



# ¿Qué rectoría para qué sector salud? Programa de Salud 2024–30

GUSTAVO LEAL F.\*

**E**n materia sanitaria, la *Iniciativa* que reforma la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de la presidenta Sheinbaum (1/11/24) propone “consolidar” una “rectoría” que “coordina” las instituciones para “transformar” el sistema, identificando “factores” de riesgo, promoviendo “prevención” y proporcionando “atención” oportuna y de calidad.

Enfatiza “sentar” bases que definan un “sistema de salud para el bienestar” destinado a personas sin seguridad social; promoviendo como “asistencia social” la participación pública y privada, con enfoque de derechos humanos; salvaguardando la salud frente a padecimientos no transmisibles/crónicos y mentales; organizando conferencias y congresos; planeando el abasto de medicamentos/insumos, así como la coordinación nacional del sistema de información en salud.

Esta rectoría se reduce –no a conducir la política nacional de salud– sino a “coordinar” actores de los Sistemas Nacional de Salud y Salud para el Bienestar para que colaboren de manera “articulada” dentro de un programa sexenal –anticipado en conferencia matutina del 5/11/24– donde el doctor Kershenevich observó que los países que “tienen” atención primaria –y no nada más atención de la “enfermedad” en sus fases tardías– tienen “mejores” sistemas de salud. Por tanto, enfatizó, la promoción y prevención es un componen-

te “muy importante” del Plan de Gobierno. Pero ocurre que esa atención primaria no es promoción/prevención. Es otra cosa. Lo que confirma que el secretario de Salud sigue sin distinguir la diferencia entre atención primaria a la salud (APS) y políticas preventivas tradicionales.

Por su parte, el subsecretario de Salud, Eduardo Clark, propuso cinco puntos estratégicos del programa sexenal. El primero: “priorizar” la promoción/prevención sin referirse nunca a la APS. ¿Y cómo? Según él la prioridad consiste en trabajar sobre los daños, salvo la vacunación. Ofrece: “reducir” el porcentaje de obesidad infantil e “incrementar” el porcentaje de adultos mayores que tienen una enfermedad crónica (diabetes-hipertensión) y no están diagnosticados, “incrementando” también el porcentaje que efectivamente se encuentra en control “rutinario” dentro de sus unidades de salud. Esto no es promoción/prevención: es identificación de daños con un programa de alta rentabilidad electoral que saturará los servicios. Ofrece también “fortalecimiento” de coberturas de vacunación universal: niños/adultos e “incrementar” el número de mujeres embarazadas e hijos recién nacidos que acuden a seguimiento médico.

En el segundo punto, ofrece incrementar la “calidad” de la atención médica y “disminuir” tiempos de espera en el sector público. ¿Cómo? Poniendo a trabajar al “máximo” al personal que tenemos y la infraestructura: unidades médicas de tiempo completo, siete días de la semana. ¿En qué se distingue esto de los gobiernos tecnocráticos neolibere-



rales? Como para ellos, Clark no repara en que, además de ignorarlo, el frente operativo –alma de la producción del servicio– no está ahí sólo para recibir las nuevas órdenes de trabajo sexenales. Aprender a conducir el sector aprendiendo de quién hace posible el servicio, no es su prioridad. ¿Imaginó alguna vez consultarlos? Pero además contempla “homologación” de protocolos de atención médica para enfermedades más frecuentes y “fortalecer” el rol de la enfermería para dar más atención “aun con el mismo personal”. ¿Por ser más económico?

“

*Las dos más sentidas demandas de los usuarios: tiempos de espera y abasto, quedan como meras expectativas*

Ello “esperamos” impactará en “reducir” tiempos de espera para consultas, estudios y cirugías. Como se aprecia, es apenas una mera expectativa.

En tercer término ofrece “fortalecer” IMSS-Bienestar con médicas/médicos del Bienestar, completar equipamiento, rescate de infraestructura, medicamentos gratuitos, insumos, contratación de personal, implementar tecnología y sistemas, así como continuar con el programa La Clínica es Nuestra. En suma “fortalecer” sin innovación alguna y preservando intacta la improvisación estructuralmente curativo-asistencial que Zoé Robledo heredó a Alejandro Svarch.

En cuarto lugar, Clark enlista el previamente publicitado modelo de compra y distribución de medicamentos con el que “esperamos” mejores precios, con “mayor” calidad para los pacientes. Es decir, que sólo por el diseño de sus tiempos, es apenas otra mera expectativa de mejora efectiva del abasto.

De suerte tal, que las dos más sentidas y robustas demandas de la población usuaria, tiempos de espera y abasto, quedan apenas como meras expectativas.

En quinto lugar, Clark alude a “modernizar, traer al siglo XXI” al Sistema Nacional de Salud pública, reduciendo los desiertos de atención”. ¿Cómo? Creando un modelo para un sistema “unificado sin importar la derechohabencia” con el expediente médico electrónico universal. ¿Ya consultó a quienes cotizan por el servicio? En suma: una rectoría para “coordinar” con un programa de salud de meras expectativas que deberán concretarse en el siglo XXI.

\*UAM-X