

La transformación del sistema de salud mexicano

Zoé Robledo, Politól, M en Der.⁽¹⁾

Robledo Z.
La transformación del sistema de salud mexicano.
Salud Publica Mex. 2024;66:767-773.
<https://doi.org/10.21149/15742>

Resumen

En este texto se presenta la experiencia mexicana en torno al proceso de transformación de los servicios de salud a partir de la recuperación de la rectoría del Estado mexicano en el cuidado de la salud de la población mediante la centralización de los servicios de atención médica en el IMSS-BIENESTAR, la nueva institución creada por el Gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador para brindar protección a personas sin seguridad social. Primero, se presentan los antecedentes del propio sistema; después se aborda la discusión sobre los saldos y consecuencias que dejó la descentralización del sistema de salud iniciada en la década de los ochenta; y posteriormente, se desarrolla en qué consiste el proceso de transformación con base en la centralización de los servicios de salud en México, el diseño institucional y las reformas legales. En el último apartado se plantea en dónde nos encontramos y hacia dónde vamos en el proceso de transformación del sistema nacional de salud.

Palabras clave: cuarta transformación; IMSS-BIENESTAR; atención médica a personas sin seguridad social

Robledo Z.
The transformation of the Mexican health system.
Salud Publica Mex. 2024;66:767-773.
<https://doi.org/10.21149/15742>

Abstract

This text presents the Mexican experience regarding the process of transformation of health services based on the recovery of the leadership of the Mexican government in the health care of the population through the centralization of health care services in the *IMSS-BIENESTAR*; the new institution created by the Government of President Andrés Manuel López Obrador to provide protection to people without social security. First, the health's system historical background is presented. Indeed, the discussion about the balances and consequences left by the decentralization of the health system that began in 1980 decade is addressed. Then, the beginning of the fourth process of transformation develops the arguments based on the centralization of health services in Mexico, the institutional design, and legal reforms. The final section is focus on successes and challenges in the process of transforming the national health system.

Keywords: fourth transformation; *IMSS-BIENESTAR*; medical care for people without social security

¿Cómo se construyó el sistema de salud mexicano?

Antecedentes

La historia del sector salud en México está caracterizada por transformaciones, procesos inacabados y distintas interpretaciones sobre cómo garantizar el derecho uni-

versal a la salud. Se trata de un largo camino en el que se pueden identificar tres principales momentos descritos a continuación.

El primero es el posrevolucionario. En aquel momento se buscó crear y consolidar instituciones políticas y administrativas para materializar los valores del nacionalismo revolucionario. En sus apuntes del 18 de diciembre de 1935, el general Cárdenas

(1) Dirección general, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 7 de marzo de 2024 • **Fecha de aceptado:** 10 de julio de 2024 • **Publicado en línea:** 17 de septiembre de 2024

Autor de correspondencia: Zoé Robledo, Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Paseo de la Reforma 476, col. Juárez. 06600 Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México.
 Correo electrónico: zoe.robledo@imss.gob.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

describía el ánimo de la época y afirmaba que “sería una traición a México y a la Revolución desprestigiar el sacrificio del pueblo mexicano (...) el Estado debía establecer las bases de la seguridad social que era una de las cuestiones más trascendentales de todo gobierno revolucionario”.¹

Producto de ello, en 1943 se crearon dos instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (convertida en la Secretaría de Salud [SS] en 1985).

Desde su creación, el IMSS ha cumplido con la función de brindar servicios de atención a la salud (entre otras prestaciones sociales) esencialmente a trabajadores asalariados formales del sector privado, jubilados que realizaron actividades laborales formales en este sector y a familiares de éstos. Por su lado, la SS fue, hasta 1983, la encargada de prestar atención médica a la población abierta: trabajadores sin alguna actividad asalariada formal y que carecían de un esquema de aseguramiento público prepagado.²

Para 1960, la consigna por ampliar la atención para los trabajadores del Estado llevó a la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), lo que implicó un crecimiento a costa de la segmentación del sistema nacional de salud basada en la condición laboral de los ciudadanos. Con otras instituciones de salud, como el caso de las Fuerzas Armadas o Petróleos Mexicanos (Pemex), se incrementó aún más la complejidad de este sistema, aunque se mantenía un alto grado de centralización.

Para la población sin acceso a seguridad social y que residía en zonas rurales y urbano-marginales, en 1979 se creó el programa IMSS-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (IMSS-Coplamar) para proveer servicios médicos preventivos y curativos en unidades de salud de primer y segundo nivel de atención.

Fue así que hasta 1982 la seguridad social mexicana se desarrolló gracias a la rápida expansión del empleo formal asociado con el crecimiento económico y con el desarrollo industrial; sin embargo, el crecimiento poblacional en medio de un difícil contexto económico afectó la creación de empleo, lo que supuso un nuevo reto para la atención de la población sin esquemas de aseguramiento.³

El inicio del segundo momento (1982)

Aquí comienza un periodo caracterizado por el impulso de un sistema de salud descentralizado. A pocos días de que Miguel de la Madrid fuera el candidato electo a la presidencia de la república en 1981, ya surgía una pregunta que a la postre fue fundamental: ¿cuál debía

ser el camino correcto para consolidar un sistema nacional de salud?

En 1982 se iniciaron una reforma de Estado y una reforma administrativa y con ello se creó la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República. Desde ahí se definieron los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos para la integración de los servicios públicos de salud en un sistema nacional para dar cobertura a toda la población. Se hicieron estudios e investigaciones que, sumados a una consulta popular, sirvieron de base para lo que meses después se convertiría en ley.

Uno de los principios del Gobierno de aquel entonces fue la descentralización de la vida nacional. Se trató de uno de los postulados básicos de la plataforma ideológica y política durante la campaña de Miguel de la Madrid y, una vez en el Gobierno, se inició un proceso de descentralización gradual de los servicios de salud para población sin seguridad social que hasta entonces otorgaba la SS.

La naturaleza de esta decisión fue explicada años después por el doctor Guillermo Soberón, secretario de salud en aquel entonces, al señalar que el proceso de descentralización obedeció más al cumplimiento de un programa de Gobierno que a una estrategia técnica o administrativa que se enmarcó en el amplio y ambicioso propósito de descentralizar la vida nacional. En sus palabras: “más que una estrategia administrativa corresponde a una política de Estado; más que un proceso técnico significa una decisión de Gobierno, y más que un recurso discrecional supone la observancia de un mandato legal y de un programa público”.⁴

Un año después de iniciado ese proceso de descentralización, en 1983 comenzó un periodo de reformas, entre ellas la que modificó el Artículo 4to. de la Constitución y que elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud. Con ello se determinó un derecho prestacional que suponía una serie de obligaciones para la administración pública, que paradójicamente no estuvo acompañado de garantías institucionales para que se respetara y protegiera su cumplimiento mediante la adopción de medidas legislativas y presupuestarias, entre otras más que se requerían.⁵

Sin embargo, con esas acciones se sentaron las bases para la descentralización gradual de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del programa IMSS-Coplamar a los Gobiernos estatales, el cual transfirió en esta etapa 23 hospitales y 911 Unidades Médicas Rurales a 14 entidades federativas. Esta política de descentralización de IMSS-Coplamar no tuvo el impacto deseado y estos servicios sólo se consolidaron en 12 entidades federativas.

En 1984 entró en vigor la Ley General de Salud y se establecieron los Servicios Estatales de Salud (Sesa) a fin de garantizar la prestación de los servicios de atención a la salud y de instrumentar las acciones de salud pública y de regulación sanitaria. También se creó el Consejo Nacional de Salud. Dos años después, en 1986, se firmó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, el cual transfirió a los estados la responsabilidad de prestar servicios de salud y medicina preventiva a la población sin seguridad social.

Ese proceso contemplaba la operación directa de los recursos financieros, las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Desde entonces se comenzaban a plantear dos preguntas nodales sobre el sistema de salud mexicano: ¿cómo transitar de la atención médica y la seguridad social vinculada al trabajo formal hacia la protección social de la salud como derecho universal efectivo?

Quizá en respuesta a ello, en 2003 se reformó la Ley General de Salud una vez más y se creó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS). Así se partió de la idea de que para asegurar una atención en salud se requería desvincular el acceso a los servicios sanitarios del empleo formal y adoptar una visión integral de protección social en salud. Con esto se reconocían problemas de cobertura de las instituciones de seguridad social y se planteó el objetivo general de avanzar gradualmente hacia la cobertura universal en salud.

El 1 de enero de 2004 entró en funciones el Seguro Popular, planteado como el brazo operativo del SNPSS para ofrecer acceso a un seguro de salud para la población abierta, brindarle protección financiera y contribuir a reducir la desigualdad social entre afiliados a la seguridad social y población no derechohabiente. Sin embargo, el Seguro Popular no era un sistema de atención médica, sino un modelo de financiamiento en el que participaban la federación, los estados y los propios beneficiarios que tendrían acceso a un paquete básico de cobertura ante 294 tipos de intervenciones médicas y de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para servicios de alta especialidad que cubría 66 padecimientos de alto costo.⁶

Las intenciones fueron buenas, pero sumamente limitadas; aún si tomáramos en cuenta la palabra “progresividad” en el diseño del Seguro Popular, no había un modelo de atención unificado y en el primer nivel sólo había consulta curativa, pues dejaba afuera lo verdaderamente importante: prevenir y promover la salud. Este modelo estaba limitado pues no cubría todas las enfermedades y riesgos, y dejaba a un lado las patologías que con mayor frecuencia enferman y se presentan como principales causa de muerte entre los

mexicanos: las enfermedades del corazón, del hígado, renales y algunos tipos de cáncer.

A lo anterior se sumó el que quizá sea el mayor problema derivado de este modelo: se entregaban recursos a 32 distintos servicios de salud en las entidades federativas, los cuales tenían lineamientos, tratamientos, opciones terapéuticas, sistemas y muchos procesos más diferenciados. La compra de los medicamentos se hacía con criterios poco claros o con demandas insuficientes. La consulta podía tener o no un registro en un sistema, lo que dificultaba la vigilancia epidemiológica y además se hacían cobros con cargos directos al paciente.

Fue así que en 2019 decidimos comenzar el cuarto momento del sistema de salud mexicano con el Gobierno del presidente López Obrador para dar respuesta a la fragmentación del sistema de salud provocada por los diseños previos. El objetivo era unificar los servicios de atención médica para construir un solo sistema y garantizar servicios de salud tanto a población derechohabiente como a población abierta.

El presidente tomó esa decisión, pues los Gobiernos neoliberales hicieron creer que la descentralización de la salud era una buena receta para mejorar la atención y garantizar mayor acceso a los servicios de salud en los estados; pero la verdad fue otra: mientras México se inclinó por adoptar modelos de salud curativos y no preventivos, la salud de las personas se agravaba. Para 2019 nuestro país ocupaba el primer lugar mundial en obesidad infantil.

En el Informe Mundial sobre la Diabetes de 2016, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad se mostraban como los principales factores de riesgo para padecer diabetes tipo 2. Hoy sabemos que una persona con obesidad tiene 80% más probabilidad de tener diabetes y 300% más probabilidad de padecer hipertensión. Por eso no es casualidad que, en tan sólo 35 años de neoliberalismo, México hubiera septuplicado el número de personas fallecidas al año por complicaciones derivadas de la diabetes mellitus.

Eso no era todo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) en 2018,⁷ en México poco más de una quinta parte (22%) de las infancias con menos de cinco años tenía riesgo de padecer sobrepeso, y de los de 5 a 11 años, 35.6% mostraba esta condición. Del total de adultos de 20 años o más, 39.1% tenía sobrepeso y 36.1%, obesidad. Se advertía que, de seguir así, para 2050, 50% de la población en México tendría obesidad.⁸

Los datos comprueban que con los modelos de atención de la salud a los mexicanos no se gastó bien, ni lo suficiente. La descentralización nunca buscó universalidad, mucho menos prevención. Uno de los puntos

de coincidencia de todos los estudios sobre la salud en México en la etapa neoliberal es el reconocimiento de que los indicadores básicos como la mortalidad materna e infantil no corresponden a los niveles de desarrollo del país. Además, no se logró establecer al menos un paquete básico universal de servicios de salud independientemente de la condición socioeconómica o laboral. Por eso, lo que se impulsa en el cuarto momento es un sistema universal de acceso a servicios de salud para que cualquier persona, sin importar su condición económica, social o cultural, sea atendida como lo merece, con médicos, especialistas, estudios y medicamentos gratuitos, y que la salud deje de ser, en definitiva, un privilegio y se convierta en un derecho universal de nuestro pueblo.

¿Cómo ha sido la cuarta transformación del sistema de salud?

El 8 de mayo de 2020 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el decreto por el que se reformó y adicionó el Artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

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... La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.⁹

Este sería el primer paso que daría vida al nuevo organismo público descentralizado IMSS- BIENESTAR. Sin embargo, la historia había dejado en evidencia que la estructura constitucional no era suficiente para asegurar el derecho a la salud. Una reforma a la Constitución requiere ser traducida en instituciones, reglas, recursos y garantías para el ejercicio de un derecho, en este caso el de la salud.

Un elemento fundamental para poder hacer realidad este modelo era el financiamiento. El modelo del Seguro Popular no estuvo acompañado de medidas fiscales adecuadas para contar con los recursos suficientes y se presentaron desequilibrios propios de un diseño institucional y una operación fragmentada que hicieron que la distribución de los recursos entre los niveles de Gobierno no permitiera a los estados y municipios asumir responsabilidades crecientes en el financiamiento de los servicios.

Aunado a ello, la opacidad y la poca rendición de cuentas fueron una constante. La Auditoría Superior de la Federación (ASF) dio a conocer que de 2003 a 2016 había recuperado más de 123 000 millones de pesos y emitido 10 346 observaciones al presupuesto asignado al Seguro Popular, es decir, reparaciones de 9 000 millones de pesos anuales, en promedio.

¿Cuál es el nuevo planteamiento?

Una vez aprobada la reforma al Artículo 4to. constitucional publicada en el DOF en mayo de 2020, se estableció que se debían llevar a cabo todas las acciones para que los habitantes de México pudieran recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos suministro de medicamentos, materiales de curación y exámenes clínicos.

Se estableció un mandato: diseñar y publicar por primera vez en el país un Programa Estratégico de Salud para el Bienestar que fuera sectorial y estableciera tres elementos: progresividad, cobertura de servicios y modelo de atención.¹⁰

Pero, ¿qué tipo de sistema es el IMSS-BIENESTAR para la atención médica de personas sin seguridad social? Se trata de un nuevo esquema basado en el modelo de medicina socializada, donde el proveedor de servicios y el pagador son públicos y se fondea con impuestos generales. Los hospitales y clínicas son propiedad del Gobierno y el personal de salud son empleados gubernamentales. En este modelo no hay recibos médicos, hay una tendencia hacia la universalización y una gestión administrativa unificada y pública.

En esencia, se busca construir un sistema 100% público, con planeación centralizada, gratuita y universal, de cobertura amplia y enfocado a lo preventivo. A continuación, describiremos cada uno de estos elementos.

¿A qué nos referimos con un sistema 100% público?

En IMSS-BIENESTAR sólo se da atención médica en hospitales y unidades médicas públicas; no participan proveedores privados financiados por el Estado.

Desde 2022, se ha observado que, alrededor del mundo, los Gobiernos han operado rescates financieros de compañías privadas de atención médica, como consorcios y hospitales que se declararon en bancarrota: 46 en China, 36 en Estados Unidos y 33 en Japón. En Alemania, 1 de cada 3 hospitales privados está en bancarrota por el incremento de los precios de la energía. Ese escenario es impensable para el IMSS y el IMSS-BIENESTAR: defender la soberanía nacional incluye a la

seguridad social y al sistema de salud, al cual justamente se busca fortalecer y dotar de viabilidad.

IMSS-BIENESTAR no subroga ningún servicio de las áreas operativas básicas como lavandería, intendencia, higiene y limpieza, y preparación de alimentos y dietas. Antes de ello existía un diseño que privilegiaba la participación de los servicios privados de apoyo que habían empezado a sustituir al proveedor público hasta casi hacerlo desaparecer: las salas de hemodiálisis dentro de las unidades y las farmacias ya eran privadas en hospitales públicos. Hoy hacemos frente a la privatización silenciosa de los servicios de atención médica en estas áreas operativas básicas.

Planeación centralizada

El proceso de transformación del sistema de salud en México es integral y uniforme, instituido como Organismo Público Descentralizado, denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) responsable de ejercer los recursos asignados.

Para ello se diseñó el Modelo de Atención para la Salud MAS-Bienestar,¹⁰ esquema de cuidados integrales que conjunta estrategias, procesos, procedimientos, herramientas y recursos que deben asegurarse en las instituciones públicas de salud para otorgar asistencia. Este modelo considera cinco ejes:

1. Promoción de la salud que proporciona a las personas los medios necesarios para la adopción de estilos de vida saludables a través del autocuidado y la promoción de actividades colectivas.
2. Prevención de enfermedades a través de intervenciones que mitiguen riesgos específicos para la aparición de enfermedades, tales como la vacunación.
3. Tratamiento que incluye diagnósticos de manera oportuna para el adecuado control de enfermedades.
4. Rehabilitación para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos, y cuidados paliativos.
5. Prevención y alivio del sufrimiento por enfermedades potencialmente mortales a través del tratamiento correcto del dolor y otros problemas.

Además, el modelo considera cinco elementos de la atención primaria en salud: gestión de la salud poblacional, organización y gestión de los servicios, acceso, servicios de atención primaria disponibles y efectivos, y atención de calidad centrada en las personas.

Gratuito y universal

El nuevo sistema de salud en México cumple con los principios básicos de no discriminación, igualdad y progresividad, y ofrece la disponibilidad efectiva de infraestructura pública, recursos materiales y humanos. Ya no hay cuotas de recuperación, primas o coaseguros, todo esto sin costo. Se han cerrado las cajas de cobro heredadas del Seguro Popular en los hospitales.

Cobertura amplia

El Seguro Popular contaba con un Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), el cual poseía un paquete básico para 294 intervenciones médicas, 633 claves de medicamentos y 37 insumos.¹¹ En este nuevo modelo se plantea que todas las personas tienen derecho a la atención pública que incluya servicios gratuitos de atención primaria, especializada, hospitalaria, mental, preventiva y de largo plazo. Es decir, en el nuevo modelo se atienden todas las enfermedades.

Enfocado a lo preventivo

En este nuevo modelo, la base para la prevención es la atención mediante médicos familiares. Ellos son quienes brindan atención al individuo en un contexto de comunidad, cambian el paradigma biomédico por el biopsicosocial y establecen vínculos entre los servicios médicos, las personas, sus familias y la comunidad.

El IMSS-BIENESTAR privilegia la atención primaria y el rol de los médicos familiares en los centros de salud como puerta de entrada al resto del sistema sanitario para fortalecer la relación médico-paciente y pasar de lo curativo a lo preventivo; de curar la enfermedad a la promoción, detección temprana, diagnóstico oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos.

¿Por qué optar por un modelo de salud socializada?

Italia, España, los países nórdicos, Hong Kong, el *National Health Service* de Inglaterra y el Departamento de Veteranos de Estados Unidos son los más puros ejemplos del modelo Beveridge o medicina socializada.

La importancia de tener un modelo similar responde a las necesidades del pueblo de México, pero también de Latinoamérica. Para darnos una idea, de acuerdo con datos reportados por la OMS, 29% de la población latinoamericana reportó no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de

acceso: 17.2% atribuyó su decisión a barreras organizativas como, por ejemplo, largos tiempos de espera, horas de atención inadecuadas o requisitos administrativos engorrosos.¹²

Las barreras financieras fueron reportadas en 15% de los casos; la disponibilidad inadecuada de recursos, como falta personal de salud, medicamentos e insumos, se reportó en 8% de los casos, y las barreras geográficas, en 5% de los casos.

Transitar a un sistema de salud de medicina socializada implica garantizar que las personas accedan a los servicios médicos que necesitan sin que les genere dificultades financieras, poner fin a la pobreza extrema e incrementar la equidad y la prosperidad compartida.

Un modelo como el que se plantea en México también permite aprovechar al máximo su principal activo: el capital humano. El apoyo a la salud constituye una inversión fundamental para el desarrollo de las personas y el crecimiento económico.

¿Cómo vamos en la implementación de este modelo en las entidades federativas?

Hace dos años, al recibir el encargo del presidente López Obrador de rescatar el sistema de salud en México con la creación del IMSS-BIENESTAR, hicimos un planteamiento a los Gobiernos de los estados: hacer un levantamiento de diagnóstico de campo, identificar las necesidades en hospitales y centros de salud, e iniciar el proceso de federalización para resarcir brechas en materia de infraestructura, equipamiento, personal e insumos.

Hoy, el IMSS-BIENESTAR ya opera en 23 entidades y se encuentra implementando el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en centros de salud de primer nivel y en hospitales de alta especialidad. Además, IMSS-BIENESTAR tiene sólidas bases jurídicas como una institución del Estado mexicano.

Al día de hoy, el nuevo sistema de atención médica ya es la institución que atiende a población sin seguridad social en Nayarit, Tlaxcala, Colima, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Campeche, Veracruz, Guerrero, Michoacán, Morelos, Zacatecas, San Luis Potosí, Oaxaca, Hidalgo, Tamaulipas, Quintana Roo, Chiapas, Tabasco, Baja California, Puebla, Ciudad de México y Estado de México.

IMSS-BIENESTAR brinda cobertura a 53.2 millones de usuarios, opera 11 935 centros de salud y 686 hospitales de segundo y tercer nivel, y cuenta con más de 270 000 trabajadores y trabajadoras, de los cuales más de 67 000 son médicas y médicos.

Desde su planteamiento en 2021, hasta 2023 con IMSS-BIENESTAR se han invertido 103 714 millones de pesos en infraestructura, abasto de medicamentos, equipamiento y contratación de personal. Con esas

inversiones se ha logrado incrementar el número de atenciones para llegar a más personas. Tan sólo de 2022 a 2023 se incrementaron 59% las consultas de especialidad, 60% las consultas de medicina familiar, 26% las cirugías y 38% los partos.

Para el cierre del sexenio, durante 2024 se tiene previsto destinar 82 822 millones de pesos para consolidar al IMSS-BIENESTAR.

¿Qué sigue? El segundo piso de la transformación en salud

El camino es avanzar en el fortalecimiento y consolidación del IMSS-BIENESTAR. Respecto a infraestructura, este modelo nos ha permitido incrementar un total de 1 988 camas, 562 consultorios y 99 quirófanos adicionales para la atención de la población abierta.

Adicionalmente, en los próximos meses deben iniciar operaciones hospitales como el Hospital Materno Infantil de Tijuana y el de Mexicali; el Hospital Pediátrico de Sinaloa, el Hospital de la Mujer de Tepic y el de Tuxpan, en Nayarit; el Materno Infantil de Coahuila y el Civil de Ciudad Madero. También los Hospitales Generales de Culiacán, Cárdenas, Matamoros, Río Verde, San Luis Potosí, Arantepacua y Maruata, en Michoacán, Tuxtepec, Vícam Switch en Sonora, Santa Rosalía en Baja California Sur, CESSA de Culiacán y Hospital de Nicolás Bravo en Quintana Roo, muchos de ellos abandonados durante años por el Seguro Popular.

Para saldar el déficit heredado de falta de personal médico y de enfermería, en la administración del presidente López Obrador, el IMSS-BIENESTAR cerrará con 55 572 basificaciones de trabajadores que antes no contaban con una base o estaban contratados con esquemas precarios y sin seguridad social debido a la falta de fuentes de financiamiento. Adicionalmente, se han realizado 61 742 nuevas contrataciones: 16 086 médicos generales, 7 658 médicos especialistas y 37 998 enfermeras, entre auxiliares de enfermería, enfermeras generales y especialistas.

Respecto al abasto de medicamentos, nos propusimos la homologación de claves entre el IMSS en su régimen ordinario y el IMSS-BIENESTAR. El propósito es que todos los estados federalizados tengan todas las claves de medicamentos; para ello se estableció un catálogo sectorial que incluye 3 312 claves: 1 484 de medicamento y 1 728 de material de curación. Además, para tener un control de la distribución de los medicamentos, el Sistema de Abasto Institucional (SAI) del IMSS operará en todas las unidades para que, en tiempo real, se obtengan datos sobre el surtimiento de recetas y se tenga información de toda la cadena de abasto, desde su adquisición hasta la entrega al paciente.

Transformar el sistema de salud ha sido un proceso largo, difícil, emocionante, desafiante y de mucho diálogo. Por esta razón, la federalización de los servicios de salud avanza y lo seguirá haciendo. Hoy podemos decir que el sueño de cumplir el artículo 4o de la Constitución y su gran objetivo, que la salud sea un derecho y nunca más un privilegio, cada vez está más cerca de ser una realidad para todas y todos por el simple y glorioso hecho de nacer mexicanos.

Declaración de conflicto de intereses. Zoé Robledo es Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Referencias

1. Cárdenas L. Apuntes: una selección. México: UNAM, 2003.
2. Rodríguez-de Romo AC, Rodríguez-Pérez ME. Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 1998;5:293-310. <https://doi.org/10.2307/3541207>
3. Lomelí L. Perspectivas de la seguridad social en México. *Rev Mex Sociol*. 2001;63(1):203-20. <https://doi.org/10.2307/3541207>
4. Soberon G, Frenk J, Sepúlveda J. The health care reform in Mexico: before and after the 1985 earthquakes. *Am J Public Health*. 1986;76(6):673-80. <https://doi.org/10.2105/AJPH.76.6.673>
5. Salazar P. Derechos fundamentales, derechos sociales, ciudadanía y salud. En: Rolando C, Murayama C, coords. *Los determinantes sociales de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica, 2012.
6. Secretaría de Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud. México: SS, 2019 [citado feb, 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>
7. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza A, Rivera-Dommarco JA. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, Ensanut 2012. *Salud Publica Mex*. 2013;55(supl 2). <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5111>
8. Rtveladze K, Marsh T, Barquera S, Sanchez-Romero LM, Levy D, Melen-dez G, et al. Obesity prevalence in Mexico: impact on health and economic burden. *Public Health Nutr*. 2014;17(1):233-39. <https://doi.org/10.1017/S1368980013000086>
9. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: DOF, 2020. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0
10. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). México: DOF, 2022 [citado feb, 2024]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
11. Secretaría de Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud. México: SS, 2019.
12. Organización Panamericana de la Salud. *Salud Universal*. Washington DC: OPS, 2021 [citado feb, 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>