

# Calidad del desempeño del sector salud frente a la influenza A (H1N1)

Gustavo Leal Fernández

*Ciertamente la emergencia que vivimos, sobre todo en el mes de abril, sí deja al descubierto que hay que reforzar ciertas áreas ante la posibilidad de que llegue otro virus que es mucho más agresivo.*

José Ángel Córdova Villalobos,  
Secretario de Salud<sup>1</sup>

## TAN “DESCENTRALIZADOS” COMO INEFICACES

Está demostrado que en el fondo del surgimiento de la influenza A se aloja el nuevo patrón para la cría industrial de animales<sup>2</sup> y que las grandes firmas farmacéuticas volvieron a ganar con la epidemia.

Resta aún establecer qué ha determinado la pobre capacidad de respuesta de la red sanitaria frente a la emergencia y precisar qué es lo que la ha conducido a su estado actual: a un estado completamente extraño al perfil que la revistió hasta mediados de la década de los ochenta.

Su cadena mando-respuesta ha sido sistemáticamente barrida *por y desde* el diseño de la “descentralización” soberonista de los años 1982-1988 (el “cambio estructural” en la salud),<sup>3</sup> continuada por la (“reforma” sectorial) de Juan Ramón de la Fuente y José Narro Robles en la SSA de los años noventa zedillistas,<sup>4</sup> y perpetuada por el “Seguro” “Popular” de Fox-Frenk y Calderón (la demagógica “democratización” de la salud).<sup>5</sup>

En el perfil previo, la designación de los titulares del despacho estatal pasaba por “consultas” del gobernador con las autoridades federales y portaba como respaldo una capacitación integral promedio en el ramo de al menos 15 años.

Hoy día, sobre todo después de la crisis del viejo presidencialismo y el consecuente traslado del poder a los

gobernadores, estas designaciones estratégicas se suceden a partir de la más completa de las discrecionalidades, clientelismos locales, caprichos, lealtades inmediatas, intereses electorales de corto plazo y pisoteando enteramente la estructura jurisdiccional y municipal.

El curso del tratamiento gubernamental de la emergencia vinculada a la influenza A muestra que, entre escombros, persiste la presencia de una cadena mando-respuesta aún medio operante y que podría haber constituido la columna vertebral de una acción diferente frente al cuadro de prevención-propagación-intervención-atención efectiva. Se trata de la red *médica* del IMSS (35 delegaciones y 37 secciones sindicales) dotada de alcance estatal, regional y hasta municipal.<sup>6</sup> La decisión preventiva de suspender clases a 33 millones en las escuelas nacionales de todos los niveles se tomó, justamente, sobre el registro de casos en clínicas del Instituto.

Por supuesto que nadie discutía la urgencia de “modernizar” el viejo sector salud del priísmo autoritario en aquellos años ochenta.<sup>7</sup> Pero, por supuesto, *no* de la manera en que el soberonismo priísta original y, luego, el soberonismo panista de Frenk, “devolvió” a los estados “atribuciones y facultades”, pero recentralizó las bolsas y los recursos económicos con un esquema ultracentralista inédito.<sup>8</sup> Si algún rasgo porta este singularísimo proceso de “descentralización” de la política pública, es el profundo implante centralista del “nuevo” federalismo,<sup>9</sup> que no ha siquiera intentado corregir la Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO), aunque sí lo ha mencionado reiteradamente.

Nada más cómodo para un gobernador y su secretario de Salud que adoptar puntual y ciegamente el Programa Nacional de Salud del gobierno federal en turno.<sup>10</sup> La

soberanía sanitaria estatal sencillamente no existe. Basta considerar que ya con la emergencia desatada, al gobernador de Veracruz le gustó contabilizar un caso, mientras al del Estado de México lo convencieron 30. De tal suerte que el “nuevo” federalismo mexicano es un galimatías que mudó de uno de *jure* a otro de *facto* y donde, a pesar de que las entidades controlen hasta el 48 por ciento del gasto, los servicios empeoran.

Además de la ciudadanía, han sido los operadores directos de los servicios: médicos, enfermeras y profesiones afines, los que han resultado más expuestos y sobre los que ha recaído el grueso de la responsabilidad así como la sobrecarga de trabajo.<sup>11</sup> Y sin embargo, apenas y si han sido mencionados por el operativo gubernamental. De ellos provinieron los primeros avisos de alerta y de ellos, también, las primeras evidencias sobre el profundo descontrol del servicio frente a la emergencia. Ese es, entre otros, el caso de los trabajadores del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y de los médicos residentes de La Raza del IMSS.

Pero lo peor del coletazo de las “reformas” tecnocráticas del ciclo Soberón-Frenk, aguarda aún a las puertas del Congreso de la Unión. En la reunión de la Conago celebrada el 11 de agosto de 2008 en Cocoyoc, Morelos, Ernesto Saro Boardman y Ector Jaime Ramírez, presidentes panistas de las Comisiones de Salud del Senado y la Cámara de Diputados, adelantaron que la “reforma” que busca el PAN contempla, en salud pública, que todas las jurisdicciones sanitarias reorienten sus funciones, así como reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, estableciendo la concurrencia de los *municipios* en materia de salubridad general.<sup>12</sup>

Y como en 1985, lo verdaderamente relevante, fue la responsable actitud ciudadana. Una verdadera modernización sectorial sigue siendo más que urgente. Pero ¿a qué costo de vidas y enfermedad ya pagado?

FRENK Y CÓRDOVA: SIN LABORATORIOS,  
SIN VACUNAS, PERO ABRIENDO MERCADO

Representando a México el entonces secretario de Salud, Julio Frenk, participó en la Cuarta Reunión Ministerial del Grupo de Seguridad Global de la Salud —celebrada el 6 de noviembre de 2003 en Berlín— para “continuar con la coordinación internacional de medidas en caso de un ataque bioterrorista”.

Según la SSA, este Grupo que también integraban ¡con México! ministros de Salud de Canadá, Reino Unido, Italia, Alemania, EUA, Japón y Francia, había sido formado después de los ataques del 11 de septiembre a iniciativa

de los EUA, para “brindar confianza a la población de que los países del mundo están atentos a estos riesgos y se están preparando para enfrentarlos”.

Cuando el 23 de abril de 2009 el secretario Córdova reconoció la emergencia por la Influenza A, México operaba un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) con modelos obsoletos e insuficiencia de recursos materiales y humanos, sobre todo si se los compara con las aplastantes bolsas del “Seguro Popular”.

Sólo se disponía de 1 millón 300 mil antivirales; 2 laboratorios de salud pública incapaces de detectar el virus y compromisos en materia de patentes que fueron plenamente respetados. El rimbombante *Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza* —diseñado por la SSA-Frenk en 2005— simplemente no existió.

Por su parte, Biológicos y Reactivos de México (BIRMEX) —creada por Zedillo en 1999 y dependiente de la SSA— asumía la extrema dependencia del país al confirmar que produce sólo dos de las 12 vacunas del esquema básico de inmunizaciones, mientras la imparable danza de cifras “irregulares ajustadas por rezago” de las entidades federativas, seguía patentizando el fracaso esférico de la descentralización.

*Laboratorios de salud pública.* Son dos los que la OMS avala con el nivel 3 de bioseguridad: el del Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE) y el estatal de Veracruz. Sin el equipo adecuado y sin reactivos al momento de la declaración federal de la emergencia, hasta el 27 de abril, no tenían capacidad para analizar el nuevo virus.

*Antivirales y patentes.* Del millón 300 mil tratamientos, 242 mil fueron distribuidos en los Estados, 205 mil en el IMSS y 39 mil en hospitales.

Para combatir la epidemia, el 8 de mayo de 2009 Hacienda autorizó su importación de cualquier país, libres de arancel, junto con antihistamínicos, analgésicos, vitaminas (j), cubrebocas, alcohol y jabón antibacterial. Aunque la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) se apresuró a comunicar que “por el momento no utilizará las licencias de utilidad pública para la explotación de patentes de los antivirales”.

*Vacunas.* A pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) —que datan de 1999— y después de 30 años de no invertir en infraestructura e incluso dismantelar (Juan Ramón de la Fuente) los institutos especializados de Higiene y Virología, hasta 2004 la SSA-Frenk decidió instalar un laboratorio para la fabricación de la vacuna preventiva de influenza. El proyecto lo concretó la SSA-Córdova en 2009 vía la firma de un

convenio con Sanofi-Aventis quién fabricará la sustancia activa, mientras BIRMEX se encargará de la última fase de la producción. Las primeras vacunas estarán disponibles en 2011.

México compra cerca de 19 millones de dosis anuales de influenza estacionaria con un costo de 30 pesos cada una (570 MP) y, con los secretarios Frenk-Córdova (2000-08) el país se convirtió en gran importador de las principales vacunas: hepatitis, sarampión, rubéola, polio y tétanos, entre otras. La importación aumentó 450 por ciento en esos 8 años. Durante 2008 se importaron 443 MD, cuando en 2000 se habían importado 81 MD. El 40 por ciento de esta compra corresponde a los EUA. Aunque México es también mercado para otras 15 naciones: Bélgica, Dinamarca, Italia, Corea del Sur, Indonesia, Canadá, Israel e India, entre otras.

*La OMS acelera la vacuna.* Para lo cual los fabricantes deberán aumentar en un 50 por ciento la producción y cubrir la demanda.

En el marco de un desempeño muy opaco de la red privada (número de consultas y decesos) ¿por qué, a pesar de la “democratización” de la salud y los cuantiosos recursos de que ha dispuesto desde 2004, respondió tan precariamente la red SSA y su fraudulento “Seguro” “Popular”?

¿Por qué la CONAGO y la Academia Nacional de Medicina adoptaron acriticamente y de inmediato la estrategia sanitaria federal? ¿Por qué los Colegios y Federaciones profesionales nunca se pronunciaron? ¿Por qué el Senado pretende emprender “reformas” para crear una Agencia Nacional de Seguridad sin antes ajustar de raíz la fracasada “descentralización”? ¿Por qué hasta el Centro de Estudios Económicos del Sector Privado estimó que la emergencia desnudó “los rezagos” en el sistema de salud y la deficiente asignación de los recursos públicos?

Lo cierto es que los pacientes no están mejor atendidos que antes y, ahora, hasta el conjunto de la población nacional debió enfrentar una “emergencia” que se tradujo ya en muchos casos y cuantiosas muertes. Si la SSA hubiera funcionado todo ello se podría haber evitado.

Pese a todo y pasando por sobre la contundente evidencia, la COFEPRIS “avaló” a Granjas Carroll porque “no encontró ningún cerdo o trabajador con la enfermedad”, mientras Frenk insistía –desde Harvard– en que el mundo está hoy “mucho mejor preparado: todos aguardábamos un evento de esa naturaleza” (*The Economist*). ¿Mejor preparado? ¿Y México?

## CUADRO MÍNIMO DE LOS RESPONSABLES DIRECTOS

*Hubo voces en el propio gobierno que me recomendaron guardar discreción y evitar compartir información sobre el virus.*

Felipe Calderón<sup>13</sup>

*Algunos han criticado al gobierno mexicano por no haber actuado con la rapidez necesaria para identificar este nuevo virus y hacer sonar la alarma. Pero dichas críticas no toman en cuenta la complejidad real de reconocer y responder a una emergencia inesperada de salud pública. El presidente Felipe Calderón encabezó la respuesta, subrayando la gravedad de la situación. Aún no se sabe por qué este virus parece haber sido mortal sólo en México. Una razón es que durante toda la estación de la gripe de invierno, los doctores mexicanos, al no saber de la existencia de un nuevo virus, consideraron los casos como una gripe normal de la estación y, por lo tanto, no les dieron a sus pacientes los antivirales que podrían haber salvado sus vidas.*

Julio Frenk, secretario foxista de Salud<sup>14</sup>

La red mexicana de salud y seguridad social tuvo mejores momentos que los que vive hoy. La emergencia de la epidemia de influenza (A H1N1) desnudó, hasta los huesos, sus grandes limitaciones. Este desempeño mediocre contrasta con los cuantiosos recursos frescos que se le han prodigado durante los últimos nueve años. Con mucho, las limitaciones estructurales derivan del ciclo de “reformas” tecnocráticas iniciadas por Guillermo Soberón Acevedo con el presidente Miguel de la Madrid (1982), proseguidas por Juan Ramón de la Fuente y José Narro Robles con Ernesto Zedillo (1995) y coronadas por Julio Frenk con el cuestionado Seguro Popular de Vicente Fox (2003). El ciclo ha sumergido al sector en un hueco e interminable conteo de “metas”, ordenado desde un singular “federalismo”, pero impuesto desde el centro.

Tres determinantes pesan sobre la calidad de la respuesta gubernamental frente a la emergencia: el fracaso de la descentralización, la creación de mercados en el sector y los costos sanitarios derivados de una visión puramente financiera para la gestión de la política de salud vinculada, sobre todo, con el Seguro Popular.

*Primer determinante: Fracaso de la descentralización*

¿Qué ha determinado la pobre capacidad de respuesta de la red sanitaria frente a situaciones de emergencia? ¿Qué

es lo que la ha conducido a su estado actual? Para decirlo con Jesús Kumate:

“¿Por qué hubo discrepancias de información? Cuando fue secretario el doctor Guillermo Soberón, se inició la descentralización de los servicios de salud. El descentralizó 17 estados,<sup>15</sup> sin contar el DF. Yo no descentalicé ninguno y De la Fuente,<sup>16</sup> Mancera<sup>17</sup> y Frenk tampoco. ¿Por qué? A mí me tocó, como secretario federal de Salud, trabajar, por ejemplo, con cinco secretarios de salud de Chiapas. El primero un pediatra, el segundo un gineco-obstetra, el tercero un ortopedista, el cuarto un dentista y el quinto un sanitarista. A diferencia del delegado del Seguro Social, nombrado por el director del IMSS, al secretario de Salud lo nombra el gobernador, muchas veces con el mérito exclusivo de ser su amigo. Y ante cualquier discrepancia con el delegado del IMSS, ya sabemos a quién va a apoyar el gobernador. En los estados donde no se había efectuado la descentralización, me recibía el gobernador y todas las autoridades militares y civiles. En los que está descentralizado, hablaba tan sólo con los secretarios de Salud, que actúan en muchos casos bajo la lógica de un estado mecenas que generosamente le “regala” a una comunidad indígena, para poner un ejemplo, un centro de salud. Los gobernadores son señores de horca y cuchillo. Incluso se dice, en broma, que algunos gobernadores priístas estarían más contentos con un presidente panista que con un

presidente priísta; así se convierten en auténticos virreyes en su territorio, y con un presidente del PRI tienen que cumplir al menos con cierta línea. Por eso, el principal problema ha sido el de la información que llega de los estados donde los servicios de salud están descentralizados.<sup>18</sup> Aunque ha mejorado mucho la calidad de los servicios, la información no llega con los mismos criterios, pese a que hay normas oficiales mexicanas”.<sup>19</sup>

No es casual que —transcurridos dos meses desde la irrupción de la pandemia, el doctor José Ángel Córdova, titular de la SSA del calderonismo y máxima autoridad nacional en la “respuesta” del Estado— al hacer una evaluación de lo vivido durante la contingencia sanitaria, terminara reconociendo sin ambages que:

“durante ella quedaron al descubierto las deficiencias en notificación de padecimientos y el atraso tecnológico de los laboratorios, en particular del Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE). El funcionario admitió que la nueva gripe apareció cuando el sistema de salud estaba concentrado en alcanzar la cobertura universal de servicios y su integración. Se había olvidado la notificación obligatoria de enfermedades o no se realizaba con la eficiencia necesaria. Aunque existía un programa preventivo, sólo hasta que fue realidad nos dimos cuenta de que hay cositas que se deben ajustar”.<sup>20</sup>



*Migración ascendente*, tinta china sobre papel

El fracaso de la descentralización condujo a que, casi tres meses después, el brote “estuviera sin control” en Chiapas.<sup>21</sup> Tanto así que la SSA del doctor Córdova se vio urgida a enviar a la entidad brigadas epidemiológicas, neumólogos y ventiladores para respiración artificial.<sup>22</sup>

De la misma manera, es ese fracaso de la descentralización el que enmarca y explica el enfrentamiento que sostuvieron el doctor Córdova y Juan Sabines, gobernador de Chiapas, durante el mes de julio de 2009.<sup>23</sup>

### *Segundo determinante: mercados*

Durante el primer semestre de 2009 las ventas mundiales del antiviral Tamiflú, ahora que ha sido empleado masivamente contra la pandemia, aumentaron 203%. La cifra de ventas alcanzó los 938 millones de dólares (659 millones de euros). Gracias a este antiviral, la facturación global de Roche creció 9%. Por esta razón, en julio de 2009, la dirección general de Roche anunció que aumentaría su producción a 400 millones de paquetes anuales para 2010. Dados los pedidos extraordinarios de los gobiernos y la creciente demanda del mercado minorista —agregó— se prevén ventas adicionales por 658 millones de euros durante 2009. Poco antes de estos sucesos, la firma enfrentaba una baja en sus ganancias netas de 29%.<sup>24</sup>

Y el 1 de noviembre de 2009, la COFEPRIS, dependiente de la SSA, confirmó la ampliación de la caducidad del antiviral Tamiflú. Según Gustavo Olaiz, comisionado de Autorización Sanitaria, la medida se toma “al menos por dos años más”.<sup>25</sup>

### *Tercer determinante: Visión financiera*

Ya durante el foxismo padecimos una penosa reducción financiera de las políticas sociales (Santiago Levy) que, con Calderón, ha llegado al extremo de un empresarismo en el que las bolsas públicas sectoriales se destinan abiertamente al fortalecimiento de los establecimientos privados. Antes Miguel Ángel Yunes, después José Ángel Córdova y ahora Daniel Karam, han emitido declaraciones que confirman ese empeño del calderonismo.

En el transcurso del operativo federal que atendió la emergencia desatada por la epidemia, los funcionarios designados por Calderón al frente de las instituciones sanitarias brillaron por su alta precisión “financiera”:

*Salomón Chertorivski. Comisionado de Protección Social en Salud (Seguro Popular).* Después de que el doctor Córdova comunicara (1 de mayo) que se habían liberado 1.6 millones de pesos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular —con los que se

compraron equipos para analizar las muestras de casos sospechosos, antivirales, cubrebocas y gel antibacterial— el 23 de mayo de 2009 Chertorivski declaró que los recursos tomados del Fondo para “atender” la contingencia sumaron 720 millones de pesos y que ésta “no afectó” los planes para la incorporación de nuevas enfermedades cubiertas por ese Fondo. En su opinión “el fondo goza de buena salud”.

Tal vez debido esa “buena salud”, cuando el 20 de marzo de 2009 Calderón puso al frente del “Seguro Popular” a Chertorivski, el secretario Córdova trató de justificar el curioso nombramiento con el pretexto de que “al tratarse de un seguro médico se requiere una persona que tenga un perfil profesional enfocado a la economía” (?). Y todavía agregó: “porque es un seguro y de abajo está soportado por toda la parte técnico-médica” (?). Pero, ¿quién y cómo “soporta” al “de arriba”: a Chertorivski?

*Daniel Karam T. Director del IMSS.* El 15 de mayo de 2009 aseguró que las finanzas del organismo “no han sido afectadas”. La reserva financiera, sostuvo, asciende a 146 mil millones de pesos y por la contingencia se erogaron 600 millones de pesos para comprar antivirales, equipos, material de curación y el tiempo extra que se laboró los durante los fines de semana.

Sin embargo, el 29 de mayo de 2009, Karam admitió que la capacidad de respuesta del Instituto “se ha mermando”. Según sus indicadores: mientras en 1981 se contaba con 1.83 camas por cada mil derechohabientes, a la fecha sólo se dispone de 0.83. “Esto obedece”, agregó “a que la inversión en infraestructura ha sido deficiente. El reto para esta administración es terminar, al menos, con 0.95 por cada mil derechohabientes”.

Y el 25 de julio indicó que ya “negocia con la SHCP [Secretaría de Hacienda y Crédito Público] recursos para adquirir vacunas en cuanto se encuentren en el mercado porque mucho depende de la capacidad de respuesta de la industria farmacéutica”.

### *Cubriéndose la espalda... un poco tarde*

“Reflexionando” sobre la epidemia, Julio Frenk —secretario de Salud de Fox— escribió que:

“De hecho pocos meses antes, la OMS había lanzado un llamado a todos sus Estados miembros a diseñar planes nacionales de preparación para enfrentar una potencial pandemia de influenza. México atendió dicho llamado. El 20 de octubre de 2005 presentó ante la opinión pública su Plan Nacional de Respuesta ante una Pandemia de Influenza, que comprendía acciones en materia de vigilancia epidemiológica; detección temprana de

los primeros casos; limitación del contagio mediante el cierre de escuelas y la cancelación de eventos masivos; fortalecimiento de la atención médica hospitalaria, y construcción de reservas estratégicas de antivirales, vacunas y antibióticos. El plan contó con un presupuesto etiquetado de seiscientos millones de pesos. Paralelamente se fortalecieron los vínculos de nuestro país con las redes de laboratorios de salud pública de Estados Unidos y Canadá, y con sus centros de vigilancia epidemiológica. La necesidad de contar con un plan de respuesta se ratificó con el cambio de administración federal que se produjo en diciembre de 2006. El Programa Nacional de Salud 2007-2012 hace una extensa mención de dicho plan y la necesidad de actualizar su reserva estratégica de antivirales [...] Resulta triste constatar que son necesarias algunas muertes para alertar al mundo de que los seres humanos estamos de nuevo en peligro y que es indispensable movilizar el poder de la ciencia para defendernos. Estamos frente a un desafío global. Si hacemos buen uso de la cooperación internacional, las bajas de esta epidemia serán menores que las de la anterior y menores aún serán las de las epidemias que inevitablemente surgirán en el futuro”.<sup>26</sup>

#### *Un entusiasta espontáneo muy seguro de sus palabras*

En agosto de 2009, la revista *Examen* —órgano del Partido de la Revolución Institucional (PRI)— consignó la siguiente opinión del doctor Alberto Lifshitz, en su calidad de director general de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud:

“El envío de muestras tomadas de pacientes, algunos de ellos fallecidos, a los laboratorios especializados en Canadá y en Atlanta permitió identificar que se trataba de un nuevo virus, con lo que se daban las condiciones para la alerta pandémica. ¿Por qué se tuvieron que mandar muestras al extranjero si en México hay laboratorios de virología, si se quiere no suficientes pero sí competentes? En primer lugar porque aquellos son laboratorios de referencia, en los que se identifican con precisión muchas de las cepas que se aíslan en todo el mundo y, ante la eventualidad de una pandemia, era necesario que la caracterización del virus partiera de un laboratorio de reconocimiento internacional, dado que las consecuencias se iban a observar en muchos países. El laboratorio oficial en México logró identificar que se trataba de un virus de influenza A y que podía ser diferente del que había provocado la influenza estacional última. Los laboratorios de virología tienen requisitos de seguridad extremos, puesto que manejan microorganismos peligrosos y en México hay muy pocos que llenen esta exigencia. Con la lección aprendida se ve la necesidad de incrementar su número, no sólo por una nueva epidemia de influenza, sino por la posibilidad de tener que estudiar otras variedades del virus. Sin embargo la colaboración internacional hoy en día hace que no siempre sea necesario que todos los países tengan los mismos laboratorios.

Es muy probable que salgamos fortalecidos de esta epidemia. Si las personas mejoran sus hábitos de lavarse las manos, si dejan de escupir en el suelo, si cuando están enfermos adoptan medidas para evitar contagiar a otros, si se mejora la higiene

de los vehículos de transporte público y de las escuelas, si los restaurantes perfeccionan sus rutinas higiénicas”.<sup>27</sup>

#### DESCONTROL Y ZOZOBRA

En septiembre de 2009, el Dr. Córdova replanteó los “escenarios” de la Influenza A “rumbo a la temporada invernal”. Ellos contemplaban contagios masivos “entre uno y cinco millones”, así como una cifra escalofriante de muertes: “hasta tres mil”. Todo lo cual ocurriría durante los próximos siete meses. Córdova aguardaba “varios cientos de pacientes” y esperaba poder contener tempranamente los casos graves “para no vernos rebasados en la capacidad hospitalaria. Ahí puede estar el cuello de botella”. Ante el crecimiento sistemático de casos y muertes (231) ¿cómo respondería ahora el sector? Ciertamente el “cuello” no sólo estaba en la “capacidad hospitalaria”. La respuesta de la red médica del IMSS —durante la primera emergencia— probó que es resolutiva, a pesar de los tecnócratas priístas y panistas que perseveran en hundirla buscando con ello generar mercados. Pero no se puede generalizar.

Como señalaron los especialistas del CINVESTAV: “el cuello” también guarda relación con que México “no está preparado para obtener información rápida y poder tomar decisiones urgentes porque no cuenta con una red de laboratorios calificados”. Para la estación invernal —aseguraban— está capacitado para diagnosticar y atender. Pero la falta de laboratorios de bioseguridad (nivel 2-3) impide la investigación “porque se ha abandonado la inversión”. Ella debió “haberse efectuado hace 10 años para ahora estar listos frente a una contingencia. Pero la clase política no tuvo esa visión”.

Más allá de la *calidad* con que el Ejecutivo de Calderón intentó sortear el primer brote, las enseñanzas sectoriales que no lograron atajarlo con oportunidad, son del todo claras.

A pesar de los cuantiosos recursos frescos de que dispuso la SSA en los últimos nueve años, al fracaso de la descentralización y la visión financiera que pesa sobre la toma de decisiones, se sumó ese abandono “estratégico” de la inversión operado por Julio Frenk con vistas a fortalecer la presencia extranjera en los mercados sectoriales.

Así que mientras por el rotundo fracaso de la descentralización, Córdova seguía combatiendo a los Estados con el garrote del centralismo —sin que la “guerra” de cifras (casos y muertes) cesara, al tiempo que el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC-San Diego) criticaba los obstáculos que existen en México para el envío de muestras clínicas a los EUA—, la vacuna resultaba el negocio del siglo.

Córdova “suplicaba”, a los laboratorios comprometidos en la venta “que entreguen un primer lote en octubre”. Su costo sería de dos mil quinientos MP, aunque –según investigadores del Instituto Nacional de Nutrición– ello no fuera “la panacea: será una ayuda para reducir el riesgo pero no se espera que vaya a limitar sustancialmente la transmisión”.

¿Estaba “listo” el sector para la estación de invierno? Sin rendir cuentas sobre el subejercicio en el Seguro Popular, los escandalosos salarios de sus responsables y el uso de los préstamos del Banco Mundial, Córdova sólo pedía más dinero: “para enfrentar la pandemia la SSA requiere mayor presupuesto”. Pero soslayaba que, antes que nada, su responsabilidad consistía en salvar todas las vidas posibles y prevenir casi hasta lo imposible. “Así como la influenza nos preocupa tanto, mucho más nos debería preocupar la obesidad y el sobrepeso”. “El alcoholismo es un problema, incluso superior a la influenza”. ¿Cinco millones de contagios y hasta tres mil muertes? ¿Y qué había hecho la SSA para combatir las causas que originaron la epidemia en las Granjas Carroll?

#### ¿NOVIEMBRE PEOR QUE ABRIL?

La ausencia de pronto diagnóstico y el consecuente tratamiento oportuno había cobrado 452 vidas (noviembre). Pero el Dr. Córdova estimaba que siendo una cifra “que deploramos, es muy pequeña en comparación a las muertes por problemas respiratorios que son 14 mil anuales” (Sic)!

#### *Desmantelamiento estratégico.*

##### *¿Por qué no tenemos laboratorios?*

Para Jaime Uribe, presidente de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA), no es momento de aumentar los impuestos sino de incentivar la inversión y crear empleos. Ese debería ser el caso del de la planta del laboratorio Sanofi para la producción del principio activo de la vacuna de influenza estacional. ¿Por qué no se ha iniciado la obra, a pesar del convenio firmado con la SSA? Uribe sostiene que –como Sanofi–, su firma Probiomed también presentó al Consejo de Salubridad General un proyecto para fabricar la vacuna contra la Influenza A. La propuesta contemplaba la garantía de que México sería

autosuficiente en su producción, requiriendo un préstamo de 10 MDD. Pero “no les interesó porque prefieren mantener la dependencia del exterior”.

Para el Dr. Córdova la planta de Sanofi ha sufrido “retrasos por cuestiones técnicas”. Sin embargo, puntualizó que uno de los “objetivos” del sexenio es “llegar a ser autosuficientes en la producción de vacunas porque es una materia de seguridad”. ¿Sin duda!

Esa dependencia y la necesidad de comprarlas en el exterior –la SSA dispone de 2 mil MP para ello–, condujo a que Córdova comunicara (3 oct.) que el gobierno federal “todavía no tiene claro cuándo podrá recibir el primer lote contra la Influenza A, porque han sido acaparadas por países productores en más del 70 por ciento” para atender a 27.8 millones de mexicanos y que costará 4.5 euros por dosis. Del total, el IMSS recibiría 12.5 millones, la SSA y los gobiernos estatales, otros tantos, y el ISSSTE 2 millones. El resto correspondería a SEDENA, SEMAR y PEMEX. Poco después (10 oct.) Córdova reconoció que “seguiremos dependiendo de laboratorios transnacionales para abastecernos, al menos hasta 2011”.

#### *Fracaso de la descentralización.*

Después de un largo semestre de emergencia, para el Dr. Córdova estaba claro que (hasta octubre) los servicios de salud estatales trabajan “con deficiencia” en el registro de casos y decesos, “no siguen” los lineamientos para la atención clínica y para la realización de las pruebas que confirman la presencia del virus. Ellas se toman “a diestra y siniestra”. Por ello las estadísticas “tienen un retraso de entre 15 y 20 días” y en defunciones de “alrededor de 10 por ciento”. Por tanto: “ya no importa cuántos casos más hay, es más importante observar el índice de letalidad”. Si las entidades federativas “no mejoran” su desempeño, remató, se “evaluará dejar de enviarles los reactivos para los estudios”.

#### *Un modelo de atención desabastecido.*

A pesar de los llamados del Dr. Córdova, los médicos de primer contacto aseguraban no disponer de las herramientas para la detección oportuna: “es difícil que con manos, ojos y estetoscopio garanticemos un diagnóstico completo”. Si quieren que el primer nivel ataje para no saturar los hospitales, agregaban, “requerimos capacidad para hacer

pruebas de laboratorio efectivas”. El diagnóstico oportuno depende “en gran medida” de la minuciosidad de la revisión médica. La epidemia seguía siendo enfrentada con una infraestructura hospitalaria limitada e insuficiencia de personal capacitado. Se estimaba que podría ocupar hasta el 25 por ciento de las camas censables y no se descartaba contratar especialistas por honorarios. Había hasta quién contemplaba “rentar o subrogar hospitales privados” para brindar la atención (Querétaro).

#### *Visión financiera.*

Según Córdova, al 15 de octubre, la epidemia había costado 4 mil 300 MP: 2 mil 138 del Fondo de Gastos Catastróficos del Seguro Popular, “no se agotó pero nos pone en situación delicada”, puntualizaba. Además: mil 851 millones MP gastados por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y 287 por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Casi un mes después sus cifras crecieron: la epidemia, sostenía, costó 57 mil MP, 0.7 por ciento del PIB. Por tanto, remataba “requerimos un fondo para las contingencias”! ¿Pero acaso no está ya contemplado en el Reglamento del Seguro Popular (DOF. Abril 2004)?

Mientras tanto, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) indicaba que (hasta septiembre) había cubierto 190 casos indemnizados con 26 MP. El costo promedio para la atención médica del caso sumaba 30 mil pesos, aunque algunos superaron los 200 mil “por complicaciones adicionales”. La edad promedio de los pacientes era de 24 años y, de las defunciones confirmadas (hasta octubre), fueron atendidas 30, erogando 6.5 MP: 217 mil pesos por caso. La edad promedio de los fallecimientos fue de 41 años.

#### ¿“AHORITA VAMOS A LA BAJA”?

La epidemia sumaba 610 vidas segadas en noviembre. ¿Por qué el Sistema Nacional de Salud no detectó pronto el virus, ni ha garantizado su tratamiento oportuno? Además de las explicaciones del Dr. Jesús Kumate sobre el fracaso de esa descentralización, hay que agregar un *modelo de atención descoordinado y desabastecido* frente a una demanda acrecida. Para Hugo López Gatell, director de epidemiología de la SSA, era necesario prever que aproximadamente 270 mil personas presentarán síntomas durante diciembre y enero: “hasta 30 por ciento de los mexicanos podría estar



*Moby Dick*, aguafuerte



expuesto”. La tasa de mortalidad pudiera ubicarse entre 0.1 y 0.3 por ciento: una de cada diez personas contagiadas fue hospitalizada.

Rogelio Pérez Padilla –director del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)– advertía que hasta “el dos por ciento de los enfermos llegará a tener neumonía: la principal causa de muerte” y alrededor del 50 por ciento “demandará servicios”.

Mientras Alejandro Macías –subdirector del Instituto Nacional de la Nutrición (INCMSSZ) y Comisionado Especial del Sector Salud para la Atención de la Influenza A (H1N1)– esperaba que la demanda de atención médica se elevara entre el 20 y 30 por ciento: “ya hay hospitales saturados” (octubre). Aunque en su opinión: “el sistema de salud funciona bien y de ninguna manera está colapsado. Ocurre que hay una distribución poco equitativa de los enfermos” (!) Por ello mismo, su nuevo encargo tendría entre sus “primeras actividades” diseñar un “sistema” de referencia de pacientes; diseño del que ya se ocupa –al menos– hace 30 años el sistema de salud (!)

Además de la mutación del virus, para Macías había que considerar también “un fenómeno que ha preocupado un poco: el incremento de casos de influenza estacional”. Si se dividen, agregaba, los “seis, siete meses desde que inició la epidemia con los alrededor de 600 fallecimientos, nos tocaría a 20 decesos por semana, lo cual no es nada desmedido” (!) Hay que acostumbrarnos, remató, a que los números “van a ir subiendo en algunas decenas” (!) Porque en México “no debe haber más de 5 mil camas funcionales de terapia intensiva” para más de cien millones de habitantes.

Con todo, el Dr. Córdova aclaraba que “la saturación” del INER y del INCMSSZ “era del todo esperable” porque son hospitales que regularmente están en esta situación (!) Y Macías remataba: sólo es una cuestión de “distribución” de enfermos.

Sólo faltaba que, desde la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, Santiago Echeverría agregara que los cuadros de influenza “tienen una evolución natural. Cuando empieza un brote va subiendo, llega a su punto máximo y luego va descendiendo. En este momento ya está en pleno período de descenso”. Miguel Ángel Yunes quería “un frente contra las epidemias” porque en el ISSSTE “están preparados para el rebrote”.

Y justo celebrando el Día del Médico, Calderón se atrevió a presumir que “en términos generales, todos los enfermos que han acudido a centros de salud han recibido atención médica”. Y todavía agregó: ha habido mayor número de casos, pero “también es cierto que la tasa de

mortalidad se ha reducido significativamente”. Pero el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la SSA documentaba que el número de muertes maternas a causa de males respiratorios se ha disparado: “se incrementó cinco veces en el año”.

Pesaba también la dependencia del *mercado de vacunas*. Tanto así que fue preciso que Calderón recibiera en Los Pinos (octubre) al director de la farmacéutica Sanofi-Aventis para garantizar la entrega de la vacuna. Mientras la planta que edifica Sanofi en Ocoyoacac, Estado de México –que las elaborará en coordinación con la paraestatal Biológicos y Reactivos de México–, operará plenamente hasta ¡2012! Si bien, según el director en México de Sanofi-Pasteur “no habrá reducción en su costo por tener una planta en México, debido a los controles de calidad que se siguen”.

Como puntualizaba el Dr. Córdova: desde “hace cinco años México ha comprado las dosis contra la influenza estacional a esas firmas europeas que tienen gran experiencia en la producción de biológicos de este tipo”, ¡experiencia que México tuvo y perdió!

Así como la *visión financiera* con que se ha tramitado la emergencia sanitaria. Según Córdova (a noviembre) la epidemia había costado 57 mil MP, 0.7 por ciento del PIB, ya se dispone de un nuevo préstamo del Banco Mundial por 491 MDD.

Por eso el Sistema Nacional de Salud ha operado con una baja capacidad de respuesta que, en materia de epidemias y atención, no lo caracterizaba en otros tiempos. Para decirlo con el singular lenguaje del muy, muy, polifacético subsecretario de la SSA Mauricio Hernández: “vamos a seguir viendo un incremento de muertes porque hay más casos. Creo que los datos indican que ahorita vamos a la baja”(!)

INMUNIZADOS, ¿CON MENOS CASOS?  
PERO MÁS DEFUNCIONES

Para enero del año 2010, la epidemia sumaba 880 muertes y 68 mil 600 casos confirmados, porque desde agosto 2009 la SSA instruyó que sólo se realizaran pruebas de laboratorio al 10 por ciento de los casos sospechosos presentados en las poco más de 600 unidades centinela que hay en el país. ¿Pero cuántos casos había? Para el Dr. Córdova ellos se habían elevado “discretamente”. ¿Y cuál era la tendencia de los contagios?

Al finalizar diciembre de 2009, persistía una cobertura extremadamente desigual en la estrategia de vacunación en los estados. Un tercio del personal sanitario se negó a vacunarse (especialmente en el IMSS) y aún se desconocía

el número de médicos que se han rehusado a aplicar el antígeno por sus supuestos efectos colaterales.

A pedido de la SSA federal, los servicios estatales restringieron a algunos hospitales de todo el país la vacunación de mujeres embarazadas (alrededor de 320). Según Vesta Richardson, directora del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, la “petición” a los secretarios locales era que “recluten a las embarazadas para que se vacunen en diciembre”. También informó que la SSA preparaba una reserva de biológicos (2 millones de vacunas) que pueda utilizarse “para reponer las que se pierdan, falten o dañen”. Claro que los estados “deberán pagar su costo”.

Con todo, el Dr. Córdova ya disponía de un préstamo del Banco Mundial por 491 MDD para “enfrentar” la epidemia, mientras –por la disponibilidad– la SSA se aprestaba a extender la vacunación a “toda la población”.

La gestión calderonista de la emergencia sanitaria ha demostrado que el sistema nacional de salud fue incapaz de detectar pronto el virus y garantizar su tratamiento oportuno. La descentralización de los servicios no funciona.

La dependencia de los mercados de vacunas se extenderá –al menos– hasta el 2012, aunque a partir de enero 2010 el antígeno estará a la venta en el mercado privado para todo público, mientras la SSA aceleraba los trámites para adquirir 200 tratamientos de un fármaco de rescate para pacientes que están muy graves: Peramivir, con un costo de dos mil dólares por tratamiento. Es decir: 400 mil dólares (5 MP). Pero, las ganancias de los laboratorios transnacionales ya eran históricas. Glaxo, Sanofi-Aventis y Novartis cerraron 2009 (cuarto trimestre) con ingresos por 500 y 400 MD, sólo por la venta de la vacuna.

Por su parte, la visión financiera que caracteriza los programas de los gobiernos panistas seguía sustituyendo los impactos en salud por metas de afiliación y financiamiento al Seguro Popular y su modalidad *petit*: el Seguro Médico para una Nueva Generación.

Como otros anteriores, el nuevo préstamo del Banco Mundial también busca “fortalecer” el desempeño del sistema de salud mexicano, “monitorear” la propagación de los virus y “controlar” las olas epidémicas, “capacidades” que ciertamente no le han lucido a ese sistema reformado tecnocráticamente sin pausa desde Soberón hasta Calderón.

Ante el patente fracaso de la descentralización, el préstamo contempla establecer la unidad de análisis epidemiológica central y oficinas estatales completamente equipadas y conectadas a una nueva plataforma de información tecnológica. ¿Y los cuantiosos recursos que, para preservar la “salud de la comunidad”, ha dispuesto el Reglamento del

Seguro Popular (DOF, abril de 2004) tampoco lucieron?

Finalmente, el fracaso de la descentralización se resumía en la actitud del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Vesta Richardson comunicó que, durante diciembre 2009, “supervisaría” en los estados que la vacuna se esté “aplicando correctamente”.

También por algo esa misma SSA federal había hecho su enésimo llamado (diciembre) a los estados para que notifiquen “en el menor tiempo posible” los fallecimientos. Y aconteció incluso el penosísimo caso de un fatal “error de comunicación” entre Biológicos y Reactivos de México (BIRMEX) y la Secretaría de Salud de Colima que culminó con la pérdida de 2 mil 670 dosis de vacunas; pérdida emblema del rotundo fracaso de esa descentralización y que Córdova calificó apenas de “descuidos”, “situaciones accidentales” o “cosas que pasan en el país”.

Además la visión financiera de los programas “sanitarios” del panismo de Fox-Frenk y Calderón-Córdova seguía sustituyendo la correcta medición de la efectividad del sistema de salud (consultas, tratamientos, prescripciones, mejoras en el estado de los enfermos crónicos, reducción de la mortalidad y ampliación de la esperanza de vida) por meras metas de afiliación y “reducción” del gasto catastrófico de las familias. Para decirlo con el “preciso” lenguaje “económico” de Salomón Chertorivski, comisionado de Protección Social en Salud: “hay medios escasos para fines múltiples y no podemos atender absolutamente todo lo que se quisiera. En la necesaria toma de decisiones se involucra la economía y los cálculos actuariales”.

El elevado número de muertes nunca debió haber existido. España sumaba 169 fallecimientos y Holanda 36 (diciembre de 2009). Ese y ningún otro es el parámetro del “éxito” de cualquier sistema de salud. Como señalara la Subdirección de Salud de PEMEX: las “deficiencias” de los sistemas de salud de México para efectuar el diagnóstico temprano de la influenza así como las limitaciones para aportar el soporte ventilatorio con oportunidad “podrían” explicar por qué en México la tasa de mortalidad es mayor que en países desarrollados.

Un sistema sanitario, ahora, más inmunizado ¿con menos casos? pero más defunciones.

LA “META ES “BUSCAR A LA GENTE”

Para fines de enero de 2010 había 963 muertes sobre 69 mil 824 casos confirmados. Y mientras la OMS se “defendía” de las acusaciones levantadas por el Comité de Salud del Consejo de Europa respecto a que, de cara a la pandemia se

había “exagerado”, favoreciendo con ello la consolidación del mercado de vacunas, la SSA seguía garantizando “una disminución en la tasa de contagios”.

Para entonces, era del todo claro que la dependencia del exterior del mercado mexicano de vacunas se extendería por varios años más. De la misma manera que sobre la expansión del mercado de genéricos seguía pesando la “política” de patentes de Fox-Frenk, que no retrasaron —como Brasil y Argentina— la adopción de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC) de la Organización Mundial de Comercio (OMC).

Más aún, con un reciente fallo (enero 2010) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que ampliaba la publicación de las patentes —a cargo del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI)— no sólo a la sustancia activa del fármaco, sino también a los demás ingredientes que lo integran (patente de composición). Y con el sistema de registro —vinculación— entre la COFEPRIS y el IMPI —conocido como *Linkage*— contribuyendo con su parte.

Por algo —y como consecuencia de la eliminación del requisito de planta— las importaciones mexicanas de medicamentos subieron 30 por ciento en 2009, mientras el número de laboratorios en el mercado nacional se elevaba de 310 a 340.

Para “sortear” la emergencia sanitaria, la SSA había desembolsado (hasta diciembre) 4 mil 300 MP más —aproximadamente— 2 mil 700 para comprar los 30 millones de dosis del antígeno y los 30 tratamientos adicionales de Peramivir al cargo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Pero las costosas vacunas no salían. Fueron sido ampliamente desairadas. Dos mil 500 médicos de Nuevo León y 600 de Oaxaca la rechazaron abiertamente por “temor a sus efectos secundarios”.

Fue preciso que (en enero) el propio Calderón, su esposa y un grupo de actores —que, salvo por la edad, no son un grupo vulnerable— la recibieran con la intención de que ese “esfuerzo demostrativo con gente representativa de la sociedad civil le diga a la gente que es segura y que no

causa ningún daño”. Mientras el casi invisible Comisionado Nacional para la Influenza, Alejandro Macías, publicitaba “el inicio de una campaña masiva de vacunación”. Porque, según Córdova, ésta “contribuye en la mitigación de la pandemia”. Hasta Vesta Richardson, titular del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), debió reconocer que un 15 por ciento de la población rechazaba la vacuna.

Y cuando salen, fue porque las autoridades “salieron a buscar a las personas”: porque Salud-GDF las aplicó en el Metro, mercados públicos o a trabajadores del Estado; porque la SSA la emuló en centros comerciales, supermercados, guarderías y calles, o porque Salud-Jalisco optó por la cadena Wal-Mart. Para Córdova hay que atribuir los “bajos índices de vacunación a la desconfianza y falta de información entre la población prioritaria más que a problemas en la distribución”. Y lo que sigue son campañas “en zonas indígenas del país”. Ahora para alcanzar “las metas” de vacunación, los responsables federales y estatales de la salud cumplen “buscando directamente a la gente”.

El fracaso de la descentralización permeaba hasta el tuétano de la “gestión” calderonista de la emergencia sanitaria. Aunque la Secretaría de Salud de Coahuila no confirmaba oficialmente el deceso de ningún paciente, la autoridad federal contabilizaba, al menos 10 fallecimientos (noviembre, 2009).<sup>28</sup>

Sin embargo —y a pesar del incremento de la demanda de atención médica por enfermedades respiratorias (enero)— el Director del Centro Nacional para la Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Miguel Ángel Lezana, rechazaba que la Influenza fuera la responsable de ese crecimiento porque “no se ha observado aumento en la transmisión de la enfermedad”.

La pura visión financiera de los programas sanitarios panistas tiene encadenada la “salud” al “éxito” de Calderón en los procesos electorales de 2010 y 2012. La administración pública panista está al servicio de ellos. Sólo en eso terminó la alternancia política del año 2000, cuando el PAN relevó al PRI. •

## Notas

- <sup>1</sup> *Milenio Diario*, 11 de diciembre de 2009.
- <sup>2</sup> Véase al respecto la vasta literatura en red de Silvia Ribeiro del grupo ETC.
- <sup>3</sup> Leal F, Gustavo (2003), *Evidencia para las políticas*, Imagen Médica, México (Col. Temas de Salud y Sociedad, 1)
- <sup>4</sup> SSA (1996) *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, PEF, SSA, Subsecretaría de Planeación, febrero.
- <sup>5</sup> Leal, F. G. (2009) *El mito del “Seguro” “Popular” en el DF*, Colección Académicos, DCBS, UAM-X (en prensa)
- <sup>6</sup> Leal, F. G. (2009) *El IMSS bajo el foxismo*. Colección Académicos, Núm 86, DCBS, UAM-X, Leal, F. G. (2008) *El IMSS bajo el calderonismo. El pliego hostil de Molinar Horcasitas*, ADN Editores, Imagen Médica, Asamblea de Trabajadores Democráticos del IMSS
- <sup>7</sup> Véase, por ejemplo, Manuel Ruíz de Chávez (Editor) (1988) *Descentralización de los servicios de salud. Avances y perspectivas del proceso*, SSA-Gobierno del Estado de Guerrero, Organización Panamericana de la Salud.
- <sup>8</sup> Véase, al respecto, (DOF, 05.04.2004) *Reglamento del Seguro Popular y SSA (2007) Notificación de Casos de Enfermedades que Generan Gastos Catastróficos. Manual de Operación*
- <sup>9</sup> Octavio Gómez Dantés y Felicia Marie Knaul, 2009, “The Democratization of Health in Mexico: Financial Innovations for Universal Coverage”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 87, núm. 7, julio, pp. 485-564
- <sup>10</sup> Leal, F. G. (2006) *Planes y programas del foxismo*, Colección Académicos, Núm. 67 DCBS, UAM-X; Leal, F. G. (2010) *Planes y programas del calderonismo*, DCBS, UAM-X (en dictamen)
- <sup>11</sup> Leal F, Gustavo (2007). *¿Educar a médicos? De Luis Echeverría Álvarez. a Vicente Fox Quesada*, Colección Académicos, Núm. 69, DCBS, UAM-X
- <sup>12</sup> *Gaceta Parlamentaria* Número 2455-II, 28.2.08
- <sup>13</sup> *Reforma*, 31 de octubre de 2009.
- <sup>14</sup> “Un diagnóstico rápido sobre México”, *Examen*, agosto de 2009, pp. 24-25 (revista órgano del Partido de la Revolución Institucional, PRI).
- <sup>15</sup> En la administración 1982-1988, con Miguel de la Madrid, Soberón descentralizó 14 entidades.
- <sup>16</sup> Junto con el entonces subsecretario de la SSA, José Narro Robles, el secretario de Salud (1994-1999) de Ernesto Zedillo, Juan Ramón de la Fuente, descentralizó 18 estados, incluido el DF.
- <sup>17</sup> Mancera no tuvo jamás responsabilidad alguna en la SSA. Probablemente, Jesús Kumate se refiera a José Antonio González Fernández, primer abogado secretario de Salud con Zedillo (1999-2000), que sustituyó a De la Fuente
- <sup>18</sup> Desde el año 2000, todos lo están.
- <sup>19</sup> “La enfermedad de la pobreza. Entrevista con Jesús Kumate”, *Letras Libres*, núm. 126, junio, pp. 24-28.
- <sup>20</sup> *La Jornada*, 30 de junio de 2009.
- <sup>21</sup> Y en menor medida, también en Yucatán. *Reforma*, 15 de julio de 2009.
- <sup>22</sup> Por su parte, Miguel Ángel Lezana, director del Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (Cenavece), confirmó el

“cerco al sureste por el virus” (Yucatán, Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo) y descartó que la propagación en Chiapas “se deba a las actuales condiciones de los sistemas de salud”, aunque reconoció que ellos “no contaban con los respiradores artificiales suficientes”. Lezana atribuyó el crecimiento de la pandemia en Chiapas a “la pobreza que se vive en la entidad: en las poblaciones que son más desfavorecidas desde el punto de vista económico, en los lugares donde tiende a concentrarse la pobreza [...] tiende a afectar de manera más importante a la población. Más que hablar de las condiciones de los sistemas de salud [...] es un resultado de las condiciones de vida”. *Reforma*, 16 de julio de 2009.

<sup>23</sup> *Reforma*, 16 de julio de 2009

<sup>24</sup> *La Jornada*, 24 de julio de 2009.

<sup>25</sup> *Reforma*

<sup>26</sup> Frenk, Julio y Octavio Gómez Dantés, 2009, “Saldos de la influenza mexicana”, *Letras Libres*, núm. 126, junio, pp. 20-23.

<sup>27</sup> “Saldremos fortalecidos”, *Examen*, pp. 25-26.

<sup>28</sup> Según el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), al finalizar enero del 2010, el saldo en la distribución estatal del antígeno era sumamente desigual. Sólo 13 entidades habían cumplido con la meta de aplicar el 75 por ciento o más de las vacunas que habían recibido en diciembre 2009 (mes punto de arranque para su aplicación). El Estado de México—tercer entidad nacional con más contagios—sólo había aplicado el 13 por ciento, seguido por Quintana Roo: 15 por ciento y Oaxaca: 20 por ciento. Otros estados no habían logrado aplicar ni la mitad: Tabasco, Veracruz, Yucatán y Tlaxcala. En contraste, Aguascalientes, Guanajuato, Durango, San Luis Potosí y Querétaro tuvieron que solicitar más dosis. Para Vesta Richardson, directora del (CENSIA), los rezagos en algunas entidades son atribuibles “a las dificultades que enfrenta la distribución por las características geográficas”, aunque también aludió a que pudiera haber “un subregistro en la aplicación debido a que los estados tardan varios días en recabar la información sobre las inmunizaciones”. Y es que el Centro de Salud Estatal encargado de aplicar el antígeno reporta, en primer lugar, a su jurisdicción sanitaria. Por su parte, ella informa días más tarde a la Secretaría de Salud del estado, quién finalmente remite la información a la dependencia federal. Richardson subrayó que “desde la segunda semana de enero 2010 se instruyó a todos los estados a implementar una campaña intensiva de vacunación, lo que implica la contratación temporal de personal que aplique las dosis, la instalación de puestos de vacunación en lugares públicos, la visita de casa por casa para encontrar a las personas consideradas en riesgo así como el diseño de campañas de comunicación a nivel local”, *Reforma*, 24 de enero, 2010.

GUSTAVO LEAL FERNÁNDEZ. Es profesor-investigador titular adscrito al Departamento de Atención a la Salud, en la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, en la Unidad Xochimilco de la UAM. Contacto: gleal@correo.xoc.uam.mx