



Los lobos sociales: cómo algunas empresas explotan las concesiones de uso social en la radio y dañan la pluralidad en los medios de comunicación de México

Julián Pimentel Escamilla

2022

Durante 16 semanas, un grupo de estudiantes de últimos semestres del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) se asomaron fuera del salón de clase y empezaron a interrogar al mundo. Encontraron situaciones intrigantes en contextos que habían normalizado. Se atrevieron a hurgar más profundo en esas ideas que llevaban rebotando durante meses hasta empezar a aterrizarlas. Tocaron puertas virtuales por internet, llamando por teléfono y algunas puertas físicas de casas de extraños para preguntarle a la gente qué pensaba sobre eso que a ellos y ellas les intrigaba. Pusieron sus teorías a prueba al salir al mundo a preguntar. En esas 16 semanas, los estudiantes trabajaron en investigaciones individuales para el seminario de titulación que buscó enseñarles técnicas de investigación periodística aplicadas al estudio de la ciencia política. En el curso de sus investigaciones dieron con decenas de temas de interés público: desde el desabasto del agua en el país o la privatización de los centros penitenciarios en concesiones millonarias por adjudicación directa, pasando por los misteriosos lobos sociales que se aprovechan de las frecuencias radiofónicas comunitarias, hasta construir una explicación definitiva del escandaloso desabasto de medicinas de la actual administración.

La propuesta del seminario era enseñarles a encontrar, identificar y explicar fallas institucionales causantes de daños a terceros. El resultado fue mejor de lo que pude haber imaginado: además de las investigaciones sobre fallas institucionales —que delinear y describen los mecanismo que ocasionan situaciones de violencia—, los estudiantes también descubrieron situaciones caracterizadas por omisión del Estado —violencias ocasionadas por vacíos institucionales que han dejado a poblaciones desatendidos— y finalmente situaciones donde las instituciones funcionaron, pero crearon resultados secundarios no previstos, que también ocasionan violencias. Estos son los ensayos que resultaron de esas 16 semanas de interrogar al mundo y construir investigaciones para comunicarlo.

Alejandra Ibarra Chaoul,
profesora e investigadora afiliada al CESIG



*****Los ensayos son de carácter personal y de ninguna manera constituyen una postura institucional por parte del CESIG y/o del ITAM.***

Las políticas públicas mal diseñadas e implementadas que originaron el desabasto de medicamentos y por qué importa

Hablar de la crisis del desabasto de medicamentos en México es adentrarse en un terreno desconocido, es querer entender un sistema que ni el propio gobierno de la “Cuarta Transformación” logra entender, es buscar una respuesta para corregir la falla. Más aún, es hablar de la esperanza de millones de mexicanos, en particular de los más pobres, que buscan hacer valer efectivamente su derecho a la protección de salud estipulado en el Artículo 4º constitucional; pero lamentablemente, reparar el daño extenso y estructural en el que se encuentra actualmente el sistema de salud tomará muchos años de esfuerzo, ya que como mencionan Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, dos de los especialistas de la salud pública más reconocidos en el país: “[...] el gobierno actual va en camino de pasar a la historia como el que provocó el mayor retroceso en materia de salud del que se tenga memoria.”

Y es que el desabasto de medicamentos no es un tema nuevo, siempre ha existido y tiende a ser desigual según la región del país, sin embargo, de 2019 a la fecha se ha venido agudizado y expandido a nivel nacional de acuerdo con los datos recabados en los Informes de Transparencia en Salud presentados por el colectivo Cero Desabasto. Las primeras noticias que visibilizaron el problema fueron las protestas de los padres de familia de los niños con cáncer, quienes exigían la autorización para importar el medicamento necesario para la atención de sus familiares luego de que la COFEPRIS suspendiera la línea de producción de dicho medicamento a la farmacéutica nacional PISA, a raíz de una denuncia en el Hospital del Niño Poblano, en el que se presentaron brotes infecciosos por reacciones adversas y dos menores de edad fallecieron.

A partir de este suceso, el gobierno federal implementó una estrategia anticorrupción contra PISA y otras farmacéuticas y cadenas de distribución, señalándolas de utilizar su poder monopólico y oligopólico para (i) acaparar el mercado y (ii) boicotear el suministro de medicamentos y con ello doblegar a las autoridades sanitarias para que las denuncias en su contra no les afectaran, puesto que se encontraban bajo investigación por parte de la Secretaría de la Función Pública por violaciones a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Sanciones del sector público y la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) por incurrir en malas prácticas de manufactura, en el caso de PISA.

De acuerdo con los datos publicados por la organización PODER, las tres grandes distribuidoras farmacéuticas que el mandatario señaló y vetó, forman parte del 1% de los proveedores que recibió el 78% del monto contratado de medicamentos e insumos médicos que realizó el IMSS entre 2008 y 2018. El análisis también calculó el sobreprecio de las compras que fue de aproximadamente 18,400 millones de pesos equivalentes a 54 campañas de elección presidencial.

La decisión fue cambiar el esquema de adquisición de compras con el propósito de frenar las compras monopólicas, reducir los costos y transparentar el uso de los recursos. Aunado a esto, la pandemia mundial por COVID-19 se sumaría al contexto y, si una mala compra genera desabasto, compras de emergencia, como se ha visto en la pandemia, son más caras y lo elevan aún más.

Pero el tema no se trata de encontrar culpables sino de entender el origen de la falla para corregir el rumbo con políticas públicas innovadoras, efectivas y sustentadas en evidencia. Y el primer paso es reconocer que existe una falla.

Este ensayo tiene como propósito abordar las causas que provocaron la crisis del desabasto partiendo del origen histórico del sistema público de salud contemporáneo mexicano hasta llegar a las últimas modificaciones hechas por el

gobierno actual de la 4T, con lo que se busca hacer una reflexión sobre lo que debemos hacer hacia el futuro.

El origen: un sistema de naturaleza corporativista

El sistema de salud contemporáneo de México nació como un sistema segmentado, que reflejaba la naturaleza corporativista del Estado mexicano, donde el ejercicio de los derechos dependía de la posición ocupacional de las personas: un esquema de seguridad social para el empleado formal y un esquema asistencialista para el resto de la población. Este sistema se creó en 1943 a partir de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia la cual, en 1947, sería facultada legalmente para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud; la asistencia y la beneficencia pública.

El optimismo de la época sobre la evolución económica del país era que, en algún punto, México pasaría a ser un país donde todos tendrían un empleo formal y, por lo tanto, todos terminarían siendo usuarios derechohabientes. Por lo cual, la población se había dividido entre los asalariados para los cuales se crearon instituciones de seguridad social, específicamente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los asalariados del sector privado de la economía y el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los asalariados del sector público de la economía. Todos los no asalariados, quedaban sujetos a la acción asistencial del Estado a través de la Secretaría de Asistencia, mas no con un mecanismo de protección real. Es así como el derecho a la salud nace fundamentado como un derecho laboral y no un derecho ciudadano.

En 1983 se cambia la Constitución para reconocer el derecho a la protección de la salud, pero no se crean los instrumentos para que todos lo ejercieran. Fue

hasta el mandato de Vicente Fox, cuando se presenta ante la Cámara de Diputados la propuesta de política pública de crear un organismo desconcentrado dependiente de la Secretaría de Salud Federal con el fin de otorgar servicios de salud a las personas que no estaban afiliadas a los servicios de seguridad social – como lo son el IMSS y el ISSSTE.

La idea era brindar protección a la mitad de la población que no gozaba de los beneficios del empleo formal, enfrentaba barreras financieras para acceder a servicios de salud o desembolsaba grandes cantidades que podrían empobrecerla. Se trataba de incluir a las personas dedicadas a las actividades informales y a todas aquellas no asalariadas, como la mayoría de los productores del campo -ejidatarios, comuneros, pequeño propietarios-, los pequeños comerciantes, los profesionistas en el ejercicio libre de su profesión, los trabajadores por cuenta propia -plomeros, electricistas, albañiles, etc.-, los que cobran por honorarios o comisión, las personas fuera del mercado -amas de casa, estudiantes, personas con alguna discapacidad permanente- y los que, estando dentro del mercado laboral no hallan trabajo (Julio Frenk, 2004).

Es así como en 2003, con la aprobación de todos los partidos políticos representados entonces en el Congreso y el Senado, se creó el Sistema de Protección en Salud (SPSS), cuyo componente operativo fue el Seguro Popular. El gran logro de esta reforma fue (i) superar la segmentación convirtiéndose en un sistema en donde el derecho constitucional a la protección de la salud era ejercido por igual para todo mexicano, independientemente de su situación laboral, su nivel de ingreso o su estado previo de salud y (ii) elevar el gasto público en salud que, entre 2000 y 2015, creció cuatro veces en términos reales, garantizando un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y siendo el área de gobierno que más incremento tuvo en el sexenio de Fox.

De buenas intenciones a malos resultados: la promesa de un sistema de salud como Dinamarca

En enero del 2020 el presidente Andrés Manuel López Obrador pronosticó que para diciembre de ese mismo año México tendría un sistema de salud como el de Dinamarca, con un servicio de calidad, asistencia médica y medicamentos gratuitos para la atención de los ciudadanos, desde que nacen hasta que mueren.

Lo anterior con fundamento en la reforma a la Ley General de Salud aprobada el 29 de noviembre del 2019, días antes de iniciar la pandemia, mediante la cual se constituye por decreto el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) – y desaparece el Seguro Popular y todo lo que ello implica como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos-, teniendo como punto de partida el reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas y la obligación del Estado de garantizarlos para responder a la demanda y mejorar la atención en los servicios de salud pública de salud.

La creación del Insabi lleva a un nuevo esquema de coordinación con las entidades federativas que, entre otras cosas busca lograr ahorros y combatir la corrupción en la compra de medicamentos. Pero más allá de esto, el Insabi encara la restauración del viejo modelo de segmentación corporativista porque le quita a los no asalariados un instrumento de aseguramiento público a cambio de reducciones en presupuesto, de una estructura que ahora se enfoca en prestar directamente los servicios y que vuelve a centralizar los servicios de salud.

El proyecto de salud se hizo público sin un plan estratégico con reglas de asignación de recursos y con la responsabilidad de cubrir la demanda de atención médica de los cerca de 52 millones de personas afiliadas a su antecesor, el Seguro Popular, y dar acceso gradual a los servicios de salud a las más de 20 millones de

personas que declararon no tener dicho acceso en el informe de resultados de pobreza en México 2018 presentado por el Coneval. La idea que utilizó el gobierno fue que el Seguro Popular era una institución permeada de corrupción. Pero desde el punto de vista de Julio Frenk, la corrupción no era por el Seguro Popular, el problema radicaba en que al cuadruplicarse en términos reales el nivel de gasto público en salud a partir de la reforma del 2003 había más dinero y, por tanto, más elementos de corrupción, pero la solución no era quitar el instrumento, la institución en sí, y recortar el presupuesto, sino combatir la corrupción al interior del sistema sancionando a los responsables.

Hoy en día, a pesar de que salud recibió recursos adicionales en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2021, sigue sin ser de los sectores prioritarios en la agenda del presidente. De acuerdo con datos publicados por el IMCO, con este presupuesto y considerando la idea de llegar a ser un sistema de salud como el de Dinamarca, tendríamos el menor gasto per cápita desde que hay datos disponibles para la función salud. Y es aquí donde comienza el problema del desabasto al basar las políticas públicas en ideologías y no en evidencia.

La crisis en su máximo punto y la falla de la UNOPS

A inicios del sexenio, el gobierno anunció que la Secretaría de Hacienda (SHCP) sería la encargada de realizar todas las compras públicas por medio de licitaciones, incluyendo los medicamentos, es decir, ahora serían centralizadas bajo un mecanismo de compras consolidadas para evitar la corrupción y reducir los costos de la compra de insumos, sin embargo, esta tarea ya la realizaba el IMSS año con año como parte de sus funciones. Ante este cambio, se perdió al personal encargado y su experiencia técnica en la materia y, por lo mismo, los resultados de las primeras compras no fueron óptimas lo que a su vez incrementó el desabasto.

Como solución al problema, una vez constituido el Insabi en julio de 2020, el presidente Andrés Manuel presentó un acuerdo con la UNOPS, la agencia de la ONU especializada en logística, para la compra de medicamentos y por este servicio pagó aproximadamente 85 millones de dólares.

Como el servicio de la UNOPS no contemplaba la solución al problema de distribución, desde que fueron vetadas las principales compañías nacionales, el gobierno decidió reincorporar a una empresa paraestatal casi fantasma, Birmex, con antecedentes de corrupción de acuerdo con datos de la organización Impunidad Cero, que en 2020 la señalaron como la segunda institución con más desvíos de recursos en el sector salud y que además no contaba con la infraestructura necesaria para ser la encargada de la distribución de todos los insumos del sector salud en el país.

Incluir a la UNOPS no fue la mejor decisión, en primer lugar, porque no tenían la experiencia de haber trabajado anteriormente el mercado mexicano lo que provocó deficiencias en el proceso de entrega; en segundo, porque no lograron cubrir la totalidad de medicamentos solicitados en la licitación a causa de varios factores tales como (i) claves que no recibieron oferta, (ii) propuestas por encima del precio de referencia, y (iii) respuestas de proveedores inhabilitados por el Ejecutivo que, en cualquier caso, estas deficiencias superaron por mucho el estándar logrado durante las compras en sexenios anteriores, cuando el IMSS se encargaba de ellas; y en tercer lugar, porque el proceso terminó siendo opaco y dudoso, lo que precisamente buscaba combatir la “Cuarta Transformación”.

Pese a los tropiezos, el Ejecutivo ha salido a defender la alianza con la UNOPS y, en cambio, para llenar el vacío de las deficiencias, se vio orillado a recortar el convenio con la misma en un 70% y a salir a comprar a toda prisa las claves restantes. Y por esa razón, introdujo otro cambio en la estrategia: reformar el

artículo 59 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones para facilitar las compras por adjudicación directa, principalmente en el sector salud.

Esta reforma avala que la figura de abastecimiento simultáneo puede utilizarse tanto en licitaciones públicas como en adjudicaciones directas e invitaciones al menos a tres proveedores. La Secretaría de Hacienda argumentó que se buscaba dar mayor flexibilidad a los entes públicos de salud para allegarse de los insumos necesarios para el desempeño de sus funciones. Sin embargo, la industria farmacéutica salió a denunciar que esta reforma era inconstitucional, discrecional y contradictoria por no ser un procedimiento óptimo ya que las licitaciones son el mejor mecanismo para permitir la competencia y obtener las mejores condiciones de compra.

Además, es importante hacer énfasis en el papel que ha jugado la pandemia de COVID-19. El comienzo de una serie de malas políticas públicas se dio apenas unos días antes de confirmarse los primeros casos en China. Imagino que nadie en el gabinete dimensionó la magnitud de los problemas que vendrían. Está de más explicar lo que hemos visto sobre el mal manejo de la pandemia y la innumerable cantidad de muertes que nos colocan como uno de los países con más decesos.

El estado actual del Sistema de Salud y lo que está por venir

A principios de este año, el gobierno federal anunció un nuevo cambio con el que se confirma lo que se ha venido explicado: el fracaso del proyecto de salud de la “Cuarta transformación”. El Insabi pasó a control del IMSS-Bienestar, una manifestación más acabada del corporativismo que se vivía hace veinte años y, aquí cito a Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés: “Desde que se creó nuestro actual sistema de salud, en 1943, no había habido un nivel de destrucción institucional y

un deterioro de las condiciones de salud como los que se han producido en los últimos tres años. [...] En 2024 México tendrá que levantar un nuevo sistema de salud sobre las ruinas que dejará este gobierno.”

Desde su creación en 1979, las diversas encarnaciones sexenales del IMSS-Bienestar (IMSS-Coplamar, IMSS-Solidaridad, IMSS-Progres, IMSS-Oportunidades e IMSS-Prospera) han tenido la función de extender la cobertura de salud a una parte de la población marginada, sobre todo la rural. Por otra parte, este mecanismo se ha segregado en una institución con muchos menos recursos, para ser exactos, la institución con el gasto per cápita más bajo de todas las instituciones de salud. Los beneficiarios del IMSS-Bienestar sólo pueden acceder a centros de salud y hospitales generales que son muy distintos de los que ofrecen servicios a los derechohabientes del régimen ordinario, el IMSS. En otras palabras, la misma institución está administrando servicios segregados para diferentes grupos ocupacionales: los empleados formales al IMSS y los pobres a la categoría “B”.

A la fecha, no se ha especificado cómo funcionará el IMSS-B, el tipo de servicios que ofrecerá y mucho menos el papel que ahora jugará el Insabi, a lo que varios expertos especulan que se convertirá en una instancia financiadora que coordinará la transferencia de recursos de los Servicios Estatales de Salud. Existe una gran cantidad de preguntas que la nueva medida deja sin responder y que refleja la imagen de un equipo federal de salud sin visión, cuyas decisiones no están llevando a un momento de verdadera desgracia.

Según datos del Coneval, la creación del Insabi produjo un incremento del 75% en la “carencia por acceso a servicios de salud” entre 2018 y 2020, esto es pasar de 20 millones de personas a casi 36 millones sin acceso a salud. Y lo más probable es que las nuevas medidas incrementen esta carencia, lo que repercute directamente en las familias quienes tendrán que recurrir a los servicios privados

de salud, exponiéndolos nuevamente al riesgo de sufrir gastos catastróficos.

Lo que sucedió y lo que podemos hacer

Después de esta larga historia, la historia probablemente seguirá siendo larga y dolorosa para las víctimas de estas políticas públicas, desde siempre, los más pobres y que termina contradiciendo la visión de la 4T resumida en una frase: “Por el bien de todos, primero los pobres.”

Haciendo un repaso, las fallas se pueden resumir en cuatro: (i) la desaparición del Seguro Popular y la creación del Insabi, (ii) el cambio en el esquema de adquisición de compras a cargo de la SHCP, incluyendo la reforma al artículo 59 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, (iii) la estrategia anticorrupción contra las farmacéuticas y distribuidores nacionales que llevó a contratar a la UNOPS y, por último (iv) la transferencia de las funciones del Insabi al IMSS-Bienestar. Lo anterior sumado al factor de la pandemia.

Los problemas de acceso a los servicios de salud y, específicamente, la falta de medicamentos en las instituciones públicas, son el resultado de estas fallas de política pública improvisadas que desmantelaron la irresponsabilidad del sistema de compras consolidadas de medicamentos y otros insumos del sector público.

Los resultados son alarmantes, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso- Gasto de los Hogares 2020, el gasto promedio trimestral en salud de los hogares mexicanos incrementó casi 40% durante los primeros dos años de esta administración, pasando de 901 pesos en 2018 a mil 266 pesos en 2020. Otro estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública indica que, a nivel nacional, el número de hogares mexicanos con gasto catastrófico por motivos de salud incrementó 25% entre 2018 y 2020, al pasar de 801 mil a 1.1 millones de pesos.

En conclusión, lo hecho, hecho está y no queda más que reconocer el problema para solucionarlo. Como mencioné en el primer párrafo, esta tarea llevará años y serán menos sólo si todos los integrantes de los tres niveles de gobierno y de los distintos partidos políticos se unen en serio a trabajar permanentemente para cambiar el plan con nuevas políticas públicas que incluyan información robusta y diseñadas bajo un análisis estadístico que abarque toda la evidencia de datos recopilados a lo largo de los últimos años, además de incrementar los recursos presupuestales de manera extraordinaria. Esta es la tarea pendiente.

Bibliografía

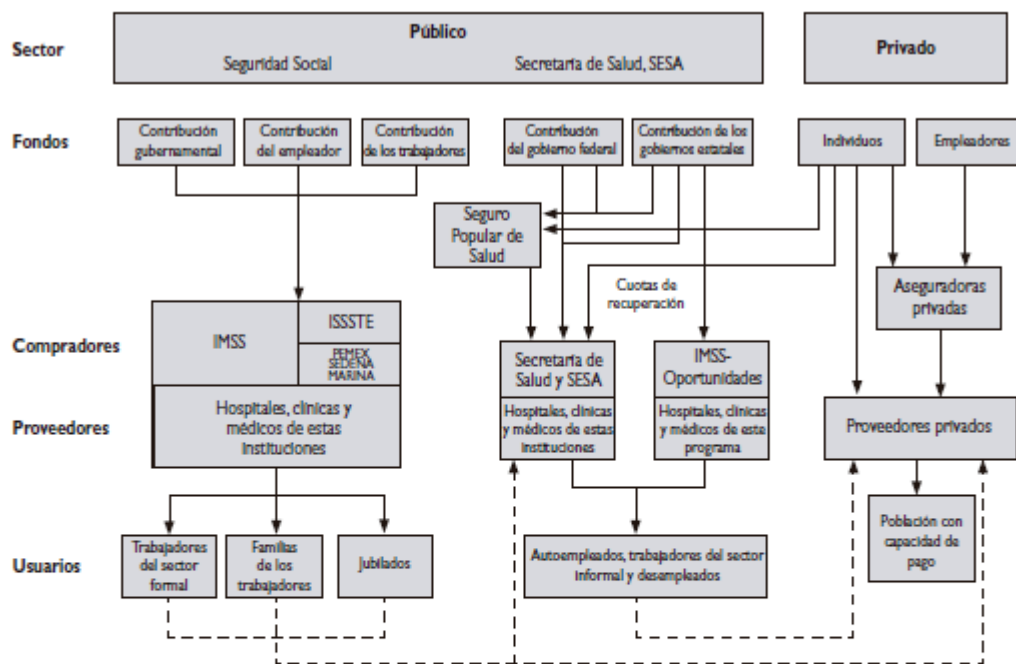
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Última reforma publicada: DOF 28-05-2021.
- Reforma a la Ley General de Salud 2019. Secretaría de Salud. Diario Oficial. Viernes 29 de noviembre de 2019.
- Reforma a la Ley General de Salud 2003. Secretaría de Salud. Diario Oficial. Jueves 15 de mayo de 2003.
- Gómez Dantés, Octavio, Frenk Mora, Julio et al. "Sistema de salud de México." *Salud Pública de México* Vol.53, suplemento 2, 2011.
- Uribe Gómez, Mónica y Abrante Pego, Raquel. "Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?" *Perfiles Latinoamericanos* 42 Julio/diciembre 2013.
- Morales Reyes, Hortencia et al. "Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019." *Salud Pública de México* Vol.61, no.5, septiembre/octubre 2019.
- Entrevista de Salud Pública de México con el Dr. Julio Frenk Mora, Secretario de Salud de México. *Salud Pública de México* Vol. 46, no.6, noviembre-diciembre 2004.
- Gómez Dantés, Octavio y Frenk Mora, Julio. "Salud: más palos de ciego." *Reforma* Viernes 11 de mayo de 2022.
- Gómez Dantés, Octavio y Frenk Mora, Julio. "Salud: estas ruinas que ves." *Reforma* Domingo 22 de mayo de 2022.
- Informe de Transparencia en Salud 2019-2020. Mapeo del Desabasto de Medicamentos en México. Colectivo Cero Desabasto.
- Informe "Facturas Falsas: la epidemia en el sector salud." Impunidad Cero. Marzo 2020.
- Informe de Transparencia en Salud 2017-2021. Radiografía del desabasto. Colectivo Cero Desabasto.
- Pisa, la empresa que causó la crisis por falta de medicamentos contra el cáncer. Forbes. Enero 23 de 2020.
- Corral, Yessica y Castañeda Prado, Andrés. "El desabasto de medicamentos existe y

reconocerlo es el primer paso para solucionarlo." *Mexicanos contra la corrupción y la impunidad* Octubre 27 de 2021.

- Investigación: Salud, Dinero y Corrupción. Organización PODER. Ciudad de México, 11 de mayo de 2021.
- Tello Arista, Irene. "El desabasto de medicamentos en México fue ocasionado por las malas decisiones del gobierno." *The Washington Post* Febrero 15 de 2021.
- Cullell, Jon Martín. "La sociedad civil critica a la ONU por la opacidad en la compra de medicamentos para México." *El país* Junio de 2021.
- Encuesta Nacional de Ingreso- Gasto de los Hogares 2020. INEGI.
- De la Torre, Rodolfo. "El INSABI y la movilidad social en salud". *Centro de Estudios Espinosa Yglesias* Junio de 2022.
- Mañanera - Andrés Manuel López Obrador. Un sistema de salud como el de Dinamarca. Enero 2020.
- Entrevista con el Dr. Julio Frenk Mora. Sistema de Salud en México. *La entrevista con Sarmiento*. Junio 2021
- Investigación "Operación Desabasto". Impunidad Cero y Justicia Justa. Febrero 2021.

Anexo:

- Esquema del Sistema Nacional de Salud*, tomado del artículo Sistema de salud de México.
 - * Lo que cambia es el Seguro Popular -> Insabi -> ahora IMSS-B



El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las Instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las Instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las Instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas Instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas Instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

- Testimonio de Lorena y su mamá

“En octubre de 2019, mi mamá comenzó su tratamiento para el cáncer de mieloma múltiple. A partir de diciembre enfrenté el desabasto en algunos medicamentos como la pregabalina, que al principio compré, posteriormente, solicité la compra de algunos medicamentos.

El problema grave vino cuando ya no hubo quimio a partir de diciembre del 2020. Situación que implicó que le cambiaran la quimio. Sin embargo, la nueva quimio le quemó el cuerpo, por lo que se consultó a un dermatólogo privado. Ante esto le volvieron a cambiar por bortezomib, a partir de marzo o abril de 2021, aproximadamente. Sin embargo, hubo desabasto, y entre ciclo y ciclo hubo momentos que no recibió la quimio. En julio contacté al responsable de Abastos del hospital, quien me comentó que había cambiado el sistema de compra. Anteriormente, cada dependencia de salud hacía sus compras, pero ahora está responsabilidad se le adjudicó al INSABI.

Me comentó que la adquisición de esta quimio a veces era de una o dos unidades para todo el sistema de salud. Debo hacer un reconocimiento al personal del hospital su compromiso y esfuerzo por hacer su trabajo en estas condiciones.

Desafortunadamente, sigue el desabasto no sólo para la especialidad de hematología, sino también en oftalmología, porque no hay medicamentos. Algunos no se pueden comprar porque son controlados.

En esta batalla contra el desabasto médico, mi madre es afortunada porque con esfuerzo y solidaridad familiar ha podido adquirir medicamentos, accesibles a las posibilidades económicas de la familia, pero desafortunadamente, muchos de los pacientes no tienen el dinero suficiente ni para medicamento como

tampoco para el transporte, que a veces requieren un traslado especial por su condición médica. Otra situación a destacar el tiempo de espera para la atención que implica un gasto extra que es comprar comida. Esta es la realidad de una mayoría.”