



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO**

**División de Ciencias Sociales y Humanidades**

Las políticas de distribución de medicamentos: desabasto de medicamentos oncológicos del cáncer de mama en el Hospital General Regional C/MF No.1 del IMSS de 2018 a 2022

**TRABAJO TERMINAL  
PARA OBTENER EL GRADO DE**

**LICENCIADA EN POLÍTICA Y GESTIÓN SOCIAL**

**P R E S E N T A:**

Díaz Morán Fernanda

Asesor:

Dra. Verónica Gil Montes

*La salud es ámbito predilecto de la sociedad igualitaria. Poca importancia tiene la disminución de otras desigualdades sociales, si no se manifiesta en una vida sana y de mejor calidad.*

Guillermo Soberón Acevedo

## Índice

<b>Introducción</b> .....	5
<b>Capítulo I. Sistema de Salud en México</b> .....	8
Políticas Públicas .....	8
Política social y sanitaria .....	9
Salud Pública .....	10
El inicio de la incorporación de la salud a la agenda gubernamental de México .....	10
<b>Capítulo II. Seguridad Social</b> .....	15
Sistema Nacional de Salud.....	18
Últimos 20 años en materia de salud.....	26
Gráfica 1. Gasto público en salud como porcentaje del PIB de 2000-2012. ....	30
Imagen 1. Participación Porcentual del Gasto en Salud con Respecto al PIB, 2000-2008.....	31
Gráfica 2. Gasto público en salud como porcentaje del PIB de 2013-2018. ....	32
Cuadro 1. Presupuesto aprobado para la Secretaría de Salud por la Secretaria de Hacienda y Cuenta Pública de 2019-2021 (millones de pesos) .....	35
Grafica 3. Población sin acceso a servicios de salud de 2018-2020.....	38
Cuadro 2. Derechohabiencia de la población mexicana a los servicios de salud en los años 2000, 2010 y 2020.....	40
Atención hospitalaria en salud.....	41
Cuadro 3. Infraestructura, recursos materiales y humanos de las instituciones de Seguridad Social en México (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y Otros) en los años 2000 a 2018.....	42
<b>Capítulo III. Enfermedades crónicas degenerativas</b> .....	43
Cáncer.....	44
Cáncer en México.....	48

Cuadro 4. Distribución de casos de cáncer por Instituciones en el Distrito Federal en los años de 1983 y 1984. ....	52
Cáncer de mama .....	57
Tabla 1. Terapia sistémica para el cáncer de mama perteneciente al Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos. ....	60
Gráfica 4. Casos nuevos de carcinoma mamario en México de 2000-2020. ....	62
Cáncer de Mama en Morelos .....	64
<b>Capítulo IV. Distribución de medicamentos</b> .....	65
Instituto Mexicano del Seguro Social .....	69
Abasto de Medicamentos.....	71
Cuadro 5. Dictamen presupuestal aprobado y definitivo del IMSS Nacional para productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio de 2018-2020.....	73
Hospital General Regional C/MF No.1 del IMSS.....	75
Cuadro 6. Infraestructura, recursos materiales y humanos del IMSS-Morelos en los años 2000-2018.....	75
Cuadro 7. Equipo médico para uso de detección del cáncer de mama en el IMSS-Morelos en los años 2000-2018.....	76
Limitaciones y observaciones.....	78
<b>Capítulo VI. Conclusiones</b> .....	81
<b>Anexo</b> .....	83
A.1 Encuesta sobre el Desabasto de medicamentos oncológicos del cáncer de mama en el Hospital General Regional No.1 del IMSS de 2018-2022.....	83
A.3 Consulta de Ordenes del SAI .....	86
<b>Bibliografía</b> .....	87

## Introducción

Esta línea de investigación está enfocada en brindar un marco teórico y analítico sobre las instituciones de Seguridad Social del Sistema Nacional de Salud, desde su inicio hasta una comparativa de los últimos 20 años. Derivándose a los servicios de salud y su atención a la enfermedad crónico degenerativas no transmisibles con mayor incidencia en las mujeres: el cáncer de mama. El aumento de casos oncológicos y demanda de los servicios médicos significó el inicio de la creación de programas de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento para buscar su disminución. A pesar que estas distintas etapas han presentado problemas a lo largo de los años, la que más ha sido foco de atención en este sexenio es la del acceso al tratamiento, en específico al medicamento.

El desabasto de medicamentos se identifica como un problema de salud pública nacional que ha ido en aumento. Aunque todavía no se cuentan con cifras oficiales, desde el 2019 el colectivo Cero Desabasto, integrado por diversas organizaciones sociales ha publicado la información más completa respecto al desabasto de medicamentos, con base en las denuncias anónimas de los ciudadanos realizadas en la plataforma digital [cerodesabasto.org](http://cerodesabasto.org), quien en su mayoría son denuncias hechas por pacientes o familiares y en menor cantidad por trabajadores de la salud, donde se involucra al IMSS, ISSSTE, INSABI y otras instituciones; problema que fue reconocido por el secretario de Salud, Jorge Alcocer.

Una vez teniendo un contexto político junto con una representación de la magnitud del problema que es el cáncer de mama, se continúa con la pregunta central de la investigación: ¿Cuáles son las causas que no permiten que las políticas de distribución de medicamentos en Morelos abastezcan el Hospital General Regional No.1 del IMSS para los tratamientos del cáncer de mama o desde el 2018 hasta el 2022? La elección de este hospital y años es debido a la creciente difusión que el IMSS estaba teniendo durante este sexenio para surtir los medicamentos, en especial los oncológicos, de igual forma, la experiencia propia como paciente y

familiar dentro del Hospital General me hace observar la situación en otra perspectiva, ya que no soy únicamente un agente externo, si no que a lo largo de los años he sido testigo de su manera de operar al ser paciente repetidas veces en sus diversas áreas de especialidad, solo que ahora se enfoca en un campo en específico. Diversos factores entraron en la discusión por lo que se busca responder sobre cuáles son los motivos que generan un desabasto en el hospital. Las barreras en el Sistema Nacional de Salud continúan, desde prácticas corruptas, como las ventas ilegales de las medicinas hasta las compras arregladas a los proveedores. Estas preguntas se resuelven mediante las entrevistas realizadas a personal involucrado al mercado ilícito de los medicamentos oncológicos y a pacientes que realizan su tratamiento en el Hospital G. Parres, como apoyo cualitativo para reforzar la investigación.

En el Capítulo I se desglosa el concepto de salud y sus determinantes, junto con la importancia de su reconocimiento de la autoridad pública en la agenda gubernamental de México y como el sector salud inicio su proceso de modernización.

En el Capítulo II se observa el avance del sector salud para que la salud fuera garantizada por el Estado, convirtiéndose en un derecho inalienable, mejorando la salud de los mexicanos. Originando los institutos de Seguridad Social, los cuales dividieron el sector público en salud en dos subsistemas: el de población abierta y los derechohabientes. De esta manera se conformó un Sistema Nacional de Salud que se fue transformando hasta ser uno descentralizado, bajo un modelo neoliberal y acciones más de tipo clientelistas. La universalización de los servicios de salud se ha visto limitada y los esfuerzos políticos han sido insuficientes para cubrir las deficiencias y calidad. Asimismo, la presencia y crecimiento de las instituciones de Seguridad Social tales como el IMSS, ISSSTE, Pemex, SEDENA Y SEMAR. Durante este capítulo se hace un análisis comparativo a mayor profundidad entre los últimos 3 sexenios y el actual, debido a que el tiempo empleado para la investigación abarca los primeros 3 años de Andrés Manuel López Obrador como Presidente de la Republica.

El Capítulo III comienza con una de las enfermedades crónico degenerativas con más impacto en el país: el cáncer. La lucha contra el cáncer en México data desde el siglo XIX, sin embargo, sus avances fueron lentos debido a la negativa de los gobiernos para reconocerlo como un problema de salud pública. Los diferentes tipos de cáncer no tienen la misma morbilidad en las mujeres y en los hombres, pero el cáncer con mayor incidencia en las mujeres y como de las principales causas de muerte es el cáncer de mama. Por lo que continua una descripción médica y social de la enfermedad para comprender el impacto que tiene sobre la salud pública en México. Para posteriormente delimitar la enfermedad al Estado de Morelos.

El Capítulo IV desglosa un poco de lo que es el Instituto Mexicano del Seguro Social, su funcionamiento y tipos de seguros sociales para la prestación de servicios, en este caso el de enfermedad y maternidad, que el abastecimiento de los medicamentos para los beneficiarios que los necesiten. Posteriormente se describe el Hospital No.1 del IMSS Cuernavaca, su capacidad de atención y recursos para atender a las pacientes con cáncer de mama.

Por último, el Capítulo V explica el sistema de abastecimiento de medicamentos que emplea el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde su modo de compra hasta la distribución de este. ¿Qué factores ayudaron para que el asunto de desabasto de medicamentos entrara a la agenda de la actual administración? Se necesitó que el tema tuviera una atención de amplio espectro, las noticias de que pacientes con cáncer se quedaban sin medicamento trascendió todos los medios de comunicación por todo el país, lo que también sirvió como mecanismo de disparo; fue tanto controversial como polémico, se negaba que existiera un desabasto, mientras que los pacientes declararon lo contrario; hubo un grado de especificidad, uso de lenguaje y símbolos mediante el uso de medios masivos, quienes estuvieron comprometidos con darle visibilidad; lo que dio entrada al desarrollo de un debate público entre los grupos de interés.

## **Capítulo I. Sistema de Salud en México**

En este capítulo se plantean los conceptos teóricos de las políticas públicas, política social, salud y salud pública como referencia para contextualizar la conformación del Sistema de Salud en México. Con enfoque en las políticas en salud y salud pública y su relación con la industria farmacéutica; la salud como prioridad para el gobierno y como poco a poco se fue incorporando a la agenda gubernamental para conformar el sector público en salud, para posteriormente dividirse en dos subsectores.

La salud es la adaptación y equilibrio del ser humano con el medio en el que vive, adaptándose a él. La enfermedad es la desadaptación a ese mismo medio. Perkins define a la salud de esta manera:

*La salud es un estado de relativo equilibrio entre la forma y funciones del organismo, que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. No es interacción pasiva del organismo y las fuerzas que actúan sobre él, sino una respuesta activa de aquel, procurando su adaptación.*

### **Políticas Públicas**

Las ciencias sociales ayudan a manifestar el aumento del interés por el proceso decisorio de la política como objeto significativo de estudio, y poseen una capacidad creciente para perfeccionar la racionalidad del proceso de decisión de la política. Dentro de las ciencias sociales, se encuentran las ciencias políticas, conjunto de disciplinas que explican los procesos de elaboración y ejecución de las políticas, recopilan datos y producen interpretaciones relevantes para los problemas de políticas en un periodo determinado (Laswell, 1996). Una política es el curso de acción, deliberadamente diseñada y efectivamente seguida, es todo lo que un gobierno dice, hace y logra, ya sea por sí mismo o en interacción con actores políticos y sociales (Aguilar, 1992).

Para que se considere un problema público, este debe cumplir con ciertas características, para que se pueda y deba hacer algo. En primer lugar una sociedad



debe tener una carencia, la cual debe ser prioritaria y afectar a la mayoría; tiene que ser gubernamental tratable en lo político, fiscal, administrativo y legal (todo problema es tratable pero no todos son reconocidos como prioridad); de esta manera se exige una acción pública e intervención de la autoridad pública<sup>1</sup>; este a su vez debe ser incorporado a la agenda, ya que de esta manera las autoridades públicas legítimas son impulsadas a actuar, en este caso el problema de desabasto entraría a la agenda institucional ya que esta entraría como lo “habitual” de la autoridad pública, legitimante reconocida y atribuida, lo estandarizado y anual, es decir, dentro de este contexto, el proveer servicios de salud de calidad, siendo un problema específico, concreto y definido.

### **Política social y sanitaria**

La política social tiene como objetivo el atender las demandas presentadas por la población y así crear medidas de atención y bienestar a través de las instituciones y políticas públicas.<sup>2</sup> A través de la política social se toma en cuenta que una de las necesidades de la población es la atención y acceso a la salud; la política de salud implica el definir a la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito para reducirlo. La realización de una política de salud es mediante la identificación de un problema en el estado de salud y con principal enfoque en el uso de medios y recursos para la resolución del problema. Pero no toda vez que se identifica un problema de salud, el mismo es incluido en la agenda gubernamental como objeto de una política (Tobar, 2012). La formulación e implementación de una política de salud va de la mano con la creación e incorporación de nuevas tecnologías en los diagnósticos y tratamientos. Una política de salud no necesariamente modificara el sistema de salud.

---

<sup>1</sup> Organismo que concede y administra los bienes colectivos con la condición de que debe disponer de un procedimiento específico de opiniones que posean una autoridad propia y que actúe por medio de un aparato organizado (Meny & Thoenig, 1992).

<sup>2</sup> José Adelantado define a la política social como la exploración del contexto social, político, ideológico e institucional en el cual el bienestar es producido, organizado y distribuido; así mismo concierne a todos aquellos aspectos de las políticas públicas, de las relaciones de mercado, y las no monetarias que contribuyen a aumentar o disminuir el bienestar de individuos o grupos.

## **Salud Pública**

De acuerdo con C.E. Winslow la salud pública es el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para sanear al medio, controlar las enfermedades transmisibles, educar a la sociedad sobre la higiene personal. Asimismo debe de haber una organización de los servicios de salud para un diagnóstico temprano, un tratamiento preventivo y el desarrollo de mecanismos para preservar la salud de las personas y una buena calidad de vida (Álvarez, 2002).

La salud pública está ligada intrínsecamente con lo social. La salud al estar influenciada de diversos factores y variables a través del tiempo y lugar, es alterable. Desde lo individual hasta lo colectivo, es dependiente del contexto en el que se encuentre, así como las diversas áreas que interfieren en ella. Las decisiones en la economía, política y desde las creadas en comunidad forman parte de la salud de las personas. De esta manera, la salud publica entra en el campo de las ciencias sociales.

## **El inicio de la incorporación de la salud a la agenda gubernamental de México**

Es necesario delimitar el concepto de salud con el de sector salud, ya que ambos no están correlacionados. Para ello se debe separar la salud de la población, las políticas de salud y los servicios de atención médica.

La conformación del Sistema de Salud de México es a través de dos sectores: público y privado. El sector público se divide en dos subsectores: Seguridad Social y la Secretaria de Salud junto con los Servicios Estatales de Salud. El sector público cubre a toda la población no contribuyente, el sector privado a quienes pueden costear sus servicios y el subsector de Seguridad Social a todos los afiliados y trabajadores formales. Las reformas de salud que ocurrieron abarcaron una gama amplia en lo que a los servicios de salud y salud pública se refiere, por lo que no se mencionaran todas y únicamente se hará énfasis en aquellas que derivaron a la

atención hospitalaria en salud como mecanismo de prevención, atención y tratamiento con medicamentos.

En el siglo XX el sector salud inicia un proceso de modernización, pasando de medicina clínica y saneamiento básico a una prioridad en salud pública, la cual se enfocaba en enfermedades contagiosas y de salubridad debido al contexto nacional, epidemias y endemias afectaban la salud de los mexicanos por lo que se buscó la promoción de campañas preventivas y de atención.<sup>3</sup> En 1908 se realizó la primera modificación en materia de salubridad pública a la Constitución. Se reforma la fracción XXI del artículo 72 de la Constitución de 1857 la cual facultó al Congreso de la Unión la capacidad de dictar leyes de salubridad, dando por fin competencia constitucional al gobierno federal (Secretaría de Salud, 2017). En materia de salud pública, se tenía el artículo 73, fracción XVI, estableciendo que el Congreso tiene la facultad para dictaminar leyes sobre salubridad general, naturalización, colonización, emigración, ciudadanía e inmigración. En relación con la primera, para el ejercicio de las leyes se establecen las siguientes bases: se crea el Consejo de Salubridad General (CSG), dependiente únicamente al Presidente de la República; en caso de epidemias graves o invasión de enfermedades exóticas el Departamento de Salubridad Pública (DSP) sería el encargado de atender las crisis y dictar medidas preventivas inmediatamente, aunque estas pudieran ser merecedoras de sanciones por el Presidente; la autoridad sanitaria es quien se encarga de ejecutar toda disposición en materia de salud y todas las autoridades administrativas tendrán que acatarlas (Diario Oficial, 1917) Grandes avances se lograron debido a la fuerte influencia europea sobre el país durante el Porfiriato, entre ellas el atisbo de una industria farmacéutica en territorio mexicano.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> El autor José Antonio Rivera opina diferente sobre la importancia de la salud en el Porfiriato: "...no ofrecía condiciones propicias para mejorar la salud de los mexicanos, la desigualdad en la repartición de la riqueza afectaba principalmente a los pobres al carecer de servicios médicos. La salud de las masas no era prioridad y las pocas tareas sanitarias no eran suficiente para combatir la enfermedad y miseria".

<sup>4</sup> Una pequeña introducción de la industria farmacéutica en México se verá en el Capítulo -. Distribución de medicamentos.

En la época post revolucionaria se buscó iniciar con la institucionalización y federalización de los servicios de salud para enfrentar las epidemias y diversas enfermedades que surgieron con la lucha armada, en un periodo de reconstrucción nacional.<sup>5</sup> El Estado Mexicano impulsa una vertiente de bienestar a través de la política social, cuya base material es el conjunto de instituciones públicas de protección social, destacándose las orientadas en educación y salud (López y Arellano, 1997). La década de los 20's fue el parteaguas para las reformas de salud que se vendrían en las siguientes décadas, debido al modelo de desarrollo económico primaria-exportador que se adoptó, lo que llevó a que empresarios extranjeros tuvieran interés en invertir en el país, entre ellas, la industria farmacéutica.

La creación de la Escuela de Salubridad Pública (ES) en 1922, actualmente la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), buscó un carácter en salud más preventivo que curativo, con la finalidad de promover y educar, conservar la salud y prevenir enfermedades mediante su detección temprana, diagnóstico acertado, tratamiento adecuado y rehabilitación. Asimismo, se edifica el Departamento de Salubridad Pública, lo que da inicio a la federalización de la salud, convirtiéndose más tarde en la Secretaria de Salud. Desde 1925 el plan de la universalización de los servicios de salud veía tomando forma con Calles, con la creación de las Delegaciones Federales de Salubridad, encargándose de toda estadística vital, campañas de control de enfermedades infecciones y como aparato observador de las leyes sanitarias en todos los territorios, puertos y fronteras del país. Dos años más tarde se crean las Unidades Sanitarias Cooperativas que fungían de la misma manera que las Delegaciones Federales de Salubridad, añadiéndose la capacitación de parteras y desarrollo de actividades de saneamiento, potabilización de agua, control sanitario de la leche e higiene escolar (Gómez-Dantés & Frenk, 2019). En ambas se buscó alcanzar una cobertura nacional en salud.

---

<sup>5</sup> En 1917 Carranza le encomienda al funcionario Alberto J. Pani realizar un balance sanitario, por lo que el funcionario desarrolla diversas recomendaciones, entre ellas se destaca la federalización de los servicios de salud pública mediante un Ministerio Especial y decretar la salubridad obligatoria (Gudiño, et al., 2012).

Entre los años de 1934-1940 el contexto internacional se encontraba diversificado, el nazismo y el fascismo cobraba fuerza en Europa mientras que nuestro vecino norte instauraba la política del buen vecino liderada por Franklin D. Roosevelt para mejorar sus relaciones con América Latina. El nacionalismo era una ideología que estaba en auge en diversos países y México no sería la excepción bajo la administración de Lázaro Cárdenas. Durante su mandato la política sanitaria estuvo enfocada en el crecimiento de la población con fines económicos, para que se pudieran maximizar los recursos naturales del país (Rodríguez, 2017).<sup>6</sup> En 1934 se expide la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios que, junto con el DSP y los gobiernos estatales, crearon los Servicios Sanitarios Coordinados con el propósito de eliminar la falta de coordinación en materia de salud que había en las tres órdenes de gobierno. La política sanitaria cardenista se caracterizó por mejorar la medicina preventiva<sup>7</sup> (enfocada a infantes) y asistencialista (enfocada a obreros y campesinos). Su proyecto nacionalista buscó aumentar la cobertura nacional de los servicios de salud, objetivo planteado desde los 20's, reflejándose en el presupuesto federal dirigido a la salubridad, que con los años iría en aumento. Al inicio de su sexenio el presupuesto en salud en 1934 fue de 7.4 millones de pesos (3.4% del producto interno bruto), mientras que, a finales, en 1939 fue de 16.5 millones de pesos, el 5.5% del PIB, un aumento de 9 millones de pesos (Rodríguez, 2017). Este aumento en el presupuesto se dirigía principalmente a la mejora de la salud de campesinos y obreros ya que estos eran la base de crecimiento económico. Además de la búsqueda de cobertura nacional, hubo interés en continuar con el trabajo descentralizado del Plan de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales de la República, para extender los servicios de salud en todos los municipios del país, desarrollando la higiene urbana

---

<sup>6</sup> La economía está fuertemente ligada con la salud y la capacidad de un país de brindar los servicios necesarios para su conservación. Es por ello que el concepto de salud pública se fue modificando a través del tiempo. En apartados más adelante se explicará con exactitud.

<sup>7</sup> La medicina preventiva forma parte de la salud pública, con la finalidad de promover y educar, conservar la salud y prevenir las enfermedades mediante la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

como rural (Bustamante, 1988). No se podía hablar de cobertura nacional si los servicios de salud seguían centralizados, ya que las poblaciones residentes de los estados en los extremos del país carecían de su acceso. Este trabajo en conjunto de las autoridades federales y locales significaba el inicio de la unificación del sistema de salud. En términos de salud pública, la erradicación de enfermedades fue el eje principal, su prevención fue de la mano con las campañas de vacunación y medidas para combatir las diversas epidemias y endemias que se vivían (tifoidea, sarampión, escarlatina, tos ferina, difteria, paludismo, fiebre amarilla, tifus, tuberculosis, lepra, sífilis, oncocercosis y la viruela)<sup>8</sup>. Las campañas estaban diseñadas para brindar asistencia al paciente, educación en el tema, hábitos higiénicos e ingeniería sanitaria, todo para el combate de enfermedades infecciosas. Campañas fieles al modelo asistencialista adoptado por Cárdenas. Sin embargo, aunque la prevención y atención al paciente ya era prioridad, el acceso al tratamiento todavía no resaltaba en sus políticas sanitarias. Las condiciones de higiene en el país siguieron sufriendo los rezagos que dejó la lucha armada, carencias, insalubridad, desnutrición infantil y pobreza, por lo que para Cárdenas era importante enfocarse en una política de salud con beneficio a la infancia, campesinos y obreros, acciones que se tomaron como antecedente para la mejora del sistema de salud en México (Rodríguez, 2017). El plan cardenista en materia de salud sentó las bases para la implementación de medidas para el combate a enfermedades infecciones y crónicas que más tarde serían asuntos de salud pública con altos índices de morbilidad y mortalidad en el país, entre ellas el cáncer, en específico cáncer de mama, la enfermedad crónica degenerativa no infecciosa de la cual se enfocara esta investigación, junto con la accesibilidad de su tratamiento. En esta década se crean tres instituciones que impactan y fundan los cimientos para la institucionalización de nuestro actual sistema de salud: el Hospital Infantil de

---

<sup>8</sup> Durante la década de 1940, las causas de mortalidad en el país eran principalmente provenientes de enfermedades infecciosas y parasitarias que representaban el 40% del total, mientras que las crónicas todavía no alcanzaban el 5% entre el cáncer y enfermedades cardiovasculares. La esperanza de vida de la época hasta 1950 era de 51 años para las mujeres y 47 años para los hombres. Camposoterga, S. pág. 244

México, El Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

Autores como Diana Sánchez y Jesús Ruvalcaba en su artículo “Reformas del sector Salud en México”; Guillermo Soberón en su simposio “La reforma de la salud en México”; Mónica Uribe Gómez y Raquel Abrantes Pêgo en el artículo “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?”; y Frenk, Sepúlveda, Gómez-Dantés y Knau en su artículo para el Lancet “Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico” coinciden en que el Sistema de Salud en México comenzó con la introducción de la protección social a la salud en los cuarenta, llamándola la primera generación de reformas a la salud, y que de esta se derivaron dos generaciones más que la modernizaron desde el siglo XX. Una cuarta generación de reformas ocurrió con el inicio del siglo XXI y el cambio de régimen, cuando el PRI fue removido del poder. Asimismo, hay indicios de que una quinta generación ocurrió cuando López Obrador llegó a la presidencia y diversos cambios se presentaron.

## **Capítulo II. Seguridad Social**

Briceño Ruiz describe a la Seguridad Social como “conjunto de instituciones, principios, normas y disposiciones que protege a todos los elementos de la sociedad ante cualquier contingencia que pudiera surgir y que permite la evaluación humana en los aspectos psicofísicos, moral, económico, social y cultural.” Mientras que en la obra El sistema de pensiones en México se le define como “...un sistema general y homogéneo de prestaciones, de derecho público y supervisión estatal, que tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, mediante la redistribución de la riqueza nacional, especialmente dirigida a corregir supuestos de infortunio” (Macías, Moreno, Milanés, Martínez, & Hazas, 1997). Por lo que, la Seguridad Social en México sería el conjunto de todas las instituciones públicas con supervisión del Estado para garantizar, entre otros, el derecho a la salud de todos los mexicanos, buscando la

cobertura sanitaria en todo el territorio nacional, con un financiamiento proveniente de contribuciones gubernamentales, del empleador y de los empleados.<sup>9</sup>

En 1917 con la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos la protección a la salud no estaba definida como garantía individual, ni mucho menos contemplaba una cobertura universal. Más que como derecho era una recompensa para los trabajadores y su familia en materia de Seguridad Social, protección que se logró debido al movimiento revolucionario. En el artículo 123, fracción XV, se estableció que el patrono tenía la obligación de generar buenas condiciones de higiene y salubridad en las áreas de trabajo. De esta manera fue un parteaguas para mejorar las condiciones de salubridad para los trabajadores, ya que garantizar su bienestar tenía efectos positivos en la economía, si se mantenían sanos podrían seguir trabajando y no detener el desarrollo económico.

En los años de 1940-1970 se dieron dos etapas de proteccionismo y desarrollo estabilizador; la primera fue un modelo político-económico adoptado por la administración de Miguel Alemán con el fin de reforzar la industria mexicana, por medio de la optimización de bienes y servicios y la promoción de productos nacionales, para disminuir la compra/venta de los extranjeros. Durante esta etapa proteccionista se aprobó y publicó el 19 de enero de 1943 la Ley del Seguro Social, iniciativa presentada por el entonces secretario de Trabajo y Previsión Social, Ignacio García Téllez, con el objetivo de “garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo” (CNDH, s/f). Se buscaba la cobertura sanitaria nacional con la asistencia médica, los servicios sociales y la protección de medios de subsistencia para generar bienestar individual y colectivo; dando inicio al Seguro Social. Creándose en ese mismo día el Instituto Mexicano

---

<sup>9</sup> La Organización Panamericana de la Salud describe a la protección social en salud como "la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo".



del Seguro Social (IMSS), organismo público y descentralizado que brinda servicios de salud y Seguridad Social para toda la población afiliada al instituto, los derechohabientes, priorizando a los trabajadores formales del sector privado. Convirtiéndose en la institución pública de Seguridad Social con mayor cobertura e importancia en México hasta la fecha.<sup>10</sup>

El 15 de octubre de 1943 el presidente Ávila Camacho decreta la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública (SAP)<sup>11</sup> con el DSP para dar origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), siguiendo el camino de la medicina clínica especializada, con un enfoque asistencialista, enfocándose en los grupos campesinos, siguiendo el esquema de Cárdenas. Se construyeron diversos hospitales civiles que ayudaron a la lucha contra la viruela, así como la promoción de campañas contra enfermedades venéreas y el bocio (Rodríguez, 2017). Marcando una separación entre la población para acceder a los servicios de salud, por un lado, los derechohabientes que mediante una cuota recibían los servicios del IMSS y del otro lado la “población abierta” sujeta a recibir asistencia del Estado para cubrir sus necesidades en salud. En 1944 García Téllez es nombrado director del IMSS y pone en marcha la operación de otorgar servicios médicos en todos los sectores. En los servicios médicos se incluía la atención de enfermedades no profesionales que cubren la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria y un subsidio en dinero si existe alguna incapacitación al asegurado para su trabajo; también se cubría la maternidad, invalidez, senectud y muerte, accidentes en el trabajo y cesantía involuntaria por vejez. Todas estas prestaciones se podían cubrir mediante el financiamiento, que continúa en la actualidad, de una contribución tripartita del trabajador, empleador y del Estado.

Durante 1960 el presidente López Mateos, continuando con el modelo asistencialista, reformó el artículo 123 de la Constitución, dándole valor

---

<sup>10</sup> Al ser el IMSS el Instituto de interés en este trabajo, tendrá su propio capítulo más adelante.

<sup>11</sup> La Secretaría de Asistencia Pública fue fundada en 1937 como organismo independiente del DSP, para brindar servicios de salud a toda la “población vulnerable”, lo pongo entre comillas porque no se podía hablar de cobertura para toda la población vulnerable si los servicios de salud no eran accesibles en todas las comunidades.

constitucional a los derechos sociales y laborales de los trabajadores del Estado, lo que culminó en la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que seis años después ya contaba con 111 clínicas, 301 puestos periféricos, 27 hospitales y 23 subrogados, cubriendo a más de un millón de personas (Gómez & Frenk, 2019). En 1965 se crea la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, y como lo dice su nombre esta estaba conformada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; para 1966 entre el IMSS, el ISSSTE y la SSa había un total de 543 hospitales y 290 clínicas externas para cubrir a un total de 45 millones de personas, todavía insuficientes (Datos Macro, s.f.). Estos tres pilares serían, junto con Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa (SEDENA), y la Secretaría de Marina (SEMAR) lo que conformaría el Sistema Público de Salud en materia de Seguridad Social en el país<sup>12</sup>. Aunque únicamente la SSa no se integraría como Institución de Seguridad Social por dirigirse a la población abierta y no contar con una contribución tripartita. Sin embargo, el IMSS y el ISSSTE son los institutos públicos de mayor peso en México por su cobertura nacional.

Los derechohabientes del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR gozan de beneficios más allá del servicio médico, con préstamos económicos y en especie por enfermedades, vejez, discapacidad, maternidad y accidentes en el lugar de trabajo, asimismo pueden extender dichos beneficios hacia sus familiares.

### **Sistema Nacional de Salud**

Los años ochenta se caracterizaron por el cambio estructural en la salud, en materia legislativa, administrativa y sustantiva. Un sistema de salud más accesible y disponible para toda la población sin ser derechohabiente, todo integrado en lo que sería el Sistema Nacional de Salud. La transformación del sector salud durante la

---

<sup>12</sup> En las instituciones de Seguridad Social se encuentran aquellas estatales y locales, y otros organismos descentralizados. Pero se abarcan estas 5 dependencias al ser de las de mayor peso en el territorio mexicano.

época ocurre a partir del interés de diversos organismos internacionales posterior a la crisis de deuda externa. El Banco Mundial (BM) fue uno de los que se interesaron en las reformas de salud, en el informe de Financing Health Services in Developing Countries en el 87 se propuso cuatro estrategias para financiar la atención de salud en términos de austeridad (Cortés, 2017):

1. Instauración de copagos;
2. Establecimiento de incentivos para los seguros de salud
3. Separación de funciones y;
4. La descentralización de los servicios de salud

A inicios de los ochenta el proyecto neoliberal tomaba fuerza en el país, un modelo político-económico que busca globalizar la acumulación del capital por medio de capital transnacional, un modelo “hacia fuera” con la liberación y desregulación industrial, comercial y financiera y se desarrolla bajo los siguientes supuestos: la liberación del sector privado ante cualquier intento de intervención del Estado (libre mercado); apertura comercial e inversión extranjera (se crea el TLC); no hay restricción alguna para todo tipo de movimientos de capitales, bienes y servicios; se reduce el gasto público especialmente en servicios sociales (educación, salud); hay una desregulación gubernamental; y se venden empresas paraestatales al sector privado. Desde la administración de Miguel de la Madrid (1982) hasta finales del gobierno de Zedillo (2000), el modelo neoliberal significó el fin del Estado interventor “benefactor” y su responsabilidad social, ya que este transfiriere responsabilidades a otros sectores y también fomenta la familiarización.<sup>13</sup>

Al dejar entrar el dominio e influencia de instituciones financieras internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) México aumentó el crédito a la

---

<sup>13</sup> El sistema familiarista es en el que la política pública presupone que las unidades familiares carguen con la responsabilidad principal del bienestar de sus miembros (Esping, 2001).

banca internacional y suspendió su pago de deuda externa, lo que en materia de salud esta crisis hizo que hubiera una reestructuración administrativa y descentralización de los servicios para garantizar su acceso a todas aquellas personas que no contaban con ningún tipo de protección social.<sup>14</sup>

En 1982 el doctor Guillermo Soberón, rector de la UNAM de 1973-1981, fue de los pioneros en la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República con el objetivo de “determinar los elementos normativos, técnicos, administrativos y financieros de los servicios públicos de salud, a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a toda la población” (Soberón & Martínez, 1996). La administración de Miguel de la Madrid dio inicio a la descentralización de los servicios de salud en México. En 1982 se somete al Congreso de la Unión la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal para que la SSA sea la encargada de “establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general”<sup>15</sup>. En 1983 surge el Sector Salud en México, como lo

---

<sup>14</sup> En 1982 en México y América Latina estalló una crisis económica debido a los desequilibrios fiscales, endeudamiento público, el alza de tasas de interés internacionales, inflación en países de primer mundo, caída de los precios del petróleo, etc. Trayendo consigo la apertura del sistema político mexicano, implementando el neoliberalismo para enmendar los desequilibrios, la inflación y estabilizar la economía (Carbonell, 2002).

<sup>15</sup> Se reforman las fracciones I, II, VII y XXI; se deroga la fracción VI; se recorre en su orden la fracción XXII, para ser XXIII, y se adiciona la fracción XXII al artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para quedar como sigue:

ARTÍCULO 39.- A la secretaría de Salubridad y Asistencia corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso se determinen;

Crear y administrar establecimientos de salud, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal;

a V.

VI. Se deroga.

VII. Normar, promover y apoyar la impartición de asistencia médica y social a la maternidad y la infancia y vigilar la que se imparta por instituciones públicas o privadas;

VIII. a XX.

conocemos en la actualidad, con el fin de implementar El Sistema Nacional de Salud y formular un Programa Nacional de Salud, con estrategias de modernización administrativa, sectorización, coordinación intersectorial, descentralización y participación ciudadana. El Sector Salud quedó conformado por diferentes instituciones, organismos y dependencias: el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Departamento del Distrito Federal, los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología, Neurocirugía, Nutrición, Pediatría Perinatología, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Hospital Infantil de México, estas dependencias conformaron un Subsector, el cual tenía dos vertientes una de concentración inducción y el otro de coordinación: la primer vertiente abarcaba el sector social y el sector privado mientras que la segunda vertiente eran los sistemas estatales de salud y los servicios de salud del Distrito Federal (Álvarez, 2014). La creación del Sistema Nacional de Salud trajo consigo la cobertura nacional de los Servicios de Salud y esto se puede reflejar en sus objetivos generales, el primero era ampliar la cobertura de los servicios priorizando los sectores rurales y urbanos vulnerables, una coordinación y trabajo en conjunto de los programas federales, estatales y de los sectores público y privado. El segundo objetivo era mejorar la calidad de los servicios. Para que se consolidara de manera correcta la Secretaría de Salud implementó las siguientes estrategias: la integración del sector por parte de la Secretaría para todas los programas de salud de las instituciones; la descentralización de los servicios, distribuyendo las responsabilidades y facultades a los gobiernos estatales convirtiéndolos en administradores de los servicios de salud en su territorio; la modernización administrativa; la coordinación intersectorial, vinculando el sector salud al

---

XXI. Actuar como autoridad sanitaria y vigilar el cumplimiento del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y de sus Reglamentos;

XXII. Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento, y

XXIII. Los demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos.

económico, educativo, demográfico, ecológico, de investigación técnica y científica; y la participación ciudadana.

La reforma al artículo 4 constitucional en 1983 dio este cambio en materia legislativa, añadiendo el derecho a la protección de la salud, declarando que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (Cámara de Diputados, 2001). Pasando a ser garantía del Estado la prestación de servicios de salud para toda la población mexicana, convirtiéndose en un derecho ciudadano. Con esta reforma se establecieron los fundamentos para la promulgación de Ley General de Salud el 7 de febrero de 1984, en donde se descentralizaron los servicios de salud y se responsabilizó a las entidades federativas para que se involucran en la toma de decisiones respecto a temas financieros, humanos y materiales. La descentralización impulsó la creación de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el cambio de nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud. Los proyectos de descentralización de funciones por parte del gobierno federal hacia la segunda mitad de los años ochenta fue promovida como una vía de democratización del país, aumentando la cobertura, mejorar en la calidad y eficiencia de los servicios, el traslado de responsabilidades a la periferia para que a nivel estatal y local también se hicieran cargo de la parte financiera, organizacional y distributiva de los servicios. Sin embargo, el gobierno federal seguía manteniendo el control de las decisiones, asignación de recursos y supervisión en el cumplimiento de las funciones otorgadas.

Este proceso de descentralización pretendía aumentar la cobertura, mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, trasladando la responsabilidad a la periferia para que a nivel estatal y local también se hicieran cargo de la parte financiera, organizacional y distributiva de recursos. Trasladando responsabilidades a los Estados por parte de la Federación significó una fragmentación en el sistema de salud, al no reforzar las capacidades financieras, administrativas, técnicas y de

gestión a nivel estatal y local (Laurell, 1992). Aunado a esto, la oposición de diversos gobiernos estatales y falta de recursos económicos detuvo el proceso descentralizador durante estos años; únicamente 13 estados (Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, México, Nuevo León, Sonora, Tabasco, Querétaro y Quintana Roo) finalizaron la etapa de integración y descentralización operativa, ya que la de servicios de salud queda incompleta, acentuando la atención a bajo costo e inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud de calidad (López & Blanco, 1993). La renovación legislativa arranca con la inclusión, en la Constitución, del derecho ciudadano a la protección de la salud en 1983, siguiendo con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984, y en los años subsiguientes de las leyes estatales de salud y de seis nuevos reglamentos que simplificaron el contenido de 84 farragosos ordenamientos a los que sustituyeron; el cambio legislativo culminó en la definición de más de 300 normas técnicas. La reforma sustantiva incluyó diez estrategias, cinco a nivel macro y cinco a nivel micro. Las primeras fueron la descentralización de los servicios de salud que, por razones económicas, se llevó a cabo sólo en 14 entidades federativas; la sectorización institucional; la modernización de la SSA; la coordinación intersectorial; y, la participación comunitaria. Las estrategias de nivel micro fueron: la investigación en salud, el desarrollo de recursos humanos para la salud, la información en salud, el financiamiento y los insumos para el sistema nacional de salud.

El Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social (CEDESS), creado en la administración de Salinas, recomendó la privatización del sector salud, una actividad puramente neoliberal.<sup>16</sup> Salinas no buscaba continuar con el proyecto

---

<sup>16</sup>En 1982 en México y América Latina estalló una crisis económica debido a los desequilibrios fiscales, endeudamiento público, el alza de tasas de interés internacionales, inflación en países de primer mundo, caída de los precios del petróleo, etc. Trayendo consigo la apertura del sistema político mexicano, implementando el neoliberalismo para enmendar los desequilibrios, la inflación y estabilizar la economía (Carbonell, 2002). El proyecto neoliberal tomaba fuerza en el país, un modelo político-económico que busca globalizar la acumulación del capital por medio de capital transnacional, un modelo "hacia fuera" con la liberación y desregulación industrial, comercial y financiera y se desarrolla bajo los siguientes supuestos: la liberación del sector privado ante cualquier intento de intervención del Estado (libre mercado); apertura comercial e inversión

de descentralización y se enfocó en la implementación de su programa populista, el Programa Nacional de Solidaridad, muy alejado de los modelos corporativistas.

Las iniciativas de reformas de los noventa estaban basadas en el modelo "Pluralismo Estructurado para la Salud", promovido por el médico Julio Frenk y Juan Luis Londoño.<sup>17</sup> Es decir que estas reformas fueron influenciadas por intereses del Banco Mundial. Este modelo sostiene que los estados sólo deben proveer servicios básicos de salud, con el fin de mejorar la salud de la población a costos no tan altos.<sup>18</sup> Es decir que las entidades federativas y los usuarios tienen que participar en el financiamiento del sector salud. Un modelo de organización que se venía incorporando a la agenda del sistema de salud en el país desde la fundación de los diversos institutos de protección social que contaban con un financiamiento tripartito.

En el sexenio de Ernesto Zedillo se priorizó la transformación a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y a la reorganización de los servicios de salud, incluidas en la reforma del sector salud de 1995 al 2000. Así como en la administración anterior, el Programa de Reforma del Sector Salud propuso descentralizar los servicios de salud e implementar los servicios básicos en las

---

extranjera (se crea el TLC); no hay restricción alguna para todo tipo de movimientos de capitales, bienes y servicios; se reduce el gasto público especialmente en servicios sociales (educación, salud); hay una desregulación gubernamental; y se venden empresas paraestatales al sector privado. Desde la administración de Miguel de la Madrid (1982) hasta finales del gobierno de Zedillo (2000), el modelo neoliberal significó el fin del Estado interventor "benefactor" y su responsabilidad social, ya que este transfirió responsabilidades a otros sectores y también fomenta la familiarización.<sup>16</sup> Al dejar entrar el dominio e influencia de instituciones financieras internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) México aumentó el crédito a la banca internacional y suspendió su pago de deuda externa, lo que en materia de salud esta crisis hizo que hubiera una reestructuración administrativa y descentralización de los servicios para garantizar su acceso a todas aquellas personas que no contaban con ningún tipo de protección social.

<sup>17</sup> Julio Frenk fue de los fundadores del Instituto Nacional de Salud Pública de México, posteriormente fungió como secretario de Salud en el sexenio de Fox.

<sup>18</sup> El modelo de "pluralismo estructurado" sostiene lo siguiente:

La equidad y la eficiencia en los sistemas de salud se logran a partir de la separación de las funciones de regulación y administración del financiamiento de las de prestación de servicios, una vez combinadas sus resultados se ven reflejados en la disminución de costos y mejora de la calidad de los servicios. El Estado tiene que ser el responsable de la rectoría y modulación del sistema de salud; mientras que el aseguramiento y la prestación de servicios serán responsabilidad de las entidades públicas y privadas actuando bajo un marco de "competencia regulada". (Londoño y Frenk, 1997).



instituciones públicas que atendían a quienes no contaban con ningún tipo de Seguridad Social, con el fin de conformar Sistemas Estatales de Salud (SESA), mediante la firma del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud en 1966. Al ofrecer la atención básica en salud el Estado se deslinda de su papel de proveedor y financiador, al abrir las puertas al sector privado para abrir el mercado y brindar los servicios de salud restantes. En este sexenio fue donde se adoptó en su totalidad el modelo de pluralismo estructurado en el Programa de Reforma del Sector Salud. Continuando con la descentralización, pausada con Salinas y la elaboración de paquetes de atención para la población que no contaba con ningún tipo de aseguramiento social (Uribe & Abrantes, 2013).

La Ley del Seguro Social se publica en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, coordinado con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, las dependencias y entidades de la APF y entidades federativas, dándole facultad de proporcionar servicios preventivos. De igual manera define la organización y administración del Seguro Social, determina el tipo de prestaciones ofrecidas y quienes podrán ser acreedores al aseguramiento, sus derechos y responsabilidades, las bases de cotización y las cuotas obrero-patrón.

En estos tres períodos de reformas en materia de salud se buscó la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, principalmente en áreas rurales y urbanas más vulnerables; la homogeneización y mejora en la calidad de los servicios; y la prevención mediante las prácticas de autocuidado. La primera generación de reformas introduce las cuotas para la atención médica a trabajadores; la segunda generación añade a la familia de los trabajadores y la Seguridad Social cubre, por separado, diferentes áreas; y, la tercera generación introduce el estado neoliberal, lo que provoca la mercantilización de los servicios de salud y un gasto público dirigido a empresas privadas. La descentralización afectó negativamente en la distribución y asignación de recursos para los servicios de salud, al deslindar

responsabilidades las instituciones estatales y locales no podían enfrentarse a los problemas de salud que se presentaban cada vez más frecuentemente.<sup>19</sup>

### **Últimos 20 años en materia de salud**

El sistema político mexicano ha tenido diversas modificaciones a través del tiempo, su funcionamiento en las elecciones ha ido cambiando a través de las reformas político electorales que permitieron la transformación del régimen y sus prácticas político-administrativas (Navarrete, 2008). A inicios del siglo XXI, México fue testigo de la transición de un régimen con sistema de partido hegemónico a uno con mecanismos que permitan la participación ciudadana y una competencia político electoral con distintos partidos predominantes, dando inicio a un sistema de salud fragmentado durante los siguientes veinte años.

Con la llegada de Fox y su partido de derecha, el Partido Acción Nacional (PAN) a la presidencia en el 2000 y el cambio de los centros del poder perpetrados por el partido hegemónico PRI, el sistema de salud tuvo nuevas transformaciones e incorporaciones de instrumentos administrativos, financieros y jurídicos. Marcando el inicio de unas elecciones competitivas, al haber incertidumbre en el resultado electoral donde el PRI ya no era un partido único de facto (Guardado, 2009). Este nuevo régimen prometía un cambio en el desempeño gubernamental, traducido en mejores resultados. Principalmente en términos de transparencia, para evidenciar que los recursos eran usados en los programas con el “único” propósito de combatir a la pobreza y que estos no fueran destinados para propósitos electorales, como PRONASOL (Flamand & Moreno, 2015). El Plan Nacional de Salud 2001-2006 pretendía crear un sistema universal de salud mediante la democratización de la salud:

*La democratización de la salud implica la creación de condiciones para que toda la población acceda a los bienes y servicios sociales sin importar algún tipo de pago o de su facilidad de acceso al lugar donde habita. Asimismo,*

---

<sup>19</sup> En los regímenes de Estado Neoliberal, la descentralización busca desarticular las funciones y fondos de las instituciones, mercantilizando la atención (Lomelí, 2000).

*pretende fomentar la participación ciudadana en todos los niveles desde la responsabilidad por su estado de salud hasta la influencia en el diseño de la agenda sectorial y la toma de decisiones. Se tiene que desarrollar un sistema que cumpla con la calidad y respeto a las necesidades y expectativas, con áreas en donde los ciudadanos puedan presentar quejas y sugerencias; ofreciendo a los prestadores servicios remuneraciones justas y oportunidades de desarrollo profesional. (Álvarez, 2002)*

Para la creación del Plan se analizaron los retos que presentaba el Sistema de Salud en el país y concluyeron que estos estaban divididos en tres secciones: la equidad, la calidad y la protección financiera de salud (Álvarez, 2002). Como parte de las estrategias, se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conteniendo como principal política pública el Seguro Popular (SP) para ofrecer protección financiera frente a los gastos de salud para disminuir el riesgo epidemiológico y financiero de la población excluida de la Seguridad Social, los grupos más vulnerables. Recibiendo atención médica del Catálogo Universal de Servicios de Salud para la prevención y promoción en salud, medicina general y de especialidad, urgencias, cirugía general y obstetricia (CONEVAL, 2020). La fase piloto duró tres años, del 2000-2003 en donde solamente 5 estados se incorporaron (Jalisco, Tabasco, Aguascalientes, Campeche y Colima), en los cuales más de un millón de personas se afiliaron, siendo una población dispuesta a pagar a cambio de la entrega de medicamentos sin costo y a la opción de recibir tratamientos de especialidad. Fue hasta abril de 2003 que se aprobó en el Congreso de la Unión una reforma a la Ley General de Salud, instaurando el sistema de protección social en la materia, cuyo brazo ejecutivo sería el Seguro Popular, que entró en operación en todo el país a partir del 1 de enero del 2004 (Gómez & Ortiz, 2004: 1). Existieron evaluaciones para identificar los impactos en el gasto de bolsillo<sup>20</sup> y los niveles de satisfacción de los beneficiarios, asimismo se incorporaron opciones en algunos estados para determinar cómo iba la promoción, afiliación, provisión de servicios y

---

<sup>20</sup> El gasto de bolsillo en salud son todos los pagos directos que realiza una familia para la atención médica (atención primaria, hospitalaria y medicamentos).

acceso a medicamentos (Nigenda, 2005). Durante este periodo, el 60% del gasto en salud provenía de fuentes privadas, problema el cual continuaba desde los noventa, dentro de esas fuentes privadas destacaba el gasto del bolsillo de los mexicanos que buscaban otras opciones para atender a sus problemas de salud (Flamand & Moreno, 2015). Recordando que esta fuerza al sector privado nace a partir del modelo neoliberal implementado en México, el PND de Fox contenía más aspectos del modelo pluralismo estructurado adoptado con Zedillo. El seguro Popular se financió con una modalidad tripartita, al igual que la de los derechohabientes, el 80% provenía de la aportación federal, el restante de los estados y hogares. Con esto los gobiernos estatales y locales ya tenían la responsabilidad de garantizar servicios de salud pública y atención individual.<sup>21</sup> Lo que dio inicio a un nuevo sistema político de salud el cual estaría en funcionamiento 15 años, de 2004-2019. Para posteriormente ser sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que buscó resolver los retos a los que se enfrentó el SP durante esos años. Sin embargo, este sistema de protección no pudo solucionar todos los retos a los que se enfrentaba: mejorar la calidad en sus servicios, principalmente en los Sistemas Estatales de Salud. A términos del sexenio de Fox, queda un país dividido en lo económico y político, y sin certidumbre sobre su futuro. La esperanza de mejora y progreso era lo que significaba el triunfo de Fox, pero si algo caracterizó a la economía y sociedad de esos seis años fue el escaso crecimiento económico y el aumento de la brecha de desigualdad que existía en la distribución del ingreso entre los hogares en las distintas regiones del país y clases sociales. Esa desigualdad se vio reflejada en el acceso de la población a los servicios básicos: la educación, la salud y la vivienda.

Para los siguientes seis años el PAN se mantuvo en el poder, con la llegada de Felipe Calderón a la Presidencia, la cual sembró duda de su victoria ante un

---

<sup>21</sup> La atención individual abarcaba los servicios de primer y segundo nivel, dictados en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) posteriormente llamado Catálogo Universal de Servicios (CAUSES) que para 2012 contaba con 284 intervenciones; los servicios de alto costo se financiaron con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC), el cual cubría tan solo 17 padecimientos, entre ellos el cáncer de mama.

pueblo mexicano desconfiado, resultado de los más de 70 años del PRI en el poder y que poco a poco volvía a creer en un sistema político democrático a partir del 2000 con el cambio de los centros de poder. Para 2006 todas las entidades federativas ya estaban en coordinación con la SA para la implementación del Seguro Popular en sus territorios, con el fin de poder acceder a los recursos públicos federales dirigidos a la población no derechohabiente (Flamand & Moreno, 2015) El Programa Nacional de Salud 2007-2012 estuvo caracterizado por continuar con la universalización de los servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud” (Secretaría de Salud, 2007). Asimismo, de acuerdo al Informe de Resultados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud del 2006, en este sexenio se buscaba garantizar el abasto de medicamentos y demás insumos necesarios, implementación de programas para la prevención de enfermedades y mejorar la infraestructura en salud (Comisión Nacional de Protección en Salud, 2007) Eliminó el requisito de planta para los laboratorios en otros países en 2008 para que los medicamentos tuvieran mejores precios y cumplieran con la demanda.

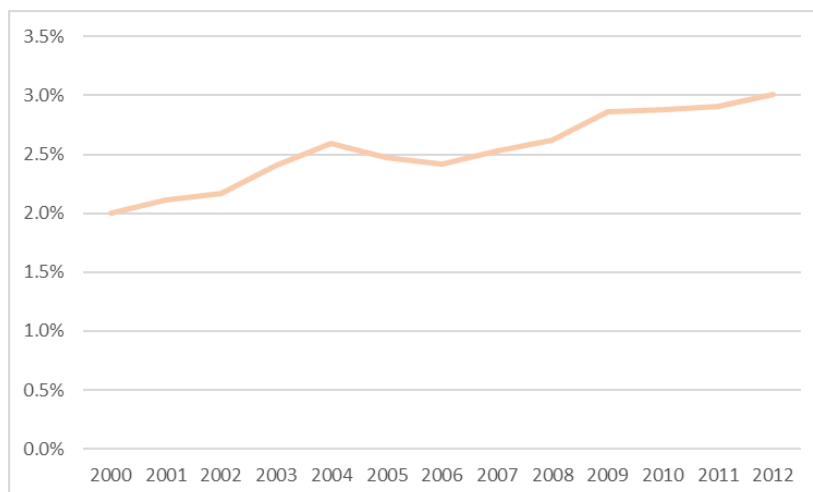
Si bien obtuvo resultados regulares en materia de salud, estos se venían cosechando desde el sexenio de Fox, pero no fue el “sexenio de la salud” que proclamó. Los 12 años que estuvo el PAN en el poder no logró demostrar una fuerza hegemónica dentro del partido, lo que se reflejó en los resultados, ni mucho menos cumplir con las promesas de un cambio en el régimen político. El gasto público ejercido de 2006-2012 fue un promedio de 2.5%, hasta 2012 logró alcanzar el 3%, no obstante, este sigue siendo insuficiente. De acuerdo con el CIEP, México necesaria destinar al menos 5% del PIB para atender 13 intervenciones, entre ellas las enfermedades infecciosas y crónicas (CIEP, 2018).

*Los países que más han avanzado hacia la cobertura universal presentan un gasto público en salud de 6% o más del PIB (PAHO, 2018).*

Vicente Fox y Calderón buscaban alcanzar la universalización de los servicios de salud, pero es evidente que este no pudo ser alcanzado, el gasto público en salud

apenas y alcanzó el 3% del PIB, finalizados ambos sexenios, como lo muestra la gráfica 1.

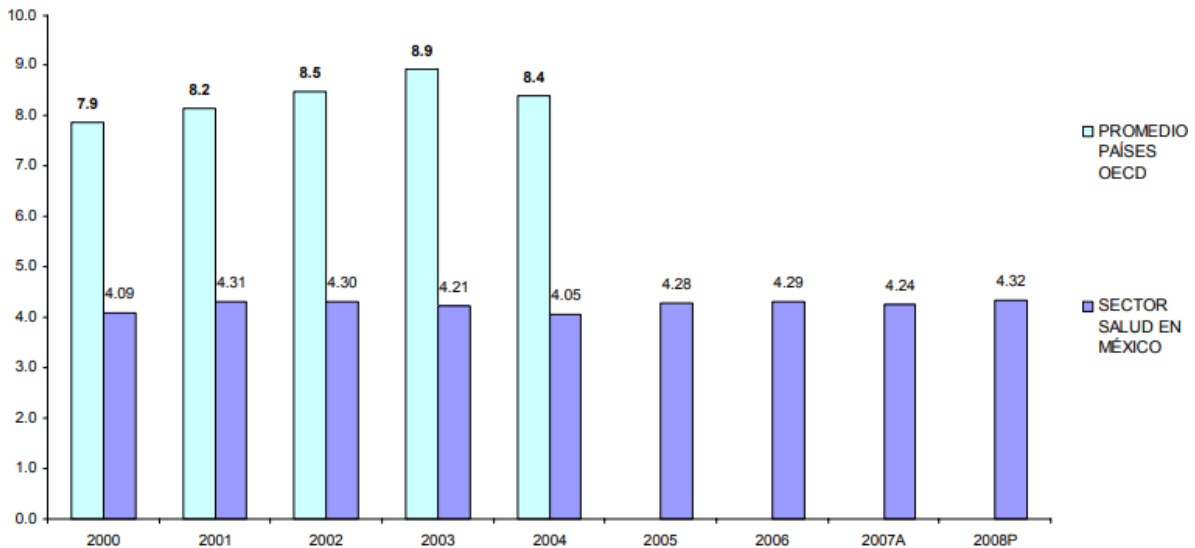
**Gráfica 1. Gasto público en salud como porcentaje del PIB de 2000-2012.**



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Datos Macro.

Si hacemos una comparación de los datos de la gráfica 1 a la imagen 1, hay discrepancias. En específico referente al gasto en salud con respecto al PIB, lo único que cambia es la fuente de información. Mientras que la primera son datos principalmente obtenidos del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, el segundo es información directa del Gobierno Federal el cual tiene cifras muy altas, el cual tiene un promedio de 2001 a 2008 de 4.2 por ciento.

**Imagen 1. Participación Porcentual del Gasto en Salud con Respecto al PIB, 2000- 2008.**



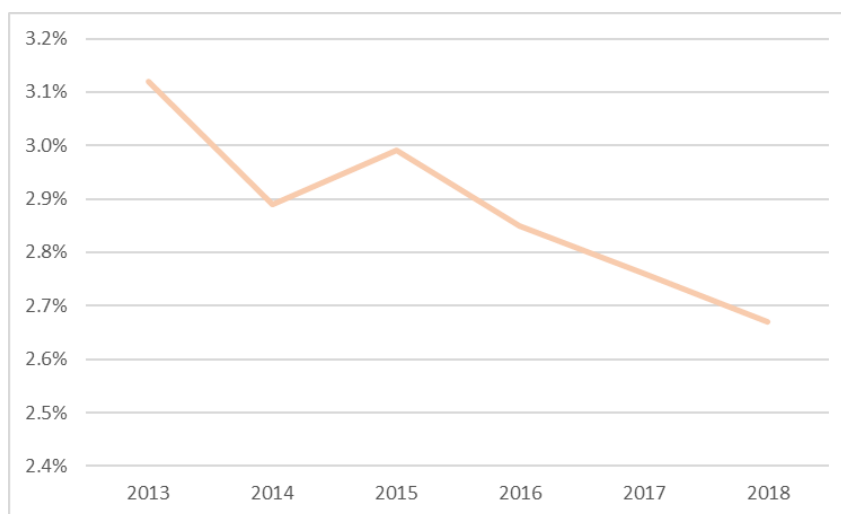
Nota. A: Aprobado y P: Proyecto.

Fuente: Elaborado por el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, con cifras de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD) recuperado de Centros de Estudios de las Finanzas Públicas.

La llegada, nuevamente, del PRI a la presidencia en 2012, fue producto de tres factores: en primer lugar está la pérdida de popularidad que obtuvo Calderón durante sus sexenio debido a la guerra contra el narcotráfico que costó muchas vidas inocentes, “daño colateral”; la unificación del PRI al lograr el apoyo de gobernadores y dentro del partido; por último, López Obrador no logró contar con el apoyo de los panistas que estaban en descontento con los resultados de Calderón así como el conflicto derivado del llamado “fraude electoral” que lo llevo a cerrar las calles de Reforma, acto que algunos sectores de la población desaprobaron (Olmeda & Armesto, 2013).

En el sector salud durante el sexenio de Peña, el gasto público del PIB nacional destinado a salud fue de un promedio de 3%, medio punto más que los 12 años anteriores, aunque si observamos la gráfica 2, este disminuyó al finalizar el sexenio, nuevamente sin alcanzar el mínimo requerido del 6% para un sistema de salud eficiente, eficaz y con cobertura nacional.

**Gráfica 2. Gasto público en salud como porcentaje del PIB de 2013-2018.**



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Datos Macro.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 establecía en sus 6 objetivos principales la protección y promoción de la salud y la prevención de enfermedades; acceso efectivo de los servicios de salud y reducir los factores de riesgo que pudiesen aumentar la morbilidad de los mexicanos; disminuir las brechas en salud; el uso efectivo de los recursos en salud y nuevamente la universalización del Sistema Nacional de Salud (Secretaría de Salud 2013). En resumen, su objetivo fue el de prevenir enfermedad, promover la salud y garantizar el bienestar de la población mediante 3 prioridades: el acceso efectivo, calidad de los servicios y la prevención (Gobierno de México, 2013).<sup>22</sup>

Desde 2006, Andrés Manuel estaba en la búsqueda por llegar a Presidencia, al ganar las elecciones en 2018 significó una victoria para la “izquierda”, con un número de 30.11 millones de votos y un incremento de la participación ciudadana

---

<sup>22</sup> De acuerdo con el portal del Gobierno de México, se definen las prioridades de la siguiente manera:

El **acceso efectivo**, en donde el Estado tiene la obligación de asegurar los servicios de salud a toda la población.

La **calidad en el servicio**, hace referencia al acceso por igual de todos los mexicanos, a médicos profesionales e instalaciones completas para recibir un servicio de salud.

La **prevención**, es básicamente anticiparse a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan.



electoral con más del 50% de los votantes registrados ante el INE. No obstante, no indagaré más en el área electoral o el análisis de su triunfo, aquí el motivo de investigación es acerca de las políticas de salud implementadas hasta 2021, así como las reformas y cambios estructurales que han generado un desabasto de medicamentos, en específico de medicamentos oncológicos que ha llegado a afectar hasta hospitales generales del Estado de Morelos. Para ello se debe empezar con las modificaciones en materia de salud empleadas desde su primer año de gobierno. En 2018 AMLO realizó un total de 45 promesas en su toma de posesión, de acuerdo al conteo de Forbes, entre todos, el único referente a salud es el siguiente: “Iniciará de inmediato el Programa de Intención Médica de medicamentos gratuitos en las zonas marginadas y se volverá universal en todo el país a la mitad del sexenio” (Forbes Staff, 2018).

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) busca a través de los lineamientos constitucionales una continuidad en la administración pública federal, este sirve como una estructura de los objetivos que se pretenden alcanzar y la forma en que serán ejecutados. En el actual PND, a través de propuestas pos neoliberales, en la política social se busca construir un país con bienestar con servicios tanto universales como gratuitos en salud, nuevamente continua con la búsqueda de la universalización de los servicios. El PND se plantea que la salud debe ser para toda la población, reconociendo que el sistema de salud se encuentra en condiciones precarias y sin cobertura para el acceso a las instituciones destinadas a la atención a la salud de los mexicanos, así como también por la falta de equipo en hospitales, que viene arraigado desde administraciones pasadas con el SP (Gobierno de México, 2019).<sup>23</sup> El Sistema Nacional de Salud está compuesto por la Secretaría de

---

<sup>23</sup> El 12 de julio de 2019 el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 se creó con la finalidad de alcanzar uno de los objetivos principales del Gobierno de México: Salud para toda la población. De igual forma, como instrumento del PND, en materia de salud, casi un año después, se publica el Programa Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024 que establece los objetivos, estrategias y acciones que todas las instituciones pertenecientes a la Administración Pública Federal deberán adherirse para hacer cumplir los objetivos prioritarios del PSS y proteger el derecho a la salud mediante el Acceso efectivo, universal y gratuito, Mejora continua, Capacidad y calidad, Vigilancia epidemiológica y Atención a la salud y bienestar; teniendo el principio de “No dejar a nadie atrás, no

Salud y los Servicios Estatales de Salud (SES), la SA está a cargo de las evaluaciones y correcciones pertinentes de los SES y encontró que de 2017 y 2018 ha habido un desabasto de medicamentos, falta de personal y sobrecarga del servicio dando paso a que ofrezca un servicio de baja calidad (Secretaría de Salud, 2020). Esto hace que se visualice que el servicio de salud no tiene cobertura para toda la población lo cual agrava el acceso inequitativo sobre todo en los sectores más vulnerables, dando paso a una situación crítica donde las instituciones de este sector son el cimiento para reconstruir y mejorar el desarrollo en el país.

Es así como se da paso a la construcción del Programa Sectorial de Salud (PSS) para disponer de un sistema tanto público como gratuito que garantice la equidad de salud y el acceso a todos y con esto llevar a cabo las acciones planteadas por el PND con respecto a la promoción, prevención, detección y tratamiento que den paso al bienestar (Secretaría de Salud, 2020)<sup>24</sup>. Dentro de los objetivos prioritarios del PSS 2020-2024, el objetivo cinco busca: *Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.* Con el fin de neutralizar las enfermedades con mayor incidencia y afectación en la salud de la población mexicana, Buscando hacer énfasis en la transformación del sistema actual de salud pública, con el fortalecimiento de las instituciones para una mayor capacidad de atención y cobertura.

---

dejar a nadie afuera”. La Secretaría de Salud es la encargada del PSS en las áreas de coordinación para la publicación, ejecución y seguimiento del Programa.

<sup>24</sup> Objetivo prioritario num.1 del Programa Sectorial de Salud 2020-2024: Garantizar los servicios de salud a toda la población que no cuente con Seguridad Social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el compendio nacional de insumos para la salud.

**Cuadro 1. Presupuesto aprobado para la Secretaría de Salud por la Secretaría de Hacienda y Cuenta Pública de 2019-2021 (millones de pesos)**

<i>Año</i>	<i>Presupuesto aprobado</i>
2019	124,266,865.116.00
2020	226,252,200,000.00
2021	145,414,570,947.00

Fuente: Elaboración propia con datos del PEF 2019-2021.

El cuadro 2 refleja el PEF dirigido al Ramo 12 por parte del Gobierno Federal, el cual tuvo un aumento en los 3 años y este se disparó en el 2020 por la epidemia de COVID-19 que afectó negativamente en los servicios de salud y cobertura, y en 2021 disminuyó nuevamente. Recordando que, desde inicios de la administración, AMLO hizo énfasis en que sería un gobierno con una política de austeridad, es decir que habría una disminución de los gastos superfluos del gobierno, argumentando que muchos de los gastos eran aprovechados ineficazmente y debería ser dirigido hacia los grupos más vulnerables y en situación de pobreza.<sup>25</sup>

El cambio en el sistema de protección social de salud tuvo su inicio en cuanto el Seguro Popular fue sustituido por el INSABI. Para que esto sucediera se tomaron diversas decisiones políticas que debían alinearse con uno de los objetivos principales de la actual administración en el ámbito de salud: todas las personas que habitan en México deben contar y recibir con atención médica, exámenes clínicos y hospitalaria de calidad y gratuita, junto con el suministro de medicamentos y materiales de curación, como se establece en el Plan Nacional de Desarrollo

---

<sup>25</sup> En 2019 AMLO durante una gira en los hospitales del IMSS Bienestar argumentó que: “la austeridad no es para que no se puedan comprar equipos nuevos o renovar los del hospital; la austeridad es quitar los excesos, todo el gasto superfluo para que de esa manera se tenga presupuesto y se puedan comprar los equipos del hospital”.

(PND) 2020-2024, explicado anteriormente. Dentro de estas decisiones se encontraba eliminar el antiguo Seguro Popular y darle entrada a un organismo que pudiera cubrir las deficiencias y hacerles frente a los retos de esta política pública, la cual AMLO consideraba obsoleta e ineficaz. Ante estas problemáticas presentadas por el SP, se planteó por parte del actual gobierno la creación de un nuevo instituto para contrarrestar las dificultades y la incapacidad de la política anterior, por lo que se inició el proyecto de un nuevo sistema público gratuito en servicio de salud que incorpora la política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos (PSSyMG).

El día 3 de Julio de 2019, Andrés Manuel, envió a la Cámara de Diputados la iniciativa de ley para reformar disposiciones de la Ley General de Salud, así como también de la Ley de Coordinación Fiscal y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud para la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), la desaparición del SP se dio al no cumplir con el acceso efectivo del servicio de salud, así como su diseño no permitía un correcto financiamiento y cobertura a nivel federal como local. La iniciativa fue aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019. El INSABI sería la nueva propuesta del actual gobierno como sustitución del antiguo Seguro Popular, el cual tendría como objetivo:

*Proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin Seguridad Social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (Gobierno de México, 2022).*

Para que se creara el INSABI se tuvieron que eliminar tres programas presupuestarios de los cuatro que existían hasta el 2019: SP, Seguro Médico Siglo XXI, PROSPERA, Programa de Inclusión Social y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA); quedando únicamente FASSA como vínculo al INSABI y se dio inicio al programa de Medicamentos gratuitos. Al mismo tiempo el

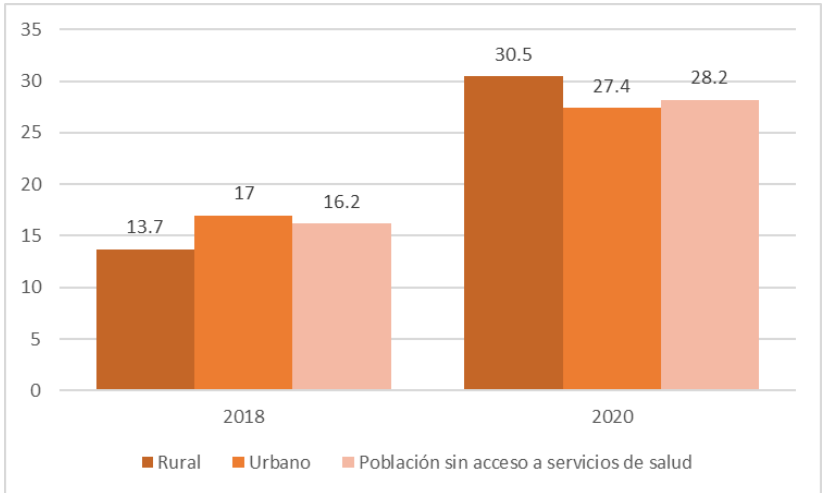
Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (FPGC) se eliminó, afiliado al SPSS, el cual brindaba recursos monetarios, por medio de un fideicomiso, a prestadores de servicios acreditados y con convenios en todos los estados de la República, para que se atendieran 66 enfermedades a través de servicios médicos de alta especialidad. A raíz de su eliminación, se crea el Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI) que sustituye lo que hacía el FPGC, así como complementar todo lo que tenga que ver con abasto y distribución de medicamentos para personas sin Seguridad Social (Méndez y Llanos, 2021).

El INSABI tiene la función de cumplir con el objetivo planteado a través de diversas funciones por medio de la prestación de servicios de salud gratuitos y suministro de medicamentos, de igual forma es el encargado de generar tanto convenios como instrumentos que permitan la coordinación de las instituciones de salud públicas a nivel federal y municipal, de dar seguimiento y evaluación del cumplimiento de los instrumentos jurídicos entre la coordinación de las instituciones para garantizar la prestación del servicio y medicamentos, y de proponer cambios a la Secretaría de Salud respecto a lo que convenga necesario para la prestación del servicio, así como también contribuir en la participación de la planeación de esquemas que privilegien el uso racional de los recursos humanos, el equipo médico y la infraestructura. En enero de 2020 se marcó el inicio de operaciones del Instituto con la implementación de nueva gestión en la operación y servicio, compra de medicamentos centralizada, combatir la corrupción en el uso de recursos destinados y la difusión de convocatoria para la recluta de profesionales para trabajar en zonas rurales entre otras acciones para el logro de los objetivos.

Sin embargo, ¿Cuáles han sido los resultados? se registraron como principales logros la cobertura para la aplicación de la vacuna en atención y prevención de la pandemia COVID-19 con la finalidad de la participación del país en el acceso global a las vacunas, cabe resaltar que la atención a la pandemia en el sector salud se convirtió en prioridad. De acuerdo con los datos registrados del CONEVAL es posible apreciar un aumento porcentual de las personas con carencia de acceso al servicio de salud del 2018 al 2020 pasando de un 16.2% a un 28.2%

lo que representa 15.6 millones de personas sin acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2021). Asimismo, observamos un aumento de más del doble para el sector rural sin acceso a los servicios de salud, aunque el aumento es menor para el urbano, este creció en tan solo dos años.

**Grafica 3. Población sin acceso a servicios de salud de 2018-2020.**



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2021.

En marzo del 2022 se anunció la creación del nuevo programa IMSS-Bienestar en apoyo a la original orientación del programa planteado en materia de salud (INSABI) cambios que buscan impulsar los objetivos preliminares en garantía del derecho constitucional a la protección de la salud. Al programa IMSS-Bienestar se le transfirió la enorme responsabilidad de ofrecer atención médica y medicamentos gratuitos a población que no cuenta con seguro social principalmente ubicada en zonas rurales o comunidades indígenas. (Mares, 2022)

Con este cambio se dio pauta al reconocimiento del fracaso del INSABI en la gestión y operatividad del servicio de salud, por lo que se recurre al uso de instalaciones, médicos y administración del IMSS; este hecho significa el crecimiento y mejora de la infraestructura, equipo de atención y contratación de profesionales de la salud para el programa IMSS-Bienestar, lo cual se reduce en el incremento necesario de presupuesto que resulta significativo.

Durante los últimos 20 años se observó un bajo gasto en salud, que, si bien en algunos años ha incrementado, este todavía no alcanza el 6% en proporción del PIB, recomendado por la PAHO. Generando la pregunta, ¿Cómo se podría incrementar el gasto público en Salud? El Dr. Jorge Ochoa Moreno, titular de los Servicios de Salud Pública de Ciudad de México, en el Boletín CONAMED-OPS propone mejorar los mecanismos de recaudación, a través de una reforma fiscal progresiva (contribuciones proporcionales a los ingresos), es decir, quienes tienen mayor poder adquisitivo paguen más impuestos<sup>27</sup>. Otro medio de recaudación sería la inversión de las AFORES para proyectos nacionales dirigidos a la producción de medicamentos, insumos medios, y tecnología, para disminuir la dependencia extranjera. Por último, señala que se deberían eliminar los actos de corrupción, mal versión de fondos, crear mejores mecanismos de transparencias y de etiquetamiento para el control y vigilancia (Ochoa, 2018)<sup>28</sup>.

El insuficiente gasto en salud se refiere al destinado a las instituciones públicas dirigidas a la población abierta, pero ¿qué sucede con las de seguridad social? Para ello analizaremos el gpc<sup>29</sup>, de 2010 a 2020 el gpc del IMSS tuvo una reducción de 18.1% al pasar de \$5,614 a \$4,600. Mientras que el ISSSTE tuvo una reducción menor de 8.2%, pasando de \$5,063 a \$4,648 en 10 años. Esta caída se debió al incremento de la población afiliada y un presupuesto todavía insuficiente. Si aumenta el gasto público o disminuyen los derechohabientes, el gpc aumenta; mientras que, si el gasto público sigue disminuyendo o los derechohabientes

---

<sup>27</sup> Esta propuesta de reforma ya está considerada en el presupuesto de 2023. Recordando las palabras de Andrés Manuel: “Que los fifís no piensen que el pago de impuestos es un asunto nuestro” (El Financiero, 2022).

<sup>28</sup> En 2019, un año después de la publicación del Boletín CONAMED-OPS, el Dr. Ochoa se ha visto envuelto en controversias que continúan hasta este año. Se le acusa de abuso de poder, violaciones al reglamento del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud (SNTSA) y carencias en el sector: medicamentos, insumos, mobiliaria, uniformes, equipo y condiciones insalubres para el personal médico y administrativo y para pacientes. Por lo que exigen su renuncia (,2022). Considero importante hacer este paréntesis ya que él es quien recomienda que, para mejorar los servicios de salud, y el estando al frente de uno, se tienen que eliminar las prácticas corruptas para mejorar la calidad de los servicios de salud, cuando a él se le está acusando de hacer exactamente lo contrario a lo que propone, continuando alimentando un sistema de salud defectuoso.

<sup>29</sup> El gasto per cápita hace referencia al gasto disponible por persona, los recursos que cada mexicano tiene acceso a para su salud. Para su cálculo se debe dividir el gasto total entre el número de beneficiarios de los programas.

aumentan, el gpc continuará a la baja (Méndez, 2019). El siguiente cuadro demuestra el aumento de la población afiliada en un 23.6% en 20 años, siendo la población femenina la que mayor uso de los servicios de salud tuvo.

**Cuadro 2. Derechohabiencia de la población mexicana a los servicios de salud en los años 2000, 2010 y 2020.**

<i>Institución</i>	<i>2000</i>			<i>2010</i>			<i>2020</i>
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Total
<i>Total (miles)</i>	18,829,886	20,290,796	39,120,682	34,418,910	38,095,603	72,514,513	92,582,812
<i>IMSS</i>	49%	51%	31,523,279	49%	51%	35,380,021	47,217,234
<i>ISSSTE</i>	45%	55%	5,751,517	45%	55%	7,204,514	8,147,287
<i>PEMEX, SEDENA, SEMAR</i>	50%	50%	1,059,099	50%	50%	1,091,321	1,203,576
<i>Otros</i>	47%	53%	1,039,992	50%	50%	1,647,155	1,110,993

Nota: En los datos del 2020 del Censo de Población y Vivienda no hubo desglose de la población por sexo, por lo que únicamente se añade el total.

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2000, 2010 y 2020 del INEGI.

Una vez más podemos observar la carencia de buenos resultados de los programas sociales puestos en marcha, este fenómeno de insatisfacción y cambio ha sido constante durante años en los distintos gobiernos de nuestro país lo que da pauta a analizar la poca eficiencia con la que contamos en materia de diseño, implementación y evaluación de proyectos, programas y políticas.

La universalización de los servicios de salud fue lo que más destacable durante este periodo de reformas. El modelo neoliberal transformó el papel del Estado en el sistema de salud, de ser quien garantiza el derecho a la salud a un papel regulatorio para que este sea garantizado y el mercado privado tome fuerza. Más de un siglo ha llevado a los gobiernos federales, estatales y locales en México llegar hasta este momento, un sector salud todavía ineficiente, inequitativo, desigual e insuficiente. Que no ha logrado la cobertura universal para toda la población



mexicana, ni mucho menos disminuir morbilidades o enfermedades crónico degenerativas. Si bien han logrado hacerle frente a diversas epidemias y pandemias, la salud pública mexicana tiene retrasos. Es evidente que el gasto público en salud debe de aumentar, pero no es suficiente, la falta de evaluación de los mecanismos y políticas públicas implementadas han hecho que estos no cumplan sus propósitos básicos. Laurell lo describe de esta manera: "El desfinanciamiento, el verticalismo autoritario y las malas condiciones de trabajo han llevado a un deterioro de los servicios públicos de salud que han contribuido a desprestigiarlos ante la sociedad". La reducción del gasto social, por menor recaudación, si bien aumenta las posibilidades de comprar en el mercado seguridad (pensiones) y bienestar (sanidad, educación), también debilita la capacidad redistributiva de la política social afectando a los más vulnerables, instalándose tensiones polarizadoras en el acceso al bienestar: uno público, de baja calidad aunque sea universal y otro mercantil, supuestamente mejor, para quienes pueden pagarlo; confiando a las mujeres y al tercer sector una provisión gratuita (Adelantado, 2000).

Siendo así como las principales instituciones de Seguridad Social en México se han ido transformando y reformado, un nuevo orden político y social se crea en el país a partir de sus fundaciones, debido al reconocimiento del gobierno mexicano acerca de la importancia de garantizar el acceso a los servicios de salud y proteger el bienestar de los mexicanos.

### **Atención hospitalaria en salud**

Como se ha descrito en los apartados anteriores, la finalidad de la implementación de la Seguridad Social en México fue el de fortalecer los servicios de salud y atención médica en el país. El problema de cobertura y centralismo se vio reflejado en el porcentaje de personas afiliadas al IMSS, en 1946 solo el 2% de la población nacional estaba cubierta, siendo el 61.5% de este total provenientes del Distrito Federal (Hernández, 1982). Entre el 59 y 64, por presiones sindicales, se tuvo que extender la prestación de servicios a todo el territorio mexicano, con la construcción de 269 unidades médicas (180 unidades de consulta externa, 61 de hospitalización

y 28 hospitales), así como del aumento del personal. Lo que significó una cobertura del 17% de la población nacional, siendo 6.3 millones de personas beneficiadas de las prestaciones sociales brindadas por el Estado (Gómez & Frenk, 2019).

En el cuadro 3 se observa que en el sexenio de Fox hubo muy poco incremento en los consultorios y personal de enfermería; y decremento importante en los laboratorios clínicos, lo que vuelve a confirmar que durante su mandando la “prioridad” en salud fue relegada. Posteriormente los cambios más importantes los vemos en los recursos humanos, pero en comparación con los materiales y la infraestructura, estos siguen siendo insuficientes para los derechohabientes. Usando los datos del cuadro 2, en el 2000 cada unidad médica debía atender a aproximadamente 10,000 personas y la población afiliada sigue en aumento cada año, como lo vimos en apartados anteriores. No es de extrañar que el sector salud esté saturado y sobre encima de sus capacidades.

**Cuadro 3. Infraestructura, recursos materiales y humanos de las instituciones de Seguridad Social en México (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y Otros) en los años 2000 a 2018.**

	2000	2006	2012	2018
<i>Unidades médicas*</i>	3,868	2,850	2,965	3,049
<i>Consultorios</i>	22,041	22,777	27,231	30,044
<i>Quirófanos</i>	1,501	1,936	1,657	2,147
<i>Laboratorios clínicos</i>	807	310	902	969
<i>Farmacias</i>	n/d	4,531	1,568	n/d
<i>Médicos*</i>	63,185	77,758	88,292	114,249
<i>Personal de enfermería*</i>	107,696	107,049	124,113	143,671

Nota. Las unidades médicas incluyen a las unidades de consulta externa y hospitalaria. En el apartado de médicos son todos aquellos en contacto con el paciente incluyendo a generales, especialistas y en formación. El personal de enfermería abarca a generales, de especialidad, pasantes y auxiliares.

Fuente. Elaboración propia con datos obtenidos del Boletín de Información estadística de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud de 2000, 2006, 2012 y 2018.

### **Capítulo III. Enfermedades crónicas degenerativas**

Las enfermedades crónicas degenerativas o no transmisibles (ECNT) son aquellos procesos patológicos de evolución extensa, con una duración de 3 meses o más, sin cura voluntaria que no involucre intervención médica. Al ser enfermedades con causas múltiples, desarrollo progresivo e impredecible y con diversos factores de riesgo; así como incremento de casos en poblaciones más jóvenes y el costo elevado de su tratamiento, representan un problema de salud pública en las naciones. Las enfermedades no transmisibles más comunes son las cardiovasculares, respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes. Al ser enfermedades de evolución prolongada, es común la ausencia de manifestaciones clínicas iniciales por lo que es importante la aplicación de medidas preventivas primarias y educar a la población sobre los factores de riesgo. En 2018, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), hubo un aumento de 18 millones de pacientes diagnosticados de cáncer en todo el mundo, de los cuales el 53% de los pacientes fallecieron. En América hubo 3,792,000 casos nuevos, siendo el tercer continente con más resultados positivos, superado por Asia y Europa respectivamente. Las ECNT son consideradas un problema de salud pública que afecta a nivel individual y poblacional; una pandemia que interviene en el desarrollo productivo, económico y para el bienestar de México.

Entre los sesenta y los setenta en México, las enfermedades crónicas no transmisibles empezaron a ser foco de atención para el gobierno ya que estas impactaban negativamente en la salud de la población. Para esta década la población mexicana se había duplicado en 20 años, siendo un total de 48.3 millones de personas. ¿Qué sucede cuando hay un crecimiento poblacional? Ocurre una transición urbana, lo que modifica el cuadro de salud de las personas al movilizarse del campo a las zonas urbanas, asimismo la expansión de las zonas metropolitanas obliga a ampliar y mejorar los servicios públicos para satisfacer a la demanda. Los asentamientos humanos irregulares en donde hay falta de higiene y promiscuidad afectan la salud de los individuos. Hay un incremento en muertes provocadas por accidentes y violencia, enfermedades circulatorias y cáncer, por lo que era

necesario la implementación de políticas para la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

El cáncer es considerado una de las enfermedades crónicas más importantes y de mayor riesgo en México, siendo la tercera causa de muerte en el país, detrás de la diabetes y enfermedades cardiovasculares, 14 de cada 100 mexicanos fallecen por la enfermedad y quienes la padecen tienen una expectativa de vida de 63 años aproximadamente. Siendo que, desde el 2000 ha aumentado en un 20% la mortalidad de quienes lo padecen (Secretaría de Salud, 2017). Existen criterios para determinar y posicionar las 10 principales causas de muerte en el país, estas categorías provienen de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), que codifica morbilidad y mortalidad. Junto con la CIE-10 se emplea la Lista Mexicana elaborada por el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE), de acuerdo a la lista los tumores malignos tienen el código 08-15 (INEGI, 2022), código que ayuda a clasificar las razones por las cuales las personas tienen mayor riesgo de contraer cáncer y puede terminar en su fallecimiento, facilitando las acciones del sistema de salud mexicano para su detección, diagnóstico y tratamiento.

## **Cáncer**

La palabra Karkinos fue utilizada por primera vez por Hipócrates para identificar a los tumores ulcerados que podía generar el cuerpo humano, creó el término metástasis y nombró al cáncer de matriz. Es Celsus quien transforma el concepto de Karkinos a cáncer y Galeano añade el término “oncos” ya que este podía incrementar de tamaño, lo que más tarde se transformaría a Oncología la rama de la medicina encargada de estudiar y tratar la enfermedad (De la Garza & Juárez, 2014). Por lo que es evidente que el cáncer no se considera una “enfermedad nueva” ya que ha estado presente en los estudios desde la Antigua Grecia, lo importante es conocer los avances en términos de conocimiento, tratamiento y epidemiología que se tienen hasta ahora específicamente en México. Previo a

conocer su incidencia en el país y como problema de salud pública se debe conceptualizar y profundizar en que es el cáncer.

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación anormal y sin control de las células epiteliales y mesenquimatosas, pudiendo ocurrir en cualquier parte del cuerpo humano. Al formarse y multiplicarse las células cancerígenas, estas pueden formar a su vez bultos de tejido, es decir tumores malignos o neoplasias malignas. Teniendo la característica de poder diseminar otros tejidos, tanto cercanos como en otras partes del cuerpo, proceso conocido como metástasis, principal causa de muerte en pacientes con cáncer. Al haber diferentes tipos de cáncer se les debe clasificar por el lugar de origen y características histológicas o de tejido, en otras palabras, conocer su estadificación (American Society of Clinical Oncology , 2021).<sup>30</sup> La estadificación se puede realizar en cualquier etapa de la enfermedad y existen tres tipos: el clínico (c), realizada previo al tratamiento mediante el uso de antecedentes médicos y exámenes físicos; la patológica (p), la cual se basa de la información proveniente de la estadificación clínica y se suma la obtenida de la cirugía, si esta fue el primer tratamiento; la pos terapéutica (y), utilizada cuando la cirugía no fue el primer intento de tratamiento y en cambio fue la quimioterapia, inmunoterapia, terapia hormonal o radioterapia, su utilidad se basa en la posibilidad de reducir el tumor y que la cirugía sea menos complicada; y la de recurrencia o reestadificación (r) utilizada cuando hay una recaída o si el cáncer evoluciona sin haber sido eliminado en su totalidad. Las tres primeras estadificaciones son indispensables, aún más la clínica para saber el tipo de tratamiento inicial, las demás suelen ser complementarias para conocer más del tipo de cáncer del paciente y su pronóstico.

---

<sup>30</sup> La estadificación del cáncer ayuda a la localización y tamaño de este, si creció a tejidos cercanos, si se diseminó a los ganglios linfáticos u otras partes del cuerpo. El médico tratante realizará diversos exámenes para completar la estadificación y elegir el mejor tratamiento, entre sus ventajas se encuentra conocer la probabilidad de que el cáncer pueda regresar o se elimine una vez finalizado la primera etapa del tratamiento y de la recuperación; si el paciente es candidato a ingresar a ensayos clínicos; la eficacia del tratamiento y la evaluación de los nuevos tratamientos para las personas con el mismo diagnóstico.

Dentro de la clasificación de tejidos se encuentra el carcinoma, sarcoma, mieloma, linfoma, leucemia y aquellos de tipo mixto o raros. Estos tipos a su vez se clasifican en dos categorías: los cánceres hematológicos (en la sangre) como la leucemia, el linfoma y el mieloma múltiple y, los cánceres de tumor sólido, carcinoma y sarcoma, aquellos que se pueden desarrollar en cualquier órgano, tejido o parte del cuerpo, siendo los más comunes el cáncer de seno, próstata, pulmón y el colorrectal. Una vez conociendo los valores TNM<sup>31</sup>, para determinar la etapa se utiliza el Grado (G), valorados del 1 al 4 de acuerdo al incremento de las células epiteliales y mesenquimatosas, el patólogo compara el tejido canceroso con el tejido sano, mientras más diferencia haya, más alto será el grado y habrá diferencia en el tratamiento<sup>32</sup>.

Hay factores que pudiesen interferir a la hora de identificar la etapa del cáncer: el tipo de células, la localización, niveles sanguíneos de los marcadores tumorales, pruebas de laboratorio y la edad. Finalmente, con los valores TNM y todos aquellos factores que afecten la etapa, estas se agrupan en 5 estadios:

---

<sup>31</sup> Para conocer el tipo de cáncer se utiliza el sistema TNM (tumor, nódulos, metástasis), integrado por letras y números.

Tumor (T) responde al tamaño, si está en otros tejidos u órganos y ubicación:

- TX: sin información del tumor no es posible medirlo.
- T0: sin evidencia de un tumor.
- Tis: tumor "in situ". Este no se diseminó a ningún tejido adyacente.
- T1-T4: en una escala del 1 al 4 describe el tamaño y ubicación, mientras más grande el tumor o se haya diseminado a los tejidos cercanos el número será más alto.
- Tm: múltiples tumores.

Ganglio (Node, N) responde a si el tumor se diseminó a los ganglios linfáticos, cuáles y a cuántos:

- N0-N3: el 0 es que no hay ganglios linfáticos con cáncer y si existen se le asigna un número, equivalente al número de ganglios afectados.

Metástasis (M) responde a que se diseminó el cáncer a otras partes, en donde y en qué medida:

- M0: no se diseminó.
- M1: si se diseminó a otras partes.

<sup>32</sup> Clasificación del Grado (G):

- Grado 1: células bien diferenciadas con poca anormalidad.
- Grado 2: células moderadamente diferenciadas y con ligera anormalidad.
- Grado 3: células poco diferenciadas con y con mucha anormalidad.
- Grado 4: células inmaduras, primitivas e indiferenciadas.

Etapa 0: cáncer “in situ”. Aún se ubica en el lugar inicial y no hay diseminación. Se puede extirpar todo en una cirugía y tiene las tasas más altas de supervivencia, sin embargo, no todos los tipos de cáncer pueden ser clasificados en esta etapa.

Etapa I: cáncer en estadio temprano. El cáncer no ha crecido tanto en los tejidos cercanos y no ha llegado a los ganglios linfáticos ni a otras partes del cuerpo.

Etapa II y Etapa III: mayor crecimiento en los tejidos adyacentes y con probabilidad de diseminación a los ganglios linfáticos, pero no a otras partes del cuerpo.

Etapa IV: cáncer avanzado o metastásico. El cáncer ya se encuentra en otros órganos y partes del cuerpo

La estadificación y clasificación de las etapas ayuda a determinar el pronóstico de la enfermedad, sin embargo, factores como la edad y estado de salud general del paciente, cambios en los genes, y la respuesta al tratamiento del cáncer y la propia persona influyen mucho en la prognosis, ya sea positiva o negativa. Esta se expresa en términos de tasa de supervivencia, la cual es el porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas en un periodo de tiempo después del diagnóstico. Aunque no puede precisar el pronóstico, sirve de referente para los médicos tratantes sobre si el paciente responderá de manera positiva al tratamiento y como “esperanza” para el paciente, aunque también pudiese ser contraproducente si este es desfavorable (American Cancer Society,2022).

Al ser una enfermedad genética, dichos cambios en los genes pueden ser causados por diferentes motivos: genes heredados de padres a hijos, edad, exposición a ciertos agentes cancerígenos en el entorno (sustancias químicas en el humo del tabaco y los rayos ultravioleta del sol), gérmenes infecciosos, radiación, inflamación crónica, inmunosupresión (uso de medicamentos inmunosupresores después de una cirugía de trasplante) y luz solar; sin embargo, no existe una sola

causa a la cual atribuirle al 100% el diagnóstico. Afortunadamente se pueden prevenir varios tipos de cánceres al limitar la exposición a los distintos factores de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, llevar una mala alimentación, baja o nula actividad física, terapias hormonales femeninas (estrógeno, progesterona y dietilestilbestrol) y la obesidad.<sup>33</sup> Dentro del plan de prevención también se abarca la detección temprana y el acceso al tratamiento para los pacientes.

## **Cáncer en México**

El cáncer viene siendo estudiado desde finales del siglo XIX en el Instituto Patológico Nacional y era visto como una enfermedad individual que no requería más que una relación bilateral entre el paciente y el médico, miembros de la Academia Nacional de Medicina establecieron mesas de diálogo para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad. La lucha contra el cáncer tuvo un avance muy lento en las primeras dos décadas de los noventa, ya que el

---

<sup>33</sup> La exposición a ciertas sustancias químicas y del medio ambiente como la contaminación del aire, la exposición pasiva al humo del tabaco, el asbesto (usado como aislante para el calor y fuego en los edificios; las fibras sueltas pueden llegar a los pulmones y si se consume puede causar cáncer del tubo digestivo) y el consumo de agua con gran cantidad de arsénico está vinculado a los cánceres de pulmón, piel, vejiga y mesotelioma maligno (localizado en los pulmones, tórax y abdomen).

El consumo de cigarrillos de tabaco y alcohol aumenta las probabilidades de contraer cáncer de vejiga, cuello uterino, esófago, riñón, pulmón, cavidad oral, páncreas, estómago, de mama, colorrectal en hombres y leucemia mielógena aguda.

Existen algunos virus y bacterias carcinógenos: el virus del papiloma humano (VPH) aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino, pene, vagina, ano y orofaringe; el virus de la hepatitis B y C aumenta el riesgo de cáncer de hígado y ciertos tipos de linfoma no Hodgkin (células malignas en el sistema linfático); el virus de Epstein-Barr aumenta el riesgo de linfoma de Burkitt (es un tipo de linfoma no Hodgkin de células B agresivo de rápido crecimiento, presentado frecuentemente en niños y adultos jóvenes, pudiendo afectar la mandíbula, el sistema nervioso central, el intestino, riñones, ovarios u otros órganos); por último la bacteria *Helicobacter pylori* aumenta el riesgo de cáncer de estómago y el linfoma TLAM (tejido linfoide asociado a mucosa).

Hay dos tipos de radiaciones asociadas al aumento de riesgo de cáncer: radiación ultravioleta de la luz solar causando cánceres de piel no melanoma y, la radiación ionizante, presente en las pruebas médicas para diagnosticar el cáncer (radiografías, tomografías computarizadas (TC), fluoroscopia y exploraciones de medicina nuclear) y también en el gas radón (ubicado en el suelo y roca) de los hogares.

Los medicamentos inmunosupresores aumentan el riesgo de cáncer al tener como función principal disminuir la respuesta inmunitaria, por lo que la capacidad del cuerpo para impedir la formación de células cancerígenas también disminuye.

La obesidad constituye uno de los factores de riesgo con probabilidad de contraer cáncer de mama en la menopausia, colorrectal, de endometrio, de esófago, de riñón y páncreas.



DSP tenía dos posiciones: si era asunto urgente o no el conformar una campaña contra el cáncer y así evidenciar la problemática. De esta manera el Departamento realizó, en su carácter institucional y normativo, el inicio de la investigación sobre el cáncer, pero encomendó la responsabilidad al Instituto de Higiene; que a su vez insistió con la declaración del cáncer como una enfermedad de aviso obligatorio<sup>34</sup>. Lo cual era contraproducente, en primer lugar, era necesario para que el DSP clasificara el cáncer como un problema de salud pública y diseñar e implementar acciones para su investigación, diagnóstico y tratamiento y tener datos estadísticos de este; por otro lado, generaría miedo colectivo al dar a entender que se podía transmitir entre humanos cuando el cáncer es una enfermedad no transmisible y las campañas de educación no tendrían éxito en la población por temor al contagio. El doctor Francisco Reyes es quien promueve la urgencia de realizar una campaña contra el cáncer, declarándolo una enfermedad de aviso obligatorio, que debía hacer frente a las limitadas acciones del gobierno, la falta de información de la población en general, y personal médico poco capacitado. Otro problema que se presentaba es que, por la época, los estereotipos, la poca educación y promoción de la autoexploración, las mujeres no buscaban atención médica cuando se trataba de presencia de neoplasias malignas o síntomas en áreas genitales. Lo que refuerza la negación del DSP para no declarar el cáncer como enfermedad de declaración obligatorio por motivos legales y porque “las molestias y bochornos que el examen del médico inspector tendría forzosamente que originarles a las mujeres cancerosas<sup>35</sup>” (Dictamen,1923). Fue hasta los 40’s que la Secretaría de Salud empieza a tener un registro de datos referente al cáncer, por lo que se funda la Campaña Nacional de la “Lucha Contra el Cáncer” en la búsqueda de prevenir los

---

<sup>34</sup> Las enfermedades de declaración obligatoria son aquellas que afectan en gran medida la salud pública de un país, y cuando son notificadas a las autoridades los investigadores correspondientes se encargan de recoger datos estadísticos para conocer más de la enfermedad y evitar su aparición en el futuro. Las cuales son en su mayoría de contagio entre humano–humano o animal-humano.

<sup>35</sup> Me gustaría hacer énfasis en el término “cancerosa” el cual tiene una connotación peyorativa que fomenta el tabú alrededor del cáncer y como si este fuera contagioso o las mujeres tuvieran algún tipo de infección. Este término era usado por el gobierno y actualmente no es la manera correcta de referirse a las mujeres con cáncer, está dentro de la investigación para resaltar la manera que veían en cáncer, especialmente en mujeres.

casos de cáncer cervicouterino sobre los demás, así como la planeación de un registro estadístico nacional. A finales de 1959 el gobierno aplica la primera encuesta de cáncer a todos los médicos y hospitales de México para empezar a conformar el registro estadístico. Los resultados se enviaron entre el 3 y 7 de noviembre, los cuales fueron muy pocos ya que únicamente 1323 médicos y 371 hospitales la contestaron, siendo estos un 63% provenientes del Distrito Federal. La información de las encuestas era de 4091 casos, de los cuales 1692 (12.8%) eran del aparato genital femenino y 1381 (33.8%) del cérvix, es decir casi la mitad de los casos eran de pacientes mujeres que tenían cáncer cervicouterino (Allende & Fajardo, 2011).

Aunque todavía no existía un registro estadístico nacional, en los setenta el IMSS empezó a desarrollar uno. A mediados de esa década se inició un primer intento de un registro de cáncer por lo que se organizó un grupo coordinado con organismos internacionales para empezar con un registro de patología neoplásica, con un personal capacitado y suficiente presupuesto, desafortunadamente conforme pasaron los años se disolvió ese “registro”. La solución fue iniciar con un sistema en donde se utilizaban tarjetas para cada caso, como primera prueba seleccionaron 500 casos para comprobar su utilidad, concluyendo que el sistema podría recibir toda la información nacional tanto del Hospital de Oncología como del IMSS. Dando origen a dos estudios: uno retro lectivo con la información recabada y codificada de las tarjetas y otro proyectivo. El primer estudio obtuvo la información de 33,318 casos de 49,000 tarjetas, es decir que si cada tarjeta provenía de un caso diferente estas fueron mal llenadas o duplicadas. El segundo estudio se realizó en el 76 y fue información de 4000 casos; sin embargo, por la desaparición del Departamento de Investigación en Salud Pública del IMSS ambos estudios se suspendieron (Allende & Fajardo, 2011).

Hasta 1982 se crea el Registro Nacional de Cáncer (RNC)<sup>36</sup>, la administración de López Portillo reconoce que “el cáncer es un problema de salud pública dados los altos índices de morbilidad y mortalidad que se presentan; cuyo tratamiento suele ser costoso y muchas veces infructuoso si no se logra la detección temprana del padecimiento” (Decreto por el que Salubridad y Asistencia organizará el Registro Nacional del Cáncer, 1983) siendo indispensable la aplicación de un sistema de recolección de información sobre los tumores malignos que afectan a la población mexicana, realizando un análisis de la magnitud del problema y buscando soluciones para disminuir los casos. Una vez que la SSA encarga a la Dirección General de Epidemiología de la Coordinación de Lucha Contra el Cáncer el RNC, con la participación de directores, expertos en epidemiología, patología, oncológica y tecnología, este inicia su fase de prueba con la ayuda del Hospital General de México, el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del IMSS, el Instituto Nacional de Cancerología, el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, la Asociación Mexicana de Patología y la Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos. En el Decreto del RNC se establece que será obligatoria la notificación al registro de todos los casos con diagnóstico provenientes de instituciones o dependencias de la SSA, del sector público, privado y social, así como cualquiera diagnosticado por médicos particulares. Esa notificación sería mediante el formato oficial llamado “Tarjeta de Notificación”<sup>37</sup>. En 1983 se recibió la información de un total de 16,377 casos de

---

<sup>36</sup> El Diario Oficial de la Federación publica el 17 de noviembre de 1982 el Decreto por el que la Secretaría de Salubridad y Asistencia organizará el Registro Nacional de Cáncer (RNC) el cual será un programa permanente destinado a la prevención, información y asesoría en la lucha contra el cáncer. El artículo 2 establece las siguientes funciones: a) La elaboración de normas generales y especiales destinadas a obtener la información de los casos de cáncer en el país; b) La recolección de datos, el proceso de los mismos y la producción de informes periódicos que reflejen el comportamiento epidemiológico del cáncer y de las acciones de las diversas instituciones para su detección y control; c) La aportación de datos para los planes nacionales de lucha contra él y cáncer y d) La asesoría a las diversas instituciones de salud, con base en la información obtenida, para la elaboración de sus propios programas de lucha contra el cáncer.

<sup>37</sup> Artículo 4to.- Será obligatoria la notificación al Registro Nacional del Cáncer, de los casos de tal enfermedad diagnosticados en todas las instituciones o dependencias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en las demás instituciones de salud del sector público, privado y social, así como de aquellos detectados por médicos particulares.

Artículo 5to.- La notificación obligatoria de los casos de cáncer deberá hacerse al Registro Nacional del Cáncer, en el formato oficial denominado “Tarjeta de Notificación” elaborada por la Secretaría de

pacientes con neoplasias malignas, diagnosticados mediante estudios histológicos (patología y hematología) provenientes de 34 hospitales en el entonces Distrito Federal.<sup>38</sup> Al año siguiente se reciben los datos de 16,235 casos de las mismas 34 unidades médicas del Distrito Federal, 14 provenientes de instituciones de Seguridad Social, 11 de población abierta y 9 del sector privado. En ambos años los casos de pacientes nuevos recibidos fueron de 32, 612. En el cuadro 2 se observa la distribución de los casos atendidos por las instituciones en 1983 y 1984, de todas las unidades médicas, los hospitales que recibieron más pacientes fueron el Hospital de Oncología CMN (9,439), Hospital General de México (4,222), Hospital Nacional de Cancerología (3,572) y el Hospital 20 de Noviembre (2,696), dando una suma de 19,929 pacientes, el 61% del total de los casos recibidos en ambos años (Barroso et al., 1986). El cáncer de mama y de cérvix fueron los tipos de tumores malignos más frecuentes, representando el 32.8% del total. El enfoque de esta línea de investigación es el cáncer de mama presentado en el sexo femenino, por lo que únicamente se mostraran los resultados de la incidencia del cáncer en las mujeres y en específico del cáncer de mama.

**Cuadro 4. Distribución de casos de cáncer por Instituciones en el Distrito Federal en los años de 1983 y 1984.**

	1983	1984	<b>Total</b>	<i>Porcentaje</i>
SSA	5576	5082	10658	32.70%
IMSS	6074	6947	13021	39.90%
ISSSTE	2210	2026	4236	13%

---

Salubridad y Asistencia y que complementa los sistemas de información institucionales y los certificados de defunción.

<sup>38</sup> Estos fueron los hospitales participantes de la SSA: General de México, Juárez, de la Mujer y “Dr. Manuel Gea Gonzales”. De los Institutos Nacionales: Cancerología, Pediatría De la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, Neurología, Enfermedades Respiratorias, Cardiología “Dr. Ignacio Chávez” y Hospital Infantil “Dr. Federico Gómez”. Los provenientes del IMSS: Hospitales de Oncología, Pediatría, General y Cardio Neumología del Centro Médico Nacional (CMN) y del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza. Del ISSSTE: Hospital 20 de Noviembre, Ignacio Zaragoza, Adolfo Lopez Mateos, 1 de Octubre, Dr. Fernando Quiroz y Dr. Darío Fernández. De la Secretaría de la Defensa Nacional: Hospital Central Militar. De la Secretaría de Marina: Centro Médico Naval. El Hospital Central de PEMEX y unidades privadas: Hospital Español, de México, Ingles, Metropolitano, Mocol, Santa Elena, Santa Fe, Clínica Londres y Central Quirúrgico.

<i>Hospital Central Militar</i>	370	362	732	2.20%
<i>Centro Médico Naval</i>	52	69	121	0.40%
<i>Hospital Central de PEMEX</i>	508	229	737	2.30%
<i>Hospitales privados</i>	1445	1662	3107	9.50%
<b>Total</b>	16235	16377	32612	100%

Fuente: Barroso, E., Rendón, J., Medina, R., Mora, T., & de la Mora, S. (1986). Registro Nacional del Cáncer: Estado actual y perspectivas. *INCan*, 32(3 y 4), 192

La descentralización del RNC para llegar a todas las unidades médicas del país, fue lenta e incompleta. En 1984 únicamente se había extendido a Jalisco y Nuevo León. La primera publicación de los resultados del Registro se dio hasta 1986, con datos recabados del 83 y 84, El 86% pertenecientes a unidades del IMSS, SSA e ISSSTE del D.F. Para 1989 el número de unidades médicas participantes se incrementó a 56, 18 unidades más en un periodo de 6 años. Durante la implementación del RNC junto con la Tarjeta de Registro como sistema de información ayudó a la contabilidad de los nuevos casos de tumores malignos, desafortunadamente está fue utilizada en su mayoría en la capital, dejando de lados los demás estados por lo que la falta de cobertura impidió conocer con precisión la incidencia del cáncer en el país (tasas y estadísticas sobre base poblacional). Además de la falta de cobertura, el mejoramiento de la calidad de servicios, infraestructura y personal capacitado, y la coordinación entre los diferentes niveles de las unidades médicas fueron problemas para el sistema, que en sus pocos años de funcionamiento no pudo corregir. Asimismo, los derechohabientes fueron los más beneficiados respecto al tratamiento recibido, ya que las instituciones tenían mejores medios para proporcionar el seguimiento correspondiente (Allende y Fajardo, 2011). La importancia de contar con un registro nacional era para que, en

términos estadísticos y epidemiológicos, el cáncer se volviera un problema público para la población, ya que, si bien el gobierno ya lo reconocía como un problema de salud pública, la sociedad mexicana todavía estaba lejos de estar bien informada, conociendo su prevención, detección y términos como “autoexploración”, y dejar de utilizar la palabra de manera peyorativa o como tema tabú en las conversaciones.

La tarjeta de registro funcionó dos años más hasta que fue reemplazada en 1993 por el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) coordinado por la Dirección General de Epidemiología (DGE), el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y la Asociación Mexicana de Patólogos A.C. (AMP A.C.), el cual cambió el método de recaudación de datos de los nuevos casos con sistema de información epidemiológica de las neoplasias malignas con el uso de un método estadístico junto con la opinión realizada por especialistas en patología, hematología y dermatopatología

La integración al Sistema Nacional de Vigilancia (SINAVE), junto con la coordinación de la DGE, INCan, y la AMP A.C., los médicos capacitados y el sistema de recolección de datos tecnológico Epi-Cáncer fueron los que ayudaron a eliminar la limitación principal del RNC: la cobertura nacional. En tan solo dos años desde su implementación se logró obtener resultados del 95% de 671 hospitales de las 32 entidades federativas. Con un total de 73,299 casos nuevos con predominio del sexo femenino con 49,624 casos (64.7%) mientras que los casos del sexo masculino fueron 23,675 (35.3%) (Macías & Kuri, 1998). Los 2 tipos de cáncer con mayor incidencia en las mujeres fueron del cuello uterino (33.2%) y de mama (16.4%), siendo también los dos primeros lugares en la topografía general con el 21.5% y 10.5% respectivamente. Nuevamente el IMSS fue la institución que atendió a más casos de neoplasias malignas (35.5%) a comparación de los hospitales de la SSA (23.7%), el ISSSTE (14.9%) y del sector privado (13.4%). Respecto a la distribución de los casos por estado en los primeros tres lugares se localizó el D.F con 22,092 pacientes, Nuevo León con 9,980 y Jalisco con 5,192, Morelos se ubicó

en el lugar 22 con 850 casos.<sup>39</sup> Para 1998 se crea el Sistema de Notificación Semanal de Casos Nuevos incluyendo al cáncer cervicouterino, las displasias de cáncer de mama, de pulmón y de estómago.

Los tipos de cáncer más común en México en ambos sexos son el de mama (27 mil 500 casos por año); de próstata (25 mil casos por año); colorrectal (15 mil casos por año); tiroides (12 mil casos por año); cervicouterino (7 mil 870 casos por año), y de pulmón (7 mil 810 casos por año). Dentro de estas estadísticas, el cáncer de mama ocasiona 7 mil defunciones al año, el de próstata 6 mil 900; colorrectal, 7 mil; tiroides, 900; cervicouterino, 4 mil, y pulmón 6 mil 700 (Instituto Nacional de Cancerología, 2020).

De acuerdo a las estadísticas proporcionadas del INEGI respecto a la mortalidad por tumores malignos, desde el 2010 hasta el 2020 la cifra ha ido en aumento. Durante la última década, la tasa aumentó casi el 1%, es decir que, en 2010 de cada 10 mil habitantes diagnosticados con cáncer, 618 fallecieron, mientras que en el 2020 fueron 717 (INEGI, 2022). En 2019, el INEGI publicó que, hubo 88,683 defunciones por tumores malignos, la distribución porcentual por sexo indicó que fallecieron 45,228 mujeres (51%) y 43,455 hombres (49%). En 2020, entre enero y agosto, se registraron 60,421 defunciones por tumores malignos, la distribución porcentual por sexo indicó que fallecieron 30,815 mujeres (51%) y 29,606 hombres (49%) (INEGI, 2021). En ese mismo año Morelos se ubicó dentro de los 6 estados con la mayor tasa de defunciones por cáncer en el país (INEGI, 2022) De enero a junio del 2021 se registraron 44,197 defunciones por cáncer, de los cuales 22,714 fueron mujeres representando el 51% y 21,482 fueron hombres representando el 49% (INEGI, 2022), manteniendo los mismos valores en la distribución porcentual por sexo por tercer año consecutivo. Estos datos nos indican que desde el 2019 al 2021 las mujeres, con una diferencia de 2 puntos porcentuales, tuvieron mayor tasa de defunciones por tumores malignos (cáncer), lo que no solo representa un problema de salud pública sino también la falta de recursos e

---

<sup>39</sup>Íbidem.

información sobre la razón del por qué las mujeres diagnosticadas con cáncer fallecen en mayor medida que los hombres, del si hay un retroceso en la prevención, información, y áreas de acceso a la salud para sus revisiones anuales.

Los factores de riesgo a los que están más expuestos los mexicanos están relacionado a su estilo de vida como el tabaquismo, consumo del alcohol, sedentarismo y una dieta alta en calorías de acuerdo con el Director General del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), Abelardo Meneses García. La exposición a los factores de riesgo que puedan dar como resultados mutaciones genéticas pueden disminuir considerablemente las probabilidades de que se produzca algún tumor maligno en el cuerpo humano. Aproximadamente el 30% de muertes por cáncer están relacionadas a la exposición de cinco factores de riesgo comportamentales y alimentarios: índice de masa corporal elevado, consumo deficiente de frutas y verduras, falta de actividad física y, consumo de alcohol y tabaco. Tan solo el tabaquismo contribuye a la producción del 30% de tumores malignos, afectando hasta 16 órganos (Gobierno de México, 2020).

Sin embargo, no es única ni exclusivamente la responsabilidad del ciudadano el evitar exponerse a dichos factores de riesgo, también se le debe de atribuir al Estado la responsabilidad de proporcionar estrategias preventivas. En la prevención se tiene que abarcar la detección temprana de la enfermedad y el tratamiento de los pacientes, siendo lo más importante para disminuir la mortalidad por cáncer. México al tener el cáncer como la tercera causa de muerte en el país, tiene que aumentar sus esfuerzos en la detección temprana del cáncer, ya que, si se identifica en sus etapas iniciales, la probabilidad de muerte disminuye y el tratamiento es menos costoso.

Dentro de las metas propuestas de la OMS y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) se establece que se tiene que aumentar el compromiso político con la prevención y tratamiento del cáncer; elaborar normas e instrumentos para la planificación y ejecución de intervenciones de prevención, diagnóstico precoz, tamizaje, tratamiento, cuidados paliativos; reforzar los sistemas de salud en los ámbitos nacional y local para que mejoren el acceso a los



tratamientos oncológicos; se debe de mejorar el control del cáncer de mama y reducir su nivel de morbilidad mediante el diagnóstico oportuno y acceso al tratamiento, aplicando la Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer de Mama, y por último pero no menos importante, aumentar el acceso a los antineoplásicos esenciales.

## **Cáncer de mama**

El cáncer de mama (CaMa) es el resultado de un crecimiento anormal de las células de la glándula mamaria. Es una enfermedad multifactorial que afecta a las mujeres sin importar clase social, con factores de riesgo como la historia familiar, nutrición, edad, cambios genéticos y epigenéticos<sup>40</sup>. Es una enfermedad heterogénea, clonal, localizada la mayor parte de su historia natural y se vuelve sistemática si el crecimiento del tumor no es interrumpido mediante un diagnóstico temprano y terapia (Cruz,2014). El CaMa inicia generalmente en los conductos mamarios (en tal caso se le denomina carcinoma ductal) sin embargo en menor porcentaje puede ocurrir en los lóbulos mamarios (denominado carcinoma lobulillar) (Martín, Herrero, & Echavarría, 2015) Existen diversos factores de riesgo que aumentan el desarrollo de la enfermedad y toda mujer tiene riesgo a padecerla: los factores hereditarios tienen que ver con los antecedentes de cáncer de mama y/u ovario en la familia y mutaciones de los genes BRCA1, BRCA2 y TP53; factores reproductivos, ligados al uso prolongado y sin asesoramiento médico de métodos anticonceptivos orales y de sustitución hormonal, menstruación precoz (antes de los 12 años), una menopausia tardía (posterior a los 55 años), un primer embarazo a una edad avanzada, disminuir el tiempo de lactancia materna y el no tener hijos; que hayan tenido tratamientos previos con radioterapia antes de los 30 años en el pecho o mamas; así como el consumo prolongado del medicamento dietilestilbestrol, ya sea por exposición directa o vía madre-feto.<sup>41</sup> Por último, están los factores de riesgo

---

<sup>40</sup> La epigenética es el estudio de factores hereditarios, no genéticos.

<sup>41</sup> El dietilestilbestrol (DES) es un estrógeno sintético no esteroideo. Se recetó con regularidad entre las décadas de los cuarenta y setenta ya que se pensaba que prevenía los abortos espontáneos y para tratar problemas de próstata. Los estudios actualmente han demostrado que las madres que

que pueden prevenirse y modificar, es decir, el estilo de vida: el consumo de alcohol, el sobrepeso, la obesidad y la falta de cualquier tipo de actividad física.

En México la NOM-041-SSA2-2011 establece los lineamientos que deben de seguir tanto el sector privado y público que conforman al Sistema Nacional de Salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del carcinoma mamario. En la prevención los sectores de salud deben realizar campañas que alienten a la población femenina de llevar un estilo de vida saludable, así como informarles de los diversos factores de riesgo de los cuales están expuestas, como la detección temprana para un tratamiento exitoso. La detección temprana está dividida en tres tipos: la autoexploración, examen clínico y la mastografía (Secretaría de Salud, 2011). Asimismo, el diagnóstico de cáncer de mama se basa en un triple abordaje: examen clínico, imagenología y estudios de histopatología. Se denomina caso confirmado aquel que ha sido corroborado por un estudio histopatológico. Se realiza una historia clínica completa, haciendo énfasis en antecedentes familiares de CaMa, cáncer de ovario y colon, así como otros factores de riesgo: género, edad, raza, lugar de residencia, historia personal y familiar de cáncer mamario, lesiones benignas de mama, reproducción y estado hormonal, edad de la menarquia y menopausia, edad de primer parto, ooforectomía, niveles de estrógeno patrones menstruales infertilidad, paridad, lactancia materna, densidad ósea, uso de anticonceptivos orales y terapia de reemplazo hormonal, riesgo género, exposición a radiaciones ionizantes (Beltrán, 2013). Los estudios más avanzados y de alto costo se indican cuando la paciente está en etapas muy avanzadas o si los estudios básicos no brindan resultados concisos. Para diagnosticar y elegir el mejor tratamiento con resultados exitosos, el cáncer de mama se clasifica mediante el sistema TNM explicado en el apartado de cáncer, y se codifica de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en 10a revisión (Secretaría de Salud, 2011) <sup>42</sup>. La clasificación TNM es un sistema que

---

tomaron el medicamento, aumentaron su riesgo a contraer cáncer de útero, ovario o mama, así como las hijas expuestas al medicamento, en especial al cáncer de vagina y cuello uterino.

<sup>42</sup> Tumor maligno del pezón y areola mamaria (C50.0)

- Tumor maligno de la porción central de la mama (C50.1)

describe la extensión o severidad del cáncer, al registrar la extensión del tumor primario (T), la afectación a ganglios linfáticos regionales (N) y la presencia o ausencia de metástasis (M). Desde los noventa ha sido aplicada para estadificar el cáncer mamario (Fuentes, 2014) A pesar de actualmente podría considerarse obsoleto o antiguo, la clasificación TNM si bien se actualiza constantemente es de mucha ayuda en poblaciones de pocos recursos que no cuentan con hospitales que usan técnicas avanzadas.

A pesar de que hasta el momento no se ha encontrado una terapia que sea efectiva en su totalidad para el combate del CaMa, existe una especialidad científica encargada que establece esquemas de dosificación menos rígidos, más individualizados y mayor eficacia: la farmacogenómica<sup>43</sup>. Los diferentes tratamientos varían de acuerdo al estadio y tipo de cáncer de mama, la terapia de modulación del receptor de estrógenos es de las más estudiadas y con mayor efectividad en la disminución de la recurrencia y muerte en etapas tempranas. Las terapias se clasifican en dos tipos: local, que es la cirugía y la radioterapia; y la sistémica que entra la quimioterapia, hormonoterapia y terapia biológica. Las terapias sistémicas son en donde se hace uso de medicamentos.

En México el esquema de tratamiento específico de quimioterapia es de cuatro ciclos de fluorouracilo, adriamicina y ciclofosfamida, seguido por paclitaxel

- 
- Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama (C50.2)
  - Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama (C50.3)
  - Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama (C50.4)
  - Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama (C50.5)
  - Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama (C50.6)
  - Lesión de sitios contiguos de la mama (C50.8)
  - Tumor maligno de la mama sin posición especificada (C50.9)

Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, México, CdMx: Diario Oficial de la Federación, 2011.

<sup>43</sup> La farmacogenómica se encarga del estudio de las variantes genómicas, transcriptómicos y proteómicos que influyen los parámetros de un fármaco. Convirtiéndose en un campo muy importante para la lucha contra el cáncer de mama hasta formarse el Consorcio Internacional de Farmacogenómica del Cáncer de Mama (COBRA Consortium).

durante 12 semanas (Hidalgo et al., 2014).<sup>44</sup> Los medicamentos se pueden clasificar como agente único (monodroga) o quimioterapia de combinación, decisión acorde a las características del tumor, estado funcional del paciente, preferencia del oncólogo y paciente, y la disponibilidad de los recursos. Dentro de la monodroga se incluye las antraciclinas, taxanos (docetaxel o paclitaxel), vinorelbina y capecitabina, gemcitabina, sales de platino, vinblastina y 5-fluorouracilo. Los esquemas de combinación son: FAC (5-fluorouracilo, doxorubicina y ciclofosfamida); FEC (epirrubicina); AC (doxorubicina + ciclofosfamida); EC (epirrubicina) y AT (doxorubicina, paclitaxel o docetaxel). Los medicamentos antineoplásicos son como se les llama a los utilizados para detener la formación de neoplasias, en 2014 se publicó el boletín 1-14 del Centro de Información de Medicamentos donde se enlistan todos los medicamentos utilizados para combatir el cáncer de mama y los cuales se encuentran en el Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos (CBCIM). En el Cuadro 4 se divide la terapia sistémica en los tres tipos de tratamiento: quimioterapia, terapia hormonal y terapia biológica. La forma de administración puede ser posterior a un tipo de terapia local con la finalidad de evitar la reincidencia: tratamiento adyuvante; o que la terapia sistémica sea la primera opción antes de la local: tratamiento neoadyuvante.

**Tabla 1. Terapia sistémica para el cáncer de mama perteneciente al Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.**

<i>Terapia sistémica</i>	<i>Clave CBCIM</i>
<b><i>Terapia Hormonal</i></b>	
<i>Goseralina</i>	010.000.3048.00
<i>Anastrozol</i>	010.000.5459.00
<i>Letrozol</i>	010.000.5541.00
<i>Exemestano</i>	010.000.5418.00, .5418.0 y .5418.02
<i>Fulvestrant</i>	010.000.5880.00

<sup>44</sup> El 5-flouracilo

Las antraciclinas (doxorubicina y epirubicina) actúan desde las bases del ADN.

El fármaco más utilizado en el cáncer de mama son las ciclofosfamidias

El paclitaxel (fármaco citotóxico), familia de taxanos, se utiliza en el tratamiento de tumores sólidos. Se prescribe en casos de carcinoma avanzado, recurrente o refractario al tratamiento convencional.

<i>Tamoxifeno</i>	010.000.3047.00
<b>Quimioterapia</b>	
<i>Metrotexato</i>	010.000.1759.00
<i>Ciclofosfamida</i>	010.000.1751.00 y .1751.01
<i>Doxorubicina</i>	010.000.1766.00
<i>Docetaxel</i>	010.000.5437.000, .5437.01 y .5437.02
<i>Capecitabina</i>	010.000.5460.00 y .5461.00
<i>Fluorouracilo</i>	010.000.3012.00
<i>Epirubicina</i>	010.000.1773.00 y .1774.00
<i>Paclitaxel</i>	010.000.5435.00
<b>Terapia objetivo</b>	
<i>Lapatinib</i>	010.000.5121.00
<i>Trastuzumab</i>	010.000.5422.00
<i>Pertuzumb</i>	010.000.6024.00

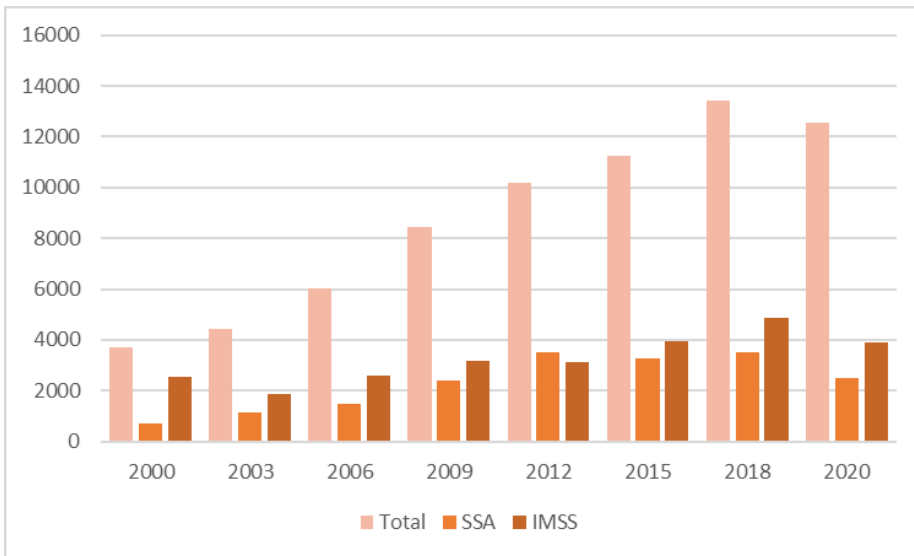
Nota: los medicamentos con más claves se deben a la variación en la presentación del medicamento.

Fuente: Elaboración propia con información del Boletín CIM2016-1 de la Ciudad de México con actualización de 2018.

El uso de las claves facilita su rastreo de compra y de las cantidades pedidas a los proveedores ya que no usan los nombres de los medicamentos cuando se hacen las licitaciones. El proceso de abasto de medicamentos lo explicaré más adelante.

El CaMa es el tipo de cáncer más frecuente y primera causa de muerte por cáncer en las mujeres mexicanas, representando el 25% de los casos, el cual ha ido en aumento desde los últimos 20 años, como lo muestra la siguiente gráfica (Hasan, Palafox, & Mohar, 2020).

**Gráfica 4. Casos nuevos de carcinoma mamario en México de 2000-2020.**



Nota: Los datos totales fueron distribuidos para su atención en la SSA, IMSS y sus diversas modalidades a lo largo de los años, ISSSTE, DIF, PEMEX, Sedena, SEMAR y otras.

Fuente: Elaboración propia con datos recabados del Anuario de Morbilidad de 1984-2020 de la Secretaría de Salud.

Desde 2000 hasta 2020, la tasa de incidencia de cáncer de mama en las mujeres mexicanas no ha disminuido hasta 2020. Desde hace 20 años solo ha aumentado. Con la tasa más alta en 2018, en la actual administración, demuestra que ha sido un problema de salud pública que no se ha resuelto desde dos administraciones atrás. Iniciando con la falta de información y educación respecto a los signos, síntomas y autoexploración para una detección temprana. El motivo por el cual se destacan los casos de la Secretaría de Salud y del IMSS, la primera es quien atiende a la población no derechohabiente, la cual recibe la atención sin ningún tipo de cuota de por medio y desde la implementación del Seguro Popular hasta su eliminación y posterior sustitución por el INSABI, son las políticas públicas encargadas de aplicar la NOM-041-SSA2-2011. Por otro lado, el IMSS fue quien atendió a más pacientes nuevos con diagnóstico de cáncer de mama, si bien entre los años 2009-2012 la diferencia no es demasiada, el Instituto sigue siendo quien más personas atiende. El aumento de los casos oncológicos y demanda de los servicios médicos en el país, se incluye en la agenda de salud pública de la administración actual. El cáncer por su alto índice de morbilidad y mortalidad,

actualmente tiene una alta prioridad en su atención, al ser un gran reto para la mejora en el área de salud pública, formando parte de las estrategia prioritarias del objetivo cinco del Programa Sectorial de Salud, destacando la estrategia prioritaria 5.1: *Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad en servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las ENT para reducir su incidencia en la población, especialmente en los grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad; y la 5.5: Fortalecer los servicios de salud y asistencia social brindados a mujeres para promover el goce pleno de la salud durante todo el ciclo de vida, bajo un enfoque integral y diferenciado, con perspectiva de género y pertinencia cultural.* En estas estrategias se especifican acciones puntuales relacionadas al cáncer, precisando en el cáncer de mama.

5.1.2 Fortalecer el Registro Nacional de Cáncer y crear un registro nacional de enfermedades no transmisibles para disponer de información oportuna, confiable y veraz que faciliten el diseño e implementación de programas y estrategias a nivel nacional.

5.5.3 Mejorar la detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino y de mama, para disminuir los efectos negativos derivados de estos padecimientos.

Al reconocer el grave problema que representa el cáncer y en específico el cáncer de mama en las mujeres, la coordinación entre programas es fundamental para hacer cumplir con los objetivos establecidos; de esta manera se integra el Programa Institucional del Instituto Nacional de Cancerología 2020-2024 al Eje 2 “Política Social” del PND; el INCan busca otorgar servicios de atención médica y de diagnóstico especializada, con servicios eficientes, de calidad y calidez, junto con el tratamiento, rehabilitación y seguimiento<sup>45</sup>. Tanto el PSS como el Programa Institucional del Instituto Nacional de Cancerología contienen objetivos prioritarios alienados para lograr un sistema de salud inclusivo que “no deje a nadie atrás”, el

---

<sup>45</sup> Objetivo prioritario Num.1 del Programa Institucional del Instituto Nacional de Cancerología 2020-2024: Contribuir al acceso universal y gratuito a los servicios de salud (atención médica y hospitalaria, exámenes médicos) y de medicamentos de la población con cualquier padecimiento de cáncer.

PSS busca la creación de acciones para garantizar el acceso universal y gratuito de los servicios de salud a todos los mexicanos para el año 2024, incluyendo la atención médica y hospitalaria, suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública la tasa de mortalidad del cáncer de mama se incrementa en mujeres que no cuentan con ningún tipo de aseguramiento social, así como a quienes pertenecen al SPSS, ya que el 90% de las mujeres acude en etapas avanzadas del cáncer lo que genera un tratamiento más costoso y con menos resultados positivos.

### **Cáncer de Mama en Morelos**

En Morelos existen varios hospitales que atienden a pacientes con cáncer, los públicos son el Hospital del Niño y Adolescente Morelense; el Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres atiende el cáncer de colon y recto, próstata, de mama, cuello uterino y tumor ovárico; el Hospital General Regional No.1 del IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En 2019, de acuerdo con cifras del INEGI, el cáncer fue la tercera causa de muerte en la entidad, con un registro de 1,405 defunciones, de las cuales 718 fueron mujeres, 123 por cáncer de mama y 73 de útero, siendo el resto de otro tipo de tumores malignos. En el 2020 volvió a encabezar la lista de la tasa de defunciones por tumores malignos, después de la Ciudad de México, Sonora y Chihuahua respectivamente, con una tasa de 8.1 por cada 10 mil habitantes; siete mil 821 mujeres fallecieron por cáncer de mama, una muerte cada hora (INEGI, 2021). Debido a los altos índices de casos nuevos en el estado, Morelos forma parte del Comité Nacional de Cáncer de la Mujer, junto con Aguascalientes, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí y Sonora.

Al ser de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor incidencia en las mujeres mexicanas, así como las que radican en Morelos, el plan de tratamiento junto con la detección temprana, deben de ser de las primeras acciones en realizar



para disminuir su mortalidad. En los esquemas de tratamiento viene la accesibilidad y suministro de medicamentos, un problema arraigado desde periodos anteriores, ¿Cuál es la verdadera razón?

#### **Capítulo IV. Distribución de medicamentos**

La provisión de medicamentos forma parte de un conjunto de actividades de índole política. La escasez de medicamentos forma parte de los retos más importantes del Sistema de Salud y Seguridad Social en México.

La accesibilidad de medicamentos de calidad, seguros y eficaces requiere la adopción de un enfoque integral de los sistemas de salud que tenga en cuenta todas las fases de la cadena de valor de los medicamentos...Es necesario supervisar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos. Además, el monitoreo sistemático y transparente de la calidad, el acceso y el uso es esencial para respaldar la adopción de decisiones y la rendición de cuentas, así como posibilitar la adaptación de las políticas nacionales con miras a que tengan en cuenta las necesidades cambiantes de la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En la época del Porfiriato los medicamentos de patente y especialidad comenzaron a circular en México provenientes de Estados Unidos y Europa con características distintas a las formulas realizadas por los boticarios: síntesis orgánica y aislamiento de moléculas<sup>46</sup>. Cambiando completamente la forma de tratamiento y prevención de enfermedades en México (Godínez, 2012). En 1903 en el laboratorio de la farmacia de Hospital de Jesús de la Ciudad de México ya empezaban a utilizar la nueva formulación farmacéutica en presentaciones como perlas, comprimidos capsulas, tabletas, ungüentos, pomadas, etc. Surgiendo las inyecciones en ampolletas de vidrio de un solo uso, siendo el Hospital de Jesús el pionero en el desarrollo de este tipo de medicamento inyectable en toda América (Bezanilla, 1947). Una industria presente en Europa durante todo el siglo XIX pero

---

<sup>46</sup> En 1901 la farmacéutica francesa Alexandre Rueff y Cía se establece en la capital del país. Siendo la tercera empresa farmacéutica en México, detrás de la botica mexicana mexicana Bustillos creada en 1857 y de la droguería italiana Hnos Grisi en 1863.

que, debido a la falta de inversionistas nacionales y boticas con recursos insuficientes, esta no pudo desarrollarse hasta terminada la Revolución Mexicana. El despegue de la industria farmacéutica fue hasta el periodo de Cárdenas, que, si bien su gobierno no tenía como prioridad el hacer crecer la industria, esta fue beneficiada por sus diversas acciones políticas. Para 1939, existían 77 empresas farmacéuticas en territorio mexicano y para 1950 era 310 empresas (Godínez & Aceves, 2014).

En la década de los 50's el Instituto Mexicano del Seguro Social crea su primera lista de medicamentos básicos del IMSS, a raíz de problemas endémicos:

1) carencia de medicamentos en sectores vulnerables rurales y urbanos; 2) distribución de medicamentos con dudosa efectividad; 3) aumento en el gasto de medicamentos y 4) malas prescripciones de los medicamentos por parte del personal de salud (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2011). El Cuadro Básico de Medicamentos (CBM) se decreta hasta 1975 por el Presidente Luis Echeverría, elaborado por la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, siendo esta una norma común para todo el territorio mexicano al momento de adquirir los suministros requeridos. Con la finalidad de “agrupar y clasificar los medicamentos que reúnan las mayores condiciones de eficacia para prevenir (la enfermedad o restituir la salud” y “será objeto de permanente estudio y revisión para mantenerlo en consonancia con los avances científicos”, con un total de 535 medicamentos genéricos, cumpliendo con el requerimiento costo-efectividad (Aguilar, Martínez, Cruz, & Santos, 2021). Dos años más tarde se modifica el nombre únicamente agregando “del Sector Público” al final; con los siguientes objetivos: 1) racionalizar el uso de los medicamentos; 2) mejorar el desarrollo de la industria farmacéutica nacional; 3) aumentar el abasto de medicamentos, y 4) garantizar el acceso a los medicamentos para todo el sector público (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2011). Este mecanismo se torna una política de salud en los ochenta cuando el Consejo de Salubridad General se hace cargo. Una vez a manos del CSG, se crea la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud

en 1983 y al año siguiente se añade la lista de medicamentos esenciales que conformarían el Cuadro Básico (CBCM). En los 80 's con la publicación de la Ley General de Salud, se vuelve un derecho el acceso a los medicamentos como parte de los servicios médicos de atención básica.

El CBCM funcionó hasta inicios del 2020, para ser sustituido por el Compendio Nacional de Insumos para la Salud<sup>47</sup> el cual se basa en los siguientes tres pilares:

1. Equidad en el acceso, al garantizar la unificación de los insumos en todas las instituciones públicas de salud.
2. Introducción de tecnologías innovadoras con seguridad, eficacia, calidad y costo-efectividad comprobadas.
3. Respuesta a las necesidades epidemiológicas de la población.

Si hacemos una comparación, en el Compendio se busca la homogenización de los servicios de salud públicos mediante la equidad, siguiendo con una compro costo-efectividad y que sea adaptable ante los cambios, como lo establece la OMS.

En 2004 la SSA publico la iniciativa Satisfacer la demanda de medicamentos en el Sector salud, para mejor el proceso de distribución. Para presentar la iniciativa se realizó una evaluación del sistema y se encontró que las causas del desabasto se debían a tres factores: insuficiencia presupuestal, ineficiencia en los procesos de abasto y falta de transparencia (Garduño, Jarillo, Castro, & Garrido, 2009).

El marco normativo de la industria farmacéutica vigila las diferentes etapas en las que esta se desenvuelve: investigación, desarrollo, aprobación sanitaria, promoción, venta y seguimiento de productos a cargo de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). La COFEPRIS es la dependencia federal de la Secretaría de Salud encargada de supervisar, regular y

---

<sup>47</sup> A partir del 2020 se decretó la creación de un Compendio Nacional de Insumos para la Salud elaborado por el Consejo de Salubridad General (CSG), aunque la Secretaría de Salud es la que determina la lista de medicamentos y otros insumos, así como la que garantiza su disponibilidad y existencia para toda la población mexicana.

controlar todos los establecimientos de salud, así como los bienes y servicios que vayan dirigidos a la población mexicana para evitar cualquier riesgo sanitario que pudiese afectar su salud. Es por ello que la COFEPRIS tiene como misión la vigilancia sanitaria de todos los medicamentos que circulan de manera legal en el territorio mexicano, tanto del sector público como del privado, supervisando todo el proceso desde los laboratorios hasta su entrega. Para un completo rastreo del medicamento existen 4 comisiones correspondientes a cada etapa:

1. Comisión de autorización sanitaria: expide licencias, permisos, certificados y registros.
  - 1.1. Licencias sanitarias para fabricantes, almacenes, Centrales de Mezclas y laboratorios auxiliares a la Regulación Sanitaria.
  - 1.2. Licencias sanitarias para farmacias.
  - 1.3. Certificados de Buenas Prácticas de Fabricación de Insumos para la Salud.
  - 1.4. Permisos para la Venta y/o Distribución de Productos Biológicos y demás Insumos para la salud.
  - 1.5. Registros Sanitarios para medicamentos y vacunas.
  - 1.6. Comercio Internacional.
  - 1.7. Autorización Publicitaria.
2. Comisión de Operación Sanitaria:
  - 2.1. Vigilancia de medicamentos post-comercialización.
  - 2.2. Producción, almacenamiento y distribución de medicamentos.
  - 2.3. Retiro de productos del mercado.
  - 2.4. Medicamentos falsificados.
  - 2.5. Medicamentos adulterados.
3. Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura:

- 3.1. Servicios Analíticos
- 3.2. Terceros Autorizados
- 4. Comisión de Evidencia y Manejo de Riesgos
  - 4.1. Farmacovigilancia

(Gobierno de México, 2022)

Las actividades subrayadas de cada comisión tienen un propósito. Ya que son las áreas que la dependencia debería de vigilar y son en donde más deficiencias existen, como se verá más adelante en la investigación e información recabada de las encuestas y entrevista.

El Sistema de Salud Mexicano está conformado por 70 subsistemas que componen la Cadena de Acceso de los Medicamentos e Insumos Médicos (CAM), la cual varía dependiendo de los SESA, influyendo en la planeación, financiamiento, farmacovigilancia, adquisición, almacenamiento y distribución en cada estado federativo (Colectivo Cero Desabasto, 2022). Los sistemas de abasto de medicamentos son muy complejos, así como cambiantes. Cada institución tiene el suyo y aunque parecieran similares, existen variables que pueden modificar mucho las etapas del abasto, es por ello que en este capítulo únicamente hablaré del sistema de abasto de medicamentos que maneja el Instituto Mexicano del Seguro Social, ya que el hospital al cual se realizó el trabajo de campo pertenece al IMSS.

### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

El IMSS está conformado por diversos órganos superiores para su funcionamiento. La Asamblea General es el de mayor nivel, la autoridad suprema encargada de aprobar los presupuestos, conformada por 30 miembros y presidido por el Director General, organizada en tres grupos: el Ejecutivo Federal, Organizaciones patronales y Organización de trabajadores. La Dirección general, quien es designado por el presidente en curso, ejecuta todos los acuerdos realizados por la Asamblea General y el Consejo Técnico, así como es quien presenta los informes de presupuestos y el cronograma de actividades; el balance contable; el informe

financiero y actuarial y el de la Comisión de Vigilancia del Instituto. De 2000 al 2005, Santiago Levy fungió como Director General con Fox; posteriormente para el último año del sexenio se designó a Fernando Flores. Durante el sexenio de Calderón existieron también dos Directores Generales, Juan Francisco Molinar Horcasitas de 2006 a 2009 y Daniel Karam de 2009 a 2012. Con Peña Nieto nuevamente se repite el patrón de tener a más de un Director General, de 2012 a 2016 José Antonio Gonzales fue Director General, de 2016 a 2017 fue Mikel Arriola y para el resto del sexenio se quedó a cargo Tuffic Miguel Ortega. En la presente administración German Martínez Cazares estuvo en el puesto tan solo un año, de 2018 a 2019, desde ese año a la fecha Zoé Robledo es el Director General del IMSS.

El IMSS, amparado con la LSS, cuenta con cinco seguros para garantizar la correcta prestación de los servicios: Enfermedad y Maternidad; Riesgos de Trabajo; Invalidez y Vida; Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; y Guarderías y Prestaciones Sociales. El primer seguro de Enfermedad y Maternidad abarca la atención médica, quirúrgica, hospitalaria y la de mayor interés: la farmacéutica. Las prestaciones de esta rama de aseguramiento son mediante pago en especie o dinero y gastos médicos para jubilados y beneficiarios. La prestación en especie médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria para asegurados y beneficiados es otorgada desde que inicia la enfermedad y durante el plazo de 52 semanas. En este caso la enfermedad a tratar es el cáncer de mama, dependiendo la etapa en que se encuentre será la tasa de supervivencia del cáncer, si este se detecta a tiempo y se trata debidamente. Existen diversos estándares para determinar la tasa de supervivencia a 5 años: la NOM-041-SSA2-2011 dice que etapa I: 93%, II: 72%, III: 41% y IV: 18%; Cancer.org tiene tasas más altas: I: 100%, II: 93%, III: 72% y IV: 22%; mientras que un estudio realizado en pacientes con cáncer de mama en 2010 en el Hospital Militar de la Mujer en Ciudad de México arrojó los siguientes datos: etapa I: 83%, II: 79%, III: 82.5% y IV: 0% (Heredia & Palacios, 2018). Así que la prestación del IMSS abarca un año y 1 mes, sin contar la reincidencia o la longevidad de esta enfermedad crónica no transmisible, por lo que tendría que

haber un ajuste del plazo para realmente proveer a las mujeres un tratamiento completo; principalmente en los medicamentos surtidos.

### **Abasto de Medicamentos**

El acceso a servicios de salud suficientes, de calidad y oportunos, mediante un esquema distributivo equitativo y eficiente, mantiene las condiciones de salud adecuadas. Se puede manejar exitosamente el abasto de medicamentos si hay una mejorar en el abasto suficiente, oportuno y accesible que cumpla con el costo-beneficio, como se ha mencionado anteriormente (López, Martínez, López, Soto, & Castro, 2011).

A partir del 2011 el IMSS solicita a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) una revisión a sus regulaciones y prácticas de adquisiciones, siendo la primera agencia pública en el país y en todo el mundo en solicitar dicha revisión. Los procedimientos de compra del IMSS son mediante licitación pública, invitación a por lo menos 3 personas y adjudicación directa<sup>48</sup>. Las licitaciones se realizan mediante una convocatoria pública, en la cual los proveedores proporcionarán toda información esencial, en sobre cerrado, para que el Instituto al abrirlo públicamente seleccione al que genere las mejores condiciones en cuanto a precio, financiamiento, calidad, oportunidad, crecimiento económico, generación de empleo y sustentabilidad (Gobierno de México, 2021). La convocatoria es publicada en el portal web CompraNet, ahí mismo se difunde el proyecto desde 10 días hábiles previos a que se publique oficialmente la licitación pública, con la finalidad de recabar e integrar todos los comentarios por parte de proveedores, áreas usuarias y técnicas, y en caso de contar con uno, de un testigo social. Cuando se revisan todos los comentarios y se hacen los ajustes pertinentes, se envía un resumen al Diario Oficial de la Federación para su publicación. Si la convocatoria lo indica, se realizarán visitas a las instalaciones, toda aclaración derivada de dicha visita o en general, se tendrán que esclarecer en las juntas de

---

<sup>48</sup> En 2018 se facultó a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a partir de las reformas realizadas a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal para que fuese la encargada de realizar las compras consolidadas de medicamentos de los hospitales e instituciones públicas del país.

aclaraciones, presididas por personal del Instituto, un representante del posible proveedor y del área técnica. El día del evento se publicará en CompraNet el acto de presentación y apertura de proposiciones, asimismo se hará uso del portal para verificar que los proveedores no hayan sido inhabilitados en todo contrato regulado por la Ley. El área técnica o requirente, será la encargada de realizar un evaluación económica-administrativa de cada proposición de acuerdo al criterio de evaluación desglosado en la convocatoria, las que sean descalificadas tendrán que ser publicadas junto con las razones. Con una tabla comparativa, se seleccionará al proveedor que mejor cumpla con las condiciones previamente mencionadas, una vez realizada la adjudicación, se emitirá el fallo de la licitación pública y se publicará en el portal. La invitación a tres personas es el procedimiento en el cual el Instituto invita a proveedores con la capacidad de una respuesta inmediata, junto con todos los recursos necesarios para que puedan ser seleccionados Si un proveedor considera que contiene todo lo requerido, podrá contactar al Instituto para solicitar una invitación, previo a la realización de la junta de aclaraciones; los lineamientos de la junta de aclaraciones, el de la verificación de los proveedores, y el del análisis y evaluación serán los mismos descritos en la licitación pública.

El OCDE establece que:

*Aunque ilegal, la colusión entre oferentes ocurre en las contrataciones públicas en el mundo entero y continúa teniendo un impacto negativo directo sobre los recursos de las instituciones públicas.*

Cinco años después, el Instituto vuelve a pedir a la OCDE una evaluación, pero ahora del estado e implementación de las recomendaciones realizadas en el 2011, así como un análisis de impacto sobre los resultados de los procedimientos de adquisiciones.

En 2019 hay un cambio del modelo de la compra de medicamentos y en 2020 con la entrada del INSABI, se regresa al centralismo de la compra de medicamentos al ser el gobierno federal quien gestione las compras, teniendo convenios con los Estados. La reforma de 2018, empieza la Secretaria de Hacienda y Crédito Público



a hacer las compras. El IMSS antes se encargaba de realizar las compras consolidadas año por año para sí mismos y otras instituciones públicas federales y estatales de salud.

**Cuadro 5. Dictamen presupuestal aprobado y definitivo del IMSS Nacional para productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio de 2018-2020.**

<i>2018</i>	<i>Aprobado</i>	<i>Sin información</i>
	Definitivo	Sin información
<i>2019</i>	Aprobado	54,888,701,664
	Definitivo	51,802,081,185
<i>2020</i>	Aprobado	60,965,884,326
	Definitivo	57,843,534,319
<i>2021</i>	Aprobado	62,156,605,690
	Definitivo	69,832,713,980

Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación de 2018-2021.

El PEF de 3 años, no se cuenta el 2018 por falta de información en este apartado, se observa que lo destinado a medicamentos en 2019 y 2020, presentan un subejercicio, lo que puede significar dos cosas: ahorro o sobreestimación del gasto. Y este debe ser reasignado a otros rubros, es decir que deben ser devueltos a la SHCP. En el área de la salud, en este caso, si se ejerce un gasto menor autorizado por retraso de transferencias, la salud de los mexicanos está en riesgo en término de la distribución de medicamentos (García, 2019). Por otro lado, en 2021 se observa un gasto mayor al presupuesto aprobado, sin embargo, en ninguno de

las dos situaciones hay un desglose sobre él porque del gasto excedente o el destino del restante como en los dos años anteriores.

El IMSS utiliza el Sistema de Abasto Institucional (SAI) con los siguientes indicadores: recetas presentadas, surtidas, parciales, negadas y no surtidas efectivamente. De acuerdo al Mapeo de Desabasto de Medicamentos en México, de 2019 a 2019 las recetas totales nacionales fueron de 430.699 millones, de esas 409.810 fueron surtidas en su totalidad mientras que las parciales fueron de 4.737 millones y las negadas de 16.152 millones, es decir, si proporcionamos una receta por persona, estamos hablando de más de 16 millones de pacientes que en dos años no recibieron su tratamiento correctamente. En esos mismos años hubo 426 quejas de los Servicios Estatales de Salud (Nosotrxs por la Democracia, 2021).

El problema de abasto de medicamentos es importante que hasta la revista médica The Lancet lanzo una nota periodista en julio del 2021, "Lack of medicines in Mexico" por David Agren, Que relata cronológicamente las decisiones políticas en salud de la administración de Andrés Manuel que llevaron al desabasto.

### 1. Origen.

El proceso de adquisidores de medicamentos estaba lleno de corrupción, beneficiando a ciertas farmacéuticas.

- Había un monopolio que controlaba la venta de medicamentos al gobierno, un jugoso negocio de 100 mil millones de pesos. -López Obrador en junio de 2021

### 2. Escasez.

El desabasto no solo se encuentra en el sector de medicamentos oncológicos, si no en vacunas, para enfermedades infecciones o crónicos.

La causa de la escasez fue la ineficiencia en gestión, planificación y compra.

Andrés Castañeda Prado. Médico y colaborador de Cero Desabasto

### 3. Cambio en el sistema de adquisiciones.

Las compras consolidadas han funcionado desde 2013 hasta finalizado el sexenio de Peña Nieto, organizado por el Instituto Mexicano de Seguridad Social. Debido a la reforma de 2018, las compras se realizarían por medio de las Secretaria de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

#### 4. Subejercicio

Jorge Alcoces anuncio que, debido a la política de austeridad impulsada en este gobierno, la UNOPS había generado un ahorro en las compras de 11, 8880 millones de pesos.

### Hospital General Regional C/MF No.1 del IMSS

El Hospital General Regional C/MF No.1 del IMSS es el hospital más grande del estado perteneciente a esta institución, y de los pocos que atienden el cáncer de mama. Esa fue la principal razón de la elección del hospital, la segunda razón fue por motivos personales: ser paciente del hospital. Esta última experiencia me permitió ser observadora de las instalaciones, servicios y trato que brinda el hospital, si bien las razones de mi tiempo como paciente están muy lejos de ser tan importantes como el de las mujeres con cáncer de mama, pude realizar una comparativa. Si mi experiencia la pude valorar de mala a regular, ¿Cómo sería para quienes padecen una enfermedad crónica de tal longevidad? Los siguientes cuadros muestran la cantidad de servicios materiales, recursos humanos e instalaciones en el IMSS a lo largo de 18 años.

#### Cuadro 6. Infraestructura, recursos materiales y humanos del IMSS-Morelos en los años 2000-2018.

	2000	2006	2012	2018
<i>Unidades médicas*</i>	27	23	24	24
<i>Consultorios</i>	202	212	255	277
<i>Quirófanos</i>	15	21	15	13
<i>Laboratorio clínico</i>	5	n/d	5	5
<i>Farmacias</i>	n/d	n/d	9	n/d
<i>Médicos*</i>	507	775	808	1,107

<i>Personal de enfermería*</i>	1,019	1,049	1,155	1,285
--------------------------------	-------	-------	-------	-------

Nota. Las unidades médicas incluyen a las unidades de consulta externa y hospitalaria. En el apartado de médicos son todos aquellos en contacto con el paciente incluyendo a generales, especialistas y en formación. El personal de enfermería abarca a generales, de especialidad, pasantes y auxiliares.

Fuente. Elaboración propia con datos obtenidos del Boletín de Información estadística de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud de 2000, 2006, 2012 y 2018.

**Cuadro 7. Equipo médico para uso de detección del cáncer de mama en el IMSS-Morelos en los años 2000-2018.**

	2000	2006	2012	2018
<i>Tomografías</i>	1	0	1	1
<i>Unidades de radioterapia</i>	0	0	0	n/d
<i>Mastógrafos</i>	n/d	n/d	0	0
<i>Equipos de ultrasonido</i>	0	n/d	2	0

Fuente. Elaboración propia con datos obtenidos del Boletín de Información estadística de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud de 2000, 2006, 2012 y 2018.

Es importante señalar que esta información abarca a toda unidad médica del IMSS del estado, ya que, en específico del hospital, la información no se encontraba en línea. Sin embargo, es evidente la falta de inversión y atención que hay en el estado, de 2000 a 2018 las unidades médicas se redujeron casi el 1% cuando estas deberían aumentar proporcionalmente al número de derechohabientes, los cuales en 2018 eran 811,639, es decir, cada unidad médica atendía a casi 34,000 personas (Servicios de Salud de Morelos, 2019). Los demás datos no se quedan atrás, en solo 18 años, el aumento es muy poco para más de una década. En el cuadro 6, está el equipo médico que normalmente se usa para la detección del cáncer de mama, los datos mostrados son lo que tiene la Secretaria de Salud. El principal, las unidades de mastógrafos efectivamente para 2018 la cantidad era de 1 y en el Hospital Regional No.1, obstaculizando el acceso para las mastografías a las mujeres lejos de Cuernavaca. A octubre de 2022 hay un total de 3 mastógrafos en el estado, los otros dos se encuentran en el Hospital General de Zona (HGZ) No.5 en Zacatepec y en la UMF No.20 en Cuernavaca (Redacción DDM, 2022). Es decir, de los 36 municipios ubicados en Morelos, solo dos cuentan con el equipo

fundamental para la detección temprana del cáncer de mama en un estado donde su incidencia es alta.

La densidad de los recursos de infraestructura, recursos materias y humanos es fundamental en la salud pública para satisfacer las necesidades del usuario. Un principio de la economía lo describe de la siguiente manera: las necesidades de la población son siempre crecientes mientras que los recursos disponibles para satisfacerlas son siempre limitados (Ochoa, 2016). Referente a la distribución y suministro de medicamentos, la metodología es la siguiente:

El presente trabajo tiene una metodología de orientación mixta (cualitativo-cuantitativo), de la parte cualitativa se realizaron 5 encuestas hacia mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital No.1 del IMSS Cuernavaca. Asimismo, se entrevistó a 3 personas provenientes de una distribuidora de medicamentos e insumos médicos en la cual también venden medicamentos de todo tipo, incluyendo oncológicos, pertenecientes a la Secretaría de Salud, los cuales está prohibida su venta. En relación con el método cuantitativo, se recabaron cifras proporcionadas por los diversos organismos e institutos para comprobar la eficacia de los programas implementados o en su defecto de los malos resultados (ANEXO 1 Y 2). En este trabajo no se asume como representatividad el abasto de medicamentos de todos los hospitales pertenecientes a los Servicios de Salud de Morelos, ni mucho menos a todo el estado. Al ser una investigación de tipo cualitativo su validez no será determinada por los casos, sus diferencias o similitudes. El valor del trabajo se apoya en el proceso teórico y analítico del fenómeno de desabasto de medicamentos, junto con testimonios recuperados de notas periodísticas.

En 2021 el coordinador del IMSS en Morelos dijo lo siguiente: “Si existe un desabasto de medicamentos, pero en áreas vitales no se sufre de este problema...estamos bien surtidos, el desabasto es de un aproximado de 15%, sobre todo en aquellas áreas que representan una emergencia o la vida del paciente”. Sin embargo, de las entrevistadas 2 reconocieron que les llegó a faltar el Letrozol, como su medicamento de seguimiento de terapia hormonal.

## **Limitaciones y observaciones**

Las limitaciones presentadas fueron las siguientes: tres de las mujeres encuestadas no conocían el tipo de medicamentos que se les administró ni el tipo de cáncer, o inclusive la etapa en que se encontraban o encontraron. El jefe de la farmacia a quien entrevisté no quiso admitir nada en concreto y divagaba mucho.

Después de la segunda encuesta observé que el medicamento que se administraba para el seguimiento era el Letrozol. Cuando se los mencione, pudieron recordar dos más. Respecto a si habían sufrido de algún periodo de tiempo sin que les hayan administrado el medicamento, tres respondieron que sí. Pero que este había sido corto y le avisaban cuando se abastecían nuevamente, por lo que consideraban que el servicio en farmacia era bueno. Ninguna compro o busco medicamento proveniente del sector privado, ni mucho menos conocían a alguien que se los consiguiera de manera “ilícita”, sin embargo 3 de ellas si estaban al tanto sobre el robo de medicamentos del sector salud, una lo llamó “un rumor que escuche por ahí”.

Respecto a las entrevistas realizadas, dos de ellas fueron improvisadas, ya que eran empleados que decidieron contestar algunas preguntas. No pude ser demasiado directa al notar que la persona encargada de esas compras de medicamento “ilegal”, cambiaba de tema. No obstante, fui testigo de la práctica y como les es posible realizar la venta al público o mismos médicos: raspan con una navaja las letras grabadas “Secretaría de Salud. Prohibida su venta”. De acuerdo a un empleado así se manejan: los proveedores de ese medicamento son actores terceros que no están dentro del sector salud, quien realiza el robo hormiga son los transportistas y encargados de farmacia, al estar monitoreados, quienes se encuentran en los almacenes del hospital se les facilita tomar unos medicamentos, que son pocos ya que estos no llegan en lotes grandes. Realizan este modus operandi para diversos medicamentos, los caros, oncológicos, se consiguen de acuerdo a la demanda y persona que lo busca. Hay medicamentos que, si se adquieren por la vía legal, pero hay varios que no y quienes lo compran lo saben. Lo denominan “medicamento controlado” ya que no está a la vista pública, quien llega y lo pide, no significa que

se le será surtido, aunque haya existencia. Tienen un área especial para realizar el borrado del sello, donde hay cientos de medicamentos. La respuesta de un empleado me respondió a la pregunta del ¿por qué lo hacen? Bueno, ellos piensan que, dentro de lo malo, están realizando una buena acción. Ellos no tienen una gran ganancia en esas ventas ya que no le suben el precio exorbitantemente, y consideran que ayudan a la gente a conseguirlo más barato que en otros lados, cuando en realidad debería serles gratuitos. De igual manera cuando mencioné que estaba realizando un trabajo de investigación para conocer las deficiencias en la política de salud de la administración actual que derivan el desabasto de medicamentos, me mencionó que ya que yo estaba hablando directamente con los pacientes, podía generar un negocio si me asociaba con ellos. Es decir, no están conscientes de la gravedad de los actos que realizan. Cuando le pregunte si conocía la manera en que se hacían las licitaciones, me mencionaron que estas ya estaban adjudicadas desde antes de la publicación, el acto de corrupción que manejan es por el intercambio de dinero para brindarles el contrato a los proveedores. Lo describió de la siguiente manera:

-El proveedor llega y le da los precios del producto, lo que hace el hospital o Institución es regatear el precio, por un más bajo y si se niega, la frase siempre es “no hay dinero”. Si el proveedor acepta, el que compra pide un porcentaje de la ganancia. De igual manera ocurre con la adjudicación.

-Los proveedores pagan para vender.

Lo que lleva a dos supuestos: el primero es que, si piden precios más bajos, pero no se garantiza la calidad y efectividad de este, significa que ahí hay una malversación de fondos los cuales caen directos a los bolsillos de los funcionarios, El segundo es que las licitaciones públicas son un fraude, ya que estas ya están arregladas. Hay un tercero, pero no lo quisiera calificar como supuesto, porque no solo sucede en el área de la salud, se paga bastante dinero para poder ser quien licite el producto.

De acuerdo a la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF), México ocupa el sexto lugar a nivel mundial en la venta de medicamentos falsificados y seis de cada 10 son de procedencia ilícita. La autoridad pública está al tanto de esta problemática, en febrero del año presente la diputada María Chávez Flores, del PRD, propuso una reforma a la Ley General de Salud, adicionando un inciso al artículo 464 Ter en donde se establecerán las sanciones a quienes vendan, comercien, posean, distribuyan o transporten medicamentos, fármacos, muestras médicas, materias y todo lo que sea propiedad del sector salud, con una pena de dos hasta ocho años de cárcel y multa de 500 a mil días; si fuese un funcionario o empleado de una institución la pena se incrementa en un 50% (Cámara de Diputados, 2022) La diputada señaló lo siguiente:

El impacto de estas prácticas afecta negativamente al abasto de medicamentos para los derechohabientes y no derechohabientes, principalmente a quienes padecen de una enfermedad crónico degenerativa que necesitan el tratamiento a largo plazo. La sustracción se realiza en mayor medida dentro de las propias instalaciones por los empleados de almacenes y farmacias, que tienen un acceso directo a ellos. El robo de medicamentos se incrementó durante la pandemia, lo que ha aumentado a su vez los efectos negativos.

Iniciativa que debería aprobarse. Teniendo un marco jurídico, se puede sancionar correctamente a quienes realicen estas prácticas, porque si simplemente se le reconoce como un problema público, este seguirá en aumento al no haber ningún castigo punitivo que pueda desalentar a quienes se benefician de la venta de estos medicamentos, que deberían estar dirigidos a quienes pagan su cuota correspondiente y a los sectores de escasos recursos. El Estado no puede adjudicarse la ampliación de la cobertura, hablando de cuantas personas están afiliadas a algún programa de protección social si una vez dentro no se les brinda la calidad ni el acceso efectivo a los servicios de salud. De acuerdo a la OMS, el derecho a la salud por medio de una política pública se basa en cuatro pilares:

- Disponibilidad. Infraestructura suficiente que contenga bienes y servicios públicos de salud para todos.



- **Accesibilidad.** Estos bienes y servicios deben ser accesibles para todos, sin discriminación, acceso a la información y atención efectiva.
- **Aceptabilidad.** Quien brinda el servicio debe regirse bajo una ética médica y culturalmente apropiada al lugar donde se encuentra.
- **Calidad.** Atención apropiada con condiciones adecuadas para que satisfagan las necesidades de cada paciente.

Ahora, estos pilares se pueden aplicar para la creación de una política farmacéutica que resuelva el problema del desabasto de medicamentos, en específico de los oncológicos. Una política farmacéutica correctamente aplicada promueve la equidad y sostenibilidad, mediante objetivos generales: a) Accesibilidad; b) Calidad y, c) Uso racional. Que a su vez se dividen en objetivos específicos:

- Selección de medicamentos esenciales.
- Sistemas de suministro.
- Vigilancia y evaluación.

Estos podrán variar en orden de importancia dependiendo los objetivos generales de una región. Como toda política pública se deben tener pasos a seguir para garantizar su buena implementación.

## **Capítulo VI. Conclusiones**

La investigación presentó un antecedente legislativo y político para que la salud fuese considerada un derecho constitucional para todas las personas en territorio mexicano. Su reconocimiento como problema público e incorporación a la agenda gubernamental conformó el Sistema de Salud en el país, lo que a su vez originó la Seguridad Social. Las reformas de salud se crearon a partir de las necesidades sanitarias de México, entre ellas el aumento de las enfermedades crónico degenerativas que presentan importancia en la salud pública, adaptadas a los modelos políticos de la época, pero también por influencia y presión extranjera. El proyecto neoliberal lideró la conformación del Sector Salud como se conoce hasta

la fecha. La descentralización trajo consigo la cobertura nacional necesaria para el cumplimiento del derecho al acceso a la salud, que, si bien las enfermedades se presentaban en mayor número en la capital por la cantidad de habitantes, en la periferia se hacían presentes cada vez más y los servicios médicos disponibles no eran suficientes. La creación del IMSS y a su vez los hospitales descentralizados buscaron garantizar el objetivo del acceso gratuito de calidad y eficiente que se presentó en los Programas Sectoriales de cada administración desde el 2000, sin embargo, el insuficiente presupuesto a la salud reflejó que esta tarea no estaba siendo cumplida en su totalidad. Evidencia de esto fueron la insumos y personal médico en los hospitales, así como las evaluaciones del CONVEAL y percepción de los derechohabientes, en específico del Estado de Morelos.

La importancia médica y morbilidad del cáncer lo posicionó como una de las enfermedades de mayor incidencia en México, en específico el cáncer de mama en las mujeres mexicanas, por su alto índice de mortalidad este se volvió prioridad en la salud pública. Pero si su grado de incidencia ha ido en aumento y tanto las organizaciones internacionales como nacionales hacen énfasis en la importancia de su detección temprana y tratamiento adecuado ¿por qué Morelos tiene carencia en la infraestructura para su tratamiento y una percepción de desabasto de medicamentos?

A comparación del desabasto de medicamentos que ocurre a nivel nacional u en otros estados, Morelos no se encuentra en un punto crítico. Hay abasto, pero falta transparencia en los datos, no pude acceder a las compras o proveedores que abastecen el hospital, lo que no puede asegurar si el sistema de distribución de medicamentos realmente está funcionando. Como mencione al inicio de este capítulo, los resultados de las encuestas, al ser una muestra muy pequeña, no pueden ser representativos para afirmar si hay o no desabasto, y en específico de cuáles. Lo que sí es evidente es que las causas de que haya un robo y mercado ilegal de los destinados a sector salud es por la falta de vigilancia en el SAI y las autoridades correspondientes del Estado no están haciendo nada al respecto. Por otro lado, lo que más daña al abastecimiento del tratamiento, si nos vamos a nivel

macro si podría ser el robo, pero los actos de corrupción y monopolios son los que realmente tienen el puesto principal como los causantes del problema, si las mismas autoridades encargadas de suministrar los medicamentos son quienes entorpecen el sistema, este nunca llegará a funcionar correctamente y alcanzar la universalidad. Existen políticas públicas, pero sin una buena implementación, evaluación y vigilancia de estas, no es suficiente que se creen, tienen que ser aplicadas y contar con comités de vigilancia periódicamente que garanticen los resultados esperados, una falla que se ha presentado en todos los programas que ha implementado la administración de Lopez Obrador, A mitad del sexenio, no se han visto mejorías en el Sistema de Salud del país, pero todavía podría estar a tiempo de corregir diversas fallas en él, No puedo tampoco no resaltar el hecho que quienes realizan los informes de transparencia y mapeo de desabasto, si bien hay asociaciones civiles y no gubernamentales, las personas que lo iniciaron son opositores directos del presidente. Investigación que está bien fundamentada y con información verídica, pudiese tener como propósito principal uno fuera del bienestar de la salud de los mexicanos, uno más personal. Al final pudiese estar divagando y me haría otro capítulo explicando los actores involucrados y su agenda personal, pero lo que si se debe resaltar es que Mexico necesita mejorar sus políticas farmacéuticas urgentemente, el acceso al tratamiento forma parte del derecho a la protección a la salud y esta no puede mejorar si no se le brinda a la población enferma los medios para combatir cualquier enfermedad, lo que influye en un decrecimiento económico, al no poder producir o generar.

## **Anexo**

### **A.1 Encuesta sobre el Desabasto de medicamentos oncológicos del cáncer de mama en el Hospital General Regional No.1 del IMSS de 2018-2022**

Buen día. Esta encuesta tiene únicamente fines académicos, por lo que las respuestas serán de manera anónima y recabadas con el fin de analizar si las políticas de distribución de medicamentos en Morelos son suficientes para abastecer a todas las pacientes con cáncer de mama en el Hospital Regional No.1 del IMSS, Cuernavaca de 2018-2022.
---

<b>DATOS DEL PACIENTE Y DE LA NEOPLASIA</b>
---

Edad:_____ Inicio como derechohabiente:_____
--

Tipo de cáncer de mama: _____
Fecha de diagnóstico: _____
1. ¿Sigue en tratamiento?: Sí No
En caso de contestar SI a la pregunta 1, ¿en qué etapa se encuentra el cáncer?: Carcinoma in situ Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV
En caso de contestar NO a la pregunta 1, ¿fue dada de alta?: Sí No
Si la respuesta fue SI a la pregunta anterior, ¿en qué etapa se encontraba el cáncer?: Carcinoma in situ Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV
Si la respuesta fue NO, ¿por qué?:
<b>TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO</b>
2. Tipo de tratamiento inicial: En caso de responder QUIMIOTERAPIA, ¿en qué año empezó?:
3. ¿Qué medicamentos recibió o recibe?:
Desde que le recetaron los medicamentos, ¿ha tenido problemas en recibirlo? Sí No
Si la respuesta es NO, continúe hasta la pregunta 3.
Si la respuesta fue SI, señale el periodo de tiempo y los medicamentos que tuvo que dificultad para recibir. Medicamentos:
Periodo de tiempo:
<b>ABASTO DE MEDICAMENTOS</b>
4. ¿Considera que existe un desabasto de medicamentos?: Sí No
Si la respuesta fue SI, ¿es menor, igual o mayor en este sexenio a comparación de los anteriores?: Menor Igual Mayor
5. ¿Ha tenido que conseguir su medicamento en el sector privado? (farmacia, hospital, clínica, médico privado): Sí No ¿Dónde?
6. Si no puede conseguir el medicamento en el sector público ni privado, ¿conoce a alguien que pueda proveérselo?: Sí No
Si la respuesta fue SI, ¿sabe cuál es su procedencia?: Sí No
7. Hay un mercado en el sector privado que vende medicamento oncológico proveniente del sector salud dirigido a las unidades médicas como el Hospital Regional No.1 del IMSS, lo cual es ilegal ¿conocía esta información?: Sí No
<b>EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL</b>
8. ¿Cómo calificaría el servicio de farmacia del Hospital al momento de pedir su tratamiento?: Malo Regular Bueno Muy bueno
9. En caso de que no haya el medicamento que necesita, ¿qué solución le ofrecen?:
AGRADEZCO SU TIEMPO Y ATENCIÓN



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
Unidad Xochimilco

## A.2 Entrevista a encargado de farmacia del sector privado.

### **ENTREVISTA**

Buenas tardes, el día de hoy me presento para realizarle una entrevista respecto a al desabasto de medicamentos oncológicos del cáncer de mama en Hospital General Regional No.1 del IMSS-Cuernavaca. La entrevista será anónima y todas las respuestas tendrán un fin académico para un trabajo de investigación para la carrera de Política y Gestión Social de la UAM Xochimilco.

Sin más, me gustaría empezar con lo principal ¿Cómo nombraría a su trabajo?

El medicamento proveniente del sector salud que especifica que está prohibida su venta, ¿Cómo los consigue?

¿Cuántos proveedores tiene, y sabe si trabajan en el IMSS? Cuáles son los nombres de los medicamentos que más consigue

¿Han venido personas en busca de esos medicamentos para ellos o algún conocido o familiar?

Si es ilegal, ¿Por qué lo hace?

Si llegara a ver una investigación judicial, ¿no teme por su integridad y la de sus empleados?

¿Considera que usted contribuye al problema del abasto de medicamentos?

### A.3 Consulta de Ordenes del SAI



**SISTEMA DE ABASTO INSTITUCIONAL**  
**MÓDULO DE COMUNICACIÓN DE PROVEEDORES**

---

REPORTES DE EXISTENCIA
CONTABILIZACIÓN A ORDENES DE REPOSICIÓN
CONSULTA DE ORDENES
REPORTES DE ALTAS
ACTUALIZACIÓN DE DATOS
PORTAL COMPRA EMERGENTE
CONSUMO EN DEMANDA
BONIFICACIONES
SALIR

---

#### Consulta de Ordenes

**Proveedor:** AGYPROM, S. A. DE C. V.  
**R.F.C.:** AGY -090902-UX3

**Datos de la Consulta**

**Almacén consultado:** Todas las Unidades  
**Tipo de Orden:** Ordenes de Reposición  
**De la fecha:** 01/08/2017  
**Orden de Reposición:**

**Status Orden:** Pendientes  
**A la fecha:** 22/05/2020  
**Contrato:**

Tipo	Status	Almacén
Ordenes de Reposición	Pendientes	Todas

De la fecha dd-mm/aaaa      A la fecha dd/mm/aaaa      Orden de Reposición      Contrato

01/08/2017      22/05/2020           

Para generar una impresión posterior a su consulta dar click aquí

Contrato	Solicitud	Orden	Generación	Fecha Expedición	Lugar de entrega	Acción
U200079	12557940	10132661	MIGRA	27/04/2020 05:29:46 p.m.	098314150905	<a href="#">Mostrar</a>
U200079	12606196	10133426	MIGRA	29/04/2020 01:23:36 p.m.	351401150901	<a href="#">Mostrar</a>
U200079	12606197	10133427	MIGRA	29/04/2020 01:23:36 p.m.	351401150901	<a href="#">Mostrar</a>
U200079	12637639	10135048	MIGRA	30/04/2020 02:01:00 p.m.	158005150900	<a href="#">Mostrar</a>
U200079	12637701	10135096	MIGRA	30/04/2020 02:01:30 p.m.	358003150900	<a href="#">Mostrar</a>
U200079	12637732	10135127	MIGRA	30/04/2020 02:01:38 p.m.	358003150900	<a href="#">Mostrar</a>
U200079	12645777	10135656	MIGRA	30/04/2020 05:26:18 p.m.	098302150905	<a href="#">Mostrar</a>
U200079	12721747	10137067	MIGRA	06/05/2020 11:50:12 a.m.	098312150905	<a href="#">Mostrar</a>
U200079	12721760	10137076	MIGRA	06/05/2020 11:50:13 a.m.	098312150905	<a href="#">Mostrar</a>

## Bibliografía

- Aguilar, I., Martínez, R., Cruz, C., & Santos, J. (2021). Compendio Nacional de Insumos para la Salud: equidad y acceso universal. *Salud Pública*, 63, 682-685. Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12959/12142>
- Aguilar, L. (1992). La hechura de las políticas. En L. Aguilar, *La noción descriptiva de la política* (págs. 25-26). Miguel Ángel Porrúa. Recuperado el 18 de mayo de 2022
- Allende, A., & Fajardo, A. (2011). Historia del registro de cáncer en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(1), 27-32. Recuperado el 11 de septiembre de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/ims111c.pdf>
- Álvarez, R. (2002). *Salud pública y medicina preventiva*. Ciudad de México: El Manual Moderno S.A. de C.V.
- American Cancer Society. (2022). *Estadificación del cáncer*. Recuperado el 25 de septiembre de 2022, de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>
- American Society of Clinical Oncology. (s/d de abril de 2021). *Estadios del cáncer*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2022, de ASCO Sitio Web: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atencion-del-cancer/diagnostico-de-cancer/estadios-del-cancer>
- Barroso, E., Rendón, J., Medina, R., Mora, T., & de la Mora, S. (1986). Registro Nacional del Cáncer: Estado actual y perspectivas. *INCan*, 32(3 y 4), 192. Recuperado el 14 de septiembre de 2022
- Bustamante, M. (1988). La Coordinación de los Servicios Sanitarios. *Gaceta Médica de México*, 5, 30. Recuperado el 11 de agosto de 2022, de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/152>
- Cámara de Diputados. (19 de abril de 2001). *DE REFORMAS AL ARTICULO 4 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS*. Recuperado el 11 de septiembre de 2022, de [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2001/04/asun\\_739\\_2001\\_0419\\_8395\\_51.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2001/04/asun_739_2001_0419_8395_51.pdf)
- Cámara de Diputados. (19 de febrero de 2022). *Boletín No.1079. Impulsan iniciativa para sancionar la venta y distribución de medicamentos propiedad de instituciones de salud*. Obtenido de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2022/Febrero/19/1079-Impulsan-iniciativa-para-sancionar-la-venta-y-distribucion-de-medicamentos-propiedad-de-instituciones-de-salud>

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (18 de mayo de 2022). *Ley del Seguro Social*. Recuperado el 9 de septiembre de 2022, de DOF: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
- CNDH. (s/f). *Se promulga la Ley de Seguridad Social, base del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 11 de agosto de 2022, de <https://www.cndh.org.mx/noticia/se-promulga-la-ley-de-seguridad-social-base-del-instituto-mexicano-del-seguro-social>
- Colectivo Cero Desabasto. (2022). *Radiografía del desabasto. Informe de Transparencia en Salud 2017-2021*. Ciudad de México. Recuperado el 19 de septiembre de 2022, de [https://www.rendiciondecuentas.org.mx/radiografia-del-desabasto-informe-de-transparencia-en-salud-2017-2021/Comisión Nacional de Protección en Salud. \(2007\). Informes de Resultados 2006. Secretaría de Salud. Recuperado el 1 de septiembre de 2022, de http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/InformeResultados2006.pdf](https://www.rendiciondecuentas.org.mx/radiografia-del-desabasto-informe-de-transparencia-en-salud-2017-2021/Comisión Nacional de Protección en Salud. (2007). Informes de Resultados 2006. Secretaría de Salud. Recuperado el 1 de septiembre de 2022, de http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/InformeResultados2006.pdf)
- Cortés, N. (2017). Universalización neoliberal del Sistema de Salud en el México del siglo XXI. Agenda política, retos y núcleos de resistencia. (M. d. Piña, Ed.) *Salud Problema* (21), 73-97. Recuperado el 15 de septiembre de 2022, de <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/514/514>
- Datos Macro. (s.f.). *La población en México aumenta*. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/mexico?anio=1966>
- De la Garza, J., & Juárez, P. (2014). *El cáncer*. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado el 8 de Septiembre de 2022, de [http://eprints.uanl.mx/3465/1/El\\_Cancer.pdf](http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf) Decreto por el que Salubridad y Asistencia organizará el Registro Nacional del Cáncer. (1983). *Salud Pública de México*, 15(1). Recuperado el 12 de septiembre de 2022
- Diario Oficial. (5 de febrero de 1917). *Original: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917*. Recuperado el 10 de agosto de 2022, de [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM\\_orig\\_05feb1917\\_ima.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917_ima.pdf)
- DOF. (29 de diciembre de 1982). *Reforma 4: Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*. Recuperado el 9 de septiembre de 2022, de [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf/LOAPF\\_ref04\\_29dic82\\_ima.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf/LOAPF_ref04_29dic82_ima.pdf)
- Forbes Staff. (3 de diciembre de 2018). *Las 45 promesas que realizó AMLO en su toma de posesión*.



- Recuperado el 8 de septiembre de 2022, de Forbes México:  
<https://www.forbes.com.mx/45-promesas-que-realizo-amlo-en-su-toma-de-poseion/>
- Garduño, M., Jarillo, E., Castro, J., & Garrido, F. (2009). Cadena de Abasto de Medicamentos en México: Evaluación cualitativa. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología* (págs. 1-8). Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Sociología. Recuperado el 19 de septiembre de 2022, de <https://cdsa.aacademica.org/000-062/1543.pdf>
- Gobierno de México. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Recuperado el 10 de agosto de 2022, de <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/ProgramaSeSa.pdf>
- Gobierno de México. (18 de noviembre de 2020). *Tabaquismo y cáncer de pulmón*. Recuperado el 10 de septiembre de 2022, de Comisión Nacional contra las Adicciones: <https://www.gob.mx/salud/conadic/articulos/tabaquismo-y-cancer-de-pulmon#:~:text=Aproximadamente%20un%2030%25%20de%20las,por%20l%20tanto%20C%20pueden%20prevenirse>.
- Gobierno de México. (5 de julio de 2021). *¿Cómo compra el Instituto?* Recuperado el 10 de diciembre de 2022, de IMSS: <http://www.imss.gob.mx/proveedores/comocompra>
- Gobierno de México. (9 de noviembre de 2022). *Medicamentos y vacunas*. Recuperado el 10 de diciembre de 2022, de Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/medicamentos>
- Godínez, R. (2012). Los primeros medicamentos químicos en México (1917-1940). *Boletín de la Sociedad Química de México*, 8-14. Recuperado el 28 de noviembre de 2022, de <http://bsqm.org.mx/pdf-boletines/V6/N1/02.-%20Godinez%20Medicamentos.pdf>
- Godínez, R., & Aceves, P. (2014). El surgimiento de la industria farmacéutica en México (1917- 1940). *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, 45(2), 55-68. Recuperado el 12 de diciembre de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-01952014000200007&lng=es&tln](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952014000200007&lng=es&tln)
- Gómez, O., & Frenk, J. (6 de diciembre de 2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Pública de México*, 61(2), 202-212. doi:<https://doi.org/10.21149/10122>
- Gómez, O., & Frenk, J. (6 de diciembre de 2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Pública de México*. *Salud Pública de México*, 61(2), 202-211. doi:<https://doi.org/10.21149/10122>

- Gudiño, M. R., Magaña, L., & Hernández, M. (2013). La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945. *Salud Pública*, 55(1), 81-91. Recuperado el 7 de septiembre de 2022, de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100012#end](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100012#end)
- Hasan, E., Palafox, A., & Mohar, A. (2020). El Registro Nacional de Cáncer en México, una realidad. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 19(3), 107-111. Recuperado el 12 de septiembre de 2022, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/gamo/v19n3/2565-005X-gamo-19-3-107.pdf>
- Heredía, A., & Palacios, G. (2018). Supervivencia a 5 años postratamiento de cáncer de mama: experiencia institucional. *Ginecología y obstetricia de México*, 86(9), 575-583. doi:<https://doi.org/10.24245/gom.v86i9.1536>
- Hernández, H. (1982). Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en muerte del mexicano. En F. Ortiz, *Vida y muerte del mexicano* (págs. 49-96). Ciudad de México: Folios Ediciones. Recuperado el 20 de septiembre de 2022
- INEGI. (4 de febrero de 2021). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER*. Recuperado el 8 de septiembre de 2022, de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf)
- INEGI. (24 de enero de 2022). *ESTADÍSTICA DE DEFUNCIONES REGISTRADAS DE ENERO A JUNIO DE 2021*. Recuperado el 8 de septiembre de 2022, de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>
- INEGI. (2 de febrero de 2022). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER*. Recuperado el 8 de septiembre de 2022, de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_CANCER22.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_CANCER22.pdf)
- Instituto Nacional de Cancerología. (25 de noviembre de 2020). *PROGRAMA Institucional 2020- 2024 del Instituto Nacional de Cancerología*. Recuperado el 11 de septiembre de 2022, de [DOF:https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5605754&fecha=25/11/2020#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605754&fecha=25/11/2020#gsc.tab=0)
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2011). *Plan de Medicación Institucional*. Ciudad de México: Secretaría de Salud. Recuperado el 17 de septiembre de 2022, de [http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/plan\\_medificacion\\_2012.pdf](http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/plan_medificacion_2012.pdf)

- López, S., Martínez, R., López, O., Soto, E., & Castro, J. (2011). Organización del abasto de medicamentos en los servicios estatales de salud. Potenciales consecuencias de la mezcla público-privada. *Salud Pública de México*, 53(4), 445-457. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s4/a08v53s4.pdf>
- Macías, C., & Kuri, P. (1998). Resultados del registro histopatológico de. *Gaceta Médica de México*, 134(3), 337-342. Recuperado el 9 de septiembre de 2022, de [http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1998-134-3-337-342.pdf](http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1998-134-3-337-342.pdf)
- Martín, M., Herrero, A., & Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor*, 191(773), 1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>
- Méndez, J. (15 de octubre de 2019). *La contracción del gasto per cápita en salud: 2010 – 2020*. Recuperado el 7 de enero de 2023, de CIEP Web site: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>
- Meny, Y., & Thoening, J. (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel, S.A.
- Nigenda, G. (2005). El seguro popular de salud en México Desarrollo y retos para el futuro. *Técnica de Salud*, 2, 1-25. Recuperado el 25 de julio de 2022, de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/El-seguro-popular-de-salud-en-M%C3%A9xico-Desarrollo-y-retos-para-el-futuro.pdf>
- Nosotrxs por la Democracia. (2021). *Mapeo del Desabasto de Medicamentos en México. Informe de Transparencia en Salud 2019-2020*. Ciudad de México. Recuperado el 19 de septiembre

de 2022, de <https://www.nosotrxs.org/informe-mapeando-el-desabasto-en-mexico-reporte-de-la-plataforma-cero-desabasto-2020/>

Ochoa, J. (2016). *Densidad de recursos para la atención de la salud*. Recuperado el 12 de enero de 2023, de Boletín de CONAMED-OPS: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin7/densidad\\_recursos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin7/densidad_recursos.pdf)

Ochoa, J. (2018). El nacimiento del sistema público de salud. *Boletín CONAMED*, 4(19), 20-22.

Recuperado el 16 de octubre de 2022, de [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin19/financiamiento\\_salud.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin19/financiamiento_salud.pdf)

OECD. (2018). *Combate a la colusión en las compras públicas del IMSS: Impacto de las recomendaciones de la OCDE - 2018*. Recuperado el 8 de diciembre de 2022, de <https://www.oecd.org/daf/competition/combate-a-la-colusion-en-las-compras-publicas-del-imss-impacto-de-las-recomendaciones-de-la-ocde-2018.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos*. Ginebra: Consejo Ejecutivo. Recuperado el 18 de septiembre de 2020, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274800/A70\\_20-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274800/A70_20-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Redacción DDM. (20 de octubre de 2022). *Se suma IMSS a la lucha contra el cáncer de mama*. Recuperado el 13 de enero de 2022, de Diario de Morelos: <https://www.diariodemorelos.com/noticias/se-suma-imss-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama>

Rodríguez, M. (2017). La salud durante el Cardenismo (1934-1940). *Gaceta Médica de México*, 608-623. Recuperado el 11 de Agosto de 2022, de [https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n5/GMM\\_153\\_2017\\_5\\_608-625.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n5/GMM_153_2017_5_608-625.pdf)

Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas*. Secretaría de Salud. Recuperado el 14 de agosto de 2022, de [https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/politicas\\_nacionales\\_salud-mexico\\_2007-2012.pdf](https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/politicas_nacionales_salud-mexico_2007-2012.pdf)

Servicios de Salud de Morelos. (19 de marzo de 2019). *Derechohabientes y afiliados*. Recuperado el 10 de enero de 2023, de Diagnóstico de Salud Estatal: [https://ssm.gob.mx/portal/diagnostico-en-salud/2019/Capitulo1.%201.2%20Poblacion/pob\\_2018.pdf](https://ssm.gob.mx/portal/diagnostico-en-salud/2019/Capitulo1.%201.2%20Poblacion/pob_2018.pdf)

Soberón, G., & Martínez, G. (1996). La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública de México*, 38(5). Recuperado el 11 de septiembre de 2022, de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5947/6754#:~:text=E>

- n%20ago  
sto%20de%201981%2C%20por,de%20integrarlos%20en%20un%20sistema
- SUPPORTAMED. (s.f.). *Clasificación y tipos de cáncer*. Recuperado el 8 de septiembre de 2022, de <https://suportamed.com/cancer-clasificacion-tipos/>
- Tobar, F. (2012). Políticas de Salud: Modalidades y Tendencias. *Políticas de Salud*. Recuperado el 8 de agosto de 2022, de [https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud\\_publica/003.pdf](https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud_publica/003.pdf)
- Uribe, M., & Abrantes, R. (2013). Las reformas a la protección social en Salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perfiles Latinoamericanos*, 21(42), 135-157. Recuperado el 15 de agosto de 2022