

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICA, A.C.



LOS CUADROS BÁSICOS DE MEDICAMENTOS:
HACIA UNA POLÍTICA FARMACÉUTICA

TESINA
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA
RUBÉN RESÉNDIZ MENDOZA

DIRECTOR DE LA TESINA: DR. MAURICIO MERINO HUERTA

CIUDAD DE MÉXICO

2021

A Imelda Mendoza Pallares, mi madre.

Agradecimientos

Este trabajo representa más que la mera culminación de los estudios de una maestría. En realidad, es un esfuerzo honesto por desmenuzar y entender el sector salud que me resulta tan estimulante. Inicié tarde los estudios de posgrado, no por decisión propia sino porque mi vida laboral dentro de algunas instituciones públicas se convirtió muy absorbente. Por fortuna, las cosas de repente se detuvieron y aproveché esa ventana de oportunidad. El cúmulo de vivencias laborales me ayudó a entender muchas de las discusiones teóricas que se dieron dentro del aula. Ahora veo que no pudo haber sido de mejor manera.

En primer lugar, agradezco a mi madre. Gracias por el apoyo incondicional a lo largo de los años, por ser el oído tanto de locuras como de utopías. A menudo es difícil distinguirlas.

En un segundo momento, agradezco a quienes se convirtieron en personas referentes, no necesariamente para esta tesis, sino en el camino por el CIDE. Reconozco a Itza Tláloc Quetzalcóatl, cuyo nombre peculiar equipara su personalidad. Tu destreza para enseñar el mundo matemático resultó muy estimulante. Gracias a Mauricio Merino, quien no sólo fungió como asesor de tesis sino también como tutor académico. Nuestras conversaciones rebasaron lo académico y agradezco sus palabras. Mi admiración y respeto siempre. Gracias a mis profesoras y profesores quienes a través de su docencia provocaron mi imaginación y entusiasmo. Gracias a Ana Díaz Aldret, Alejandra Ríos, Guillermo Cejudo, David Arellano, Edgar Ramírez, Ana Laura Martínez, Lourdes Morales y Rik Peeters.

Tercero, agradezco a compañeros y amigos del CIDE. A la generación en su conjunto. Gracias tanto por escuchar mis ideas, muchas veces no pedidas, como por los sombrerazos y chiflidos. Merecidos o inmerecidos siempre fueron revitalizadores. Gracias, por supuesto, a “los totoabos”: César Gómez, Julio César Bautista, Javier Cortés, Tony Guzmán y Rafael Ponce, por hacer que la estancia fuera divertida.

Cuarto, fuera del CIDE agradezco a quienes se tomaron un tiempo de su vida y me lo dedicaron para escucharme y rebotar ideas. Agradezco a Adriana Aguilar, a Andrés Castañeda y Gisela Morales. Sin ustedes, esta tesis ni siquiera hubiera arrancado. Gracias totales a Daniela López, cuya presencia y voz son irremplazables para mí. Por último, gracias también a Democracia Deliberada cuyo corazón late a la izquierda al igual que el mío y donde el principal insumo es el debate político.

Resumen

México no cuenta con una Política Farmacéutica Nacional (PFN), México compra medicinas pero no es lo mismo. Esto se revela en la variedad de los *cuadros básicos de medicamentos* de las diversas instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS). En teoría, los insumos farmacéuticos que adquiere el sector público –y de cualquier otro– deben ser un reflejo epidemiológico de la población. Sin embargo, el proceso de decisión que se desata dentro de cada una de las instituciones es en realidad una disputa política que puede desviarse de un objetivo médico. Las decisiones sobre qué medicamentos adquirir revelan prioridades políticas que, a su vez, moldean las instituciones. En este sentido, el lente teórico de las *coaliciones promotoras* sirve para entender qué sucede, cómo sucede y por qué sucede. Los cuadros básicos son en realidad el escenario de una batalla donde las diversas coaliciones existentes colisionan en la búsqueda de sus intereses.

Contenido

Introducción.....	1
Metodología.....	4
Coaliciones promotoras y disputas políticas.....	12
Contexto	15
Nuestro [fragmentado] sistema de salud.....	15
Dos efectos negativos: gasto de bolsillo y desigualdad de atención.....	19
Los Cuadro Básicos de Medicamentos	22
Apenas una mirilla	26
Política Farmacéutica, la apuesta	29
Procesos administrativos.....	29
¿Cómo compramos medicinas?	30
Los Cuadros Básicos de Medicamentos	33
IMSS.....	36
ISSSTE	39
SEDENA	41
SEMAR	43
PEMEX	46
Discusión	49
Reflexiones finales	52
Referencias	53

Introducción

En 1990 Paulina Peña fue diagnosticada con un padecimiento raro por el Instituto Nacional de Pediatría. Con cuatro años de edad tenía Gaucher, una *enfermedad rara* de origen genético crónico-degenerativa causada porque el organismo no tiene una cantidad suficiente de una enzima llamada glucocerebrosidasa. Esto provoca una acumulación de sustancias grasosas en diversas partes del cuerpo como el hígado, pulmones, huesos y, algunas veces, en el cerebro.

Para que una enfermedad sea considerada rara debe presentarse en cinco personas o menos por cada 10 mil habitantes. Su prevalencia es tan baja entre la población que no sólo resulta difícil de diagnosticar sino además sus tratamientos terminan siendo muy costosos o incluso inexistentes. Desde una perspectiva financiera, las enfermedades raras no pasan análisis económicos costo-beneficio. Existen casos donde ni siquiera se realiza investigación y tampoco producción de los medicamentos necesarios porque simplemente no es costeable.

La enfermedad de Gaucher no tenía cura y, para ese entonces, no existía medicamento para atender. Seis años después, David Peña (padre de Paulina) fue notificado por el mismo Instituto que a nivel internacional la medicina para el tratamiento del padecimiento de su hija se encontraba ya en modo experimental y el laboratorio estaba en búsqueda de personas con esta enfermedad que estuvieran dispuestas a recibir el tratamiento experimental auspiciado por la misma farmacéutica. Durante el proceso, Paulina respondió bien al medicamento, sin embargo, había un problema: la medicina no se encontraba integrada dentro de la cartera de servicios que brindaba el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), institución de la que Paulina era derechohabiente. El tratamiento resultaba incosteable para la familia pues, en ese entonces, el monto ascendía a los 200 mil dólares anuales.

Ante esta situación, David Peña no perdió tiempo y eligió la ruta estratégica que mejor le convenía: dirigirse al entonces Presidente de la República Ernesto Zedillo. Fue así que en 1997, durante una reunión entre el ejecutivo federal y un grupo de empresarios, David Peña interrumpió el evento y exigió al Presidente que el sector salud público garantizara el tratamiento médico para salvar la vida tanto de su hija Paulina como de David, su segundo hijo, que también había nacido con la misma enfermedad (Yaniz, 2016). La exigencia tuvo sus frutos. En menos

de una semana, el medicamento les estaba siendo administrado. Más de 20 años después, en 2019 el tratamiento sigue siendo provisto por el ISSSTE que ha destinado 11 millones de dólares para el tratamiento (Oliva, 2019).

Hoy en día, David Peña preside la Federación Mexicana de Enfermedades Raras (FEMEXER). Una organización de la sociedad civil que establece puentes de comunicación y colaboración con diversas instancias de gobierno para promocionar, defender y proteger los derechos de las personas con enfermedades raras. El objetivo es que las personas reciben los medicamentos que requieren. Tan sencillo y tan difícil.

El caso de Paulina y David es pertinente para esta tesina pues ilustra la inquietud central: la decisión de comprar ciertos medicamentos para nuestro sistema de salud tiene diversos componentes que deben equilibrarse de algún modo para todos los escenarios posibles. Existen tantas enfermedades y nunca suficiente presupuesto que resulta importante cuestionarnos cómo está comprando medicinas el sector salud y bajo qué criterios se están tomando estas decisiones.

Resulta normal asumir que las decisiones sobre las compras farmacológicas de las instituciones de salud se rigen estrictamente bajo criterios médicos, epidemiológicos, demográficos, entre otros. Sin embargo, como lo demuestra el caso de Paulina y David, puede suceder que los cuadros básicos de medicamentos abreen de otros insumos como la presión política, mediática, ciudadana, etc. Elementos que se alejan de una racionalidad técnica, médica, económica.

Para nuestro sistema de salud, es necesario dirigir la mirada a los cuadros básicos de medicamentos. Aunque el nombre puede variar entre países, la idea es la misma. Se trata del listado oficial de aquellos insumos que una institución de salud necesita para atender a la población. Para el caso específico de los medicamentos, la Organización Mundial de Salud (OMS, 2020) recomienda que estos cuadros básicos u homólogos se guíen bajo una Política Farmacéutica Nacional (PFN). Se trata de una política pública que impacta tanto al sector público como el sector privado.

Esta tesina se enfocará específicamente en la compra de medicamentos por parte del sector público. Dado que nuestro sistema de salud se encuentra altamente fragmentado, cada institución de salud puede decidir su propio cuadro básico de medicamentos independiente del

resto de las instituciones. No existen siquiera lineamientos que homologuen criterios entre instituciones. Esto desemboca en diferentes cuadros básicos que producen atención desigual. Una forma para evitar estas desigualdades institucionales sería implementar una política farmacéutica.

Es propósito de esta investigación conocer qué elementos detonan la diferencia entre los cuadros básicos de medicamentos de las diversas instituciones que componen nuestro sistema de salud.

El presente texto se encuentra dividido en tres partes. El primer capítulo hace referencia a la idea de una política farmacéutica, qué implica, qué significa, el por qué es una buena idea y algunas ideas de implementación. El segundo capítulo se trata de un breve acercamiento a nuestro sistema de salud en su conjunto. Es necesario conocer nuestro entramado institucional para comprender la pertinencia de este tipo de políticas. Por último, en el tercer capítulo se abordará las razones y los elementos que entran en juego que detonan la diferenciación entre cuadros básicos de medicamentos.

Metodología

El presente trabajo trata de una investigación de corte cualitativo sobre los Cuadros Básicos de Medicamentos que cada institución conforma de acuerdo a sus intereses y posibilidades. El análisis –que termina en junio 2021– se encuentra dividido en dos fases.

En primer lugar se hace una revisión de literatura que permita comprender el fenómeno desde la teoría. En este sentido, la idea es conseguir una sensibilidad teórica que logre dotar de herramientas y que admita un entendimiento de la tanto de la dinámica organizacional como de poder que acontece dentro de las instituciones de salud al momento de decidir insumos farmacéuticos.

En un segundo momento, se hace un acercamiento a la realidad, particularmente al estudio de caso. Para los intereses de esta tesis, se trata de cinco estudios de caso que hacen referencia a las cinco instituciones de salud que cuentan con la prerrogativa institucional de conformar sus propios cuadros básicos de medicamentos. Es decir, sólo se consideran aquellas estructuras en donde existe al menos un espacio institucionalizado en donde se puede atestiguar el diseño y el proceso que se ha creado para que los diversos intereses puedan dirimirse.

En conjunto, los estudios de caso y la literatura académica permite explorar y reconocer las batallas que suceden a través de diversas *coaliciones promotoras* para lograr que sus intereses se vean beneficiados o al menos no perjudicados o disminuidos en algún grado. A la par se discuten y deshebran qué otros elementos entran en juego durante el proceso decisorio.

Esta investigación se nutre también de la técnica entrevistas semi-estructuradas que, con el método de bola de nieve, fueron realizadas a cuatro personas que han estado relacionadas con el tema de esta tesis. Dos de ellas cuentan con experiencia laboral dentro el sector médico, particularmente en el IMSS; una se desempeña dentro de organización de la sociedad civil: “cero desabasto” cuya línea de investigación gira en torno a temas de abasto y provisión de medicinas, aunque en un momento se desempeñó en la Secretaría de Salud; y la cuarta persona se dedica a la academia y su línea de investigación es el sistema de salud mexicano.

En general, las entrevistas fueron guiadas por nueve preguntas previamente establecidas y elaboradas con base en la literatura consultada. Sin embargo, a veces por cuestión de tiempos la entrevista tuvo que ser apresurada o cortada. El periodo de entrevistas fue de febrero 2021 a mayo 2021.

Del mismo modo, este trabajo realiza un análisis documental de solicitudes de información, investigaciones académicas, documentos oficiales por parte de cada una de las cinco instituciones de salud y algunas notas periodísticas referentes a las medicinas, que fueron recopiladas a través de la plataforma digital Google News. Tanto el análisis de solicitudes de información como las entrevistas se hicieron a la par.

Revisión de literatura

¿Qué es una Política Farmacéutica Nacional?

México no cuenta con una Política Farmacéutica Nacional (PFN). México compra medicinas pero no es lo mismo. Acorde a la Organización Mundial de la Salud (OMS 2002), una política farmacéutica “es un compromiso con un objetivo y una guía de acción. Expresa y prioriza las metas a medio y largo plazo establecidas por el gobierno para el sector farmacéutico e identifica las estrategias principales para alcanzarlas” (p. 4). Debido a su magnitud, una política farmacéutica “abarca tanto al sector público como el privado y abarca lo relacionado con la compra, regulación, producción, distribución, prescripción, dispensación y consumo de medicamentos” (Wirtz, 2013, p. 2). Su objetivo principal es garantizar el acceso efectivo y accesible de medicinas.

Desde un inicio, conviene resaltar que cualquier política farmacéutica trastoca inevitablemente los sistemas de salud. Esto porque las medicinas son uno de los elementos más básicos para cualquier sistema de salud. Plantearlos como dos mundos inconexos o dos fenómenos separados es un error. Uno impacta en el otro. Idear mejores esquemas de provisión, optar por métodos de compra, elegir rutas de suministro, apostar por la producción farmacéutica implica necesariamente (re)pensar el sector salud en el que se encuentran insertas.

Toda política farmacéutica comparte objetivos generales (OMS, 2002, p. 6):

- Acceso: disponibilidad equitativa y asequibilidad de los medicamentos esenciales
- Calidad: inocuidad y eficacia en todas las medicinas
- Uso racional: promoción del uso terapéuticamente racional y económica mente eficiente de los medicamentos por parte de profesionales sanitarios y consumidores.

Estos tres pilares fungen como guía de todo intento por reformar el sector. Importa que el sistema de salud tenga disponibilidad a las medicinas que necesita para atender a la población. Importa que aquellos medicamentos que son adquiridos por las instituciones de salud sean inocuos y eficaces para combatir las enfermedades que se presentan. E importa también promover un uso razonado de las medicinas para lograr mayor eficiencia económica y evitar sobre-medicaciones.

En aras de atender cada uno de estos aspectos, es imperativo fortalecer componentes claves (OMS/OPS, 2016, p. 46):

- Elementos administrativos
- Elementos técnicos

Desde la visión de la administración pública, ambos implican cosas muy particulares que construyen el entramado institucional para impulsar una política farmacéutica. Los dos componentes atienden a una parte distinta y complementaria de aquellos tres objetivos generales.

Ahora bien, la formulación de políticas farmacéuticas no es una idea nueva. En realidad ha sido una recomendación por organismos internacionales desde hace ya algunas décadas. De hecho, la OMS es entusiasta de la formulación y aplicación de políticas farmacéuticas integrales que permitan atender las necesidades de salud de la población desde hace más de 40 años. Fue en 1977 cuando publicó la primera *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales* que significó la punta de lanza que permitiría abrir el tema de las medicinas a nivel mundial desde una perspectiva pública.

Desde ese primer documento, su importancia se ha vuelto evidente y se han formulado, actualizado y efectuado diversas políticas, documentos, programas, listas, directrices, estrategias y enfoques de varias índoles para intentar empujar la idea en diversos países. En 1979, por ejemplo, apareció el programa de acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales. En 1985 se llevó a cabo en Nairobi, la Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos. En 1986, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó resoluciones que reflejaban las recomendaciones sobre la promoción del uso racional. En 1986 se elaboró el documento *Pautas para establecer políticas farmacéuticas nacionales* (OMS, 2002, p. vii).

El trazo histórico no es meramente anecdótico sino atiende dos ideas primordiales: i) existe un lado público del sector farmacéutico que debe ser atendido en su justa dimensión; y ii) la priorización.

Respecto al primer punto, la salud es un derecho fundamental de las personas cuyo ejercicio debe ser universal y garantizado por el Estado. Dentro de sus responsabilidades,

atender la salud de su población constituye una labor vital, casi como su razón de ser. Su descuido no sólo sería catastrófico sino éticamente reprochable.

La concepción de la salud como un derecho social asume que uno de los problemas fundamentales es la desigualdad en su ejercicio. En este sentido, no basta con permitir que las medicinas (o el sector salud) puedan insertarse en una lógica de mercado –oferta y demanda– para que las personas accedan a ellas a través de la capacidad de su ingreso personal sino, por encima de eso, resulta imprescindible que los gobiernos ocupen el espacio preponderante que les corresponde en temas de salud pública. De este modo, el mundo de las medicinas también se vuelve competencia del Estado y le corresponde implementar políticas públicas que permitan edificar el disfrute de derecho al ejercicio pleno de la atención de la salud (Flamand *et al.*, 2014).

Conviene también remarcar que la salud de las personas depende de una multiplicidad de factores que regularmente escapan de su capacidad individual para remediarlo. Aspectos económicos, sociales, factores ambientales y el ecosistema institucional que les rodea resultan decisivos. La OMS, a través de su Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), advierte que son las inequidades sanitarias dentro de una misma población la causa más poderosa de una mala salud conjugado con una mala “combinación de gestión política inadecuada, programas sociales deficientes y órdenes económicos injustos” (OMS/OPS, 2016, p. 23). Esta situación de desventajas estructurales requiere de una vigorosa atención por parte del Estado.

La atención al derecho a la salud por parte de los gobiernos comprende ineludiblemente medicamentos pues, en su gran mayoría, los cuidados médicos incluyen su utilización. Dado que el insumo principal de cualquier sistema público de salud son medicamentos conviene asegurarse que su acceso equitativo y sostenible sea una prioridad institucional.

A decir verdad, el mercado farmacéutico dista mucho de ser un mercado común. La propia naturaleza de las medicinas las distancia de otros bienes. No son lápices, sudaderas o helados. Se trata de medicamentos que constituyen parte fundamental de cualquier sistema público de salud del que depende el bienestar de la población. A cada medicamento le corresponde un malestar o incluso enfermedades específicas de la que dependen vidas humanas –como el caso de Paulina Peña–. El libre mercado y la simple competencia se quedan cortos en temas de este calibre. No es teoría, es historia. Dos ejemplos pertinentes.

A finales de 1898, Marie Curie –la primera mujer en ganar un Premio Nobel– descubriría un elemento nuevo que denominaría “radio”. Con el paso de los años, no sólo emergería el nacimiento de la terapia con radiactividad sino además una euforia tal que, a pesar de no tener suficiente base científica por su reciente descubrimiento, varias empresas mercantiles desarrollaron un frenesí por el radio en una amplia gama de productos. Cremas, ungüentos, inyecciones intravenosas e intramusculares, ingestión, supositorios, baños en agua radiactiva e inhalación de aires para tratar reumatismo, artritis, hemorroides, afecciones de la piel, arterioesclerosis, blenorragia y hasta “debilidad viril prematura”. Años y miles de personas con padecimientos crónicos después, los gobiernos introdujeron de emergencia varias legislaciones muy estrictas sobre la comercialización de cualquier medicamento, producto o servicio que contuviera radio. La lección resultó catastrófica (Muñoz, 2020).

Otro ejemplo. En 1957, apareció en el mercado alemán un tranquilizante llamado talidomida. Pese a los escasos estudios sobre su toxicidad, no se desaconsejó su uso en mujeres embarazadas. Cinco años después fue retirado del mercado debido a las malformaciones que provocó su consumo. Se estima que alrededor de 12 mil bebés nacieron con afectaciones muy graves a su salud (Pignarre, 2005).

Estos dos casos son sólo una pizca de los alcances que puede tener un mercado del sector farmacéutico no regulado. Episodios así sirven como advertencia que la industria farmacéutica debe ser puesta bajo vigilancia. Las “bondades” del comercio pueden no ser tales cuando se trata de salud.

La propia OMS reconoce que “en el ámbito de los productos farmacéuticos rara vez se dan en las condiciones de un mercado [perfecto]” (2002, p. 37). Existen tres fallas cruciales en este mercado. En primer lugar, existe una información asimétrica entre las personas involucradas. Generalmente los pacientes cuentan con menos información que el personal médico que puede expedirles recetas. Por tanto, la medicación recomendada puede ser inadecuada o caer en sobre-medicación, situación común en los establecimientos donde coexisten farmacia y consultorios médicos. Difícilmente quienes enferman pueden contravenir las indicaciones médicas pues se requiere de una comprensión entrenada. En segundo lugar, el mercado farmacéutico es muy especializado. El conocimiento necesario para desarrollar o producir un medicamento provoca que la competencia sea escasa, provocando una alta

concentración de mercado. Si bien esta situación empieza a ser contrarrestada paulatinamente por la aparición de los medicamentos genéricos, la realidad es que aún falta un trecho importante por recorrer. Las empresas farmacéuticas cuentan con diversos medios para proteger su monopolio y recurren a ellas a menudo (Pignarre, 2005). En tercer lugar, las externalidades positivas y negativas derivadas de productos farmacéuticos es de tal importancia que no podría dejarse a la simple lógica del mercado. La atención a las infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, deben ser atendidas por los sistemas públicos de salud pues sus beneficios y estragos alcanzan a mayor cantidad de población. Su impacto no se restringe a lo individual sino afecta lo colectivo. Dejarlo a la capacidad del ingreso individual trae impactos nocivos.

La segunda idea clave se refiere a la priorización de las medicinas que va íntimamente ligada al concepto que funge como la columna vertebral de cualquier política farmacéutica: medicamentos esenciales. Acorde a la OMS (2020) se trata de

“aquellos medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo-eficacia comparativa. Se pretende que, en el contexto de los sistemas de salud existentes, los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada y a un precio asequible para las personas y para la comunidad” (p. 59).

En 1977 se publicó la primera lista con 306 ingredientes activos que se consideraron esenciales en su momento y desde entonces se actualiza cada dos años para su publicación. Su versión más reciente data de 2019 y contiene 1097 recomendaciones para 557 medicinas. Para cada una se abarcan formas, dosis recomendadas, especificaciones e indicaciones sobre quién debería recurrir a ese medicamento. Evidentemente puede suceder que una misma medicina pueda atender varios padecimientos.

La advertencia respecto a que se trata de medicinas para la atención de salud prioritarias no es fortuita. La priorización de enfermedades implica una selección de medicamentos. La mera existencia de la etiqueta “esencial” revela la presencia de medicamentos no esenciales. Una política farmacéutica sólo puede contener un número limitado de medicinas esenciales. La escasez constante dentro de la administración pública obliga a decidir medicamentos por encima

de otros. “[N]ingún sector público ni sistema de seguro médico puede suministrar o reembolsar el costo de todos los medicamentos que existen en el mercado” (OMS, 2002, p. 8).

Los medicamentos esenciales resultan una herramienta crítica para incorporarlos a los sistemas de salud, de acuerdo con los niveles de atención y prioridades. Dado que resulta imposible abarcar todas las medicinas que atiendan todos los padecimientos, hemos de enfrentarnos a la priorización. Este concepto, sin embargo, es flexible y su implementación se encuentra plagada de riesgos. La OMS (2002) recomienda que dentro de los criterios de selección se encuentre la pauta de enfermedades comunes, los medios de tratamiento, la capacitación y experiencia del personal disponible, los recursos financieros y factores genéticos, demográficos y ambientales. La mezcla de factores no resulta sencilla pero es indispensable. Incluso si el objetivo a largo plazo fuera conseguir una cobertura muy amplia de enfermedades, esto no evita que en un primer momento se deba optar por una base de insumos que cubran esas necesidades prioritarias.

Desde la visión de la administración pública, además, existen razones por las cuales centrarse en una lista limitada tiene sentido. Enfocarse sobre un universo finito de medicamentos resulta más viable que tratar de controlar todo el universo farmacéutico. Lo reducido permite mejor maniobra operativa para cualquier burocracia.

¿Qué padecimientos hemos de atender? y ¿con qué medicinas? son preguntas básicas ineludibles para toda política farmacéutica y su respuesta contiene fuertes dosis de ética. Cada sociedad debe resolverlas a su propia manera. No existen recetas de cocina, ni rutas infalibles para todas las sociedades en todos los contextos. En realidad, una política farmacéutica es un traje hecho a la medida.

Esto porque impulsar una política pública de esta naturaleza y magnitud forzosamente deberá resolverse dentro de la arena política. No existe ningún esfuerzo gubernamental que logre esquivar la disputa de valores todo el tiempo. De hecho, el proceso político puede ser tan determinante como la aspiración primaria, incluso cuando se trata de construir sistemas de salud en su conjunto, como lo demuestra Immergut (1992) al explicar cómo, a pesar de compartir la misma aspiración de construir un sistema de salud que atendiera a su población, Francia, Suiza y Suecia terminaron por construir sistemas de salud distintos entre sí.

El éxito o fracaso así como los alcances y barreras dependen fuertemente de los procesos políticos que se desarrollen. Una posible resistencia puede no sólo esgrimirse en torno al contenido de la lista de medicamentos sino incluso a la idea misma. A menudo, “los intereses comerciales de la industria farmacéutica como corporación transnacional y nacional puede ser contrarios a los de la salud pública” (OMS/OPS, 2016, p. 28). Medios y fines disputados. La división entre política y administración pública propuesta por Woodrow Wilson (1887) se descubre imposible.

Por último, conviene puntualizar que una política farmacéutica se trata de una política de Estado, no de una acción de un gobierno en particular. Esto porque su plan de aplicación generalmente dura un periodo de tres a cinco años (OMS, 2002). Requiere tiempo para planear, para implementar, para madurar. Para el caso mexicano, esto implicaría aceptarla como un compromiso transexenal, como ha significado, por ejemplo, la política energética implementada desde PEMEX o la política educativa encabezada por la SEP. Un reto político nada sencillo.

Coaliciones promotoras y disputas políticas

El lente teórico de las coaliciones promotoras (*Advocacy Coalition Framework, ACF*) fue propuesto por Paul Sabatier y Hank Jenkins-Smith (1999) en la pasada década de los noventa. Se trata de una apuesta que reconoce tanto los grupos de interés como el proceso político que se detona al momento de interactuar entre ellos con el objetivo de influir en alguna política pública ya sea en su sentido, conformación o implementación. A menudo los tres. Estos grupos de interés empiezan a congregarse en función de la similitud de sus intereses y, al mismo tiempo, identificando las probables rivalidades observando las discrepancias entre los objetivos.

Conforme la interacción entre estos grupos de interés aumenta, empiezan a conformarse coaliciones lo que implica no sólo un aumento de tamaño sino también capacidad por influir en las tomas de decisiones. Estas coaliciones aprenden y adquieren conocimiento para adaptarse, promover visiones e influir en el proceso donde se tomen las decisiones que les interesan. Es decir, no sólo amoldan al camino institucional o dinámica organizacional existente sino buscan moldearlo. El éxito o fracaso de cada una de las estrategias desplegadas por cada una de las coaliciones será en función de “alterar el comportamiento de las autoridades gubernamentales y

alcanzar sus objetivos políticos con respecto a los parámetros de un problema social” (Sanjurgo, 2013, p. 9).

La diversidad de actores existentes garantiza una rivalidad de valores constante pues no sólo entran en juego intereses económicos sino también existen de índole político, social, académico, informativo y, para nuestro caso, también médicos. La existencia de diversos actores con intereses particulares y frecuentemente rivales implica una colisión que ocurre dentro de la arena política. Dado que no existen los problemas públicos sino que deben ser construidos, todas las coaliciones actúan con base en un sistema de creencias con la intención de influenciar en la percepción del problema y/o en la ruta para su solución.

Toda coalición promotora finca sus acciones en sistemas de creencias que se dividen en tres categorías de distinto rango: núcleo duro, núcleo de la política y aspectos secundarios (Sabatier *et al.*, 1999).

Tabla 1. Estructura de sistemas de creencias para Coaliciones Promotoras

Núcleo duro	Axiomas inamovibles
Núcleo de la política	Posiciones fundamentales
Aspectos secundarios	Decisiones instrumentales

Fuente: Elaboración propia con información de Sanjurgo, 2013.

El primero es el núcleo duro (*Deepcore*) se refiere a “axiomas arraigados que definen la visión que tiene el actor en relación al individuo, la sociedad y el mundo en general”. La segunda categoría es el núcleo de la política (*policy core beliefs*) y consiste en “percepciones casuales, estrategias básicas y posiciones políticas sobre un campo determinado de políticas públicas”. El tercero se refiere a los aspectos secundarios referente a “consideraciones instrumentales acerca de cómo debe ser implementado el núcleo de la política” (Sanjurgo, 2013, p. 7).

Conforme se avanza por las categorías, la resistencia en cada una empieza a menguar. Es decir, el núcleo duro se finca sobre una visión resistente y prácticamente inamovible. Por su parte, el núcleo de la política es un aspecto con mayor flexibilidad pues las estrategias, percepciones y posiciones dependen en gran medida del contexto. Por último, dado que los aspectos secundarios giran en torno a la herramienta y la implementación que se utiliza para atender un tema, estos tienden a ser más maleables. Esto es importante porque dentro de la disputa política que ocurre entre las coaliciones promotoras, generalmente serán los *aspectos*

secundarios y el *núcleo de la política* las categorías que terminan siendo negociables. No así el núcleo. En caso de lograr modificar el núcleo duro, entonces estamos ante un escenario donde se modifica la política pública en su totalidad.

El marco analítico de las coaliciones promotoras resulta pertinente porque aporta una sensibilidad teórica que retrata de manera certera lo que ocurre dentro de los espacios donde se deciden los insumos de medicamentos que las instituciones de salud usan para su quehacer institucional.

Contexto

Nuestro [fragmentado] sistema de salud

Antes de colocar una lupa sobre el mundo de las medicinas, es pertinente conocer el contexto en el que se encuentran insertas: el sistema de salud mexicano. El entramado institucional que hemos armado a lo largo de varias décadas es complicado y promotor de la desigualdad.

Implementar una Política Farmacéutica Nacional (PFN) implica un esfuerzo que trastoca cualquier sistema de salud nacional. No se trata de un mero agregado de procedimientos o manuales que se adhieran a un sistema. Una política farmacéutica implica atender problemas de fondo. Esto es, los insumos farmacológicos que son necesarios para atender a la población.

Para el caso mexicano, implementar una estrategia de esta magnitud se enfrentaría al problema toral que tiene nuestro sistema de salud: alta fragmentación. Acorde a Laura Flamand y Carlos Moreno (2014) en México contamos con uno de los sistemas de salud más fragmentados en América Latina. A lo largo de nuestra historia se crearon diversas instituciones de salud para distintos sectores sociales y poblacionales en vez de aglomerar y fortalecer un solo sistema. Esto ha traído fuertes adversidades y consecuencias de toda índole.

En 1977, por ejemplo, durante el primer Plan Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social, se buscó implementar una planeación sectorial desde la Secretaría de Salud. Entre varias acciones, en aquel entonces se realizó el primer intento oficial de contabilizar el total de población que carecía de acceso a servicios de salud con el objetivo de realizar acciones para proporcionar cobertura médica y homologar la atención. Sin embargo, sólo fue posible hacer estimaciones debido a los diferentes criterios para registrar a sus poblaciones y al surgimiento de una resistencia a colaborar abiertamente en temas que pudieran tener repercusión al interior de cada institución (Martínez, 2013, p. 66).

Ahora bien, en un esfuerzo simplificador hoy en día nuestro sistema de salud se encuentra fragmentado en al menos siete subsistemas que en su conjunto atienden a más del 95% de la población (INEGI, 2020):

Tabla 2. Porcentaje de población afiliada por institución

#	Institución de salud	Porcentaje
1	IMSS	51%
2	INSABI ¹	35.5%
3	ISSSTE	7.7%
4	IMSS-Bienestar	0.7%
5	PEMEX	0.48%
6	SEDENA	0.66%
7	SEMAR	0.17%

Fuente: Elaboración propia con información de Censo 2020 del INEGI; CIEP (2018); Plataforma Nacional de Transparencia; y OCDE (2018).

De inmediato salta a la vista que sólo el IMSS atiende a poco más de la mitad de la población mexicana. Esta situación institucional preponderante juega a la vez como ventaja y condena, pues su capacidad de compra es decisiva para todo el sistema de salud en su conjunto. Dada su magnitud, para cualquier farmacéutica o distribuidor resulta imposible no intentar que sus productos sean adquiridos por un sistema que atiende a más de 64 millones de personas.

Al listado anterior de siete instituciones, sin embargo, fácilmente se le podría agregar otros recovecos institucionales que se crearon durante las dos olas descentralizadoras del sector salud. La primera sucedió en los ochentas durante la presidencia de Miguel De La Madrid (1982-1988), bajo la dirección de Guillermo Soberón, ex rector de la UNAM. La segunda fue en los noventas durante el sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000) y se concretó en la firma del *Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud* (Flamand *et al.*, 2014). Ambos esfuerzos buscaron promover la descentralización de la vida nacional y fortalecer las bases del régimen federal mexicano. Como resultado tuvieron diversos serpenteos institucionales creados que conviene no perder de vista, aunque algunos ya se encuentren disminuidos (Martínez, 2013, p. 346):

1. Un Consejo de Salubridad General, que dentro de sus prerrogativas se encuentra aprobar los insumos que el sector salud puede adquirir (como las medicinas).
2. Los Servicios Estatales de Salud (Sesa), que son las instancias operativas por excelencia.
3. Treinta y dos sistemas estatales con facultades para aplicar la *Ley General de Salud* y administrar los servicios dentro de su área.

¹ Incluye población que declaró estar afiliada al Seguro Popular.

4. Los institutos nacionales de salud que son instituciones descentralizadas y, en consecuencia, cuentan con autonomía administrativa, personalidad jurídica y patrimonio propio.
5. Institutos estatales que proporciona atención médica como parte de los esquemas de protección y seguridad para los trabajadores al servicio de los gobiernos estatales.
6. Esquema de servicios médicos de la Cruz Roja Mexicana.
7. Un Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que ofrece servicios médicos, dentales y rehabilitación.
8. Treinta y dos sistemas estatales DIF.
9. Hospitales dependientes de los gobiernos estatales.
10. Hospitales universitarios.
11. Servicios específicos para los trabajadores del Sistema de Transporte Colectivo (Metro). Los policías auxiliares en la ahora Ciudad de México también cuentan con servicios propios, así como los empleados de la Lotería Nacional y otros para los de Pronósticos Deportivos.
12. En un tiempo hubo servicios para la población indígena, a cargo del entonces Instituto Nacional Indigenista, sin embargo estos servicios se integraron a la SSA o al IMSS-Bienestar.
13. El sistema de ambulancias, públicas y privadas así como algunas de asociaciones civiles.
14. El Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM), servicio de urgencias locales, que no depende de los servicios de salud.
15. Los servicios privados de médicos generales y especialistas en consultorio, clínicas y hospitales. Esquema de farmacias similares que, además de venta de medicamentos, proporcionan “orientación médica” y exámenes clínicos.

Aunque la aspiración formal y legal ha sido consolidar un sistema de salud que otorgue cobertura universal, la operación y financiamiento de nuestro sistema de salud ha enfrentado dificultades considerables y hoy dista mucho de alcanzar el objetivo. En 2003 hubo una reforma a la LGS que buscó romper con la fragmentación vertical del sistema por grupos poblacionales a través de la integración horizontal de funciones que se consideraban básicas (Flamand *et al.*, 2014, p. 126). Sin embargo, la multiplicidad de instituciones y estructuras burocráticas han

complejizado el sector, no lograron combatir la evidente desigualdad y hoy en día sigue siendo un pendiente.

Todo nuestro ecosistema institucional de salud convive y tropieza consigo mismo todo el tiempo. Dispersiones, complejidades inapropiadas, duplicaciones, añadidos circunstanciales, reiteración administrativa, ambigüedad entre otros fueron parte de aquellos bríos descentralizadores. Motivos políticos, intereses de gremios y modas aglutinantes son parte del germen que derivó en una maleza burocrática que creció sin medida, una criatura caprichosa que morderá en caso de sentirse amenazada.

Lamentablemente, en algunos casos esta fragmentación no fue producto de un tropiezo accidental sino resultado de un cálculo político deliberado. Así lo demuestra, por ejemplo, la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Su fundación en 1959 por el entonces Presidente Adolfo López Mateos no estuvo exenta de cuestionamientos referentes a su pertinencia y probable duplicidad de funciones. La decisión de edificar otra institución abocada a la salud cuando ya existía el IMSS desde 1943, despertaba preguntas razonables: ¿por qué no simplemente afiliar a la administración pública al IMSS, que para ese entonces ya contaba con años de operación, experiencia administrativa, infraestructura y conocimiento técnico? Se argumentó que la creación del ISSSTE era necesaria debido a que quienes se desempeñaban en el sector público eran otro tipo de trabajadores. Esto es, si en el IMSS existía un esquema de financiamiento tripartito (trabajador, patrón y gobierno), para el ISSSTE esto no funcionaría porque para estos trabajadores, el patrón y el gobierno eran la misma figura. Por esta razón era menester una nueva institución de salud aparte. Sin embargo, existieron razones de otra índole que empujaron su creación (Martínez, 2013):

“a) la tendencia constante del gobierno a crear servicios de salud para diferentes grupos de la población; b) cierta pretensión de clase por parte de los trabajadores públicos que les impulsaba a disponer de servicios propios separados de otros trabajadores; c) el interés gubernamental de ejercer diferentes formas de control individual y sindical” (p. 112).

Resulta alarmante pensar que dentro de los motivos para crear una institución de salud se encuentre una pretensión de clase que se niegue a compartir un sistema de salud con la población abierta. Esto aunado a una posibilidad de control político-electoral y sindical.

Dos efectos negativos: gasto de bolsillo y desigualdad de atención

Lo más perjudicial de esta alta fragmentación son dos aspectos que, además de encontrarse ligados, mantienen una relación con una política farmacéutica: el gasto de bolsillo y una desigualdad institucional.

El gasto de bolsillo en salud se refiere a “las erogaciones directas de las personas y hogares que deben realizar para acceder a ciertos servicios o productos médicos que se encuentran fuera del sistema público [...] Este tipo de gasto es una forma muy ineficiente e inequitativa de financiar la atención a la salud pues rompe con el principio de justicia financiera, según el cual las personas deben contribuir al financiamiento de su salud de acuerdo con su propia capacidad de pago” (Flamand *et al.*, 2014, p. 148). Por esta razón, este tipo de gasto resulta altamente regresivo. La gente con bajos ingresos paga la misma cantidad por un medicamento que quienes tienen un ingreso más alto pero sus consecuencias económicas se viven de un modo muy distinto. Se ha documentado que los gastos de bolsillo para salud más fuertes ocurren en países con ingresos medios-bajos, lo que pone en problemas a las familias en descender aún más en las mediciones de pobreza (Salinas-Escudero, 2019).

La *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares* (ENIGH) 2018, realizada por el INEGI, reporta un rubro denominado *Cuidado de la Salud* que contempla servicios médicos; medicamentos recetados; atención hospitalaria (no incluye parto); servicios médicos y medicamentos durante el embarazo; medicamentos sin receta y material de curación; medicina alternativa; aparatos ortopédicos y terapéuticos; y seguro médico. Acorde a estos datos, el gasto corriente nacional trimestral total destinado a este rubro asciende a 29'107,337 MDP sin embargo, si consideramos sólo a los cuatros elementos que se relacionan explícitamente con medicinas,² el total asciende a 20'964,960. Aunque el *gasto de bolsillo* no existe como variable en la ENIGH, los datos disponibles logran trazar la dimensión del problema. Del total de gasto privado en salud, el 72% se destina a la compra de medicamentos, casi $\frac{3}{4}$ partes del gasto particular en salud (ENIGH, 2018).

No es fortuito que este tipo de gasto se acompañe con la etiqueta “gasto catastrófico” o “gasto empobrecedor”. Este fenómeno, además, se concentra casi en su totalidad en hogares del

² Medicamentos recetados; servicios médicos y medicamentos durante el embarazo; medicamentos sin receta y material de curación; y medicina alternativa.

quintil más pobre de la distribución del ingreso en México (Flamand *et al.*, 2014). Esto se convierte en doble tragedia pues no sólo hay un gasto fuerte sino además esto se concentra en la población con mayor pobreza. De hecho, en una comparación dentro de la región latinoamericana, México es el país que más gasto de bolsillo desembolsa en comparación con Argentina (59.2%), Brasil (57.1%) y Chile (64.6%) (OMSS, 2011).

El segundo aspecto que vuelve imperativo una política farmacéutica es la desigualdad institucional. Resulta preocupante que las instituciones que hemos ideado para equilibrar el piso entre la población sea la misma que reafirma la distancia material, social, económica y simbólica. Aun cuando cada uno de los componentes de nuestro sistema de salud está pensado para atender las enfermedades de su población, la realidad es que no producen los mismos resultados porque existe una disparidad presupuestal entre ellas. La polarización que vive México desde hace décadas es, en parte, producto de nuestro (mal) arreglo institucional.

Rik Peeters y Fernando Nieto Morales (2020) denominan como “la máquina de la desigualdad” a la burocracia disfuncional que no sólo preserva la desigualdad existente sino que incluso la exacerba. Los autores abordan aquellos procesos administrativos que, aunque en teoría deberían estar ideados para permitir el acceso de manera equitativa a la población, terminan produciendo efectos contrarios con altos costos: traslado entre oficinas, valor relativo de beneficios sociales, costos de aprendizaje por parte de la población sobre cómo funcionan los programas, estigmatización social, entre otros. Aunque el estudio gira en torno al desempeño a lo que Lipsky bautizó como *burocracia a nivel de calle* (2010), es posible trasladar el espíritu de la idea a nuestro sistema institucional de salud.

En México, hay instituciones de salud que funcionan mejor que otras. La ausencia de un sólo sistema que atienda a la población ha permitido tratos y cuidados diferenciados entre la población. Esta segmentación institucional y acceso diferenciado a servicios de salud ha generado una desigualdad propiciada desde el mismo Estado. Esto a pesar de que la atención a la salud –y la seguridad social– es uno de los mecanismos más eficientes para nivelar el piso inequitativo entre una sociedad.

Acorde al Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) en su estudio “*La contracción del gasto per cápita en salud: 2010-2020*”, existe una brecha presupuestal entre nuestras instituciones de salud. El *gasto per cápita* (gpc) en salud se refiere al gasto disponible por persona por institución, es decir, la cantidad de recursos económicos a la que

tiene acceso cada individuo dependiendo a qué institución de salud tenga afiliación, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Gasto per cápita por institución

#	Institución	Gasto per cápita		Población asegurada	
		2010	2020	2010	2020
1	IMSS	\$5,614.00	\$4,600.00	35'380,021	64'217,234
2	ISSSTE	\$5,063.00	\$4,648.00	6'303,630	7'128,876
3	INSABI ³	\$3,472.00	\$3,258.00	26'229,071	32'866,898
4	IMSS-Bienestar	\$1,180.00	\$1,160.00	(Sin dato)	612,383
5	PEMEX*	\$24,054.00	\$11,131.00	(Sin dato)	1'203,576
6	SEDENA*	\$24,054.00	\$11,131.00	(Sin dato)	832,000
7	SEMAR*	\$24,054.00	\$11,131.00	(Sin dato)	219,446 ⁴

Fuente: Elaboración propia con información de censo 2020 del INEGI; Censo 2010 del INEGI; CIEP (2019); y PNT.

*Las tres instituciones se encuentran aglomeradas en el estudio.

Como se puede observar, desde al menos una década existe una reducción en el *gasto per capita* en prácticamente todas las instituciones de salud. Es decir, todos los subsistemas están gastando menos dinero en la salud de su población afiliada. El cambio demográfico y la evolución epidemiológica comparten un peso importante en lo sucedido. Respecto al primero, en diez años la población mexicana aumentó 12 millones llegando en 2020 a 126'014,024 personas y la esperanza de vida también se amplió por dos años: pasó de 73.9 años en 2010 y alcanzó 75.7 años en 2020 (INEGI, 2020). En segundo lugar, hubo un aumento de enfermedades no transmisibles que incluyen enfermedades crónico-degenerativas que son de mayor duración y mayor costo en su atención (Mendez, 2020).

Lo más dramático, sin embargo, de los datos en la tabla 3 es la disparidad financiera con los que cuentan cada institución para atender a cada persona adscrita. Alguien adscrito al IMSS-Bienestar, por ejemplo, tiene diez veces menos recursos para la atención de su salud que alguien con acceso a los servicios médicos de PEMEX y cuatro veces menos de los que tiene un derechohabiente del IMSS. Pocas cosas tan reveladoras como el gasto gubernamental. Considerando los montos diferenciados, pareciera que desde el Estado se afirma que existen ciudadanos de primera, de segunda y de tercera.

³ Población que reportó haber estado afiliado al Seguro Popular.

⁴ Dato obtenido a través de Plataforma de Transparencia solicitud número 0001300062821.

En este sentido, recientemente Laura Flamand, Carlos Moreno y Rafael Arriaga (2020) demostraron que la incidencia y mortalidad del cáncer en México tiene una fuerte relación con la respuesta institucional a la que una persona puede acceder para atenderse. No es lo mismo padecer cáncer cuando se cuenta con servicios de PEMEX que por el ISSSTE. De hecho, los servicios médicos provistos por la empresa petrolera son el mecanismo de salud social más costoso del país, incluso por encima de las Fuerzas Armadas (Martínez, 2013).

En contraparte, las dos instituciones que cuentan con menos recursos para su población son aquellas que brindan atención a la población abierta que no gozan de una relación formal dentro del mercado laboral y, por tanto, se encuentran sin seguridad social. Esta distancia intrainstitucional se materializa en una progresividad mayor para ciertos programas públicos de salud que otros. IMSS-Oportunidades, Seguro Popular y algunos programas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) atienden a población con menores recursos mientras que ISSSTE o PEMEX favorecen a deciles de ingresos más altos (Aguilera *et al.*, 2011).

Resulta paradójico que el entramado institucional que hemos ideado y construido para atender a quien requiera atención médica sea precisamente el que profundice las diferencias entre personas. Nuestro propio sistema público de salud termina contribuyendo a la polarización en México.

Los Cuadro Básicos de Medicamentos

Los *Cuadros Básicos* son uno de los elementos más importantes para cualquier sistema público de salud. Aunque el nombre puede variar entre países, la idea es la misma. Se trata del listado oficial de aquellos insumos médicos que una institución necesita para atender a la población. El Consejo de Salubridad General (CSG, 2017), a través de su Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico, lo define como “el documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican todos los medicamentos (...) empleados por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (SNS)” cuyo objetivo “es colaborar en la optimización de los recursos públicos destinados a la atención de los problemas de salud del país, mediante el empleo de insumos que han probado su seguridad, eficacia terapéutica y eficiencia”.

Aunque la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) enlista siete cuadros básicos, México recurre a cinco (CSG, 2017):

1. Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos
2. Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación
 - Tomo I Material de Curación
 - Tomo II Osterosíntesis y Endoprótesis
3. Cuadro Básico y Catálogo de Auxiliares de Diagnóstico
4. Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico
 - Tomo I Instrumental Médico
 - Tomo II Equipo Médico
5. Cuadro Básico de remedios herbolarios, insumos para acupuntura y medicamentos homeopáticos

Cada uno cuenta con un comité técnico específico para su elaboración. Para el caso particular de los medicamentos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos estos cuadros básicos u homólogos se guíen bajo una Política Farmacéutica Nacional, explicada en el primer capítulo.

Con estos cinco cuadros básicos, nuestro sistema de salud atiende los veintidós grupos terapéuticos que se presentan en la población mexicana (ver tabla 4).

Tabla 4. Grupos terapéuticos

Analgésia	Gineco-obstétrica	Otorrinolaringología
Anestesia	Hematología	Planificación familiar
Cardiología	Intoxicaciones	Psiquiatría
Dermatología	Nefrología y urología	Reumatología y traumatología
Endocrinología y metabolismo	Neumología	Soluciones electrolíticas sustitutos de plasma
Enfermedades infecciosas y parasitarias	Neurología	Vacunas toxoides, inmunoglobulinas, antitoxinas
Enfermedades inmunoalérgicas	Oftalmología	
Gastroenterología	Oncología	

Fuente: Elaboración propia con información de Cuadro Básico de Medicamentos del IMSS (2019).

En nuestro sistema de salud, sólo cinco instituciones cuentan con la prerrogativa de construir sus propios cuadros básicos acorde a sus necesidades:

1. Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS)
2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
3. Petróleos Mexicanos (PEMEX)
4. Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA)
5. Secretaría de Marina (SEMAR)

Conviene remarcar que ni el IMSS-Bienestar, ni el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), ni la Secretaría de Salud (SSA) son considerados en este análisis. Los primeros dos porque ambos dependen de otras instituciones. Es decir, el IMSS-Bienestar obtiene sus insumos del propio instituto al que pertenece y el ISSFAM obtiene sus medicamentos a través del ISSSTE.⁵ La SSA, por su parte, opera principalmente sobre las estructuras de salud estatales y esto orilla a que esta institución decida conjuntamente qué medicamentos adquirir.

En México, para que una medicina pueda integrarse a cualquier cuadro básico de medicamentos debe primero conseguir la aprobación de dos instituciones claves: i) la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS); y ii) el Consejo de Salubridad General (CSG). La COFEPRIS es una dependencia administrativa descentralizada de la Secretaría de Salud que es responsable de emitir un registro sanitario válido –a renovarse cada cinco años– que certifica la seguridad, calidad y eficacia de toda medicina (OCDE, 2018). Un medicamento que cuente el registro sanitario válido que certifica que no causa daño a las personas, pasa a la siguiente etapa. En caso de no acreditarse la inocuidad del medicamento, se rechaza el producto.

La segunda etapa se encuentra a cargo del Consejo de Salubridad General (CSG), la institución constitucional que hoy en día es la máxima autoridad sanitaria en México. Con fundamento en el artículo 73 constitucional, fracción XVI, este Consejo que depende directamente del Presidente de la República, cuenta con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Una de ellas es publicar el *Compendio Nacional de Insumos para la Salud* (CNIS)⁶

⁵ Solicitud de información 0715000025120 realizada a través del PNT el 23/03/21.

⁶ Anteriormente llamado “Cuadro Básico y Catálogo de Insumos para la Salud”.

(LGS, art 17, frac V) que básicamente se refiere al listado oficial de aquellos insumos médicos que cuentan tanto con un registro sanitario de COFEPRIS como con la aprobación médica de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos perteneciente al CSG. Todo medicamento aprobado por el CSG obtiene una clave intra-institucional. Cada clave es un medicamento.

Una medicina que haya concluido satisfactoriamente sus dos procesos en ambas instituciones, es integrada al Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS) y a partir de ese momento se vuelve susceptible de adquisición, distribución y comercialización dentro de todo el territorio mexicano. La versión más reciente del CNIS, publicado por el Consejo de Salubridad General, data de marzo 2021 y está integrado por 14 mil 806 medicamentos, cada una con claves disponibles para entrar en una dinámica de mercado.

Es pertinente notar que el CSG se encuentra integrada por el Presidente en turno y por integrantes titulares que representan a ocho instituciones claves de nuestro sistema de salud: la SSA, el IMSS, el ISSSTE, el DIF Nacional, la SEDENA, la SEMAR, PEMEX, y Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Además de los invitados permanentes a las sesiones plenarios de la Comisión, el Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y hospitales de Alta Especialidad; Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; Titular del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; un representante institucional de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica; un representante institucional de la Cámara de Transformación y un representante ciudadano del Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica (CSG, 2017).

Acorde al *Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud*, los integrantes titulares cuentan con voz y voto mientras que los invitados permanentes sólo cuentan con voz. Esto es importante porque significa que los 14 mil medicamentos que actualmente integran el Compendio Nacional cuentan con la anuencia de las instituciones integrantes. Aunque esto no implique su integración automática o inmediata a algún cuadro básico de medicamentos, como veremos más adelante.

Ahora bien, aunque existe un mercado privado de medicamentos, el sector público es un comprador destacado. Sólo en el segundo semestre de 2019 –año pandémico por el COVID-19–, la Secretaría de Hacienda Crédito Público (SHCP) y la Secretaría de Salud (SSA) erogaron 7 mil 169 MDP en la compra de medicinas (Tourliere, 2021). Es por esto que las empresas

farmacéuticas no sólo tienen interés en conseguir una pronta autorización por parte de COFEPRIS y el CSG para su comercialización en el país sino particularmente que sus medicamentos sean integrados a los cuadros básicos. Incluso existen medicamentos que cuentan con escasos puntos de venta pues su interés comercial no se centra en la venta abierta a la población sino en nuestro sistema de salud. El sector público es el principal proveedor de tratamientos especializados más costosos, por ejemplo, los oncológicos (OCDE, 2018).

Ahora bien, la fragmentación de nuestro sistema de salud dota de independencia a cada institución permitiéndole que cada una decida que medicamentos incluir y cuáles dejar fuera. De hecho, en el *Reglamento Interno de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico*, particularmente en el artículo 50, se explicita que el hecho de que una institución decida recurrir a un medicamento no obliga de ninguna manera a que otra también lo haga. Tal es la división entre instituciones que en ninguna Ley, reglamento, protocolo u homólogos revisados para este trabajo, existe siquiera una recomendación de mantener una comunicación entre diversas instituciones.

Ante esta independencia institucional que les permite elegir sus medicamentos, sin comunicación intrainstitucional, resulta evidente que tenemos enfrente un escenario desarticulado. Es justo en este tramo donde las decisiones que se toman, se hacen en un espacio difuso porque se vuelve imposible saber quiénes y bajo qué criterios se toman las decisiones de compra de los insumos farmacéuticos por cada institución. Esta peculiaridad, sumada al modo de financiamiento, es lo que permite desigualdades importantes dentro del propio sistema de salud. Para conocer esto, contamos sólo con apenas una mirilla.

Apenas una mirilla

Los derechos no son gratuitos, cuestan dinero y el derecho a la salud no es particularmente barato. La forma en la que un gobierno distribuye el presupuesto dice mucho de sus prioridades. Cualquier derecho que no cuenta con un respaldo fiscal es linda poesía. Para el caso mexicano, y en un primer momento, el monto destinado al sector salud trae buenas noticias. Acorde al Sistema de Información de la Secretaría de Salud, desde 2003 ha habido un aumento sostenido en el gasto total destinado al sector salud (ver tabla 5).

Tabla 5. Gasto total en el sector salud (millones de pesos)

AÑO	PRECIOS CONSTANTES
2003	700,325
2004	762,839
2005	791,975
2006	819,858
2007	868,392
2008	826,418
2009	851,245
2010	886,425
2011	890,309
2012	949,024
2013	959,920
2014	945,277
2015	1'011,736
2016	1'028,316
2017	1'033,238
2018	1'039,703

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Información de la Secretaría de Salud.

La asignación presupuestal es crucial para poder garantizar el derecho a la salud pero esto apenas es un pequeño tramo. Aunque un aumento en el presupuesto en salud siempre es buena señal, estos datos sólo cuentan una parte de la historia. No sólo importa el presupuesto aprobado, su distribución es igual de importante. Para ilustrar el punto, es necesario acercarse al ejercicio presupuestal del año anterior: 2020.

Acorde al portal *Transparencia Presupuestaria* de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2020 aprobado ascendió a poco más de 6 millones 953 mil MDP⁷ de los cuales el sector salud en su conjunto recibió poco más de 635 mil MDP⁸ y de este monto la compra de medicamentos de todo el sistema de salud

⁷ El monto exacto total del PEF 2020 es 6'953'750'330,828.

⁸ El monto exacto total dedicado al sector salud en el PEF 2020 es de 635'291'374,788.

público ascendió a 66 mil 62 MDP.⁹ Si desagregamos estos datos por instituciones, la distribución presupuestal quedaría de la siguiente manera (tabla 6):

Tabla 6. Distribución presupuestal del PEF 2020 en el sector salud

INSTITUCIÓN	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL 2020	PORCENTAJE A MEDICINAS
IMSS	319 mil 344 MDP	19%
ISSSTE	62 mil 807 MDP	25%
PEMEX	12 mil 438 MDP ¹⁰	17%
SEDENA	2 mil 239 MDP	11%
SEMAR	2 mil 684 MDP	11%

Fuente: Elaboración propia con información de la SHCP a través de *Transparencia Presupuestaria*; y *Gastos en medicamentos* del CIEP.

Resulta llamativo que el IMSS siendo la institución de salud más robusta de nuestro país con el mayor presupuesto asignado y con el mayor número de población afiliada, sólo destine el 13.7% a la compra de medicamentos. En contraparte, el ISSSTE destina poco más de un cuarto de todo su presupuesto para el mismo rubro y sólo atiende al 7.7% de la población. PEMEX destaca pues es el sistema de salud más caro *per capita* pero se coloca en tercer lugar en cuanto al gasto porcentual en medicinas. SEDENA y SEMAR, por su parte, tienen diferencias en su gasto a medicamentos aunque no tan pronunciadas.

Ante la tabla 6, podría decirse que aquellas poblaciones semejantes tienen necesidades similares. De este modo, sería entendible que tanto SEMAR como SEDENA destinen el mismo porcentaje presupuestal a la compra de medicinas pues el tipo de lesiones podrían requerir insumos equivalentes. Algo similar podría decirse sobre el IMSS e ISSSTE pues sus poblaciones civiles comparten con características afines aunque, para este caso, su diferencia presupuestal destinada a medicinas sí es notoria.

Parte de la explicación que permite que estas diferencias ocurran no reposan únicamente una mera cuestión presupuestaria (mayor población, mayor presupuesto) sino que la forma en

⁹ El monto exacto total y exclusivo para la compra de medicamentos en el PEF es 66'062'197,109.

¹⁰ Este monto se obtuvo del PEF 2020 usando los filtros *Desc_AI = Personal activo y jubilado y calidad de vida* pues refleja únicamente el dinero destinado a la salud por PEMEX para su población derechohabiente.

la que cada institución de salud se ha configurado a lo largo del tiempo ha logrado distanciarse una de la otra. Algunas incluso han logrado que este acomodo institucional permita un desarrollo sobre un sentido de pertenencia hacia la institución, como lo advierte Juana de Arco, persona entrevistada para la formación de esta tesina. Esto termina por ahondar aún más la desigualdad institucional que ya existe actualmente.

De aquí que una política farmacéutica que atravesara a todo nuestro sistema de salud sería una movida inteligente pues aminoraría las diferencias existentes sin que eso implique una disminución en la calidad.

Política Farmacéutica, la apuesta

Desde la óptica de política pública, una política farmacéutica para nuestras instituciones de salud implicaría fundamentalmente dos cosas: i) la unificación de procesos administrativos sólidos para la compra de medicamentos; y ii) criterios intrainstitucionales claros y unificados sobre qué medicamentos incorporar a sus cuadros básicos.

Procesos administrativos

Desde el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) se establece el marco para administrar los recursos públicos. De aquí se desprende la *Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público* (LAASSP) que regula lo referente a la contratación pública de bienes y servicios, además de que especifica las modalidades de contratación disponibles.¹¹

Con este marco en mente, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) podría llevar la batuta para el impulso de una Política Farmacéutica Nacional. El hecho de que este organismo, creado en 1943, sea hoy el sistema de seguridad social más grande en México, el segundo más grande adquirente público, el mayor comprador de productos sanitarios y la institución que abarca poco más del 50% del gasto en salud anual en México (OCDE, 2018), la convierte en el organismo de salud que podría liderar la unificación de procesos administrativos

¹¹ 1. Licitaciones públicas; 2. Invitaciones restringidas (invitaciones a por lo menos 3 personas); y 3. Adjudicaciones directas.

sólidos para la compra de medicamentos destinados a todo el sector salud. Curiosamente, existe una ruta jurídica para esto.

El artículo 17 de la LAASSP estipula que las entidades puedan adquirir conjuntamente bienes o servicios con el objetivo de conseguir las mejores condiciones respecto a precio, calidad, financiamiento y conveniencia. A esto se le denomina como *compra consolidada*. Se trata de una herramienta que permite consolidar en una sola institución diversos órdenes de compra o contratación de bienes o servicios con otras dependencias para lograr ahorros significativos.

Para nuestro caso, implicaría que el IMSS concentre dentro de su aparato administrativo la compra de medicinas de varias o todas las instituciones de salud que componen nuestro sistema. El IMSS por su tamaño y relevancia podría aglomerar diversas necesidades institucionales y ejercer su poder de compra.

Esto se alinea en su totalidad con la idea de un proceso administrativo único y robusto para la compra de medicinas y podría funcionar como un paso no sólo hacia una PFN sino también una universalización de la salud en México. Una grieta menos en nuestra fragmentación.

Esto además de ser una posibilidad jurídica-administrativa resulta ser también una recomendación explícita por parte de la OCDE (2018) hacia el IMSS en aras de combatir la colusión a las compras públicas, debido a que “existe una mayor probabilidad de que las licitaciones públicas con un mayor volumen de artículos (o servicios) atraigan mejores ofertas, incluyendo menores precios” (p. 69). Lo curioso es que esta situación ya sucedía.

¿Cómo compramos medicinas?

La centralización de las compras consolidadas de medicamentos encabezadas por el IMSS había iniciado en 2011. En aquel año, el IMSS, en conjunto con la Secretaría de la Función Pública (SFP) y la Secretaría de Hacienda (SHCP), hizo un ejercicio de contratación conjunta con la Secretaría de la Defensa. Un año después, en 2012, se realizó otra contratación similar donde se incorporó al ISSSTE y al estado de Baja California (OCDE, 2018). Para 2013, la práctica había generado buenos resultados y se convirtió en algo recurrente. El IMSS no sólo compraba sus propios insumos sino que aglomeraba las necesidades farmacéuticas de otras instancias e incluso

de algunas entidades federativas, lo que permitía una mejor capacidad de compra. Para 2017, por ejemplo, el IMSS ya compraba para sus homólogos institucionales: ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, 23 hospitales e institutos nacionales de la SSA y se unieron 22 estados.

Durante los siete años de su implementación, se registraron ahorros para todas las instituciones participantes alcanzando un monto total de 21 mil 361 MDP (Melgoza *et al.*, 2020). Para el IMSS ha resultado en ahorros anuales entre 5% y 9%, lo que corresponde a cifra alrededor de 10 mil 500 MDP para el periodo 2013-2017. Algo similar sucedió con el resto de los participantes con ahorros entre 9% y 11% (OCDE, 2018, p. 69). El último año en que se recurrió a las compras consolidadas lideradas por el IMSS fue en 2018, solicitadas por 43 instituciones y dependencias federales y estatales.

Esta práctica, sin embargo, se interrumpió al inicio de la llegada a la presidencia de Andrés Manuel López Obrador (AMLO). De la mano de Carlos Urzúa Macías, entonces titular de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), las compras públicas se modificaron. Desde ese momento sería la Oficialía Mayor de la SHCP la encargada de realizar lo que antes hacía el IMSS. Dado que una de sus banderas políticas es el combate a la corrupción, el Presidente decidió tomar el control de la política de las contrataciones y delegarlas a un equipo que gozara de su confianza. “Las compras del sector público son una fuente potencial de corrupción a todas las escalas y a todos los niveles (...) Bajo esta visión, se propone que la SHCP sea dotada de las facultades para consolidar compras de la administración pública (...) como es el caso de las medicinas”, dice la iniciativa.

De este modo, desde el 1 de enero de 2019 ninguna entidad del gobierno federal distinta a la SHCP pudo comprar medicamentos. Este cambio administrativo abrupto, junto con el veto presidencial a tres principales distribuidoras de medicamentos y la clausura de COFEPRIS a siete plantas de Laboratorios Pisa, generó desabasto para medicinas –y material de curación– que trataban el cáncer. Debido a esto, la Oficialía Mayor de la SHCP, entonces encabezada por Raquel Buenrostro, tuvo que realizar compras consolidadas a mitad de año (Melgoza *et al.*, 2020).

A decir verdad, este modelo no funcionó y hubo que buscar otras rutas. De tal suerte que 18 meses después, el 31 de julio de 2020, el Presidente durante su habitual conferencia matutina (conocida como “La mañanera”) anunció la colaboración entre la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) y el gobierno mexicano para realizar las compras

consolidadas del sector de salud federal para el periodo 2021-2024. Este convenio –de alcance internacional– contempla 3 mil 643 claves, equipo médico y vacunas, incluyendo contra el COVID-19 (Muñoz *et al.*, 2020). La distribución y el almacenaje, sin embargo, no se encuentran contemplados dentro del convenio, lo cual en sí mismo es un verdadero reto de logística.

Para cubrir estos aspectos, el gobierno del Presidente de Andrés Manuel López Obrador le está apostando a fortalecer Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México (BIRMEX), una empresa paraestatal dedicada al sector farmacéutico que en realidad nunca ha despuntado por su poco presupuesto y escaso interés político. Sin embargo, pareciera que estos dos obstáculos podrían ser superados.

Acorde a Woody Allen,¹² persona entrevistada para esta tesina, las compras consolidadas tienen grandes virtudes y, por supuesto, también deficiencias. Dentro de las primeras se encuentra la voluntad propia de las diversas instituciones de salud para aglomerar sus necesidades y ejercer una capacidad de compra que sería difícil conseguir si cada una lo intentara por separado. Es decir, a pesar de no existir ningún lineamiento que así lo mandara, las instituciones aceptaban coordinarse entre ellas y realizar las compras necesarias en conjunto. Esto no es poca cosa pues la voluntad dentro de la administración pública (y en muchos otros espacios) es un bien escaso. En contraparte, las compras consolidadas también adolecían de huecos importantes. Uno de ellos era que aunque algunas instituciones aceptaban entrar a estas compras consolidadas lo hacían solicitando una cantidad menor a la que realmente requerían. Es decir, si necesitaban 40 cajas de penicilina, registraban sólo 20. A sabiendas de que este insumo sería insuficiente para cubrir la atención médica, se veían “obligados” a recurrir a las *compras emergentes* con adjudicación directa a empresas con las que ya sostenían algún tipo acuerdo previo.

Aun así, queda claro que la compra consolidada es una herramienta que goza de simpatía y todo indica que se recurrirá a ella con regularidad. Sus efectos positivos son notorios: ahorros significativos, reducción de puntos de contactos para corrupción y protección ante la colusión de precios para las delegaciones locales, como sucedió con el suministro de guantes de látex (COFECE, 2017). Lo que se encuentra en disputa, sin embargo, es quien consolida las necesidades de insumos de las diversas instituciones. No es una cuestión ligera pues quien aglomere las necesidades inevitablemente también tendrá el control del dinero.

¹² Nombre cambiado para mantener su identidad oculta.

Los Cuadros Básicos de Medicamentos

De igual importancia que homologar procesos administrativos se encuentra transparentar criterios. El tema es crucial para un contexto burocrático donde los recursos financieros, físicos y humanos son limitados. El espacio fiscal se achica cada vez menos pero las demandas sociales se incrementan (CIEP, 2018). Aunque el uso de recursos económicos para la adquisición de medicinas es un asunto evidentemente público, la realidad es que es un tema con poca luz.

No existe documento oficial de ningún organismo internacional o de la región latinoamericana que fije una ruta trazada infalible para la implementación e impulso de una política farmacéutica. En realidad, es tarea de cada país descubrir y construir su propia ruta para lograrlo pues aunque se sabe el destino al que se desea llegar, no existe un sólo camino. Esto mismo sucede con las políticas públicas.

Los cuadros básicos, sin embargo, pueden ser un punto de inicio ideal para México. Su importancia es vital porque significan el manifiesto oficial de aquellos insumos farmacéuticos que el sistema de salud declara necesarios para poder operar. Un cuadro básico representa la decisión última de cada institución después de un análisis epidemiológico, eficiencia e inocuidad. O al menos eso debería.

Dentro de las instituciones que cuentan con la prerrogativa de constituir sus cuadros básicos, sólo el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS) lo publica en su portal web. Las demás instituciones no tienen la misma cortesía. Para conseguir los correspondientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina (SEMAR) es menester recurrir a la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT). Este simple hecho ya es sugerente.

Tabla 7. Comparativo de cuadros básicos entre instituciones de salud

Institución	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA¹³	SEMAR
No de claves	971	1,264	1,189	1,398	¿14,806?
% de población atendida	51%	7.7%	0.57%	0.66%	0.17%

Fuente: Elaboración propia con información de la página web IMSS; Plataforma Nacional de Transparencia (PNT); Censo 2020 del INEGI.

¹³ Dentro de SEDENA, el cuadro básico se llama *Catálogo Institucional de Medicamentos*.

De simple vista, salta la disparidad en el número de medicinas que conforman los cuadros básicos según cada institución. Lo cual reafirma la desigualdad institucional (capítulo 2). Todas las instituciones de salud cuentan con Cuadros Básicos de Medicamentos más amplios que el IMSS, muy a pesar de que ninguno se acerca a su población atendida. La SEDENA, por ejemplo, atiende al 0.66% de la población pero utiliza 43% más medicinas (esto es 427 claves extras) que el IMSS. Por su parte, PEMEX atiende al 0.57% de la población y utiliza 218 claves más. Lo mismo sucede para el ISSSTE que cuenta con 323 medicamentos extras. Por último, hasta el cierre de esta tesina, la Secretaría de Marina se rehusó a entregar su Cuadro Básico de Medicamento (u homólogo) y aseguró que “[...] utiliza el listado de Insumos Médicos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud publicado por el Consejo de Salubridad General (CSG) [...]”.¹⁴

Ante la tabla 7, es factible argumentar que las diferencias en medicinas corresponden a la diferencia entre el tipo de enfermedades que cada población padece. Es decir, los padecimientos de personal militar es distinto a lo que vive la población civil y esto desemboca en diferencias farmacológicas. Diferentes padecimientos conlleva a diferentes medicinas. De este modo, conviene revisar en la tabla 8 (siguiente página) las enfermedades más tratadas de las instituciones de salud (ver tabla 8).

¹⁴ Información obtenida a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT) con la solicitud 0001300062421.

Tabla 8. Las enfermedades más tratadas de las instituciones de salud

#	IMSS	ISSSTE	PEMEX	FF. AA.: SEDENA Y SEMAR
1	Enfermedades respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas
2	Infecciones intestinales por otros organismos			
3	Infección de vías urinarias			
4	Conjuntivitis	Úlceras, gastritis y duodenitis	Gingivitis y enfermedades periodontales	Gingivitis y enfermedades periodontales
5	Gingivitis y enfermedades periodontales	Gingivitis y enfermedades periodontales	Conjuntivitis	Otitis media aguda
6	Úlceras, gastritis y duodenitis	Hipertensión arterial	Úlceras, gastritis y duodenitis	Úlceras, gastritis y duodenitis
7	Obesidad	Diabetes mellitus no insulino-dependiente	Obesidad	Conjuntivitis
8	Síndrome febril	Conjuntivitis	Síndrome febril	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas
9	Hipertensión arterial	Otitis media aguda	Otitis media aguda	Diabetes mellitus no insulino-dependiente
10	Diabetes mellitus no insulino-dependiente	Obesidad	Otras helmintiasis	Hipertensión arterial

Fuente: Elaboración propia con información de *Sistema Universal de Salud* de CIEP.

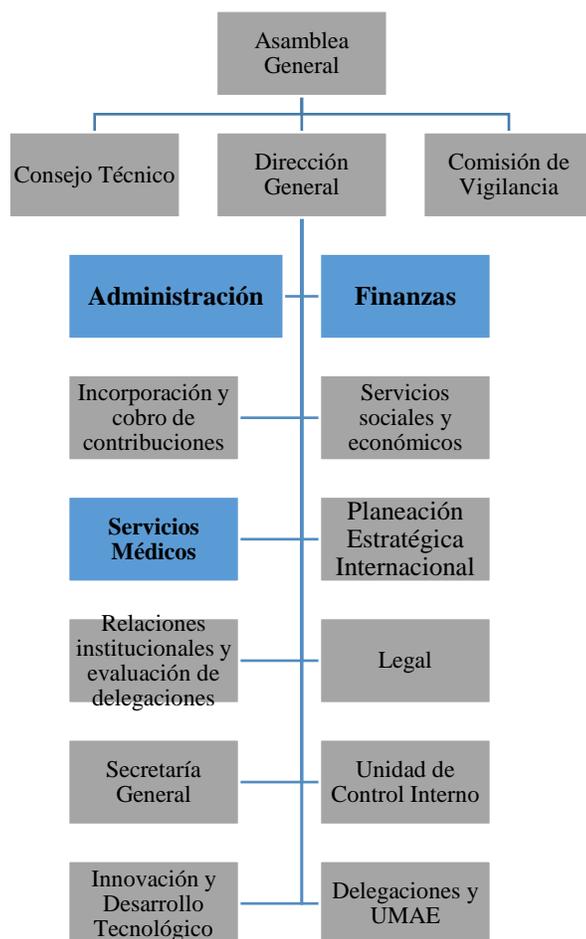
Como puede verse en la tabla anterior, las primeras tres enfermedades son las mismas para todas las instituciones: enfermedades respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos e infección de vías urinarias comparten el mismo lugar y el mismo orden. A partir de este punto, las enfermedades siguen repitiéndose aunque en diferente lugar. Seis enfermedades se repiten en todas las instituciones y cuatro enfermedades se repiten en tres instituciones. Sólo dos enfermedades son *huérfanas*, es decir, aparecen una sola vez en una sola institución.

A la luz de esta información donde resulta evidente que las enfermedades no son radicalmente distintas entonces ¿por qué los cuadros básicos de medicamentos sí lo son? Para poder responder esto, resulta pertinente revisar institución por institución.

IMSS

El Instituto Mexicano de Seguro Social es el instituto más importante para México y uno de los más robustos de toda América Latina. Su importancia para el sector salud en su conjunto es innegable pues atiende al 51% de la población (INEGI, 2020). Hoy en día, el IMSS se organiza del siguiente modo:

Estructura orgánica del IMSS 2020



Fuente: Elaboración propia con información del Manual de Organización del IMSS.

Con base en el Manual de Organización del IMSS, la *Dirección de Prestaciones Médicas* es el área encargada de “dictar y autorizar las políticas, normas, planes, programas, lineamientos técnico-médicos y demás regulación referente [...] a los Cuadros Básicos de Insumos para la Salud” (IMSS, 2019). Se trata del área que determina la autorización de la inclusión, modificación y exclusión de insumos para la salud en los cuadros básicos institucionales, incluyendo los medicamentos.

Sin embargo, acorde a Rosario Castellanos, persona entrevistada para esta tesina con experiencia laboral dentro del sector salud, en la práctica el proceso decisorio sobre los medicamentos en realidad involucra a tres direcciones: Dirección de Prestaciones Médicas, Dirección de Finanzas y la Dirección de Administración (todas marcadas con rojo). Prestaciones Médicas revisa el asunto de la bioseguridad, de características clínicas de las medicinas y su concordancia con el cuadro epidemiológico para la población derechohabiente. Finanzas, por su parte, se encarga de los análisis costo-efectividad y fármaco-económicos. Esto es, el precio de cada medicina, el volumen que se requiere, la efectividad que registra el medicamento, la prevalencia de la enfermedad dentro de la población y el costo de las enfermedades. Por último, la Dirección de Administración, por ser la unidad compradora, es quien se encarga del proceso administrativo de compra a través de la *Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios*, que dicho sea de paso era la responsable de organizar las compras consolidadas. Por su parte, la *Coordinación de Control de Abasto* es el área de abastecimiento que maneja la ejecución de los contratos celebrados, incluidos el de las medicinas (OCDE, 2018).

El IMSS, además, cuenta con un comité para la evaluación de su propio cuadro básico de medicamentos (entre otros insumos) y se encuentra integrado por el Titular de la División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud, Jefe de Área de Medicamentos, Coordinadores de Programas Médicos y Vocales Honoríficos (que son designados por quien ocupe la Dirección General).¹⁵

Resulta curioso, por decir lo menos, que el IMSS sea la institución de salud que menos medicamentos utiliza. Su cuadro básico de medicinas consta de 971 claves y cuyo procedimiento de incorporación/eliminación de medicamentos del cuadro básico sea sólido y

¹⁵ Información obtenida a través de la Plataforma Nacional de Transparencia con la solicitud número 0064101021921.

más transparente. En términos generales, el proceso técnico es el siguiente (Martínez, 2013, p. 305; OCDE, 2018, p. 97):

1. Se recibe una solicitud de inclusión amparada por la resolución positiva del Consejo de Salubridad General y mostrar que el producto que se propone es mejor o más barato de los ya existentes en la lista.
2. Se efectúa una primera evaluación de acuerdo con una revisión de los trabajos efectuados en diversos países.
3. Si el producto ha mostrado internacionalmente que tiene méritos y se agrega copia de la documentación científica y técnica.
4. Se integra un listado de valores con su correspondiente calificación estadístico-matemático.
5. Las unidades de administración, finanzas y médicas del IMSS también se involucran. La unidad de administración evalúa niveles de consumo y requerimientos de almacenamiento. La unidad de finanzas agrega valoración de impacto económico. La unidad médica realiza un análisis de comparación con otros productos basándose en las sustancias activas.
6. Se efectúa una reunión de un consejo de especialistas quienes en discusión abierta llegan a una decisión.
7. La aprobación se publica en la página web del IMSS.

No existen límites de tiempo para la integración de nuevos productos en los cuadros básicos y el proceso de revisión entre seis meses y tres años, dependiendo la medicina que se trate. Cualquier producto puede ser retirado del cuadro básico por quejas o reacciones adversas (OCDE, 2018). Este procedimiento se realiza cuando alguna nueva medicina desea ingresar al cuadro básico.

Conviene mencionar que no se trata de un proceso “ciego” en donde la parte compradora y la parte vendedora nunca tienen contacto. Por el contrario, las farmacéuticas y autoridades del IMSS sostienen recurrentes reuniones de diversas índoles como preguntas-respuestas, entrega de documentos y puja económica, al menos. Estos puntos de contacto, acorde a Rosario

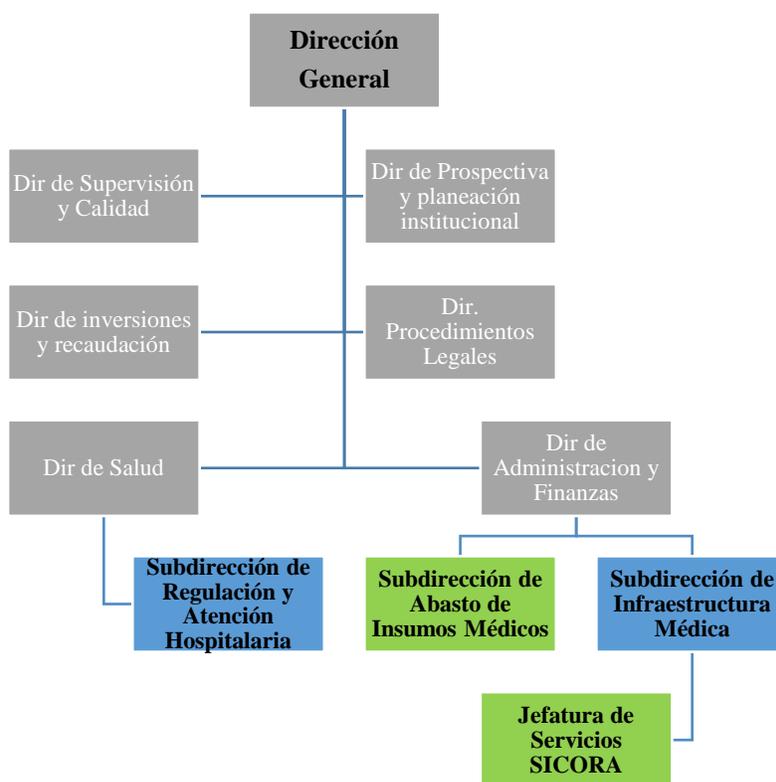
Castellanos, sí pueden posibilitar que intereses privados desplacen o mezclen con criterios institucionales.

ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, cuya fundación sucedió en 1959, es la institución encargada del cuidado de la salud y seguridad social de quienes laboran dentro la administración pública, que implica el 7.7% de la población y para lograrlo su Cuadro Básico de Medicamentos contiene 1,275 medicinas.

Organizacionalmente el ISSSTE se expresa de la siguiente manera:

Estructura Orgánica del ISSSTE



Fuente: Elaboración propia con información del Estatuto Orgánico ISSSTE y solicitudes de información.

Para el caso del ISSSTE, son dos subdirecciones (marcadas en azul) las que se involucran en el proceso de aprobar o modificar el Cuadro Básico de Medicamentos. Se trata de la Subdirección de Infraestructura Médica y la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria, pertenecientes a dos direcciones distintas pero juntas conforman al comité encargado de intervenir en la evaluación y aprobación de insumos médicos a dicho cuadro, el cual se encuentra conformado por médicos especialistas de diferentes unidades designados la Dirección Normativa de Salud para cada grupo terapéutico o especialidad.¹⁶

Por su parte, la Jefatura de servicios SICORA (color verde), perteneciente a la Subdirección de Infraestructura, recoge la demanda programada de medicinas y se la requiere a la Subdirección de Abastos de Insumos Médicos (color verde) que realiza los procedimientos de compra.¹⁷

Ahora bien, el proceso usado por el ISSSTE para agregar o modificar su cuadro básico es el siguiente:¹⁸

1. Oficio de solicitud dirigido a la Subdirección de Infraestructura
2. Contar con clave del *Compendio Nacional de Insumos para la Salud*
3. Registro Sanitario
4. Estudio Fármaco-Económico
5. Evidencia clínica en donde se muestra terapia o indicación aplicada en pacientes de las Unidades Médicas del Instituto.

Aunque el proceso es similar al IMSS, también cuenta con sus peculiaridades. En este caso, la empresa interesada en incluir su medicamento debe presentar dos requisitos extras. El primero es un estudio fármaco-económico que se refiere al costo-efectividad de la medicina en cuestión. Este procedimiento que en el IMSS lo realiza su dirección de finanzas, en el ISSSTE recae sobre la empresa privada. La segunda diferencia es la aportación de evidencia clínica que existen pacientes o derechohabientes dentro del ISSSTE que no sólo requieren su producto sino además cuentan con una indicación médica. Aunque no es claro con cuántas personas basta para decidir

¹⁶ Solicitud de información 0063700617220 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

¹⁷ Solicitud de información 0063700617220 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

¹⁸ Solicitud de información 0063700209521 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

comprar el medicamento, esta peculiaridad podría explicar el abasto de medicinas provisto para enfermedades raras, como es el caso de Paulina Peña explicada al inicio de esta tesina.

De la misma manera, en el ISSSTE tampoco existe un “proceso ciego”. Farmacéuticas y autoridades institucionales también entran en contacto. Esto significa también una posibilidad de que intereses privados puedan influir de manera excesiva en la decisión de comprar un medicamento por encima de otro.

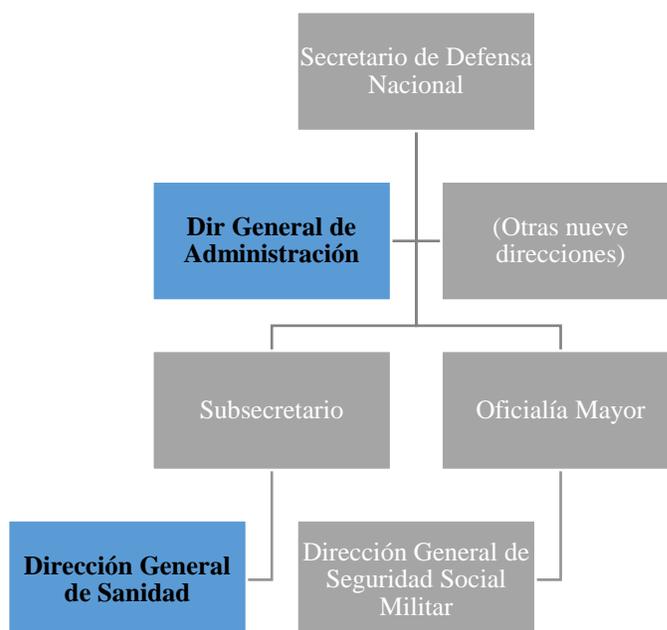
Por último, existe un elemento importante que debe mencionarse. El hecho de que el ISSSTE –a diferencia del IMSS– sí cuente con una población derechohabiente acotada y diferenciada del grueso, logra imprimirle una dinámica institucional peculiar. Es decir, al saberse diferenciado de la población abierta permite desarrollar un sentido de pertenencia que termina por tener un peso importante. Esto es, el hecho de que los servicios médicos provistos por el ISSSTE no estén disponibles para la población abierta sino sólo a la planta laboral genera un sentido de identidad dentro de la institución que termina por influir en las decisiones de compras. Ya no sólo se trata de comprar medicinas que se usarán para atender a cualquier persona que requiera el servicio sino se trata de los insumos a los que muy posiblemente recurrirá la persona que hace la compra, lo cual hace una diferencia fundamental. Si las medicinas que se adquieren también serán el insumo farmacológico usado para quien decide en caso de enfermarse, el resultado será distinto a uno donde las compras le serán ajenas. Esta pequeña peculiaridad, acorde a Juana de Arco, es una constante en prácticamente todas las instituciones que ofrecen su cobertura médica a sólo una fracción de la población.

SEDENA

Los servicios médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional atienden al 0.66% de la población mexicana que significa 831 mil personas aproximadamente. Para atenderles la institución hace uso de su *Catálogo Institucional de Medicamentos* que consta de 1,398 claves.¹⁹ En términos organizacionales, la SEDENA se encuentra de la siguiente manera:

¹⁹ Solicitud de información 0000700281820 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

Estructura orgánica de SEDENA



Fuente: Elaboración propia con información de Manual de Organización General de la Secretaría de Defensa Nacional y Reglamento Interior de la Secretaría de Defensa Nacional.

Sin embargo, las instituciones militares son quizá las menos transparentes respecto al tema de decisiones sobre sus insumos farmacológicos. La SEDENA entra en esta categoría. En respuesta a diversas solicitudes de información, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, negaron la existencia de algún procedimiento para la integración de su catálogo institucional de medicamentos²⁰ y negó la existencia de un área que cuente con el poder de decisión sobre la compra, solicitud o adquisición de los insumos farmacéuticos.²¹

Esto evidentemente no tiene sentido considerando que esta institución sí cuenta con su propio cuadro básico. El simple hecho de su existencia conlleva irremediabilmente a la creación de procedimientos y áreas que logren procesar administrativamente los requerimientos y decisiones sobre los insumos que integrarán su Catálogo Institucional de Medicamentos.

Por las características y atribuciones especificadas en el *Reglamento Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional*, es posible deducir que al menos dos áreas (en color azul) se encuentran involucradas en el proceso decisorio: la Dirección de Administración y la Dirección General de Sanidad.

²⁰ Solicitud de información 0000700135021 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

²¹ Solicitud de información 0000700134721 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

La primera resulta obvia, hasta cierto punto, porque se trata de la administración de los recursos de la institución en su conjunto, que además depende directamente del Secretario de la Defensa Nacional. Acorde a sus atribuciones, esta área se encarga del manejo de los recursos, lo cual resulta primordial cuando se trata de compra de medicinas. Al menos en SEDENA, las tareas de finanzas y administración se concentran en una misma área. Por tanto, no sería descabellado asumir que tienen corresponsabilidad en la compra y decisión del cuadro básico institucional.

Por su parte, la Dirección General de Sanidad, perteneciente a la oficina del Subsecretario, es el área que cuenta con la información referente al Catálogo Institucional de Medicamentos y, acorde al *Manual de Organización General*, una de sus atribuciones es “[p]roponer al Secretario las solicitudes de material, equipo y medicamentos, así como lo concerniente a vehículos, que permitan ofrecer una atención médica de calidad”. Sin embargo, no existe mención explícita al cuadro básico de medicamentos institucional.

Por último, el sentido de identidad que se presenta en el ISSSTE también ocurre dentro de la SEDENA, aunque con mayor intensidad. De hecho, acorde a Rosario Castellanos, particularmente dentro de las instituciones militares se desarrolla el sentido de pertenencia que juega un papel importante hacia el interior. Dado que sus atenciones médicas se encuentran dirigidas únicamente a su personal militar, esto fortalece la distinción separatista y tiene un impacto en sus servicios. Quien compra medicinas, también será receptor de ese insumo en caso de caer enfermo, por lo que esto tendrá un impacto en sus decisiones.

SEMAR

La población que cuenta con el derecho de recibir atención médica por parte de la Secretaría de Marina alcanza los 219 mil 446 personas,²² lo que equivale a un 0.17% de la población total. Sin embargo, similar a SEDENA, la Secretaría de Marina es una institución parca en sus respuestas respecto a la información referente a sus decisiones de compra. De hecho, SEMAR es la única institución que ante las solicitudes de información, negó contar con un comité u homólogo²³ que decida sobre la compra de medicinas e incluso aseguró no contar con algún

²² Solicitud de información 0001300062821 y 0001300146420 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

²³ Solicitud de información 0001300062621 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

cuadro básico de medicamentos propio pues “utiliza el listado de insumos médicos del *Compendio Nacional de Insumos para la Salud* publicado por el Consejo de Salubridad General (CSG)”.²⁴

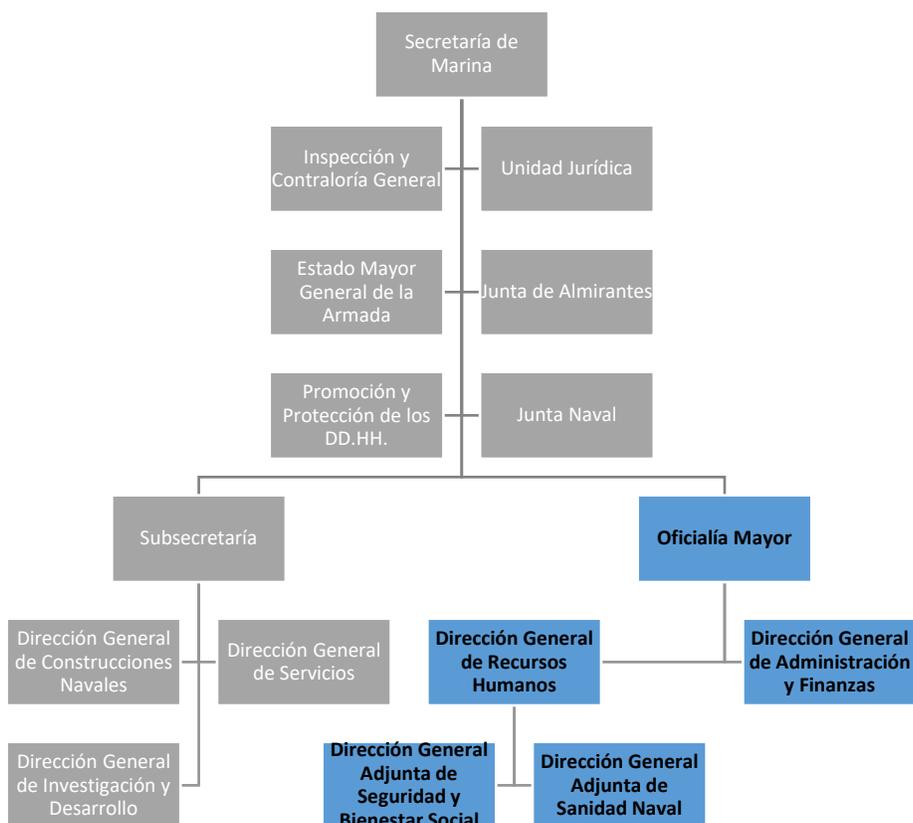
Asumiendo que esta institución opere sin un cuadro básico que delimite el universo de medicinas y se base directamente en el compendio nacional, entonces sería posible decir que estamos frente a una institución que carece de priorización y procesos de eficiencia económica. Los recursos limitados a los que se encuentra sujeta toda administración pública, obliga a decidir entre alternativas. Esto, entre otras cosas, es proclive a la eficiencia. En cambio, si todo se abarca, entonces poco se concreta. Sin embargo, es difícil conceder la inexistencia de un cuadro básico para una institución militar como la SEMAR, considerando que SEDENA sí cuenta con uno.

La sospecha de que esta institución sí cuenta con un cuadro básico (pero decidió no compartirla) se debe a la respuesta de otra solicitud de información que contraria lo antes expuesto,²⁵ en la cual se especifica que la Dirección de Suministros Médicos y la Dirección Adjunta de Sanidad Naval (ambas color azul) es el área que realiza adquisiciones con decisión de compra de medicamentos. Esto se puede apreciar mejor en la estructura orgánica de esta institución.

²⁴ Solicitud de información 0001300062421 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

²⁵ Solicitud de información 0001300144520 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

Estructura Orgánica de la SEMAR



Fuente: Elaboración propia con información del Manual General de Organización de la SEMAR.

Como puede observarse, de la Dirección General de Recursos Humanos, perteneciente a la Oficialía Mayor, se desprenden diversas direcciones adjuntas. Dos de ellas son: Dirección General Adjunta de Seguridad y Bienestar Social; y Dirección General Adjunta de Sanidad Naval. Acorde al *Reglamento Interior de la Secretaría de la Marina*, la Dirección de Recursos Humanos no sólo “debe autorizar la ejecución de los programas de sanidad naval, seguridad y bienestar social” sino además, con base en su artículo 23, esta Dirección también debe integrar las necesidades materiales y financieras referente a la sanidad naval para requerirlos a la Dirección General de Administración.

Del mismo modo que sucede en las demás instituciones, es prudente intuir que la Dirección de Administración tiene injerencia en la compra de insumos farmacéuticos, aunque no haya mención explícita al respecto. Esto porque, acorde al mismo reglamento interior, le

compete la planeación, programación y ejercicio presupuestario. Evidentemente la compra de medicinas se relaciona con todo el proceso.

Lamentablemente la información sobre la SEMAR es limitada y el mecanismo de transparencia aunque benéfica tiene cierto alcance. Por tanto, no es posible ahondar sobre el proceso administrativo ni las áreas decisoras.

PEMEX

Petróleos Mexicanos es una de las empresas públicas insignias de nuestro país. Su fundación, producto de la expropiación petrolera, representa un hito histórico nacional. Durante entonces, PEMEX no sólo ha acompañado a gobiernos de diversas índoles con diversas ideologías sino incluso por mucho tiempo representó la palanca del desarrollo. Ha sido una de las instituciones que ha acompañado el imaginario político mexicano. De origen cardenista, esta institución otorga un paquete de atención médica “de lujo” para su planta laboral (CIEP, 2018).

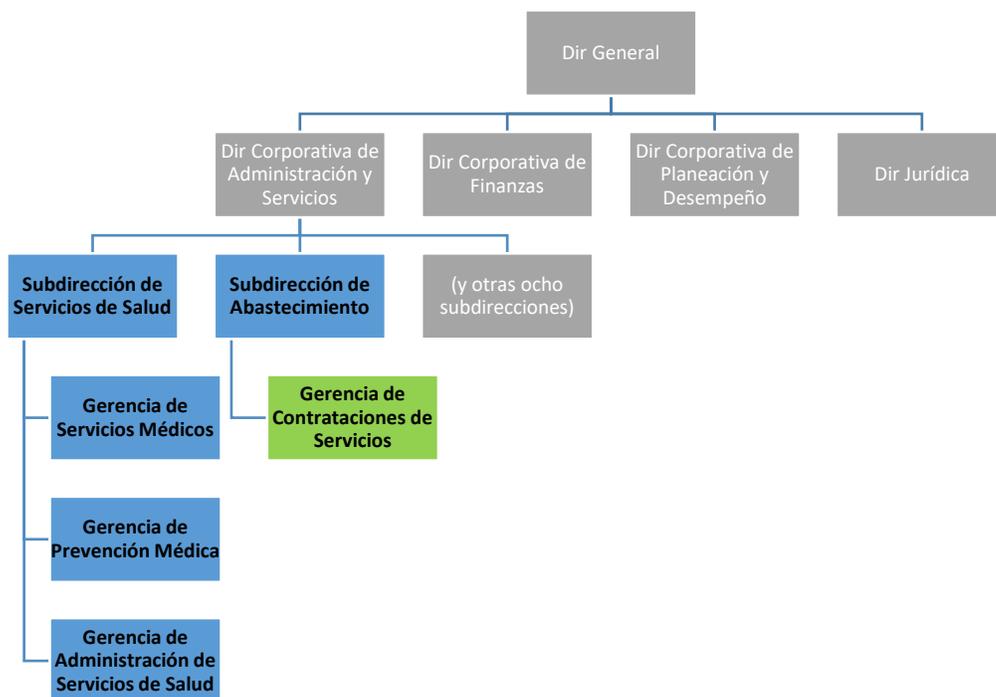
Hoy en día, la población asegurada por parte de los servicios médicos alcanza los 612,383 personas, lo que equivale a 0.48%.²⁶ Para atenderles PEMEX cuenta con un Cuadro Básico integrado por 1,189 medicinas.²⁷

Aunque ni en el *Estatuto Orgánico* o en el *Manual de Organización* existe una encomienda explícita de realizar la conformación del cuadro básico de medicamentos a algún área en específico, con base en las descripciones de sus funciones es posible deducir que la Subdirección de Servicios de Salud y la Subdirección de Abastecimiento (en color azul), ambas pertenecientes a la Dirección Corporativa de Administración y Servicios, son quienes llevan la batuta del tema (ver estructura orgánica de PEMEX):

²⁶ Solicitud de información 1857200111521 vía Plataforma Nacional de Transparencia.

²⁷ Solicitud de información 1857200091221 vía Plataforma Nacional de Transparencia.

Estructura Orgánica de PEMEX



Fuente: Elaboración propia con información del Estatuto Orgánico de Petróleos Mexicanos 2019.

Dentro de las funciones de la Subdirección de Servicios de Salud se encuentra el establecimiento de mecanismos de planeación, ejecución, supervisión, evaluación, control técnico y médico-administrativo además de la estrategia integral de optimización de los recursos para la salud. Los medicamentos entran en este rubro. Para ello, esta Subdirección se apoya con tres gerencias (en color azul). La Gerencia de Servicios Médicos que le compete la supervisión de la atención médica ofrecida; la Prevención Médica, por su parte, establece y evalúa los indicadores de gestión de eficiencia y calidad en los servicios de salud; y por último, la Gerencia de Administración de Servicios de Salud le compete implementar los mecanismos de planeación sobre los usos e insumos para la salud, así como la optimización de los recursos.

Por su parte, la Subdirección de Abastecimiento, a través de la Gerencia de Contrataciones de Servicios de Soporte (en color verde), tiene una clara corresponsabilidad en el tema pues es quien se encarga de realizar análisis de mercado para requerimientos de contratación y coordinar el abastecimiento para servicios e insumos de salud.²⁸ De hecho,

²⁸ Solicitud de información 1857200239820 vía Plataforma Nacional de Transparencia.

revisando tanto respuestas de transparencia como documentos oficiales, podría decirse que esta subdirección se encarga principalmente del proceso administrativo.

PEMEX, además, reconoce contar con un Comité Institucional encargado de decidir qué medicamentos entran a su cuadro básico que se compone de doce integrantes titulares que encabezan diversas áreas:²⁹

1. Subdirector de Servicios de Salud (Presidente)
2. Gerente de Administración de Servicios de Salud
3. Gerente de Servicios Médicos
4. Gerente de Prevención Médica
5. Subgerente de Asistencia Médica
6. Subgerente de Normalización
7. Subgerente de Gestión y Lógica
8. Subgerente de Promoción a la Salud
9. Jefe de Departamento de Primer Nivel de Atención
10. Jefe de Departamento de Medicina Especializada
11. Director del Hospital Central Sur de Alta Especialidad
12. Director de Hospital Central Norte

Ahora bien aunque formalmente la decisión parece abreviar de conocimiento técnico-médico-epidemiológico, la política no queda descartada. De hecho, acorde a Rosario Castellanos, persona entrevistada para esta tesina, PEMEX es una institución peculiar cuya dinámica interna se distancia de las demás instituciones por dos razones: i) poder del sindicato petrolero y ii) sentido de identidad que logra generar la institución.

Respecto al primer punto, el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana cuenta con mucha fuerza y, en consecuencia, un fuerte poder de negociación, lo cual no es de extrañarse considerando que se trata de la empresa pública insignia de México. Esto se refleja en su contrato colectivo de trabajo en donde, acorde a Rosario Castellanos, se estipula que un porcentaje destinado para la compra de medicinas debe ser forzosamente de patente.³⁰

²⁹ Solicitud de información 1857200111321 vía Plataforma Nacional de Transparencia.

³⁰ Esta información ya fue solicitada vía transparencia sin embargo al cierre de este documento no se obtuvo respuesta a tiempo.

Esto elimina o limita la entrada de medicamentos genéricos al cuadro básico institucional, lo que evidentemente significa un costo más elevado pero no necesariamente una mejor atención, simplemente más cara. En este sentido, el sindicato de PEMEX es un actor informal dentro del proceso decisorio.

Lo anterior implica que las decisiones de compra para PEMEX guardan cierta distancia de criterios médicos, económicos, bio-seguridad, costo-beneficio, epidemiológicos. En consecuencia, es posible afirmar que el proceso decisorio de compra para medicinas en PEMEX es poco eficiente porque el criterio político-sindical logra desplazarlo, entonces la eficiencia económica queda automáticamente descartada. La compra de medicamentos ya no se trata de alcanzar el mejor precio posible o el tratamiento con el mayor beneficio, sino simplemente honrar el acuerdo político con el sindicato petrolero.

En segundo lugar, el sentido de identidad que se genera dentro de las instituciones militares parece repetirse en esta institución. Sólo 600 mil personas tienen acceso a estos servicios médicos. La exclusividad que encierra esta situación, además del gasto que esta empresa pública destina a cada uno de sus derechohabientes, tiene un efecto en la compra de medicamentos y la conformación del cuadro básico.

Discusión

Esta investigación se ha centrado en los cuadros básicos de cada una de las instituciones que cuenta con la prerrogativa de conformar uno; particularmente ha descrito los procesos administrativos, estructuras organizacionales y dinámicas institucionales que ocurren dentro de cada una, con el objetivo de descifrar la forma particular en la que cada una enfrenta sus procesos decisorios. A la luz de lo expuesto en este trabajo es posible identificar al menos tres fenómenos.

El primero que salta a la vista es el juego político que se desata en cada una de las instituciones. El hecho de contar con un número limitado de espacios, todos los cuadros básicos se convierten en un ruedo donde se desata una batalla política. La visión de los participantes rivaliza con los demás. La coalición médica, la coalición económica (en voz de las áreas administrativas), la coalición farmacéutica (representada por las empresas privadas), diversas coaliciones políticas (los sindicatos), entre otros. Cada una con visiones disímiles pues no sólo sus motivaciones sino también los valores se distancian.

A diferencia de lo que podría pensarse de manera intuitiva respecto al tema sobre la elección de medicinas por parte del sector salud, las decisiones no se rigen enteramente por cuestiones médicas. Entran en juego diversos intereses que pueden alinearse, complementar o incluso rivalizar con una lógica propia. En este sentido, el cuadro básico representa el espacio institucionalizado donde los intereses y visiones colisionan y batallan por lograr que el listado de medicamentos refleje su perspectiva. Aunque como en todo juego político, también deben existir acuerdos. De este modo, cada una de las coaliciones promotoras que entra en juego en los cuadros básicos no sólo defiende su postura sino eventualmente debe conciliar posturas.

El caso de PEMEX, por ejemplo, resulta muy representativo pues el sindicato petrolero ejerce un poder fuerte dentro del proceso decisorio. La coalición promotora petrolera empuja los intereses de sus agremiados en cada uno de los espacios disponibles aunque eso signifique menguar el criterio económico de la salud. Este tipo de dilemas son relativamente comunes dentro del sector salud pues muchos valores y perspectivas envueltas en un contexto de recursos limitados obliga a tomar decisiones con un fuerte carácter moral.

El segundo fenómeno a destacar es que el diseño institucional impacta en el resultado de su cuadro básico. Resalta, por ejemplo, que el IMSS siendo la institución de salud que atiende a la población abierta –por ende a la mayor cantidad de gente– y al mismo tiempo con un robusto entramado institucional, sea la que cuente con la menor cantidad de medicinas dentro de su cuadro básico. Esto en franco contraste con el resto de las instituciones que atienden sólo a un segmento poblacional pero cuentan con cuadro básico de medicamentos más amplio.

Es decir, sí hay un tema de diseño que termina por darle forma a las decisiones y sus consecuencias. Tanto la ruta administrativa generada al interior de cada institución como las partes integrantes (formales e informales) involucradas en la toma de decisión como la naturaleza de la institución moldean en gran medida el resultado final. Que una institución de salud atienda a población abierta o sólo a un segmento, el tipo de segmento poblacional al que atiende, la construcción institucional para responder a las necesidades resultan elementos vitales para entender lo expuesto en esta investigación. En palabras de Mauricio Merino (2013):

Las instituciones políticas son el resultado de esas cavilaciones sobre las distintas formas en que los seres humanos queremos, debemos y podemos convivir de la mejor manera posible. De modo que, en una nuez, esas instituciones simbolizan la traducción del entorno político en la concepción organizacional del Estado. De aquí que su incorporación al análisis de las políticas

públicas sea imprescindible, ya que de ellas depende la arena en la que se define la dirección de las mudanzas que se quieren lograr” (p. 56).

En este sentido, el hecho que haya instituciones que dividen la decisión en tres áreas (IMSS) mientras que otras juntan los aspectos económicos con los administrativos arroja productos particulares. Aunado al tema de diseño, también conviene puntualizar la idea de los “procesos ciegos”. Es decir, que exista el menor contacto posible entre autoridades de las instituciones de salud y las empresas farmacéuticas.

Por último, el tercer fenómeno visible es la ausencia de un criterio unificador que cruce de manera transversal a lo largo de todas las instituciones de salud. A la luz de lo expuesto, el “núcleo duro” de la conformación de los diversos cuadros básicos se vuelve rehén del enfrentamiento de las diversas coaliciones promotoras que durante el proceso de rivalidad pierden de vista el objetivo principal de un medicamento adquirido por una institución pública. Es decir, la riña política que acontece para decidir los medicamentos hace que el objetivo primordial se difumine en un grado suficiente que la batalla política continúe. Casi como una polvareda que se levanta justo al momento de la lucha y que dificulta ubicar el horizonte.

En este sentido, una política farmacéutica para México implicaría reconfigurar ese “núcleo sólido” en torno al cual ha girado, hasta el momento el asunto farmacéutico. No se trata de comprar medicinas, se trata de compaginarlas con las necesidades epidemiológicas, demográficas y médicas. Los insumos para atender padecimientos no pueden ser meros arreglos políticos y económicos, aunque ciertamente no pueden escapar por completo. El núcleo sólido del mundo farmacéutico desde el sector público debe ser reconsiderado para armarlo de nueva cuenta con un enfoque distinto. Un buen comienzo sería retomar la idea de los “*medicamentos esenciales*” propuesto por la OMS, que hasta el día de hoy, ninguna institución parece considerar.

Reflexiones finales

Antes de cerrar este documento, es pertinente mencionar que el pasado mayo del 2021, el Consejo de Salubridad General anunció el inicio de los trabajos de análisis para el establecimiento de una Política Farmacéutica Nacional “con representantes de instituciones del sector salud, la academia y la industria, para lograr un acceso equitativo a medicamentos para la población” (CSG, 2021). A decir verdad, el anuncio es una buena noticia en sí misma. Una política farmacéutica implica una voluntad política por remediar una situación insostenible que afecta de manera directa al sector salud. Personalmente celebro la decisión. Sin embargo, no puedo ser miope ante el hecho de que el inicio de los trabajos es apenas el primer paso, y falta un largo y turbulento camino por transitar. El anuncio no previene de los riesgos que conllevan su concertación y, mucho menos, su implementación.

A decir verdad no es la primera vez que un gobierno mexicano intenta implementar una política pública de este estilo. Durante el sexenio del ex Presidente Vicente Fox (2000-2006), por ejemplo, hubo un esfuerzo por concretar una política farmacéutica, sin embargo, no tuvo mayor repercusión y eventualmente fracasó.

Ninguna política farmacéutica surge en un vacío, sino que depende en gran medida de su contexto y puede suceder que el contexto pandémico por COVID-19 que actualmente estamos viviendo sea un determinante que impulse de manera inédita una política farmacéutica. La pandemia, con todas las tragedias que ha significado a nivel país también deja enseñanzas. Anhele que robustecer nuestro sistema de salud público y ocuparse del mundo farmacéutico sea una de ellas.

Referencias

Aguilera, N. y Scott, J. (2011). *Análisis de la factibilidad de construir un sistema integrado de salud, alternativas de diseño e implicaciones*. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, CIDE.

Carney, P. (2012). “*The Advocacy Coalition Framework*”. En *Understanding Public Policy. Theories and Issues*, (pp.200-219). Reino Unido: Palgrave McMillan.

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). (2018). *Sistema Universal de Salud. Retos de cobertura y financiamiento*. México: CIEP.

———. CIEP. (2019). *La contracción del gasto per cápita en salud 2010-2020*. México: CIEP.

COFECE. (2017, 11 de diciembre). Sanciona COFECE a cinco empresas proveedoras de guantes de látex por coludirse en licitaciones públicas del sector salud. Disponible en: <https://www.cofece.mx/sanciona-cofece-a-cinco-empresas-proveedoras-de-guantes-de-latex-por-coludirse-en-licitaciones-publicas-del-sector-salud-2/>

Consejo de Salubridad General (CSG). (2021, 23 de marzo). “Compendio Nacional de Insumos para la Salud”. Disponible en: <http://www.csg.gob.mx/Compendio/CNIS/cnis.html>

———. (2017, diciembre). *Guía para la conducción de Estudios de Evaluación Económica para la Actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud en México*. México: Dirección General Adjunta de Priorización.

———. (2017). *Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud*. Revisado el 30/03/21. Disponible en: <http://www.csg.gob.mx/contenidos/priorizacion/cuadro-asico/normatividad/normatividad.html>

Consejo de Salubridad General [@DeSalubridad]. (2021, 27 de mayo). El Consejo de Salubridad General inició hoy la primera reunión para el análisis del establecimiento de una #PolíticaFarmacéuticaNacional [Tuit]. Twitter. Disponible en: <https://twitter.com/DeSalubridad/status/1397994013370818563>

Constitución Política de los Estados Mexicanos, CPEUM, Diario Oficial de la Federación [DOF] 05-02-1917, últimas reformas DOF 28-05-21 (Mex.).

Dávila Torres, J; Rodríguez Díaz Ponce, M; Echevarría Zuno, S. (2012). *El IMSS en el Sistema Nacional de Salud. Situación actual, restos y propuestas de política*. México: Fondo de Cultura Económica.

Flamand, L., Moreno Jaimes, C., y Arriaga Carrasco, R. (2020). *Cáncer y desigualdades en México*. México: El Colegio de México.

Flamand, L., y Moreno Jaimes, C. (2014). *Seguro popular y federalismo en México. Un análisis de política pública*. México: Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE).

González Pier, E. (2008). Política farmacéutica saludable. *Salud Pública de México*, 50 (supl 4).

Hidalgo, S. (2021). *The small universe of social protection: Labor, Underemployment and Assistance in Mexico's Welfare State, 1917-1970*. NY: Columbia University.

Immergut, E. (1992). "The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland and Sweden". *Health policy-making*, pp. 58-89.

IMSS. (2020). *Estatuto Orgánico del IMSS*.

———. (2018). *Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social*.

INEGI. (2019). *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH) 2018*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/#Tabulados>

———. (2010). *Resultados del censo poblacional 2010*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>

———. (2020). *Resultados del censo poblacional 2020*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Documentacion>

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Diario Oficial de la Federación [DOF] 04-01-2000, últimas reformas DOF 20-02-21 (Mex.).

Ley General de Salud [LGS], Diario Oficial de la Federación [DOF] 07-02-1984, últimas reformas DOF 01-06-21 (Mex.).

Lindert, P. (2011). *El ascenso del sector público. El crecimiento económico y el gasto social del siglo XVIII al presente*. México: Fondo de Cultura Económica.

Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

Martínez Narváez, G. (2013). *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. México: Fondo de Cultura Económica.

Melgoza, A., Tron, D. (2020). Operación desabasto. Así se detonó la escasez de medicamento. *Impunidad cero*. Disponible en: <https://www.impunidadcero.org/articulo.php?id=146&t=operacion-desabasto>

Méndez, J. (2019). *La contracción del gasto per cápita en salud: 2010-2020*. México: CIEP. Disponible en: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>

Merino, M. (2008). La importancia de la ética en el análisis de las políticas públicas. *Revista del CLAD: Reforma y Democracia*, 41, 1-16.

———. (2013). *Políticas públicas. Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos*. México: CIDE.

Montesinos, D. (2021, 28 de febrero). Enfermedades raras, una condición con la que viven 5.5 millones de mexicanos. *Animal Político*. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2021/02/enfermedades-raras-condicion-viven-millones-mexicanos/>

Muñoz, A. y Martínez, F. (2020, 1 de agosto). México firma acuerdo con la ONU para la importación de fármacos. *La Jornada*. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/08/01/mexico-firma-acuerdo-con-la-onu-para-importacion-de-farmacos-6430.html>

Muñoz Páez, A. (2020). *Marie Curie*. México: Debate.

OCDE. (2018). *Combate a la colusión en las compras públicas del IMSS: Impacto de las recomendaciones del OCDE*. Informe del Secretariado del OCDE.

———. (2013). *Combate a la Colusión en los Procesos de Contratación Pública en México: Informe Analítico del Secretariado sobre el Marco Jurídico y las Prácticas de Contratación Pública llevadas a cabo por el ISSSTE*.

———. (2021). *Pharmaceutical spending (indicator)*. <https://doi.org/10.1787/777a9575-en>

Oliva Díaz, J. (2019, 10 de febrero). Historias que contar: La falta de atención a las enfermedades raras. *Noticieros Televisa*. Disponible en: <https://noticieros.televisa.com/videos/historias-por-contar-programa-del-10-de-febrero-de-2019/>

OMS/OPS. (2016). *Conceptos, estrategias y herramientas para una política farmacéutica nacional en las Américas*. Washington, DC.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2020). *Medicamentos esenciales* [página web]. Disponible en: https://www.who.int/topics/essential_medicines/es/

———. (2002). *Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. 2ª edición. Suiza: OMS.

Peeters, R., Nieto Morales, F. (2020). *La máquina de la desigualdad. Una exploración de los costos y las causas de las burocracias de baja confianza*. México: CIDE

Pignarre, P. (2005). *El gran secreto de la industria farmacéutica*. España: Gedisa.

Sabatier, P. A., y Christopher M. W. (2007). *The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarification*. En P.A. Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process* (pp. 189-220). EUA: Westview Press.

Sabatier, P.A. y Jenkins-Smith, H.C. (1999). The advocacy coalition framework: an assessment. En P.A. Sabatier (Ed), *Theories of the Policy Process* (pp. 117-166). Boulder, CO: WestviewPress.

Salinas-Escudero G., Carrillo-Vega M.F., Pérez-Zepeda M.U., García-Peña. (2019). Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del ENASEM. *Salud Pública en México*, 61(4).

Sanjurjo García, D. (2013, 23-24 de septiembre). *La aplicación del enfoque de coaliciones promotoras al cambio en las políticas de drogas en Uruguay*. Documento presentado en el IV Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas GIGAPP-IUIOG. Instituto Nacional de Administración Pública. Madrid, España.

Tourliere, M. (2021, 21 de febrero). ‘Compras consolidadas y contrataciones públicas. Un desorden burocrático que dilapida recursos y amenaza la salud’. *Revista Proceso*, 2312, 6–10.

Wirtz, V., Dresser, A., Heredia, I. (2013). Retos y oportunidades para el desarrollo de la política farmacéutica nacional en México. *Salud Pública en México*, 3.

Woodrow, W. (1887). The study of administration. *Political Science Quarterly*, 2.

Yaniz, Alma. (2016, 4 de marzo). ¿Cómo es tener una enfermedad rara? Entre 7 y 10 millones de mexicanos viven en esta situación. *Animal Político*. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2016/03/como-es-tener-una-enfermedad-rara-entre-7-y-10-millones-de-mexicanos-viven-esta-situacion/>