

Propuestas, avances y pandemia en la transformación del sistema de salud en México

Carolina Tetelboin Henrion

Profesora e investigadora del Área “Estado y Servicios de Salud”, Maestría en Medicina Social, Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM Xochimilco

Resumen: Desde la perspectiva de la Medicina Social y Salud Colectiva (MS/SC) de la autora, el proceso de transformación del sistema de salud en México conducido por el gobierno de la Cuarta Transformación (4T), está orientado a garantizar el derecho a la salud de la población mexicana a través de cambios profundos en la organización del sistema y de la sociedad. Se revisan las propuestas y los principales avances logrados en la transformación del sistema de salud mexicano durante el período de diciembre de 2018 a octubre de 2020, y posteriormente, en el difícil contexto de la pandemia de COVID-19.

Palabras clave: COVID-19, sistemas de salud, políticas de salud, México.

1. Introducción. La perspectiva de análisis de la investigación

Desde nuestra perspectiva de la Medicina Social y la Salud Colectiva, concebimos los procesos de salud-enfermedad-atención desde la determinación social, es decir, la forma de organización de los procesos fundamentales económicos, políticos, ideológicos y de los procesos de degradación de la naturaleza, que afectan diferencialmente la salud de los colectivos y los individuos que los componen.¹

Bajo este enfoque, entendemos que el modelo médico hegemónico-biomédico y sus características se insertan en este sistema general de relaciones y producción social en el capitalismo, y actualmente en su fase neoliberal, entendido como una forma específica de operación del capital especialmente financiero y especulativo desde los años ochenta hasta la actualidad en América Latina. Nos encontramos en un proceso de transformación en el mundo donde se ve cada vez más una resistencia a estos modelos y a las formas de vida que producen, constituyéndose en una crítica cada vez más generalizada desde las afectaciones específicas, hasta una crítica al sistema capitalista y plantean desde la sociedad y los gobiernos alternativas hacia otras formas de organización social.

En el caso de México, estamos frente a un gobierno cuyo proyecto plantea una Cuarta Transformación en la lógica de la historia de México. Esto significa, en primer lugar, que estamos desarrollando un proyecto antineoliberal orientado a garantizar el derecho a la salud y cuya ejecución se ha visto afectada por la pandemia de COVID-19; y en segundo lugar, es un proyecto que se nutre de las propuestas que durante décadas han trabajado los sectores más progresistas de América Latina agrupados en la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).²

2. El proyecto, los cambios y las resistencias a la política y el sistema de salud mexicano (dic 2018-febrero 2020)

Desde el triunfo en julio del 2018 y la asunción del gobierno en diciembre de ese año, hasta febrero de 2020, la 4T ha trabajado en el desarrollo de su proyecto teórico-práctico producto de experiencias de gobierno en América Latina, incluido el del Gobierno del Distrito Federal 2000-2006, donde se empieza a hablar de un escenario de transición en salud desde una política focalizada y privatizadora aplicada en la región durante los últimos 40 años, hacia otra cuya base se sustenta en la universaliza-

El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura de la Facultad de Medicina.

Tabla 1. Proyecto de política y el sistema de salud mexicano (diciembre 2018-enero 2019)

Sector	Institución	Políticas
Sector público	Secretaría de Salud	Rectoría del Estado Fortalecimiento de lo público Integración de funciones
	Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)	Fin del Seguro Popular / Eliminación de paquetes esenciales (CAUSES) Creación del INSABI Federalización: integración gradual semestral a desarrollar en dos años (etapa inicial en ocho estados del sur-sureste)
	Seguridad Social	Unificación Fortalecimiento de infraestructura Redes colaborativas IMSS-Bienestar
Sector privado	Sistema privado	Se rompe relación pública-privada Eliminación de seguros de gastos médicos mayores como prestación a servidores públicos y otras relaciones

Fuente: Elaboración propia.

ción del derecho a la salud.

Por otro lado, el gobierno de la 4T recibió un sistema de salud deteriorado e insuficiente, una industria de insumos y medicamentos controlados por intereses privados -con serios problemas de corrupción-, así como de privilegios de grupo enquistados en el aparato de Estado. De esta manera, el proyecto retomado por la 4T enfatiza la rectoría del Estado, el fortalecimiento de las funciones de lo público y la integración de los servicios de salud (tabla 1).

Una de las primeras acciones estratégicas hacia fines del primer año en noviembre de 2019 se produce la modificación de la Ley General de Salud que estableció, a partir del 1 de enero de 2020, la desaparición del Seguro Popular y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).³ Con ello termina formalmente la aplicación de una política de paquetes segmentados de atención y garantizar el acceso universal a la salud. Esta acción dio pauta a plantear la federalización de los Servicios de Salud Estatales en un plazo de dos años y la unificación de sistemas de Seguridad Social con el sector público, que en un principio se concibió como una integración, pero muy pronto tuvo que convertirse en una articulación colaborativa, incluyendo al sistema IMSS-Bienestar. Por su parte, se observó el rompimiento público-

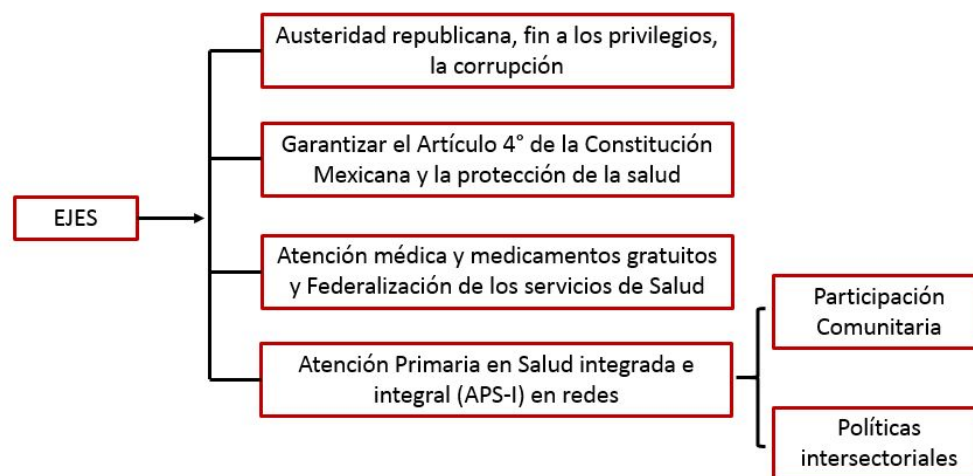
privado, manifestado con el corte a la compra gubernamental de seguros médicos privados para servidores públicos, así como otros tipos de relaciones, como subsidios o compra de servicios, outsourcing, entre otros.

Programa Sectorial de Salud 2019-2024 (octubre 2019).

En términos de la operacionalización y planteamientos formales, en el mes de octubre se elaboró la primera versión del Programa Sectorial de Salud 2019-2024,⁴ que ratifica las ideas plasmadas en documentos oficiales previos, estableciendo el fin del neoliberalismo y el fortalecimiento del estado liberal, la separación de la política y economía, bajo el argumento de “primero los pobres” (figura 1).

Por otro lado, en este Programa también se recogen los ejes centrales del gobierno relacionados con la austeridad republicana, el fin de los privilegios y la corrupción y, sobre todo, hacer garantizable el derecho establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos referido a la Protección a la Salud, -ya no como un artilugio que permite establecer como serán los procedimientos legales en una relación público/privada de prestación de servicios-, sino dirigido a responsabilizar al Estado del cumplimiento de esta protección univer-

Figura 1. Programa Sectorial de Salud 2019-2024 (octubre de 2019)



Fuente: Elaboración propia.

sal sin intermediarios privados. Se trata de un planteamiento de universalización de la atención médica, medicamentos gratuitos y federalización de los servicios de salud, que es la idea contraria a la descentralización ocurrida por etapas desde el 1982.

Un año después, se publicó una segunda versión denominada “Programa Sectorial de Salud 2020-2024”,⁵ en donde se ratifican y amplían los preceptos mencionados (figura 1).

Avances diciembre 2018 - diciembre 2019

Para avanzar en la política de universalización del derecho a la salud, se realiza un diagnóstico muy profundo sobre la situación del sector salud que documenta las malas condiciones y prácticas existentes y, sobre todo, el no cumplimiento de sus objetivos además del desvío de importantes recursos públicos.

El levantamiento del Censo de Infraestructura, Recursos y Personal, desarrollado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo,⁶ permite dar cuenta exacta de las instalaciones de los sistemas públicos de salud.

Como respuesta a los compromisos no cumplidos con la salud de la población durante más de tres décadas de descentralización, se inicia el proyecto piloto de la federalización de los servicios de salud en las ocho entidades más pobres y con mayores problemas de salud, empezando por el estado de Chiapas.

Por otro lado, empieza a operar el Programa de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos, mediante la Convocatoria de “Médicos del Bienestar”, que reclutó médicos(as) generales y especialistas, así como enfermeros(as); y se fortalece la compra de medicamentos y equipamiento médico para unidades ubicadas en zonas de alta marginación.

Además, desde la Subsecretaría de Integración y Desarrollo de la Secretaría de Salud, se publicó el proyecto de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I),⁷ que es un modelo de atención de “abajo hacia arriba”, que contempla la integración en redes de un conjunto de instituciones públicas y de seguridad social a través de convergencias y niveles de atención según su complejidad, que contempla la participación comunitaria y la integración de políticas intersectoriales. Con ello se pretende reposicionar la atención primaria a la salud inspirado en Alma Ata,⁷ fortalecido y actualizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su documento de México 2019, que es superior en su contenido a la Declaración de Astaná sobre la APS de 2018.⁸

Avances a febrero de 2020

En febrero de 2020, ya en período pre-pandemia, se inicia la centralización de los servicios públicos de salud bajo el mando la Secretaría de Salud. Al mismo tiempo, el INSABI comienza su operación con un

presupuesto asignado de 112,538.3 millones de pesos,⁹ una propuesta de convenios de adhesión con 24 entidades federativas¹⁰ y un plan de adquisición de medicamentos e insumos médicos: compras directas y eliminación de intermediarios nacionales e internacionales. Este es un gran tema dentro de la política de salud que tendrá fuertes repercusiones de los sectores involucrados de empresas y usuarios, ya que todavía no existe la estructura formalizada y profundamente aceptada para tener un recurso propio para realizar esta transición.

También se inicia el proceso de basificación de alrededor de 70 mil trabajadores de la salud y la reorientación de funciones de personal administrativo del extinto Seguro Popular: más de 7,500 personas con actividades administrativas se capacitaron para desarrollar otras de prevención y promoción de la salud.¹¹

Resistencias y denuncias (diciembre 2018-febrero 2020)

En términos de resistencias y denuncias, es conveniente mencionar los artículos del ex Secretario de Salud, el doctor Julio Frenk, publicados en *Nexos*^{12,13} y *The Lancet*¹⁴; una carta firmada por seis ex Secretarios de Salud que manifestaba su rechazo a la desaparición del Seguro Popular; y la organización del Foro "El Sistema de Salud en México: ¿Transformación o crisis?", organizado por el Consejo Consultivo Ciudadano de Pensando México.

En general, los documentos anteriores argumentan que el Seguro Popular aumentó el número de camas, médicos y enfermeras por habitante; disminuyó la mortalidad infantil, logró esquemas de vacunación completos y la afiliación se multiplicó en 15% en solo 10 años; la atención en seis años de 308 mil casos de enfermedades que implican gastos catastróficos, como VIH y cáncer, que evitó el empobrecimiento de las familias.

En realidad, nosotros sabemos que la afiliación no significa necesariamente acceso a los servicios de salud o atención; y la afirmación sobre que "evitó el empobrecimiento", es un argumento discutible, en

la medida que el empobrecimiento tuvo que ver fundamentalmente con un modelo del gobierno que durante casi 35 años controló los salarios que disminuyeron en un 80% y otras políticas neoliberales, y a través de la salud, se relaciona con el desfinanciamiento, desarticulación y deslegitimación del sistema público de salud.

En relación a los planteamientos de los ex Secretarios de Salud, conviene revisar las columnas de la Dra. Asa Cristina Laurell en el periódico *La Jornada*, en ese entonces Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud.^{15,16}

En términos de otras resistencias y denuncias al proyecto, podemos mencionar el desabasto de medicamentos antirretrovirales para la atención de VIH^{17,18} y del *metotrexato* para el cáncer infantil.¹⁹ El primero de ellos ya ha sido superado, en tanto el segundo aún sigue vigente, ya que se relaciona con la reorganización del sistema de compras para superar un sistema controlado por tres empresas que ejercían un monopolio ya descrito y ampliamente conocido. Y finalmente, las posiciones de las nueve entidades federativas que no se adhirieron al INSABI, gobernados por partidos políticos opuestos a la 4T.

3. La pandemia del SARS-CoV- 2 (28 de febrero al 15 de octubre de 2020). La respuesta Institucional, social y los cambios al proyecto original del sistema de salud

La pandemia. Panorama actual en México

La pandemia llegó a México a finales de febrero de 2020. Hasta el 14 de octubre de 2020 se han reportado 829 mil 396 casos y 84 mil 898 defunciones.²⁰ Sin embargo, resulta interesante el hecho de que 73% de las defunciones, tienen asociada alguna comorbilidad, tema que ya cuenta con una política activa sobre el manejo de la prevención de enfermedades como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.

De acuerdo con la Universidad Johns Hopkins, México ocupa el lugar 71 en número de casos acumulados y en el décimo por defunciones a estas fechas.

Tabla 2. Casos y defunciones por COVID-19 en personal de salud. México, octubre de 2020

Casos de COVID-19	Número	
Confirmados acumulados	127 mil 053	60% mujeres 30-34 años
Activos	3 mil 089	
Defunciones	1 mil 744	70% hombres 60-64 años
Sospechosos acumulados	127 mil 053	

Comorbilidades en casos de COVID-19:
47% obesidad, 30% hipertensión, 19% diabetes

Casos COVID-19 por profesión:
42% enfermeras(os), 29 Otros, 26% médicas(os), 2% laboratoristas, 2% dentistas

Defunciones COVID-19 por profesión:
49% médicas(os), 29% otros, 18% enfermeras(os), 2% dentistas, 2% laboratoristas

Fuente: Elaboración propia.

Todavía no es posible sacar conclusiones, pero es posible mirar qué se hizo y qué no se ha hecho durante la pandemia en México.

En el caso de los trabajadores de la salud, la afectación de la epidemia tiene datos reveladores: la mayor parte de los casos confirmados acumulados ocurrieron en mujeres, sin embargo, en 70% de las defunciones correspondieron a hombres. En cuanto a las comorbilidades: 47% obesidad, 30% hipertensión y 19% diabetes, que se asemejan de alguna manera a las comorbilidades en la población general. El 42% de los casos se registraron en personal de enfermería, en tanto 49% de las defunciones ocurrieron en médicos y médicas (tabla 2).

Conducción política^{21, 22}

La conducción política podría sintetizarse de la siguiente manera:

a) **Conferencias diarias sobre la situación epidemiológica y la respuesta institucional.** Sesiones a cargo de la Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud, sin la participación de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo, que eran también de su competencia.²³ Las 232 conferencias realizadas a la fecha han servido, sin duda alguna, para politizar los temas en salud hacia la población, desde una perspectiva biomé-

dica aunque a medida que pasa el tiempo, con la incorporación de componentes de los determinantes sociales en términos institucionales; es decir, hay una visión mucho más amplia que sólo la comprensión de los servicios de salud, y eso ha sido incremental en término de las conferencias y las participaciones de otros sectores interinstitucionales sobre el problema de salud como son los de alimentación o producción agrícola.

- b) **La instalación del Consejo de Salubridad General.**²⁴ A partir de su tercera sesión (19 de marzo) se declaró en sesión permanente, cuya conducción prácticamente ha sido por parte de la Secretaría de Salud, particularmente del Dr. Hugo López-Gatell y su Subsecretaría.
- c) **Medidas de contención.** La Jornada Nacional de Sana Distancia (23 de marzo al 30 de mayo). La Suspensión de la Jornada Escolar y actividades no esenciales (público, privado y social). El Operativo de Inspección Federal de Trabajo (15 de abril). La estrategia comunicacional “Susana Distancia” (20 de marzo). Y el “Escuadrón de la Salud” (del 7 de julio a la fecha).
- d) **Estrategia de reconversión hospitalaria.**²⁵ No obstante consideraciones iniciales poco acertadas, el crecimiento de la epidemia planteó la necesidad de ampliar cuatro veces o más el número de

- camas disponibles para atender a las personas con infección grave o críticas. Su objetivo central ha sido que la capacidad de atención de los servicios de salud no fuera superada y que todas las personas tuvieran acceso a la atención médica hospitalaria, incluida la disponibilidad de ventiladores en caso necesario.
- e) **Activación del Plan Marina y DN-III-E.** La intervención de SEMAR y SEDENA para casos de emergencia y su participación en la reconversión, reconstrucción y terminación de hospitales inconclusos (01 de mayo).
- f) **Responsabilidad de la Federación y los estados en las decisiones de salud y en la reactivación económica.** Especialmente a partir de la publicación de los “Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas”, mediante un sistema de semáforo de riesgo epidemiológico (estatal o municipal), que determina el nivel de alerta sanitaria y define qué tipo de actividades están autorizadas a llevar a cabo en los ámbitos económico, laboral, escolar y social.²⁶
- g) **Articulación Público-Privada.** Frente al escenario de la etapa más crítica de la epidemia en los meses de junio y julio, se tomó la decisión de incluir la participación del sector privado en la iniciativa “Todos juntos contra el COVID”,²⁷ mediante convenios de colaboración con la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales, una nueva relación para la atención médica de enfermos no COVID-19 que no pueden ser atendidos en instalaciones del sistema público y de seguridad social, con precios no lucrativos y un catálogo restringido de atenciones. También se firmó otro convenio para reconvertir los Centros de Rehabilitación Infantil (CRIT) del Teletón en hospitales de rehabilitación COVID-19.²⁸
- h) **Modelo de Intervención Local de Salud Comunitaria.** El 17 de julio, en el estado Chiapas, inició la implementación de este modelo, con un

enfoque de federalismo, cuya idea central es que la atención local debe ser atención primaria pero articulada en el territorio con otros sectores públicos, como los relativos a la alimentación y la producción agrícola.²⁹

- i) **La rifa del avión presidencial.** Finalmente, otra contribución fue por parte de la venta de los boletos de la rifa del avión presidencial, cuyos premios de 20 millones de pesos beneficiaron a 13 unidades hospitalarias.³⁰

Financiamiento^{21, 22}

El gobierno federal destinó el presupuesto necesario para el sostenimiento de los programas de bienestar, compras internacionales, reconversión hospitalaria, el plan DN-III-E y Marina y el anticipo de 159 millones de dólares para la compra anticipada de la vacuna COVID-19.³¹ En tanto el gobierno de la Ciudad de México invirtió 31.5 millones de pesos para la producción nacional de mascarillas de alta eficacia tipo N95.

Por su parte, el INSABI adelantó el presupuesto de salud abril-junio a todas las entidades federativas y cubrió la contratación de médicos cubanos para reforzar al personal de salud de la Ciudad de México.³² Además, realizó la compra de insumos, medicamentos y ventiladores, y cubrió el costo de los traslados aéreos, con excepción del puente aéreo México-China, en donde la empresa Aeroméxico absorbió el 53% del costo operativo.

Reconversión hospitalaria ante la pandemia^{21, 22}

La reconversión hospitalaria ha sido una de las políticas más importantes dentro de este desafío. Sin embargo, el cálculo inicial de que las 2,500 camas especializadas en las instituciones del sector Salud serían suficientes para enfrentar la pandemia, resultó erróneo. A la fecha, se han tenido que habilitar alrededor de 40 mil camas hospitalarias: 30 mil camas de hospitalización general y 10 mil camas con ventilador.

Además, se crearon hospitales de recuperación como Unidades Temporales, como el Centro Citibanamex

Tabla 3. Producción, compra y donativos de insumos de equipo médico y protección personal . México (2020)

Concepto	Actividad
Producción Nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de uniformes, ropa y equipo médico por las industrias del ejercito (31 de marzo). • Dos ventiladores con tecnología mexicana bajo la coordinación del CONACYT (14 julio). 275 distribuidos: 10 CDMX, 120 Veracruz, 100 Nuevo León, 25 Querétaro y 20 Chiapas (3 de agosto). • Fabricación de primera mascarilla de alta eficiencia tipo N95. Producción de 200 mil piezas (26 de mayo).
Compras Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de 563 ventiladores a través del puente aéreo Nevada-Toluca. • Puente aéreo con China para la adquisición de insumos de protección en coordinación con la SRE.
Donativos	<ul style="list-style-type: none"> • "Juntos por la Salud": equipo de protección, agua potable, hospedaje y transporte para personal en primera línea de acción por parte de empresas privadas y población general (21 de abril). • China, Dinamarca, EU, Suiza, Emiratos Árabes Unidos, Alemania y República de Corea: equipo de protección y pruebas PCR (28 de abril, 14 de julio y 25 de agosto). • OPS: 200 mil pruebas de diagnóstico (14 de octubre).

Fuente: Elaboración propia.

(en asociación con la UNAM); y algunas unidades de rehabilitación para atender a personas afectadas por las secuelas del COVID-19, ubicadas en el Sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y la Fundación Teletón.

Recursos humanos^{21, 22}

En términos de recursos humanos, 7 mil trabajadores de salud para el Plan Marina y DN-III-E que son contratados por estas instituciones. Se otorga la incapacidad por enfermedad a las personas sospechosas o confirmadas por COVID-19 en las instituciones de seguridad social y de la Secretaría de Salud. Se inicia la optimización del personal médico y de enfermería bajo el modelo de cascada, para hacer más eficiente su labor ante la carencia de recursos médicos especializados.

Se crea el Bono COVID de 20% adicionales al salario para trabajadores del IMSS de la primera línea. Se invita a médicos y enfermeras de 60 a 65 años, sin padecimiento crónicos, para incorporarse a hospitales no-COVID, con una compensación salarial del 30% adicional. Y finalmente, la reiteración de la convocatoria “Médicos del Bienestar” y su extensión a médicos que realizan estudios de alta especialidad o subespecialidad.

Además, se han realizado otras acciones para apoyar al personal de salud: la habilitación del Complejo Cultural de los Pinos para brindarles hospedaje, alimentación, servicio de limpieza, zona recreativa y transporte; la implementación del programa “Cuidemos a quien nos cuida” para la detección y atención de su salud mental; la creación de un seguro de vida gratuito; la contratación definitiva del personal de salud incorporado durante la pandemia para cubrir el déficit de personal en las instituciones; y la creación de la “Condecoración Miguel Hidalgo” para el personal de salud sobresaliente.

Equipo médico y de protección personal^{21, 22}

Sobre los equipos de protección personal para personal de salud, debe destacarse que se ha iniciado la producción nacional de insumos y equipos médicos; en particular, el desarrollo de dos ventiladores con tecnología mexicana, impulsados desde el CONACYT y con la participación de empresas privadas e instituciones académicas. Además, se han recibido diversos donativos (tabla 3).

Desarrollo y cooperación institucional en pandemia^{21, 22}

El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), fue el primer laboratorio de referencia en México y Latinoamérica en implementar el algoritmo ideal de tamizaje de diagnóstico diferen-

cial y confirmatorio de COVID-19 (12 de febrero).

Se desarrollaron 5 ensayos clínicos con medicamentos potenciales (*remdesivir*, *hidroxicloroquina*, *tocilizumab*, *hidroxicloroquina con azitromicina*), plasma convaleciente y productos herbolarios contra el COVID-19 en Institutos Nacionales y hospitales de la Seguridad Social.

Se resolvió el tema de las incapacidades y recetas resurtibles en las instituciones de seguridad social, y se incorporó al programa IMSS-Bienestar en el proceso de *Triage* para COVID-19 bajo el modelo de la APS.

Finalmente, en el marco de la cooperación técnica, científica y académica entre los gobiernos de México y Cuba, una delegación de médicos cubanos estuvo en la Ciudad de México del 27 de abril al 24 de julio.

Estrategia sobre la vacuna COVID-19

México presentó ante la Organización de las Naciones Unidas (ONU) una iniciativa para lograr una distribución equitativa de las vacunas contra el COVID-19, misma que fue aprobada el 21 de abril del año en curso.³³ Además, el Gobierno Federal ha participado en acuerdos recientes como COVAX, AstraZeneca, Pfizer y CanSinoBio (septiembre-octubre), que mencionan la disponibilidad de la vacuna para 2.6 millones de personas en diciembre, 3.5 millones entre enero y febrero de 2021 y 11 millones para marzo.³⁴

Cambios al proyecto original del sistema de salud^{21, 22}

Se han dado una serie de avances en términos del proyecto original con cambios a partir de la realidad encontrada, las correlaciones de los actores en salud del gobierno Federal, estatales y de las instituciones, pero especialmente a partir del ingreso de la pandemia a México y sus dramáticas consecuencias. Este conjunto de procesos sólo podrán evaluarse en su verdadera magnitud, cuando llegue a su fin o su estabilización la pandemia.

No obstante, la pandemia también sirvió para catalizar o acelerar procesos, especialmente en relación a la recuperación y adaptación de los hospitales para la

atención por COVID-19; establecer el convenio con la OMS y OPS para la compra de medicamentos, vacunas y equipo médico en el extranjero; un nuevo programa de residencias médicas para atender zonas marginadas; contratación de personal de salud para reducir el déficit específico de la pandemia que alteró la contratación de los 70 mil personas del ex Seguro Popular; la creación de la Universidad del Bienestar; y el modelo de Salud para el Bienestar del (SABI), que es distinto al modelo original desarrollado por la Subsecretaría de Desarrollo e Integración del Sector Salud. Además, es importante destacar la creación de una empresa pública de distribución de medicamentos, equipos, insumos de salud pública (Birmex).

En relación a los aspectos políticos, dos hechos centrales: las diferencias entre el Secretario de Salud y la Subsecretaria Asa Cristina Laurell, figura que garantizaba el proyecto de salud transformador de la 4T (por su papel y trayectoria como Secretaria de Salud durante el gobierno del Distrito Federal 2000-2006 y el gobierno paralelo de sombra de López Obrador post fraude en la elección presidencial en 2006) y la posterior eliminación de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, como parte de las medidas de austeridad federal. El aumento del control del sector en la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud con el traspaso de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y 12 instancias administrativas más, además del papel que ha representado López Gatell como vocero del Gobierno Federal durante la pandemia. En tercer lugar, las alianzas del INSABI con OPS, que han orientado su actuación. Considero que estos tres elementos finales han significado una importante modificación del proyecto de salud original, cuyo análisis no es posible abordar dentro del alcance de este artículo

4. A Modo de conclusión: perspectivas y tendencias

A pesar de la pandemia COVID-19, es importante destacar dentro de la orientación del gobierno de la 4T en salud, el tema de la recuperación de lo público y la rectoría del Estado y en la prestación de servi-

cios; la recuperación de recursos que estaban en bolsones de discrecionalidad; la política de austeridad; la política de salud universal, gratuita y pública; una nueva articulación del sector público y la seguridad social, incluidas las fuerzas armadas.

En relación con la pandemia, hay que resaltar la articulación pública/privada sin fines de lucro; el manejo centralizado de la pandemia desde la Secretaría de Salud; la operación de los estados federativos; la posición de la centralización; las consecuencias del COVID-19 que se relacionan con la epidemia nutricional; y el avance de la APS-I junto a la estrategia de producción agrícola y nutricional.

Referencias

1. Tetelboin Henrion C, Granados Cosme JA. Debates y problemas actuales en medicina social: la salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2015. Disponible en: <https://buff.ly/37gOUze>.
2. López Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social [Internet]. 2008; 4(3). Disponible en: <https://buff.ly/3lipxy>.
3. Presidencia de la República. 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. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2019 29 de noviembre. Disponible en: <https://buff.ly/3mpoEt7>.
4. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2019-2024. México: Secretaría de Salud; 2019. Disponible en: <https://buff.ly/3fHHz7q>.
5. Secretaría de Salud. PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2020 17 de agosto. Disponible en: <https://buff.ly/3ldA8hA>.
6. Secretaría de Salud. Secretaría de Salud concluye censo de infraestructura en 13 entidades 2020 6 de noviembre. Disponible en: <https://buff.ly/37s1Oe7>.
7. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Atención Primaria de Salud Integral e Integrada, APS-I MX: La propuesta metodológica y operativa. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2V924sE>.
8. World Health Organization. Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. Astana, Kazakhstan 2018. Disponible en: <https://buff.ly/2WUWmd4>.
9. Poy Solano L. En su primer año, el presupuesto del Insabi será de 112 mil 538 mdp. La Jornada [Internet]. 2019 4 de enero. Disponible en: <https://buff.ly/3lcAyVI>.
10. Cruz Martínez Á. Se han adherido al Insabi 24 entidades. La Jornada [Internet]. 2020 12 de febrero. Disponible en: <https://buff.ly/33o7hB8>.
11. Instituto de Salud para el Bienestar. Con respaldo de la OPS, inicia capacitación para gestores de participación social en salud del INSABI 2019: [20 de diciembre p.]. Disponible en: <https://buff.ly/33jpdwI>.
12. Frenk J, Gómez Dantés O, Arreola Ornelas H, Marie Knaut F. Instituto de Salud para el Bienestar: Vino viejo en botella rota. Nexos [Internet]. 2019 1 de noviembre Disponible en: <https://buff.ly/3mbPdIp>.
13. Frenk J, Gómez Dantés O. Salud: Austeridad privatizadora. Nexos [Internet]. 2019 1 de agosto Disponible en: <https://buff.ly/3lb6WIm>.
14. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaut FM. A dark day for universal health coverage. The Lancet [Internet]. 2019. Disponible en: <https://buff.ly/3fCPQlt>.
15. Laurell AC. De Florida al rescate del Seguro Popular. La Jornada [Internet]. 2019 20 de febrero. Disponible en: <https://buff.ly/2JiYBoq>.
16. Laurell AC. Ofuscación ideológica o simples mentiras. La Jornada [Internet]. 2019 12 de noviembre. Disponible en: <https://buff.ly/3mbNo7V>.
17. Reveles C. Organizaciones y pacientes con VIH Sida de cinco estados denuncian nuevo desabasto de antirretrovirales. Animal Político [Internet]. 2019:[30 de abril p.]. Disponible en: <https://buff.ly/37dmlSN>.
18. Redacción. Pacientes de VIH/sida piden amparo por falta de medicina. La Jornada [Internet]. 2019 13 de mayo. Disponible en: <https://buff.ly/319Znl1>.
19. Arellano García C. Padres de niños con cáncer que exigen medicamentos bloquearon AICM. La Jornada [Internet]. 2019 26 de agosto. Disponible en: <https://buff.ly/2J4KTpP>.
20. Gobierno de México. Covid-19 México 2020. Disponible en: <https://buff.ly/39i50v5>.
21. Presidencia de la República. Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina del presidente Andrés Manuel López Obrador ["El Pulso de la Salud"] 2019-2020. Disponible en: <https://buff.ly/37cyBn9>.
22. Presidencia de la República. Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3ld9bKY>.
23. López-Gatell H. Versiones estenográficas. Conferencias de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 SSA. Presidencia de la República [Internet]. 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3mdBecC>.
24. Secretaría de Salud. Se declara en sesión permanente el Consejo de Salubridad General 2020 19 de marzo. Disponible en: <https://buff.ly/39rBwLg>.
25. Secretaría de Salud. Lineamiento de Reversión Hospitalaria (Versión 5 de abril, 2020). México: Gobierno de México. Secretaría de Salud; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3q8glUq>.
26. Secretaría de Economía, Secretaría de Salud, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto Mexicano del Seguro Social. ACUERDO por el que se establecen los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2020 29 de mayo. Disponible en: <https://buff.ly/3ldRvPy>.
27. Gobierno de México. Todos juntos contra el COVID2020. Disponible en: <https://buff.ly/3fBOEPe>.
28. Redacción. Gobierno federal y Teletón firman convenio para reconvertir sus hospitales por contingencia de COVID-19. El Financiero [Internet]. 2020 12 de mayo. Disponible en: <https://buff.ly/37bigzc>.
29. López-Gatell H. Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México. Presidencia de la República [Internet]. 2020 17 de julio. Disponible en: <https://buff.ly/2HMC6YU>.
30. Mendoza A. Son 13 hospitales los beneficiados; también, 5 escuelas ganaron 20 mdp cada una. Excelsior [Internet]. 2020 18 de septiembre. Disponible en: <https://buff.ly/36cuxDW>.
31. EFE. México paga 159 millones de dólares de anticipo a Covax para vacuna de COVID. Agencia EFE [Internet]. 2020 10 de octubre. Disponible en: <https://buff.ly/2J6nHHI>.
32. Cruz Martínez Á. Ssa: se ha contratado a 42 mil médicos mexicanos y a 585 cubanos. La Jornada [Internet]. 2020 16 de junio. Disponible en: <https://buff.ly/33ml2QX>.
33. Secretaría de Relaciones Exteriores. 93% of UN Members Support Mexican Resolution to Guarantee Global Access to Medicines and Medical Equipment 2020 April 21. Disponible en: <https://buff.ly/315S6CM>.
34. Gobierno de México. Versión estenográfica. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 13 de octubre de 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3mbQkRZ>.