivos se plantea poner término a las políticas neoliberales iniciadas en 1982, recuperando el papel del Estado, rearticulando las capacidades públicas y la soberanía sobre los bienes de la nación, austeridad republicana, combate a la corrupción y fin a los privilegios; en el terreno social, poner el gobierno al servicio de la población más pobre, atacar de raíz el problema de la violencia atacando el problema estructuralmente con el impulso de una política de bienestar social.

En términos de la política de salud y sus instituciones, frente al diagnóstico de una población con

altos porcentajes de enfermedades crónico-degenerativas<sup>1</sup> producto de las políticas de mercado centradas en la promoción y el consumo de grasas saturadas, hidratos de carbono y azúcares, se encuentra un sistema de servicios de salud público y seguridad social profundamente rezagado (Gobierno de México y SSA, 2020a). La propuesta se orienta a garantizar el derecho a la salud de todas y todos los mexicanos, independiente de su condición laboral o socioeconómica, modificar sus condiciones de vida y universalizar el acceso a los servicios de salud y medicamentos gratuitos. Se trata de desmontar el sistema creado durante el periodo neoliberal de 1982 a 1918.

<sup>1</sup> De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), en México, el 10.3% (8.6 millones de personas) de la población mayor de 20 años tiene diabetes y 18.4% (15.2 millones de personas) hipertensión. Aunado a ello, 39.1% tiene sobrepeso y 36.1% obesidad (Shamah et al., 2020).

A modo de antecedente, cabe recordar que los gobiernos neoliberales se caracterizaron por una política de libre comercio, apertura a las importaciones, desmontaje de la industria nacional, desregulación, privatizaciones, disminución de la intervención del Estado, la inversión social y la participación directa en los servicios públicos, estancamiento del salario y flexibilización laboral.

En relación al sistema de salud, se pueden identificar dos momentos de éste proyecto: el primero (1982-2000) inicia con un proceso de racionalización de las segmentadas instituciones de salud, creación de un sistema nacional de salud, descentralización inconclusa de la Secretaría de Salud a los estados, disminución progresiva del presupuesto de operación e inversión, y apertura a la actividad privada con el financiamiento de seguros de gastos médicos mayores con recursos públicos a funcionarios, empresas del Estado y universidades públicas con el objeto de deslegitimar y desestimular el uso de los servicios de salud de la seguridad social, y preparar la separación de las pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ésta se lleva a cabo en medio de una gran lucha social que termina finalmente con su privatización y la creación de Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), empresas privadas para su administración. A la vez, se crea el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), y se cambia la estructura de los aportes del Estado, los trabajadores y las empresas a favor de éstos últimos.

En el segundo periodo (2000 a 2018) estas políticas se intensifican durante los tres últimos gobiernos neoliberales en alternancia entre el Partido de Acción Nacional (PAN), de derecha, que gana en 2000 las elecciones con la promoción del voto útil para sacar al Partido Revolucionario Institucional (PRI) del poder, pero que terminan convirtiéndose en una estrecha articulación neoliberal. El cambio

estructural más importante en salud ocurre durante el gobierno de Vicente Fox y el secretario de salud Julio Frenk, con la promulgación en julio de 2004 de la Ley de Protección Social en Salud que crea el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), mejor conocido como Seguro Popular (SP), basado en el modelo del pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997). Con este cambio se avanza en la separación de las funciones de la Secretaría de Salud Federal segmentando, limitando y redefiniendo el papel del sistema público para la población de bajos recursos. A la Secretaría de Salud Federal le corresponderá en adelante la rectoría y árbitro de la competencia; al SP asignar el financiamiento a lo público y a lo privado; a los estados ya completamente descentralizados, prestar los servicios públicos que se financian según un listado de 294 intervenciones de un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); adicionalmente, un fondo de protección para algunas enfermedades llamadas catastróficas, un seguro médico Siglo XXI para niñas y niños menores de 5 años de edad y el programa Arranque Parejo en la Vida para embarazo, parto, puerperio y el recién nacido hasta los 28 días, que se extiende a 5 años durante el gobierno del panista Felipe Calderón Hinojosa (2007-2012). Durante éste gobierno se produce un incremento en la tasa de homicidios (entre 2007 y 2011 pasó de 8.1 a 23.7 asesinatos por cada 100 mil habitantes) (Galindo et al., 2017) tras declarar la guerra contra el crimen organizado, no obstante, hoy estar preso en Estados Unidos el que fuera su Secretario de Seguridad Pública por acusación de narcotráfico. Con Enrique Peña Nieto (2012-2018), a pesar de los propósitos de campaña por lograr una reforma al sistema de salud (Blázquez, 2020), se privilegian otras 11 reformas estructurales privatizadoras (energía, telecomunicaciones, entre otras), pero se continúa el deterioro y segmentación del sistema público y de seguridad so-

cial con la profundización de los mecanismos de articulación público-privada a través de la compra de servicios, concesiones, las llamadas P&P, contratos, convenios, flexibilización laboral, además del crecimiento de una importante empresa de outsourcing en salud que opera tanto en instituciones públicas como privadas.

El diseño de la política de salud se concibe aquí más allá de un asunto técnico o científico/tecnológico o derivado de condiciones epidemiológicas o demográficas, como una cuestión instalada en la trama de las relaciones sociales y de poder de una sociedad determinada y en su inserción mundial, lugar dónde se define su sentido, contenido y curso, más allá de las dinámicas y discursos particulares. Las claves teóricas de esta cuestión están en la disputa política de dos modelos en la historia reciente de la región: el conocido como de “acceso y cobertura universal de salud” (OMS, 2005; 2010), donde la salud es un derecho humano individual y de resolución en el mercado cuya competencia entre prestadores y organismos financiadores la organiza el Estado garantizando mínimos generales establecidos por ley, siguiendo el modelo de aseguramiento privado (Laurell y Herrera, 2010). En el segundo, denominado de “derecho universal a la salud” (López, López y Moreno, 2015; López y Jarillo, 2015), la salud es entendida como un derecho humano colectivo producto de un conjunto de determinaciones vinculadas a las condiciones de vida de los sujetos en su pertenencia social (de clase, género y etnia), siendo los servicios de salud uno de estos determinantes. Desde esta perspectiva, la sociedad, a través del Estado, debiera garantizar plena e integralmente el derecho a la salud a través de una política social, financiamiento público y mecanismos y recursos institucionales. De este modo, la formulación de la política y las características del sistema de salud devienen de los contenidos ético

político y filosófico de los gobiernos según estos modelos conceptuales, y que se expresan en gobiernos neoliberales y/o progresistas o en proceso de democratización.

La información que se presenta a continuación es el avance de una investigación más amplia de seguimiento del sistema de salud mexicano. El objetivo general de esta contribución es documentar el proceso de construcción de la política de derecho a la salud y el proyecto de universalización de servicios de salud y medicamentos gratuitos durante el primer año del gobierno de la 4T, sus avances, dificultades y problemas. Para ello, en primer lugar, se sistematizan los elementos del diagnóstico realizado por la actual administración en torno a las condiciones encontradas en el sistema de salud; posteriormente se describe el proceso de elaboración y legalización de la política de salud especialmente en relación a la desaparición de la SNPSS, su brazo operativo el SP y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); en tercer lugar se exponen los principales temas que desde el punto de la investigación supusieron los retos y desafíos más importantes para la operacionalización del Plan Nacional de Salud durante este primer periodo y, finalmente, se recuperan los principales debates en torno a la reorganización del sistema de salud.

La sistematización y análisis de la investigación se orientó a identificar los argumentos vertidos en torno a la política de salud y el sistema de salud desde los discursos vertidos por actores oficiales, oposición, recuperaciones desde la prensa o la academia, en relación a los temas relevantes, sus contenidos, posiciones e intereses en el proceso de construcción de un nuevo modelo y/o desarticulación del anterior; a la vez se auxilia de preguntas clave, en relación a la política de salud: ¿quién y dónde se decide la política de salud?

¿qué intereses se benefician con estas decisiones? ¿cuáles son los principales temas de conflicto y sus argumentos; ¿qué sentido u orientación tiene la política: al mercado o a fortalecer el Estado; a individualizar o universalizar derechos en salud? ¿cuál es el resultado formal/legal? ¿cuáles son las funciones fundamentales en salud y quién las desempeña (rectoría, financiamiento y la prestación)? Respecto al sistema de salud: ¿cómo se organiza el sistema de salud (segmentado vs unificado o integrado)? ¿cuáles son las condiciones de atención (costo, insumos, personal, medicamentos y servicios)? ¿Cuáles son los principales cambios y resultados?

La metodología adoptada en la investigación es cualitativa, basada principalmente en el análisis del discurso para recuperar los planteamientos que pueden dar cuenta del sentido, el proceso de cambio y los resultados de la política y el sistema de salud desde las fuentes utilizadas. Las fuentes son principalmente información oficial, fuentes periodísticas y académicas que en conjunto permiten reconstruir el proceso en curso del primer año de gobierno.

### **El diagnóstico del sistema de salud**

El diagnóstico del sistema de salud público realizado por el gobierno de la 4T se presenta en distintos momentos y por distintos personeros de gobierno. En enero de 2019 en la conferencia del presidente de los días martes de “El pulso de la salud”, el Dr. Jorge Alcocer, secretario de salud, presenta el “Proyecto del Plan Nacional de Salud”. A pesar de que el 4º Constitucional establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”, en

México la protección a la salud es una aspiración que está lejos de cumplirse. Entre los elementos de diagnóstico identifica: instalaciones abandonadas, sobre carga de servicios, falta de personal, medicamentos e insumos básicos, tiempos de espera largos y atención deshumanizada, poco énfasis en la promoción y prevención de la salud; un sistema público descentralizado, segmentado y con disminución del presupuesto desde 2015; después de 15 años de Seguro Popular, 20 millones de mexicanos no tienen cobertura de salud.

Durante esta presentación se señala que, contrariamente a las intenciones de terminar con la segmentación de las instituciones públicas de salud y de seguridad social, los años de neoliberalismo de distintos gobiernos de México entre 1982 y 2018, se profundizó su división y privilegió la participación de actores privados. Como consecuencia, se recibió un sector público saqueado por la corrupción, con indolencia burocrática y un limitado presupuesto (Gobierno de México y SSA, 2019). Para los pacientes, esta situación significa que deban acudir con su propio material de curación, esperar largos tiempos para ser sometidos a una intervención quirúrgica, saturación de quirófanos, descomposturas o falta de equipo e incluso, no tener acceso a terapias y tratamientos por no estar afiliados a ninguna institución de seguridad social o porque la cobertura del Seguro Popular es insuficiente. Por tanto, refieren un derecho a la salud parcial o negado al sector más desprotegido de la población mexicana<sup>2</sup> (DOF, 2019a).

Entre sus principales críticas al SP se dice que “ni era seguro, ni era popular”. El presidente López Obrador menciona que se hacía mal uso de los

<sup>2</sup> En el año 2018, el 44.7% de la población no tenía seguridad social y, de acuerdo a los recursos básicos hospitalarios, para este sector se contaba con 0.6 camas censables por cada cien mil habitantes (Secretaría de Salud, 2019).

recursos en la transferencia de los fondos de la federación a los estados, con un alto gasto en la adquisición de medicamentos pero desabasto de los mismos (Jiménez, 2019). Por su parte, el Secretario de Salud señala que el Seguro Popular fue una estrategia, en alianza con el capital privado, para beneficiarse de las enfermedades, mas no una institución social para dar atención universal a la población vulnerable, en donde se comercializó el acceso a la salud a través de diferentes paquetes de seguros médicos, según la capacidad de pago (Damían y Castillo, 2019).

Estas apreciaciones se ratifican también en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 publicado en julio del 2019. En este se describe un sistema de salud “insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción”, en donde millones de personas no tienen acceso a ninguna institución de salud o enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura (DOF, 2019a).

Un primer documento de diagnóstico en terreno fue el Censo Estratégico para la Prestación de Servicios de Salud, realizado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) bajo la dirección de la Dra. Asa Cristina Laurell<sup>3</sup> en 3 892 unidades de primer nivel de atención de ocho estados de sureste,<sup>4</sup> los más pobres del país. El objetivo fue establecer una herramienta de evaluación de establecimientos para la detección y análisis de las necesidades específicas que permitiera ordenar intervenciones para el mejoramiento de los servicios de salud, en el marco de hacer efectivo el acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos de la población sin seguridad social (Secretaría de Salud, 2019).

3 El 15 de junio de 2020 presenta su renuncia a la Subsecretaría denunciando la intención de la Secretaría de Salud en desaparecer esta dependencia.

4 Entidades federativas consultadas: Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Los resultados revelaron que las unidades no cumplen con la cartera de servicios mínimos. En Oaxaca, por ejemplo, de las 757 unidades analizadas, 238 unidades carecían de servicios de medicina preventiva, 5 no contaban con unidades de laboratorio, 7 carecían de unidades de servicio odontológico y 7 de unidades de rayos X. Es decir, además del problema del acceso, los servicios se otorgan de manera incompleta con limitaciones importantes de acciones preventivas y auxiliares de diagnóstico (Secretaría de Salud, 2019).

En cuanto a los servicios básicos, de las 3 892 unidades estudiadas, el 52,7% de ellas no contaban con energía eléctrica, agua potable o drenaje. En relación a las condiciones de infraestructura, el 75% reporta daño estructural, y de estas, el 73% informan no haber recibido mantenimiento durante los pasados cinco años. También el diagnóstico detecta problemas de mobiliario, resaltando que en el total de las unidades se requieren 5 411 botiquines, 1 443 mesas de exploración, 1 344 escritorios, 2 185 básculas, 2 285 lavabos y 3 488 botes de basura para residuos peligrosos biológico infecciosos. Pero también equipo médico básico necesario para la exploración como estetoscopio, baumanómetro o estuche de diagnóstico (Secretaría de Salud, 2019).

Respecto al personal de salud, el diagnóstico plantea que de las 3 892 unidades, 861 no cuentan con médicos y tienen necesidades de enfermeras, anestesiólogos, gineco-obstetras, internistas, urgenciólogos y radiólogos (Secretaría de Salud, 2019). Estos resultados se refuerzan con lo referido por la Secretaría de Salud Federal, que establece un déficit de 200 mil médicos (123 mil generales y 76 especialistas) y personal de salud en el sector público que no se desarrollaron al nivel de crecimiento de la población y con una mala distribución geográfica y social (Muñoz, 2019a). Este

déficit se presenta principalmente en los niveles de atención básica y en las zonas más pobres y alejadas de las grandes ciudades del país.

Por otra parte, se detectó el uso discrecional y desvío de recursos en el Seguro Popular derivado de la falta de mecanismos de control o de su incumplimiento. Al cierre de la pasada administración se detectaron 7 mil millones de pesos sin comprobar y deudas por más de 54 mil millones de pesos a proveedores de medicamentos y prestadores de diversos servicios e impuestos. Respecto a los recursos sin comprobar destacan el estado de Michoacán con 3 mil 474 millones 527 mil pesos; Veracruz, 2 mil 222 millones 832 mil 332; Guerrero, mil 238 millones 228 mil 266; Tabasco, 190 millones 428 mil 332; Morelos, 81 millones 94 mil 740, y Nayarit, 59 millones 995 mil pesos. Lo anterior tuvo como efecto una deficiente calidad de servicios de salud y desabasto de medicamentos (Cruz, 2020b).

La situación en las instituciones de seguridad social no es ajena a estas dificultades. El IMSS, la institución de seguridad social del país con atención a alrededor de 68 millones de mexicanos, manifiesta en su Informe 2019-2020 elementos de diagnóstico vinculados a su propuesta. Al respecto, se dice que “la Cuarta Transformación de la vida pública del país (4T) ha representado una oportunidad histórica para defender un proyecto solidario y que fortalezca la calidad de los servicios de salud y de seguridad social...un cambio de rumbo y ejercer acciones que promuevan la inclusión y la igualdad, la eliminación de los actos de corrupción y la impunidad, y se fomente la confianza de las personas derechohabientes y usuarias. Las tareas y acciones emprendidas buscan cambiar una visión exclusivamente financiera que se privilegió en los últimos años, para empezar a hablar de la salud de las personas e invertir

donde se había dejado de hacerlo. Por ello, reforzamos acciones dirigidas a la sustitución de equipo obsoleto: lámparas de hospitales, monitores, resonadores magnéticos, entre otros. Asimismo, se ha buscado invertir más en infraestructura y en nuestra capacidad para la atención médica”.

“Cambiar el rumbo del IMSS es también voltear a ver a nuestros trabajadores. Con ellos, hemos trabajado de la mano y con el Sindicato se ha mantenido un diálogo y una comunicación permanente. Parte de esto explica la transformación de la naturaleza de las llamadas delegaciones para convertirlas en Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) u Oficinas de Representación. Pero lo más importante: la amputación del dedo del Director del IMSS como único mecanismo de decisión para estos nombramientos en donde ahora es el conocimiento, la experiencia y la lealtad al Instituto lo que defina a los nuevos representantes. Junto al Sindicato logramos un importante incremento salarial en el Contrato Colectivo de Trabajo y logramos la creación histórica de nuevas plazas: 10 794 plazas antes de la emergencia sanitaria...y todo cambió” ... Se trata de la etapa en la cual las primeras acciones del cambio de rumbo en materia de salud y seguridad social se comienzan a cristalizar. Se estaban sentando las bases de la transformación del IMSS, cuando el 4 de enero la Organización Mundial de la Salud informó sobre el brote epidemiológico en Wuhan, China, y todo cambió. La declaratoria de emergencia sanitaria del 30 de marzo en nuestro país nos obligó a concentrarnos en la atención a la contingencia sanitaria por COVID-19 (IMSS, 2020).

Zoé Robledo, Director del IMSS, también refiere que los recursos humanos y camas censables no han crecido en la misma proporción que la población asegurada con una disponibilidad de 2,22 enfermeras, 1,55 médicos y 0,6 camas censables por

cada mil derechohabientes. Estos datos distan de los parámetros fijados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 3,4 médicos, 9,0 enfermeras y 4,7 camas por mil habitantes. En materia de infraestructura, el 97,7% de las unidades de hospitalización a nivel nacional se encuentran en zonas urbanas y sólo 1,5% en zonas rurales (DOF, 2020b).

De acuerdo al Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Luis Antonio Ramírez Pineda, la segunda dependencia más importante de seguridad social con 13 millones 500 mil derechohabientes, manifiesta que tiene un rezago de inversión en infraestructura y equipo médico que ha generado la saturación de instalaciones y la prestación deficiente de la atención, además de la dependencia a servicios subrogados y tercerización de servicios. También, un modelo de salud desarticulado y no correspondiente con el perfil de la población derechohabiente, falta de especialistas como nefrólogos, reumatólogos, urólogos, gastroenterólogos, entre otros, para atender enfermedades crónicas. Al referirse al presupuesto, señala que se enfrentan a un problema serio de falta de recursos, en donde tan sólo para el 2019 se contemplaba un 5.12% para materiales y suministros, y 11% para servicios generales (Canal del Congreso, 2019). Asimismo, señala equipo médico obsoleto y ausente en algunas unidades, con instalaciones deterioradas o inconclusas pero además clínicas cerradas por falta de personal y equipo, alta dependencia de personal de guardias y suplencias así como personal inconforme por pagos extemporáneos. Además del rezago en la infraestructura y recursos humanos, la nueva administración se enfrenta a una deuda de casi 17 mil millones de pesos con proveedores sin un mecanismo para solventarla (Cruz, 2020b).

## Los cambios en la política de salud

Después de casi 20 años de existencia del Seguro Popular, y los efectos de una política neoliberal, el gobierno de México inicia el trayecto hacia una política de inclusión basada en la idea de universalizar el derecho a la salud plasmada en el Plan Nacional de Salud 2019-2024, publicado el 12 de julio de 2019, para hacer efectivo el artículo 4º Constitucional<sup>5</sup> para toda la población, independientemente de su condición laboral o socioeconómica, con acceso a servicios integrales de salud y medicamentos gratuitos, federalizar los sistemas estatales de Salud, implementar el modelo de Atención Primaria de Salud (APS), reorganizar la regulación sanitaria y fortalecer la industria farmacéutica nacional e investigación innovadora (DOF, 2019a).

Para la 4T, la política de salud se concibe dentro de la política social de bienestar. Esto se proyecta como un esfuerzo que coloca el derecho a la salud en el centro de la reorganización no sólo de la redistribución de los recursos, sino también de la cuestión pública, articulando el quehacer de las distintas secretarías del Estado.

Con respecto a la organización y administración de los servicios de salud, la nueva normatividad señala que se definirán criterios de regionalización y de escalonamiento de los servicios para lograr progresivamente la universalización del acceso a servicios de salud integrales. Se contempla la federalización, reorganización de la regulación sanitaria, fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional y la investigación innovadora, así como la resolución de manera estructural del

<sup>5</sup> Artículo 4to constitucional "... Toda persona tiene derecho al acceso y protección de la salud, con la garantía de recibir el suministro básico de medicamentos. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general..." (UNAM, 2021).



desfinanciamiento del sistema público de salud.

En el marco de una política de fortalecimiento de la rectoría y rearticulación de las capacidades públicas con austeridad, ataque a la corrupción y a los privilegios, se reordena y reduce la plantilla de funcionarios públicos, se disminuyen los salarios de alto nivel por debajo del presidente de la República y, de manera trascendente para salud, el 31 de diciembre de 2018 se anuncia la supresión de partidas de seguros para gastos médicos a altos funcionarios públicos y ex mandatarios del país, medida que se concreta el 01 de enero de 2019 (DOF, 2019b). De acuerdo con reportes de la Secretaría de Hacienda, entre enero y septiembre de 2018, el gobierno de México pagó más de 2 mil 280 millones de pesos por concepto de gastos médicos mayores; en tanto la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), señaló que esta medida representó la pérdida de aproximadamente 3 mil millones de pesos de sus primas contratadas (Hernández, 2019).

Bajo la idea central de universalizar los servicios de salud, el 09 de abril de 2019 el Ejecutivo Federal anunció de manera oficial la eliminación del SNPSS, el SP y la creación del INSABI, pero recién se publican en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019 las disposiciones que reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud (DOF, 2019c), modificaciones legales encaminadas a crear un modelo de salud público dirigido a personas que carecen de acceso a los servicios de salud y medicamentos. En enero del 2020 inicia actividades el INSABI, institución que funcionará como un organismo descentralizado de la administración pública federal con personalidad jurídica y patrimonio propio. Entre sus objetivos están: garantizar la prestación gratuita de servicios de salud y medicamentos a la población sin

seguridad social, así como impulsar, bajo la coordinación general de la Secretaría de Salud, una mejor coordinación de las instituciones de salud (DOF, 2020a). Entre sus objetivos se encuentra el 1) garantizar el personal de salud; 2) rehabilitar la infraestructura física; 3) abastecer insumos y medicamentos y 4) regularizar al personal médico. Los recursos humanos, financieros y materiales con que cuente la Comisión Nacional de Protección en Salud<sup>6</sup> (CNPSS) y el SP son transferidos al INSABI, en términos de las disposiciones aplicables. Además, se establece que, conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de la población que se encuentra en el país y que no cuenta con seguridad social (Cruz, 2020a).

En este sentido, la Secretaría de Salud Federal retoma un papel preponderante en su rol de rectoría y regulación del sector de salud con el propósito de organizar las acciones necesarias para lograr una adecuada coordinación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y a través del INSABI, garantizar la prestación gratuita de los servicios, medicamentos y demás insumos asociados, cuando así lo haya pactado con los gobiernos de las entidades federativas, mediante la celebración de los acuerdos de coordinación, a través de sus servicios estatales de salud. Por otro lado, dados los resultados encontrados en los procesos de descentralización a los estados, se plantea un proceso de reversión hacia la federalización de los Sistemas Estatales de Salud (SESA), planeado para un lapso de dos años (2019-2020), siendo la etapa inicial los servicios de salud de los ocho estados más rezagados del

<sup>6</sup> Institución federal que administra y vigila el empleo de los recursos destinados al financiamiento de la provisión de servicios de salud, de la población afiliada al Seguro Popular.

sur-sureste del país: Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Veracruz, Campeche, Yucatán y Quintana Roo, con una inversión inicial de 115 mil millones de pesos (Cruz, 2018). A finales de enero de 2020, tras cumplirse el periodo para firmar los convenios de adhesión al INSABI, 23 estados ya se habían sumado<sup>7</sup> y otros nueve se negaron a federalizar sus sistemas de salud. No obstante, en cuatro de ellos, los casos de Chihuahua, Coahuila, Michoacán y Tamaulipas, el gobierno federal seguirá aportando el presupuesto que les corresponde por ley para las unidades de IMSS Bienestar<sup>8</sup> (Cruz y Muñoz, 2020). A los no firmantes, el Gobierno Federal está obligado a transferir la parte proporcional del presupuesto y compensarlos por la pérdida de cuotas de recuperación suprimidas por la actual administración. Todo esto sin afectar el fondo de aportaciones para los servicios de salud,<sup>9</sup> con un proceso de vigilancia y fiscalización para el uso transparente y eficiente de los recursos transferidos para evitar la corrupción.

En cuanto a los cambios en el modelo de atención, se ha señalado que la organización de los servicios estará basada en la Atención Primaria de Salud<sup>10</sup>. Una propuesta altamente influenciada por la agenda de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)-México, en el que se garantizará el acceso gratuito a servicios y medicamentos, igualdad e integralidad de la atención

7 Baja California, Campeche, Ciudad de México, Chiapas, Colima, Durango, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

8 Programa de atención a población sin derechohabiencia que proporciona en sus unidades médicas servicios de primero y segundo nivel de atención en zonas rurales o urbanas marginadas.

9 El gasto en salud se distribuye entre el IMSS, ISSSTE, el Fondo de Aportaciones a la Seguridad Social (FASSA), las aportaciones a la Seguridad Social, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y la Secretaría de Salud.

10 Enfoque para la salud y el bienestar centrado en un compromiso de justicia social y equidad que reconoce el derecho fundamental al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción social o económica en base a una política integral en aras de la cobertura sanitaria universal (OPS, 2019).

sin restricción para ningún tipo de padecimientos. Todos los esfuerzos convergerán en prevención y atención a través de redes integradas de servicios de salud que incluyen hospitales y servicios especializados (Secretaría de Salud, 2019).

### **Principales desafíos presentados en la operacionalización de la política y el Plan de Salud de la Cuarta Transformación**

Entre los principales desafíos de la implementación de la política de salud y de las propuestas consignadas en el Plan Nacional de Salud de la 4T, se seleccionaron los siguientes temas por su relevancia:

#### ***Transparencia de recursos públicos***

La Secretaría de la Función Pública informó de varios casos de ejercicio poco transparente en el sector público de salud y el desvío de recursos a través de empresas fantasmas durante el gobierno anterior de Peña Nieto. En marzo de 2020 se documentaron procesos como el desvío de 4 mil 179 millones 46 mil 254 pesos mediante 23 mil facturas falsas de 837 empresas fantasmas que afectaron a 90 instituciones federales y estatales del sector salud. Entre los principales resultados arrojados por dicha investigación, se conoció que el gobierno federal concentra el mayor número de facturación fraudulenta, con seis mil 121 de un total de 22 mil 933. Entre las instituciones federales señaladas están el IMSS, ISSSTE, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y la Secretaría de Salud. La institución que pagó a más empresas fantasmas fue el IMSS, con un total de 320 millones de pesos, y las Secretarías de Salud estatales con 75% de recursos detectados (Tron et al., 2019; Ureste, 2020). Este esquema de corrupción ha prevalecido durante años debido a que las instituciones públicas fede-

rales y estatales permiten fácilmente la evasión de los controles fiscales que impone el Servicio de Administración Tributaria (SAT). La impunidad en el sector ha prevalecido a causa de un sistema de encubrimiento y colusión entre intereses de autoridades públicas y privados.

### ***Servicios de salud y coberturas***

Algunas investigaciones establecen que la afiliación al Seguro Popular no condujo a mejorar el acceso a los servicios requeridos (Laurell, 2015; López y Jarillo, 2017). La comparación entre los datos de la CNPSS y de la Secretaría de Salud indican que los afiliados a estas tienen la frecuencia de atención de consulta, urgencias y hospitalización más baja, particularmente si se compara con los derechohabientes del IMSS. El contenido del discurso de universalidad del SP remite a la afiliación a un seguro médico estructurado mediante un mecanismo financiero público orientado a la persona, con un paquete de servicios de salud y la conformación de un fondo en salud para costear las intervenciones y definir capitas individuales. A través de fuertes presiones políticas y económicas las entidades federativas requerían demostrar incrementos en la afiliación para acceder a recursos financieros. En este sentido, el presupuesto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)<sup>11</sup> aumentó en 17,5% entre 2006 y 2011, en cambio el presupuesto del SNPSS en 245% con base en las afiliaciones obtenidas por cada estado. Este aumento presupuestal, sin embargo, no se corresponde con un aumento de la atención.

<sup>11</sup> El FASSA tiene como objetivo aportar los recursos a los descentralizados Servicios Estatales de Salud y cubren la plantilla de personal y los programas obligatorios de promoción y prevención. Un presupuesto con enfoque en el logro de resultados; al establecer los órganos públicos los objetivos que se alcanzarán con los recursos asignados (Laurell, 2015).

Para el 2012, la ENSANUT identificó coberturas del 38% para el SP, 32% para el IMSS y de 6% para el ISSSTE, mientras que 21.4% de la población carecía de seguridad social. Sin embargo, estas coberturas difieren de las intervenciones ofrecidas; mientras el IMSS atiende 14 mil 900 diagnósticos, el SP, en todas sus variantes (diagnósticos, CAUSES, el Fondo de Gastos Catastróficos y el Seguro México Siglo XXI), cubre aproximadamente 1 356 enfermedades (López y Jarillo, 2017). Respecto a los diagnósticos médicos cubiertos entre el IMSS y Seguro Popular difieren de 10 mil contra 1 015 respectivamente, en los diagnósticos quirúrgicos 4 339 del instituto versus 341 del Seguro Popular y, del gasto por afiliado, de \$3 mil 519 pesos que cubre el IMSS frente a \$3mil por el Seguro Popular (Cámara de Diputados, 2019).

### ***Recursos humanos***

Tal como se señaló en el diagnóstico, existe carencia, mala distribución geográfica y social de personal de salud, principalmente médicos y especialistas. El gobierno federal pone el énfasis en la situación de la falta de recursos humanos como elemento fundamental a resolver especialmente en las zonas más pobres y alejadas de las grandes ciudades del país y en los niveles de atención básica. El presidente López Obrador ha manifestado que estas dificultades han sido resultado de las insuficientes políticas de recursos humanos enfocadas a satisfacer las necesidades de salud de la población, resultado de la irrupción de la visión neoliberal en la formación de especialistas sumado a la falta de transparencia e irregularidades en los procesos de contratación del personal, además de contratos parciales y flexibilizados que la actual administración se propone regularizar (Gobierno de México y SSA, 2020b).

En tal sentido, se busca la creación de mecanismos que permitan el desarrollo de políticas de formación y contratación coherentes con la 4ta Transformación. En octubre de 2019, se lanza el programa Médicos del Bienestar, una convocatoria de contratación, reclutamiento y preparación de profesionales de la salud para zonas rurales (Gobierno de México y SSA, 2019) con el propósito de garantizar el suficiente número de recursos humanos: médicos, enfermeras y especialistas, en los establecimientos de salud. También se anuncia la basificación de más de 87 mil 300 trabajadores con contratación eventual que formaban parte del personal del Seguro Popular. En su primera etapa, para el año 2020, se contempló la basificación de 2 mil 539 médicos, mil 365 enfermeros, 841 paramédicos, 107 trabajadores de confianza médica, 359 afines y 799 administrativos; así como la regularización de 17 mil 274 trabajadores con 8, 9 y 10 años de antigüedad, otorgando respaldo y estabilidad a quienes trabajan en el Sistema de Salud Nacional (Gobierno de México y SSA, 2020c; 2020d).

### **Medicamentos**

Para un gobierno con una agenda social comprometida a garantizar el suministro gratuito de medicamentos se propone “que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos” (DOF, 2019a). El diagnóstico reiterado del presidente de la República es que “existe un abanico de corrupción, [...] hay huachicoleo (en referencia al robo de gasolina de los ductos de Petróleos Mexicanos) también en la compra de medicinas. Se llegó al extremo de robarse dinero de las medicinas. Todo eso lo vamos a corregir. [...] No aceptemos la corrupción. Es el cambio más importante. No va-

mos a hacer negocios al amparo del poder público” (Presidencia de la República, 2019).

Sin embargo, las dificultades para concretar dicha estrategia han sido variadas y durante el primer año de gobierno de la 4T se ha presentado un desabasto real o intencional de medicamentos derivado de un sabotaje de algunos laboratorios que decidieron oponerse a los esfuerzos de la administración federal para terminar con la corrupción imperante de prácticas poco transparentes en las administraciones pasadas, privilegios a empresas monopólicas, un sistema normativo laxo y cambios en la operación pública (La Jornada, 2020). Según un informe de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, durante la administración del ex presidente Enrique Peña Nieto, 10 empresas concentraron el 79,6% del gasto farmacéutico (335 mil 340 millones de pesos), de las cuales el Grupo Fármacos Especializados (FANASA) de la familia Pérez Fayad representaron del 31 al 85% de las compras de los distintos productos farmacéuticos, recibiendo 106 mil 813,3 millones de pesos. Entre las demás empresas señaladas se encuentran Farmacéuticos Maypo de la familia Arenas Wiedfeldt y la Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipos Médicos (DIMESA) de Carlos Álvarez Bermejillo (Jiménez y Urrutia, 2019; Blancas, 2019).

Adicionalmente, durante el mes de septiembre de 2019 fueron sancionadas por conflictos de interés dos empresas: Lomedic y Laboratorios Solfrán, vinculadas con el diputado federal Carlos Lomeli,<sup>12</sup> quien era socio de ambas (Forbes México,

12 Nombrado en 2018 Delegado de Programas para el Desarrollo del Gobierno Federal en Jalisco por el presidente Andrés Manuel López Obrador. Renunció en julio de 2019 tras investigaciones de la Secretaría de la Función Pública por supuesto conflicto de intereses por sus empresas de medicamentos en el que habría recibido 850 millones de pesos del gobierno. Con Lomedic, el ex funcionario, obtuvo 261 contratos entre 2010 y 2018 por dependencias federales (Infobae, 2019).

2019); a principios del mes de octubre de 2019 la Comisión General contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) encontró diversas irregularidades en siete centrales de mezcla de la empresa Safe (Pisa), además de no contar con certificaciones vigentes de buenas prácticas de fabricación, por lo que suspendió sus actividades, (Cruz, 2019). Todo esto no fue bien recibido por parte de la industria farmacéutica, quienes manifestaron su inconformidad reteniendo unidades del medicamento, causando un desequilibrio en el abasto.

Los patrones de desabasto de medicamentos han movilizó a la población para solicitar a las autoridades su surtimiento. Algunos de los casos se dieron en mayo de 2019 por los antirretrovirales para el tratamiento de VIH; entre agosto y septiembre de 2019, por el Metotrexato para la atención del cáncer en niñas y niños, e Imatinib que se utiliza para la leucemia o el cáncer gástrico (GIST) (Arellano, 2019; Cruz y Ballinas, 2019a; 2019b). En los dos primeros casos, la razón del desabasto se explica por las dificultades en el cambio del modelo de compra del actual gobierno y en los procesos de negociación de las autoridades orientados a evitar el abuso en el poder de negociación, la corrupción y el conflicto de interés de las farmacéuticas. Por otro lado, obedece a la política de disminuir precios, mejorar la calidad y eficacia terapéutica de los tratamientos para personas derechohabientes y usuarias de los sistemas de salud. Por su parte, López Obrador ha señalado que la falta de medicinas para niños con cáncer se debe al boicot de las tres empresas distribuidoras de productos farmacéuticos, subrayando que en su mandato no habrá tolerancia a la corrupción y se insistirá en la búsqueda de una estrategia para evitar el desabasto cuyo punto principal es la adquisición de los medicamentos en el extranjero, aunque esto implique no obtener ingresos fiscales (Blancas, 2020; Cruz y González, 2019).

En respuesta a tal situación, el gobierno federal adquirió en el extranjero como medida urgente, 38 mil unidades del quimioterapéutico (y precipitó los cambios en los mecanismos de compras de medicamentos con una nueva política de adquisición por el Gobierno Federal, que consistente en la adquisición de medicamentos directamente a fabricantes, laboratorios y dueños de registros sanitarios sin la inclusión de empresas distribuidoras nacionales e internacionales subcontratadas, cuando el mercado nacional no garantice su calidad o precio. (Alegria, 2019; Alegria y Poy, 2019 Muñoz, 2019b). Ante este hecho, López Obrador celebró que el Congreso haya aprobado la Ley de adquisiciones señalando la quiebra del “monopolio que existía de empresas que tenían el control de México, que vendían a precios elevados medicamentos de mala calidad y con problemas frecuentes de desabasto”. Además de la firma de un convenio con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para la asistencia técnica en las licitaciones del INSABI que otorgue compras consolidadas de medicamentos, vacunas y equipo médico con las mejores condiciones y precios en las compras para así cubrir las necesidades de abasto (Pérez, 2010; El Financiero, 2020).

En gobiernos anteriores las compras se realizaban a través de intermediarios privados, es decir, existía un conjunto muy reducido de empresas que controlaban el mercado por medio de cartas de exclusividad para un amplio grupo de proveedores y un conjunto muy reducido de intermediarios. Específicamente se trataba de 1 400 compañías farmacéuticas que canalizaban sus ventas a través de este tipo de empresas; éstas a su vez subcontrataban empresas de distribución nacionales e internacionales que llevaban a cabo la logística de distribución (Valadez, 2019). Otra característica relevante del manejo de medicamentos de los sexenios anteriores es la existencia de catálogos

de medicamentos e insumos diversos para cada institución que generaba una calidad de atención diferenciada para los distintos segmentos de la población. En el presente gobierno se han cambiado estas prácticas, eliminando intermediarios con compras directamente a fabricantes, laboratorios y dueños de registros sanitarios. Según los pronunciamientos de las autoridades en salud, deben evitarse los condicionamientos comerciales.

Asimismo, se ha tratado de impulsar un diálogo directo con la industria farmacéutica. Sin embargo, la resistencia de las grandes empresas provocó fallas durante el primer ejercicio de compras consolidadas con este nuevo mecanismo. Todo esto, a causa de que las compañías con más experiencia se mantuvieron fuera del proceso de licitación, lo que permitió que empresas medianas se quedaron con los contratos. No obstante, la falta de capacidad de estas últimas, presentaron retrasos en la entrega de insumos y medicamentos (Poy Solano, 2019).

Para el año 2020, el gobierno de la 4T anunció que, para garantizar su gratuidad a toda la población, se destinaría de 80 a 100 mil millones de pesos para la compra de medicamentos (Gobierno de México y SSA, 2020b) proyectando, respecto al 2019, un aumento de 11 mil 284 millones de pesos para la compra de medicamentos en seis dependencias<sup>13</sup> (Villanueva, 2019) y, en febrero del mismo año, se crea el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, que sustituye al Cuadro Básico de Medicamentos y Catalogo de Insumos del sector. Integrado por 14 mil 806 claves, su objetivo es garantizar el abasto, gratuidad y equidad en el acceso a medicamentos para una mayor cobertura en la atención especialmente de la pobla-

13 IMSS: 7,73% (6 mil 77 millones de pesos); ISSSTE: 15,47% (18 mil 498 millones); Secretaría de Salud: 8,56% (7 mil millones de pesos); Secretaría de Marina: 311%; Petróleos Mexicanos: 112% y Secretaria de la Defensa Nacional: 75,54%.

ción sin seguridad social. Este compendio forma parte de una nueva política de medicamentos que basa su adquisición de compra en la prioridad de necesidades epidemiológicas de la población discutidas durante grupos de trabajo intersectoriales lideradas por el Consejo de Salubridad General (Cruz, 2020c).

### **Debates frente la reorganización del Sistema de salud**

Ante el anuncio del presidente López Obrador de la propuesta de eliminar y sustituir la SNPSS, y, por consecuencia, el Seguro Popular, se generaron una serie de debates a favor y en contra de la reorganización del Sistema de Salud desde la oposición. Entre las interpelaciones más importantes durante este primer año, destacan los artículos del ex secretario de Salud, Julio Frenk, en las Revistas Nexos y Lancet,<sup>14</sup> una carta firmada por seis ex secretarios de salud<sup>15</sup> y la organización del Foro "El Sistema de Salud en México: ¿Transformación o crisis?" por el Consejo Consultivo Ciudadano de Pensando México el 12 de junio de 2019.

En estos discursos se considera un error la desaparición de la CNPSS y el Seguro Popular, poniendo como principal argumento la pérdida del papel como instrumento financiero para atender las enfermedades de alta complejidad y costo a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, a la vez que se considerara al SP como uno de los avances más importantes en este siglo. Entre los resultados positivos obtenidos por el SP, destacan: el

14 "Salud: Focos rojos" en Nexos 01 de febrero 2019; "Instituto de Salud para el Bienestar: vino viejo en botella roja" y "Salud: Manual de una contrarreforma reaccionaria" en Nexos 01 de diciembre de 2019.

15 Carta dirigida al Presidente de la República el 05 de agosto de 2019 por Guillermo Soberón Acevedo, Julio Frenk Mora, José Ángel Córdova Villalobos, Salomón Chertorivski Woldenberg, Mercedes Juan López y José Narro Robles.

aumento en el número de camas por habitante, de médicos y enfermeras; la disminución de la mortalidad infantil, los esquemas completos de vacunación, el aumento de la afiliación que se habría multiplicado en 15% en 10 años, la atención de 308 mil casos de enfermedades severas en los últimos 6 años y evitar el empobrecimiento de las familias ante enfermedades muy graves como VIH y cáncer.

En relación a los argumentos en contra de la creación del INSABI, se señala que se trata de un cambio súbito, sin transición ni análisis, una ocurrencia; en donde el fin de la descentralización del sistema de salud debilitaría al federalismo mexicano alejando la solución de los problemas del sitio en que se registran, y que la contratación de los 80 mil trabajadores del Seguro Popular con recursos del presupuesto de Gastos Catastróficos provocaría el desfinanciamiento de la atención a estas enfermedades (Laurell, 2019a; 2019b).

Por su parte, investigaciones del impacto del SP refieren un uso bajo de los servicios, la poca confidencialidad de los datos de afiliación y problema en el ejercicio de los recursos financieros (Nigenda, 2005). Otros estudios señalan las dificultades de lograr el pago de las contribuciones federales, estatales y de los afiliados o la adhesión de los servicios estatales de salud descentralizados a los convenios interestatales (Lakin, 2009; Homedes y Ugalde, 2009) así como una tendencia privatizadora del SP a consecuencia de la carencia de la infraestructura pública necesaria para prestar los servicios (López y Blanco, 2007).

Otras interrogantes sobre el SP derivan de los informes de la CNPSS y las cifras reales de afiliación, acceso a los servicios de salud y su impacto sobre el gasto de bolsillo de los afiliados. Por ejemplo, se destaca el incremento en afiliación de 5,3 millones de personas en 2004 a 54,9

millones en 2016 (CNPSS, 2016) y el logro de la cobertura universal en el año 2011, dada la afiliación de 51.8 millones de personas al Seguro Popular (CNPSS, 2012). Sin embargo, según análisis comparativos entre los datos de afiliación de la CNPSS y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, demostrando que 35,5 millones de personas, es decir, 32% de la población, no estaban afiliadas a ningún seguro. Es decir, no se comprueba el aseguramiento universal en México (Laurell, 2015).

## Conclusiones

Existen importantes evidencias de transformación durante este primer año de gobierno de la 4T que permiten insinuar una tendencia aunque todavía precoz en su desarrollo e interrumpida al menos en su ritmo con la crisis generada por la pandemia de SARS-CoV-2 en el mundo desde diciembre de 2019 y que llega a México a fines de febrero del 2020.

Entre las más importantes avances se encuentra la eliminación legal del SNPSS y del SP y la creación del INSABI, el 14 de noviembre del 2019, con el objetivo de superar las limitaciones para hacer efectivo el derecho a la salud, sin importar las condiciones socioeconómicas o laborales de los mexicanos, y como parte de las promesas de campaña. Esta decisión desarticula estructuralmente el modelo neoliberal en salud. Se acompaña de una segunda medida operativa acorde a los objetivos generales del nuevo régimen, cual es iniciar la separación entre lo público y lo privado, con el corte de las transferencias de recursos públicos al sector privado, con la eliminación del financiamiento de seguros de gastos médicos mayores a burócratas y trabajadores públicos, dando una señal de afirmación de recuperación de los sistemas de seguridad social para la atención de

sus beneficiarios, desestimulada por años. La aparición del INSABI que recién empieza a operar en enero del 2020, y que no se estimaron las dificultades legales para su promulgación atada a la eliminación del SP no obstante ser uno de los primeros anuncios del gobierno, retardó los cambios. A la vez, la eliminación del SP y la creación del INSABI es uno de temas más polémicos durante el primer año.

Un segundo elemento a relevar es la calidad estructural del diagnóstico del sistema de salud realizado durante este primer año. Su contenido habla de temas no mencionados con anterioridad más allá de en su generalidad, como demostrar con cifras el desvío y corrupción en el manejo de los fondos del SP, el abandono de infraestructura inconclusa, el estado de la atención a la población más pobre atendida por el IMSS solidaridad, la situación de la compra de los medicamentos por el sector público y, en general, las condiciones de deterioro e insuficiencia de las capacidades de atención del sistema de salud para la población. Especial relevancia tiene el estado de la infraestructura y los recursos materiales y humanos de la atención primaria de salud del país, que explica las condiciones de salud de la población mexicana al no existir condiciones para la prevención ni promoción de la salud.

En términos de los recursos financieros, también fue importante transparentar la información y el ataque a la corrupción y la impunidad, el estado de las finanzas públicas y el desapego a su cuidado.

Especial mención tiene el manejo de los medicamentos que ha atravesado por distintas condiciones de falta de idoneidad durante el periodo neoliberal, pero que se sintetiza en las condiciones de privilegios para determinados grupos de intereses entre productores, importadores y distribuidoras

que controlaban el mercado y a las instituciones públicas. La decisión audaz de desarticular esta red de negocios para realizar compras directas en el exterior, abre una oportunidad de establecer un sistema mejor controlado y al servicio de la población, y una industria de insumos y medicamentos controlados ahora por el sector público, de la mano de la Secretaría de Hacienda y el Sistema de administración Tributaria (SAT); además, abre la posibilidad de recuperar las iniciativas de producción de insumos, vacunas y medicamentos por la industria nacional y CONACyT. intereses privados, la 4ta. Transformación se enfrenta a múltiples desafíos derivados de un modelo neoliberal con más de tres décadas de evolución de una política de desestímulo y falta de desarrollo del sector público, falta de infraestructura, recursos humanos y recursos para la atención; una política de fragmentación de las instituciones y de un modelo de atención basado en un catálogo reducido de atenciones, y estímulo a la compra de servicios privados; procesos de corrupción, impunidad, privilegios e injusticia que debe desinstalar, a fin de cambiar el rumbo de las desigualdades en el acceso a la salud.

Se presenta un escenario de transición de una política focalizada y privatizadora a otra de derecho a la salud y universalidad, que presenta grandes desafíos para llevarse a cabo en un lapso de tiempo limitado a los 6 años de gobierno, entre ellos el incremento de 40 mil millones en 2020 para garantizar la cobertura de vacantes médicas, mejorar la infraestructura, asegurar el suministro de medicamentos y basificar al personal que labora por honorarios, avanzar en la recuperación de lo público y en el papel del Estado como eje rector en salud, así como la centralización de los servicios públicos de salud y articulación de todas las dependencias bajo el mando de la Secretaría de Salud.



Finalmente, también es importante reconocer la incorporación del discurso y medidas críticas en las esferas de gobierno. Después de casi cuarenta años de vigencia y hegemonía de un discurso neoliberal naturalizado, incorporado y repetido como *modus operandi* de necesidad por los políticos, científicos y técnicos en salud vinculados al poder nacional e internacional, que no escucharon, con-

sideraron, negociaron frente a las reacciones de la sociedad, de la academia e hicieron oído sordo a las consecuencias en el sector público y de seguridad social, estamos frente a la instalación de un nuevo discurso cuyo centro es la universalidad, la equidad, los derechos. Un cambio notable que tiene que encontrar su cauce y viabilidad, así como hacerse carne en la sociedad.

## Referencias Bibliográficas

- Alegría, A. (2019). Garantizada la cobertura de Metotrexato; el lunes inicia distribución: SHCP. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2019/09/21/medicamento-5842.html> (consulta 21 de septiembre de 2019).
- Alegría, A. y Poy, L. (2019). Llegan 38 mil 200 unidades de metotrexato compradas en Francia. <https://www.jornada.com.mx/2019/09/22/politica/004n2pol> (consulta 22 de septiembre de 2019).
- Arellano, C. (2019). Padres de niños con cáncer que exigen medicamentos bloquearon AICM. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2019/08/26/padres-de-ninos-con-cancer-que-exigen-medicamentos-bloquearon-aicm-4684.html> (consulta 26 de agosto de 2019).
- Blancas, D. (2019). Farmacéutica obtuvo contratos por 107 mil mdp en el sexenio de EPN. Crónica. <http://www.cronica.com.mx/notas/2019/1113064.html> (consulta (13 de marzo de 2019).
- Blancas, M. (2020). SSA: exclusividad de contratos con cuatro empresas encareció 30% medicamentos. [https://www.cronica.com.mx/notas-ssa\\_exclusividad\\_de\\_contratos\\_con\\_cuatro\\_empresas\\_encarecio\\_30\\_medicamentos-1145642-2020](https://www.cronica.com.mx/notas-ssa_exclusividad_de_contratos_con_cuatro_empresas_encarecio_30_medicamentos-1145642-2020) (consulta 12 de febrero de 2020).
- Blásquez Martínez, Ulises (2020) “Análisis del discurso de las propuestas gubernamentales para reformar el Sector Salud de México (2012-2018), tesis de grado, Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, 17 de septiembre, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Cámara de Diputados. (2019). Mesa de trabajo “Federalismo y salud: distribución de competencias y los sistemas estatales de salud”, correspondientes a las audiencias públicas sobre el Instituto de Salud para el Bienestar, celebrada el jueves 8 de agosto de 2019. <http://cronica.diputados.gob.mx/Ve08ago2019-ISBN-V.html#oli> (consulta 8 de agosto de 2019).
- Canal del Congreso. (2019). Director General del ISSSTE señala rezago en infraestructura y equipo médico. [https://www.canaldelcongreso.gob.mx/noticias/11793/Director\\_General\\_del\\_ISSSTE\\_seala\\_rezago\\_en\\_infraestructura\\_y\\_equipo\\_medic#:~:text=Tiene%20un%20rezago%20de%20inversi%C3%B3n,de%20instalaciones%20y%20atenci%C3%B3n%20deficiente](https://www.canaldelcongreso.gob.mx/noticias/11793/Director_General_del_ISSSTE_seala_rezago_en_infraestructura_y_equipo_medic#:~:text=Tiene%20un%20rezago%20de%20inversi%C3%B3n,de%20instalaciones%20y%20atenci%C3%B3n%20deficiente) (consulta 13 de marzo de 2019).
- CNPSS (Comisión Nacional de Protección Social en Salud). (2012). Sistema de Protección Social en Salud. Informes de resultados 2012. <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/InformeResultados-2-SPSS-2012.pdf> (consulta 13 e marzo de 2019).
- CNPSS (Comisión Nacional de Protección Social en Salud). (2016). Sistema de Protección Social en Salud. Informes de resultados. Enero – Diciem-

- bre 2016. <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/InfResSPS-SEne-Dic2016Final.pdf> (consulta 13 de marzo de 2019).
- Cruz, A. (2018). Federalizar los servicios de salud, primer paso. <https://www.jornada.com.mx/2018/12/14/politica/010n2pol> (consulta 14 de diciembre de 2018).
- Cruz, A. (2019). Contrato entre Sanofi Pasteur y la SSA se contraponen a nuevas reglas de adquisición. <https://www.jornada.com.mx/2019/11/06/sociedad/036n3soc> (consulta 06 de noviembre de 2019).
- Cruz, A y Ballinas, V. (2019a). Se frenó distribución de medicamento contra el cáncer, por bacteria: Cofepris. <https://www.jornada.com.mx/2019/10/01/sociedad/034n2soc> (consulta 01 de octubre de 2019).
- Cruz, A y Ballinas, V. (2019b). Ssa: crece la “irritación social” por carencias en servicios de salud. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2019/10/01/ssa-crece-la-irritacion-social-por-carencias-en-servicios-de-salud-7752.html> (consulta 01 de octubre de 2019).
- Cruz, A y González, R. (2019). Ssa y Hacienda detallan ruta de chantajes a farmacéuticas. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2019/09/25/ssa-y-hacienda-detallan-ruta-de-chantajes-de-farmacenticas-9009.html> (consulta 25 de septiembre de 2019).
- Cruz, A. (2020a). Comenzó la transferencia de servicios de salud de primer y segundo niveles al INSABI. <https://www.jornada.com.mx/2020/09/08/capital/028n2cap>
- Cruz, A. (2020b). Opacidad y desvío de recursos, lastres del Seguro Popular. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/01/15/opacidad-y-desvio-de-recursos-lastres-del-seguro-popular-5446.html> (consulta 15 de enero de 2020).
- Cruz, A. (2020c). Crean el Compendio de Medicamentos para garantizar el abasto y la gratuidad. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/02/03/crean-el-compendio-de-medicamentos-para-garantizar-el-abasto-y-la-gratuidad-1527.html> (consulta 03 de febrero de 2020).
- Cruz, A. y Muñoz, A. (2020). Quedan 23 estados en INSABI: garantía federal de salud gratuita. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/02/04/quedan-23-estados-en-insabi-garantia-federal-de-salud-gratuita-2493.html> (consulta 04 de febrero de 2020).
- Damián, F. y Castillo, E. (2019). Seguro Popular, el “Caballo de Troya” de IP en sector salud: Alcocer. <https://www.milenio.com/politica/seguro-popular-estrategia-beneficiarse-enfermedades-alcocer> (consulta, 07 de agosto de 2019).
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 12 de julio de 2019a: Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 19 de noviembre de 2019b: Decreto por el que se expide la Ley Federal de Austeridad Republicana; y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 29 de noviembre de 2019c: 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.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 19 de noviembre de 2020a: Estatuto Orgánico del Instituto de Salud para el Bienestar.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 18 de junio de 2020b: Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024.
- El Financiero. (2020). Gobierno firma convenio con Naciones Unidas para compras consolidadas de medicamentos y vacunas. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/gobierno-firma-convenio-con-la-unops-para-compras-consolidadas-de-medicamentos-y-vacunas/> (consulta 31 de

- julio de 2020).
- Forbes México. (2019). SFP inhabilita y multa a dos farmacéuticas de Carlos Lomelí. <https://www.forbes.com.mx/inhabilitan-y-multan-a-dos-farmaceuticas-de-exdelegado-federal-en-jalisco/> (consulta 13 de septiembre de 2019).
- Galindo, C. et al. (2017). Seguridad interior: elementos para el debate. <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/3344>
- Gobierno de México y SSA. 2019. Presentación del Plan Nacional de Salud. <https://www.youtube.com/watch?v=sLsUwudXK3k&t=34s> (consulta 21 de octubre de 2019).
- Gobierno de México y SSA. 2020a. Conferencia de prensa “Pulso de la Salud”, México 08 de mayo.
- Gobierno de México y SSA. 2020b. Conferencia de prensa “Pulso de la Salud”, México 16 de enero.
- Gobierno de México y SSA. 2020c. Conferencia de prensa “Pulso de la Salud”, México 21 de enero.
- Gobierno de México y SSA. 2020d. Conferencia de prensa “Pulso de la Salud”, México 04 de febrero.
- Hernández, A. (2019). Gobierno Notifica a MetLife cancelación de seguro. <https://www.eluniversal.com.mx/carera/gobierno-notifica-metlife-cancelacion-de-seguro> (consulta 03 de enero de 2019).
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2009). “Twenty-five years of convoluted health reforms in México” en *PLoS Medicine*, vol. 6, Núm. 8.
- IMSS (2020). Informe de labores y programa de actividades 2019-2020. México: Gobierno de México.
- INFOBAE. (2020). Carlos Lomelí, el ex funcionario de López Obrador acusado de corrupción, ahora recibió un contrato millonario. <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/01/24/carlos-lomeli-ex-funcionario-de-la-4t-que-fue-acusado-de-corrupcion-ahora-recibio-un-nuevo-contrato-millonario/> (consulta 24 de enero de 2020).
- Jiménez, G. (2019). Reitera AMLO eliminación de seguro popular, “que ni es seguro ni es popular”. <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/politica/reitera-amlo-eliminacion-de-seguro-popular-que-ni-es-seguro-ni-es-popular-3171843.html> (consulta 11 de marzo de 2019).
- Jiménez, N. y Urrutia, A. (2019). Gobierno anterior centró en 10 empresas la compra de medicinas del sector salud. <https://www.jornada.com.mx/2019/03/13/sociedad/033n1soc> (consulta 13 de marzo de 2019).
- La Jornada. (2020). Desabasto de medicinas: realidades y precisiones. <https://www.jornada.com.mx/2020/01/24/edito> (consulta el 24 de enero de 2020).
- Lakin, J. (2009). “Mexico’s Health System: More Comprehensive Reform Needed”, *PLoS Medicine*, vol. 6, Núm. 8.
- Laurell, A. (2015). Impacto del Seguro Popular. Buenos Aires: CLACSO.
- Laurell, A. (2019a). De Florida al rescate del Seguro Popular. <https://www.jornada.com.mx/2019/02/20/opinion/a03a1cie> (consulta 20 de febrero de 2019).
- Laurell, A. (2019b). Ofuscación ideológica o simples mentiras. <https://www.jornada.com.mx/2019/11/12/ciencias/a03a1cie> (consulta 12 de noviembre de 2019).
- Laurell, A. y Herrera, J. (2010). “La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios”, *Salud Colectiva*, vol.6, Núm. 2: 137-148.
- Londoño, J. y Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- López, A. y Blanco, J. (2007). “Las vertientes privatizadoras del Seguro Popular de salud en México” en *Salud Problema*, vol. 2, Núm. 2: 56-62.
- López, A. y Jarillo, E. (2015). “Hacia donde debe ir el sistema de salud en México? una perspectiva desde el derecho a la salud”, *Medicina Social*, vol. 10, Núm.1: 1-13.
- López, A. y Jarillo, E. (2017). “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 33, Suppl 2: e00087416

- López, A.; López, M. y Moreno, A. (2019). “El derecho a la salud en México”. En: López, A. y López, M. Derecho a la Salud en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 51-82.
- Muñoz, A. (2019a). AMLO: Faltan 200 mil médicos por el neoliberalismo en universidades. <https://www.jornada.com.mx/2019/07/14/politica/006n1pol> (consulta 17 de julio de 2019).
- Muñoz, A. (2019b). Llega fármaco contra el cáncer; no nos doblegaron: AMLO. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2019/09/22/llega-farmaco-contra-el-cancer-no-nos-doblegaron-amlo-3782.html> (consulta 22 de septiembre de 2019).
- Nigenda, G. (2005). El Seguro Popular de salud en México. Washington D.C.: BID.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2005). Achieving universal health coverage: developing the health financing system. Ginebra: OMS, Serie Technical Briefs for Policy Makers N°1.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2010). Informe sobre la Salud en el Mundo. Financiamiento de la cobertura universal. Ginebra: OMS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS.
- Perez, M. (2020). Gobierno creará empresa estatal para distribuir fármacos: AMLO. <https://www.eleconomista.com.mx/empresas/Gobierno-creara-empresa-estatal-para-distribuir-farmacos-AMLO-20200731-0006.html> (consulta 31 de julio de 2020).
- Poy Solano, L. (2019). Cofepris desmiente que haya desabasto de medicamento contra el cáncer. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2019/09/20/cofepris-desmiente-que-haya-desabasto-de-medicamento-contra-el-cancer-692.html> (consulta 20 de septiembre de 2019).
- Presidencia de la República. (2019). Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador. <https://www.youtube.com/watch?v=zqaoep-Je6XE> (consulta 15 de enero de 2019).
- Secretaría del Salud. (2019). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa. México: Gobierno de México.
- Shamah, T.; et al. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Tron, D.; Ruiz, M. y Pérez de Acha, L. (2019). Facturas falsas: La epidemia en el sector salud. Impunidad Cero y Justicia Justa. <https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/134/contenido/1582917188I60.pdf> (consulta 2 de marzo de 2020).
- UNAM. (2021). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos> (consulta 19 de febrero de 2021).
- Ureste, M. (2020). Más de 4 mil mdp de Salud fueron presuntamente desviados a 837 empresas fantasma con Peña Nieto. <https://www.animalpolitico.com/2020/03/mas-4-mil-mdp-salud-presuntamente-empresas-fantasma-pena-nieto/> (consulta 2 de marzo de 2020).
- Valadez, B. (2019). Ssa: en Salud, se acabaron los moches y los manejos oscuros de recursos. <https://www.milenio.com/politica/en-la-secretaria-de-salud-se-acabaron-los-moches-ssa> (consulta 09 de octubre de 2019)
- Villanueva, D. (2019). Gasto en medicinas crece 11% en 2020. La Jornada. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2019/09/23/economia/017n1eco> (consulta 23 de septiembre de 2019).