

Memoria narrativa de la estrategia impulsada por el gobierno federal en el marco de las acciones implementadas para la atención de la pandemia de COVID 19, con relación a la prestación subrogada de servicios entre instituciones públicas y privadas



FUNSALUD

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

ISBN: 978-607-7897-43-9

Este documento fue realizado por la
Mtra. Marcela A. Vázquez Coronado,
investigadora de la Fundación Mexicana
para la Salud.

Diseño editorial:
Araceli Edith Vázquez Ibáñez

Este documento se concluyó en
noviembre de 2020.

Hecho en México.

Memoria narrativa de la estrategia impulsada por el gobierno federal en el marco de las acciones implementadas para la atención de la pandemia de COVID 19, con relación a la prestación subrogada de servicios entre instituciones públicas y privadas



FUNSALUD

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Prólogo

“En el transcurso de la historia, el hombre ha estado siempre en contacto con virus, bacterias, bacilos y otros microorganismos que le han ocasionado un gran número de enfermedades: viruela, tifo, peste, cólera, fiebre amarilla, influenza y VIH, entre otras epidemias y pandemias, que han cobrado la vida de miles y millones de personas en el mundo” (Villar, No. 32, enero-abril 2010).

Entre las pandemias más recientes recordamos la del virus AH1N1, siendo México la zona cero donde aparecieron los primeros casos en el año 2009; destaca América Molina del Villar, investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, en su artículo que “México fue un laboratorio de análisis en el hallazgo en 2009 de una cepa de este virus (AH1N1) de componente aviar, porcino y humano”. Con la aparición del virus AH1N1, nuestro país se convirtió en el escenario de una problemática epidemiológica, médica y social que dejó al descubierto las **notorias deficiencias en la capacidad de respuesta del sistema mexicano de salud pública** y las debilidades de la política de prevención y control de enfermedades en una situación normal, así como en una situación extraordinaria e imprevista como lo es una epidemia.

Es indiscutible que **la fragmentación del sistema público de salud ha sido y es una debilidad permanente para garantizar el derecho a la protección de la salud a todos los habitantes de nuestro país**, y más aún cuando nos enfrentamos ante una situación que puede afectar a cualquier persona, sin importar su condición social o laboral,

respondiendo a los problemas de forma inequitativa, con diferentes niveles de oportunidad y de calidad.

A once años de la pandemia por el AH1N1, en el año 2019, en la ciudad de Wuhan, China, aparece un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2, poniendo a prueba a los gobiernos mundiales, a los sistemas de salud, a los científicos, a la iniciativa privada, a las sociedades y a los individuos, poniéndonos en una situación de alta vulnerabilidad que sólo puede ser afrontada con conciencia social, respeto mutuo y solidaridad.

Uno de los rasgos que caracteriza a la sociedad mexicana es la solidaridad ante diversas situaciones de emergencia, por ello, para hacer frente a la primera pandemia del siglo XXI, el Presidente de la República convocó a las instancias que integran el sistema público de salud y a las instituciones de prestación de servicios de salud privados a tejer un puente de coordinación para garantizar la continuidad de la atención de pacientes públicos con enfermedades distintas a la COVID-19 en hospitales privados sin ningún costo para ellos.

En FUNSALUD, tuvimos el privilegio de contribuir en esta estrategia para que, durante casi 10 meses, ese puente entre el sistema público y privado de salud beneficiara a cientos de personas en todo el territorio nacional.

Orgullosos de lo que los mexicanos somos capaces de lograr, tengo el gusto de presentar esta publicación que representa el compendio

documental que resume el esfuerzo de muchísimas personas en beneficio de la salud de los mexicanos.

Eric Hágsater Gartenberg
Presidente del Consejo Directivo
Fundación Mexicana para la Salud

Palabras

Son los acontecimientos inesperados los que ponen al descubierto las fortalezas y las áreas de oportunidad en el plano personal, comunitario e institucional para afrontarlos y superarlos, situaciones que en México se repiten con frecuencia a través de la recurrencia en la aparición de diversos fenómenos meteorológicos como son los sismos y las inundaciones, así como en la aparición de nuevos virus como lo fue, por ejemplo, el AH1N1 y actualmente el SARS-CoV-2.

Con una memoria reciente, aunque con dimensiones e impactos distintos, la estrategia para el manejo del virus AH1N1, nos ha servido de referencia para poder comparar e identificar la situación estructural y organizativa por la que atravesaba el actual sistema público de salud en nuestro país en el momento de la aparición del primer caso en Wuhan, China, así como en México del virus SARS-CoV-2.

A partir de la confirmación de la aparición de los primeros casos de COVID-19 en México que derivó que se promulgara la declaratoria de **“emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor”** por parte del Consejo de Salubridad General en marzo del 2019, con el liderazgo de la Presidencia de la República a través de la Secretaría de Salud, se detonaron diversas acciones para lograr la prevención y control de la enfermedad, así como para atender casos graves y muy graves de COVID-19 con la infraestructura pública en salud.

Una de las acciones para la atención de casos complicados de COVID-19 fue la **Reconversión Hospitalaria**, que implicó el habilitar con equipamiento y capital humano especializado hospitales generales y

de alta especialidad, para incrementar su capacidad resolutive para la atención de casos graves, en la medida que se incrementaba el número de casos confirmados con el nuevo coronavirus en el territorio nacional. Es importante resaltar, la disposición y la contribución del sector privado en los procesos de fortalecimiento de la oferta de servicios de salud para la atención de casos por COVID-19, pero también para coadyuvar en la continuidad de la atención de personas con otras patologías.

Dicha contribución se materializó a través de la formalización de la relación entre el Sector Público de Salud y el Sector Privado, a través de la firma del *Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios Médicos y Hospitalarios* celebrado por la Secretaría de Salud, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, el Instituto de Salud para el Bienestar, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales

Es importante resaltar el liderazgo del Secretario de Relaciones Exteriores, y el compromiso del Secretario del Consejo de Salubridad General, así como de los titulares de las Instituciones Públicas de Salud y de las Asociaciones de Hospitales Privados para hacer realidad que pacientes públicos fueran atendidos en hospitales privados de manera oportuna y con calidad.

En FUNSALUD consideramos que la experiencia y el aprendizaje que nos ha dejado esta estrategia es digna de reconocerse y compartirse por lo que decidimos documentarla y presentarla en esta publicación que denominamos: *“Memoria narrativa de la estrategia impulsada por el gobierno federal en el marco de las acciones implementadas para la atención de la pandemia de COVID-19, con relación a la prestación subrogada de servicios entre instituciones públicas y privadas”*.

Estamos seguros que esta estrategia ha sentado las bases para una futura y permanente colaboración entre el sector público y privado de salud para garantizar el derecho a la protección de la salud de las y los mexicanos.

Lic. Héctor Valle Mesto
Presidente Ejecutivo
Fundación Mexicana para la Salud

Índice

1) Antecedentes

2) La aparición del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)

- 2.1. Ruta cronológica de la pandemia a nivel internacional.
- 2.2. La llegada de SARS-CoV-2 a México. Cronología de la pandemia
- 2.3. Marco Normativo del gobierno federal para la contención de la pandemia.

3) Situación del Sistema Público de Salud en México antes de la pandemia

- 3.1. Reforma estructural para la creación del Instituto de Salud para el Bienestar.
- 3.2. Capacidad instalada existente *ex ante* la pandemia.

4) Estrategia de fortalecimiento de la capacidad instalada disponible

- 4.1. La reconversión hospitalaria.

5) Emergencia Sanitaria por SARS-CoV-2, definición de la problemática en el entorno nacional

6) El Consejo de Salubridad General y las instituciones del Sistema Nacional Público de Salud en la búsqueda de soluciones

- 6.1. El preámbulo de la coordinación con el sector privado.
- 6.2. La coordinación de acciones entre el sector público y el sector privado de salud.

7) El papel del Consorcio Mexicano de Hospitales y de la Asociación de Hospitales Privados

8) El papel de la Secretaría de Relaciones Exteriores

9) Etapas, alcances y resultados del programa “Todos juntos contra el COVID-19”

9.1. Planeación

- Los criterios para la adhesión de los hospitales privados al Convenio.
- La determinación de las intervenciones clínicas objeto del Convenio.
- Las cuotas de recuperación para la contraprestación económica por los servicios provistos por los hospitales privados.

9.2. Definición de los procesos del Convenio.

- Proceso de adhesión.
- Proceso de referencia de pacientes públicos a servicios de atención médica privada.
- Proceso de atención médica.
- Proceso de gestión de pago por los servicios prestados.

9.3. Las herramientas de apoyo a la gestión del Convenio.

- La plataforma tecnológica
- La logística en la referencia de pacientes a través del *call center*.

10) Resultados del programa “Todos juntos contra el COVID-19”

11) Fortalezas y áreas de oportunidad identificadas al cierre del convenio

- 11.1. En el ámbito de la adhesión de hospitales privados.
- 11.2. En materia de gestión de las referencias. (eficacia).
- 11.3. En el ámbito de la atención médica privada. (calidad de la atención)
- 11.4. En la gestión de los procedimientos administrativos (cobro-pago).
- 11.5. En materia de equidad.

12) Estrategia Juntos por la Salud

13) Reflexiones de los principales actores

- Dr. José Ignacio Santos Preciado, Secretario del Consejo de Salubridad General.
- Lic. Marcelo Ebrard Casaubón, Secretario de Relaciones Exteriores.
- Dr. Jorge Alcocer Varela, Secretario de Salud.
- Mtro. Zoé Robledo Aburto, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Lic. Héctor Valle Mesto, Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud.
- Lic. Mario González Ulloa, Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados.
- C.p. Javier Potes González, Presidente del Consorcio Mexicano de Hospitales.

14) Agradecimientos a todos los actores que participaron en las entrevistas

15) Anexos

- Anexo 1. Relación de pacientes referidos por procedimiento por entidad federativa.
- Anexo 2. Relación de pacientes referidos por Institución Pública de Salud por Entidad Federativa.

1. Antecedentes

La evidencia científica internacional confirma que existen relaciones directas en la aparición, a finales del año 2019, del SARS-CoV-2 con otro coronavirus que surgió entre los años 2002-2003, y al que se denominó SARS-CoV, es decir, coronavirus causante del síndrome respiratorio agudo severo. Se presentaron un número de casos mayor a 8 000 en 30 países del globo. Véase esta breve cronología de la OMS (en inglés): https://www.who.int/csr/don/2003_07_04/en/.

Los coronavirus son zoonóticos, lo que significa que pueden transmitirse entre animales y humanos. Cuando los coronavirus animales evolucionan, infectan a las personas y luego se propagan entre los humanos, pudiendo causar enfermedades de leves a graves, desde el resfriado común hasta provocar enfermedad respiratoria aguda grave y brotes como el sucedido en el 2002 y 2003 con el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) en la provincia de Guangdong, China, y más recientemente con el del síndrome respiratorio de medio oriente, identificado en el Reino de Arabia Saudita (MERS-CoV) en 2012.

Ramón Aymerich, periodista del diario *La Vanguardia Internacional*, publicó el 2 de febrero de 2020 un artículo al cual tituló “El misterio del virus de Wuhan”, en el que narra la expedición que unos científicos chinos realizaron en el verano del 2012 a una cueva remota en la provincia de Yunnan, al sur de China. El propósito de la exploración era la búsqueda del origen de la enfermedad respiratoria, el SARS (síndrome respiratorio agudo severo) en una población de murciélagos en la que se había detectado una versión del virus muy parecida al que se había propagado entre humanos en el 2002. Aymerich comenta que

durante cinco años tomaron miles de muestras, y en 2017 Shi Zhengli y Cui Jie y otros varios investigadores publicaron los resultados en la revista médica *PLOS Pathogens* (<https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1006698>), donde revelaron que el virus había mostrado una especial habilidad para “saltar” del murciélago a la civeta (un pequeño mamífero capturado para consumo humano) y de ésta al hombre. El artículo contenía también una advertencia: en las cuevas de Yunnan, decían, habían localizado más tipos de coronavirus (llamados así por su forma al microscopio), con una carga genética cercana a la del SARS-CoV, por lo que cabía esperar nuevas epidemias en el futuro.

Y sucedió: el 1 de diciembre de 2019 fue detectado un nuevo coronavirus en un mercado de la ciudad de Wuhan, situación que, por la estructura burocrática China, les impidió tomar decisiones oportunas, ocultaron información y reaccionaron tarde al estallido del brote.

2. La aparición de un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)

2.1. Ruta cronológica de la pandemia a nivel internacional

En este apartado, se describe de forma textual y de manera cronológica las actividades de respuesta de mayor trascendencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ante la progresión del nuevo coronavirus SARS-CoV-2, a partir de la información pública de su portal oficial: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline> (esta cronología está siendo actualizada por la OMS conforme lo considera conveniente, así que el lector interesado puede consultarla periódicamente; la dirección electrónica sigue siendo la misma).

31 de diciembre de 2019

La Comisión Municipal de Salud de Wuhan emite una declaración para los medios de comunicación argumentando la aparición de casos de neumonía viral en la provincia de Wuhan, situación que es identificada por la oficina de la OMS en la República Popular China y ésta a su vez, transmite dicha declaración al centro de enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental.

La plataforma OMS de inteligencia epidémica a través de fuentes abiertas (EIOS) recoge también un informe para los medios de comunicación en ProMED (Programa de la Sociedad Internacional

para las Enfermedades Infecciosas) sobre el mismo conglomerado de casos de una «neumonía de causa desconocida» en Wuhan.

Diversas autoridades de salud de todo el mundo ante la alerta se ponen en contacto con la OMS para solicitar información adicional.

1 de enero de 2020

La OMS solicita a las autoridades chinas información sobre el conglomerado de casos de neumonía atípica en Wuhan y activa su Equipo de Apoyo para la Gestión de Incidentes (IMST) para que se encargara en la coordinación de las actividades y la respuesta en los tres niveles de la Organización (Sede, regiones, países) durante las emergencias de salud pública.

5 de enero de 2020

La OMS comparte información pormenorizada sobre un conglomerado de casos de neumonía de causa desconocida a través del Sistema de Información sobre Eventos del RSI (2005), al que todos los Estados Miembros tienen acceso. En el aviso de eventos se facilitaba información sobre los casos y se aconsejaba a los Estados Miembros que tomaran precauciones para reducir el riesgo de infecciones respiratorias agudas.

9 de enero de 2020

La OMS informa de que las autoridades chinas han determinado que el brote está provocado por un nuevo coronavirus y convoca a la primera teleconferencia con redes mundiales de expertos, empezando por la red clínica.

10 de enero de 2020

El Mecanismo de Coordinación Mundial de las actividades de investigación y desarrollo para la prevención y respuesta ante las epidemias celebra su primera teleconferencia sobre el nuevo coronavirus, al igual que el Grupo Consultivo Científico del Proyecto de Investigación y Desarrollo (I+D), una estrategia mundial y plan de preparación que permite la activación rápida de las actividades de investigación y desarrollo durante las epidemias y el Grupo Consultivo Estratégico y Técnico sobre Peligros Infecciosos (STAG-IH) celebra su primera reunión sobre el brote por el nuevo coronavirus.

10-12 de enero de 2020

La OMS publica un conjunto integral de documentos de orientación para los países sobre temas relacionados con la gestión del brote de una nueva enfermedad:

- Prevención y control de infecciones
- Pruebas de laboratorio

- Herramientas para el examen de las capacidades nacionales
 - Comunicación de riesgos y participación comunitaria
 - Lista de productos básicos para hacer frente a enfermedades (v1)
 - Lista de productos básicos para hacer frente a enfermedades (v2)
 - Consejos a los viajeros
 - Manejo clínico
 - Definiciones de casos para la vigilancia
-

13 de enero de 2020

El Ministro de Salud Pública de Tailandia notifica un caso del nuevo coronavirus confirmado en laboratorio importado desde Wuhan, el primer caso registrado fuera de la República Popular China.

La OMS publica el primer protocolo de la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscripción (PCR-RT) por un laboratorio asociado de la Organización para diagnosticar el nuevo coronavirus.

14 de enero de 2020

La OMS convoca una rueda de prensa en la que declara que, en base a la experiencia con patógenos respiratorios, existe el riesgo de una posible transmisión entre seres humanos en los 41 casos confirmados

en la República Popular China: «ciertamente es posible que se esté produciendo una transmisión limitada entre seres humanos».

16 de enero de 2020

El Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar del Japón notifica a la OMS un caso confirmado de infección por el nuevo coronavirus en una persona que había viajado a Wuhan. Es el segundo caso confirmado detectado fuera de la República Popular China. La OMS declara que, teniendo en cuenta las pautas de los viajes internacionales, era probable que se produjeran más casos.

La Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas (OPS/AMRO) publica su primera alerta epidemiológica sobre el nuevo coronavirus. La alerta incluía recomendaciones dirigidas a los viajeros internacionales sobre medidas de prevención y control de infecciones y sobre pruebas de laboratorio.

20-21 de enero de 2020

La OMS lleva a cabo la primera misión a Wuhan y se reúne con funcionarios de salud pública para recabar información sobre la respuesta al conglomerado de casos de infección por el nuevo coronavirus.

21 de enero de 2020

Los Estados Unidos de América notifican su primer caso confirmado de infección por el nuevo coronavirus. Se trata del primer caso en la Región de las Américas de la OMS.

22 de enero de 2020

La misión de la OMS a Wuhan emite una declaración en la que se afirma que los datos científicos apuntan a la transmisión entre seres humanos en Wuhan, si bien se necesitan más investigaciones para comprender plenamente la magnitud de la transmisión.

22-23 de enero de 2020

El Director General de la OMS convoca a un Comité de Emergencias en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) sobre el brote del nuevo coronavirus. El Comité, integrado por 15 expertos independientes procedentes de distintas partes del mundo, tiene el mandato de asesorar al Director General si el brote constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). El Comité no logra llegar a una conclusión en las sesiones del 22 y 23 de enero por ser limitada la información disponible por lo que se determina que el evento no se constituye como una ESPII y emite recomendaciones para la atención del brote del nuevo coronavirus.

24 de enero de 2020

Francia notifica a la OMS tres casos de infección por el nuevo coronavirus, todos de personas que habían viajado desde Wuhan. Se trata de los primeros casos confirmados en la Región de Europa de la OMS (EURO).

La Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) insta a los países de las Américas a estar preparados para detectar tempranamente, aislar y cuidar a pacientes infectados por el nuevo coronavirus, ante la posibilidad de recibir viajeros provenientes de países donde hay transmisión del nuevo coronavirus. La directora, habló en sesión de información de la OPS para los embajadores de las Américas ante la Organización de los Estados Americanos (OEA) en Washington.

25 de enero de 2020

El Director Regional de la OMS para Europa emite una declaración pública en la que pone de relieve la importancia de prepararse en los planos local y nacional para detectar casos, analizar muestras y ofrecer atención clínica.

27 de enero de 2020

La Directora Regional de la OMS para Asia Sudoriental emite un comunicado de prensa en el que insta a los países de la Región a

centrarse en estar preparados para detectar rápidamente los casos importados e impedir que el virus siga propagándose.

27-28 de enero de 2020

Una delegación de altos funcionarios de la OMS encabezada por el Director General llega a Beijing para reunirse con los dirigentes chinos, recabar más información sobre la respuesta en la República Popular China y ofrecer asistencia técnica. El Director General se reúne con Xi Jinping, Presidente de China, el 28 de enero, con quien delibera sobre la continuidad en la colaboración respecto de las medidas de contención en Wuhan, las medidas de salud pública en otras ciudades y provincias, la realización de nuevos estudios sobre la gravedad y la transmisibilidad del virus, la continuación del intercambio de datos y la petición a China para que comparta material biológico con la OMS. Acuerdan que un equipo internacional de destacados científicos viaje a China para conocer mejor el contexto y la respuesta general e intercambiar información y experiencia.

29 de enero de 2020

A su regreso a Suiza desde China, el Director General ofrece a los Estados Miembros información actualizada sobre la respuesta al brote de la infección por el nuevo coronavirus en China, durante la 30ª reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del

Consejo Ejecutivo. Informa al Comité de que había vuelto a convocar el Comité de Emergencias sobre el nuevo coronavirus para analizar si el brote constituye una ESPII.

Los Emiratos Árabes Unidos notifican los primeros casos en la Región del Mediterráneo Oriental. El Director Regional afirma que la Oficina Regional continuaba siguiendo de cerca la evolución de la morbilidad y colaborando con los Estados Miembros para garantizar la capacidad de «detectar los posibles casos y responder a ellos».

30 de enero de 2020

A partir de las recomendaciones de los integrantes del Comité de Emergencias el Director General declara que el brote del nuevo coronavirus constituye una ESPII habiendo hasta ese momento 98 casos y ninguna víctima mortal en 18 países fuera de China.

4 de febrero de 2020

Durante la 146^a reunión del Consejo Ejecutivo, la OMS mantuvo una sesión de información técnica sobre el nuevo coronavirus. En su discurso inaugural el Director General insta a los Estados Miembros a que se preparen implementando medidas urgentes y añade que: «Tenemos una oportunidad. Mientras que el 99% de los casos se registran en China, en el resto del mundo solo se han producido 176 casos».

Por otro lado, el Director General de la OMS pide al Secretario General de las Naciones Unidas que active el equipo de gestión de crisis de las Naciones Unidas, que celebra su primera reunión el 11 de febrero.

11 de febrero de 2020

La OMS anuncia que la enfermedad causada por el nuevo coronavirus se denominará COVID-19, eligiéndose ese nombre para evitar inexactitudes y estigmatización; por ello no se refiere a una ubicación geográfica, un animal, una persona ni a un grupo de personas.

11-12 de febrero de 2020

La OMS convoca a un Foro Mundial de Investigación e Innovación sobre el nuevo coronavirus, al que asisten más de 300 expertos y entidades de financiación procedentes de 48 países, más otros 150 participantes en línea. El objetivo era evaluar el nivel de conocimientos, detectar lagunas y colaborar para acelerar y financiar las investigaciones prioritarias, con el acceso equitativo como principio fundamental que sustenta la labor.

Entre los temas tratados en el Foro cabe citar: el origen del virus, su evolución, transmisión y diagnóstico; los estudios epidemiológicos; la caracterización y el manejo clínico; la prevención y el control de las infecciones; la investigación y el desarrollo de vacunas y tratamientos

candidatos; las consideraciones éticas relativas a la investigación; y la incorporación de las ciencias sociales en la respuesta al brote.

El Foro se convoca en consonancia con el Proyecto de I+D de la OMS, que se activó para acelerar los medios diagnósticos, las vacunas y los tratamientos contra este nuevo coronavirus.

15 de febrero de 2020

El Director General pronuncia un discurso en la Conferencia de Seguridad de Múnich, en el que hace tres peticiones a la comunidad internacional: aprovechar la oportunidad para intensificar la preparación; adoptar un enfoque en el que participe todo el gobierno; y guiarse por la solidaridad, no la estigmatización. También manifiesta su preocupación por la escasa urgencia con la que se aborda la financiación de la respuesta.

25 de febrero de 2020

Confirmación del primer caso en la Región de África de la OMS, en Argelia. Este caso llega después de la notificación previa de un caso en Egipto, el primero en el continente africano. La Directora Regional para África hace un llamamiento a los países para que intensifiquen su preparación.

28 de febrero de 2020

Se publica el Informe de la Misión Conjunta OMS-China, para que sirva de referencia a los países sobre las medidas necesarias para contener la COVID-19.

29 de febrero de 2020

La OMS publica consideraciones para la cuarentena de personas en el contexto de la contención de la COVID-19.

3 de marzo de 2020

La OMS exhorta a la industria y a los gobiernos a que aumenten la producción en un 40% para satisfacer la creciente demanda mundial en respuesta a la escasez de equipos de protección personal, escasez que pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo.

Este llamamiento se enmarca en una colaboración de mayor alcance con la industria, a través de la red EPI-WIN y con la participación de asociados como la Cámara de Comercio Internacional y el Foro Económico Mundial, que ha apoyado las ruedas de prensa de la COVID-19 en el ámbito regional.

6 de marzo de 2020

La OMS publica la hoja de ruta de la investigación mundial contra el nuevo coronavirus, elaborada por los grupos de trabajo del Foro Mundial de Investigación e Innovación sobre el nuevo coronavirus. En la hoja de ruta se establecen las principales prioridades de investigación en nueve ámbitos clave: la evolución del virus, epidemiología, medios diagnósticos, gestión clínica, consideraciones éticas y ciencias sociales, así como los objetivos de largo plazo para los tratamientos y las vacunas.

7 de marzo de 2020

Para subrayar que se han superado los 100 000 casos confirmados de COVID-19, la OMS emite una declaración en la que se hace un llamamiento a la acción para detener, contener, controlar, retrasar y reducir el impacto del virus.

9 de marzo de 2020

La Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, un organismo de alto nivel establecido por la OMS y el Banco Mundial que se encarga de seguir de cerca la preparación mundial para las emergencias sanitarias, hace un llamamiento a la inyección inmediata de 8 000 millones de dólares para la respuesta a la COVID-19 con el fin de prestar apoyo a la

OMS para coordinar y priorizar el apoyo a los países más vulnerables; desarrollar nuevos medios diagnósticos, tratamientos y vacunas; fortalecer las necesidades desatendidas en materia de vigilancia y coordinación regional; y velar por que haya un suministro suficiente de equipo de protección para el personal sanitario.

10 de marzo de 2020

La OMS, el UNICEF y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja publican una guía en la que se esbozan las consideraciones más importantes para mantener la seguridad en las escuelas, con unas listas de verificación prácticas y consejos para los progenitores y los cuidadores, así como para los propios niños y estudiantes.

11 de marzo de 2020

Profundamente preocupada por los alarmantes niveles de propagación y gravedad y por los alarmantes niveles de inacción por parte de algunos países, la OMS llega a la conclusión en su evaluación de que la COVID-19 puede considerarse una pandemia.

En su alocución durante la rueda de prensa sobre la COVID-19, el Director General destaca que la OMS ha estado aplicando su máximo nivel de respuesta desde que se notificaron los primeros casos y hace

cada día «un llamamiento a los países para que adopten medidas urgentes y agresivas».

13 de marzo de 2020

El Director General declara que Europa se ha convertido en el epicentro de la pandemia, con más casos y muertes notificadas que el resto del mundo junto, al margen de la República Popular de China.

La OMS, la Fundación pro Naciones Unidas y sus asociados lanzan el Fondo de Respuesta Solidaria a la COVID-19 para recibir donaciones de particulares, empresas e instituciones. En apenas 10 días, el Fondo recauda más de 70 millones de dólares de más de 187 000 personas y organizaciones, para que los trabajadores de la salud que se encuentran en primera línea puedan salvar vidas, atender a los enfermos y avanzar en la investigación de tratamientos y vacunas.

16 de marzo de 2020

La OMS lanza la Plataforma de Asociados de la COVID-19 como instrumento para que todos los países, asociados en la ejecución, donantes y contribuidores colaboren en la respuesta mundial a la COVID-19. La Plataforma de Asociados permite hacer un seguimiento en tiempo real, lo que facilita la planificación, la ejecución y la dotación de recursos de las actividades de preparación y respuesta de los países.

17 de marzo de 2020

La OMS, junto con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), publica las orientaciones sobre la ampliación de las operaciones de preparación y respuesta ante brotes de COVID-19 en campamentos y entornos similares.

18 de marzo de 2020

La OMS y sus asociados lanzan el ensayo “Solidaridad”, un ensayo clínico internacional que tiene por objetivo generar datos rigurosos de todo el mundo para encontrar los tratamientos más eficaces contra la COVID-19. Asimismo, la OMS publica las orientaciones sobre las consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19.

20 de marzo de 2020

La OMS lanza a través de WhatsApp un servicio de envío de mensajes de alerta sanitaria, que ofrece información instantánea y precisa sobre la COVID-19. Está disponible en varios idiomas y tiene usuarios en todo el mundo.

21 de marzo de 2020

Ante la falta de capacidad de numerosos Estados Miembros para realizar pruebas, la OMS publica las recomendaciones sobre la estrategia para las pruebas de laboratorio relativas a la COVID-19.

25 de marzo de 2020

El Director General de la OMS, el Secretario General de las Naciones Unidas, el Secretario General Adjunto de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas y la Directora Ejecutiva de UNICEF presentan el Plan Mundial de Respuesta Humanitaria de las Naciones Unidas.

La OMS también actualiza sus orientaciones operativas para ayudar a los países a equilibrar las exigencias derivadas de responder directamente a la pandemia de COVID-19 con la necesidad de mantener la prestación de los servicios de salud esenciales, al tiempo que se protege a los trabajadores de la salud y se mitiga el riesgo de que el sistema se colapse.

26 de marzo de 2020

El Director General participa en la Cumbre Extraordinaria del G20 sobre la COVID-19, presidida por el Rey Salman de la Arabia Saudita, e insta a los dirigentes del G20 a que luchen, se unan e innoven contra la COVID-19, en respuesta, los líderes del G20 afirman

estar «comprometidos a hacer lo que sea necesario para superar la pandemia, junto con la Organización Mundial de la Salud».

En la declaración, los mandatarios también afirman: «apoyamos completamente y nos comprometemos a fortalecer el mandato de la OMS en la coordinación del combate internacional a la pandemia, incluyendo la protección de los trabajadores de la salud en la primera línea y la entrega de suministros médicos, especialmente herramientas de diagnóstico, tratamientos, medicinas y vacunas».

Los dirigentes afirman que trabajarán «conjuntamente, con rapidez y con actores relevantes, para reducir la brecha de financiamiento en el Plan de Estratégico de Preparación y Respuesta de la OMS» y se comprometen a proveer recursos inmediatos al Fondo de Respuesta Solidaria de la OMS contra la COVID-19. Asimismo, hacen un llamado a todos los países, a las organizaciones internacionales, al sector privado, a los filántropos y a los particulares a contribuir en estos esfuerzos.

Además del G20, la OMS se une a la UNESCO y a otros asociados para poner en marcha la Coalición Mundial para la Educación con el objetivo de ofrecer a los niños y jóvenes opciones de aprendizaje inclusivo durante este periodo de interrupción repentina y sin precedentes en la educación.

2 de abril de 2020

La OMS presenta los datos probatorios de la transmisión de personas sintomáticas, presintomáticas y asintomáticas con COVID-19 y señala que la transmisión puede darse a partir de un caso presintomático, es decir, antes de la aparición de los síntomas.

4 de abril de 2020

La OMS informa de que ya se han confirmado más de un millón de casos de COVID-19 en todo el mundo. Es decir, el número de casos se ha multiplicado por diez en menos de un mes.

7 de abril de 2020

En la conmemoración del “Día Mundial de la Salud” se centra en conmemorar la labor del personal de enfermería y de partería, en primera línea de la respuesta a la COVID-19.

8 de abril de 2020

Se lanza el Equipo de Tareas de las Naciones Unidas sobre las Cadenas de Suministro para coordinar y ampliar la adquisición y la

distribución de equipos de protección personal, pruebas diagnósticas de laboratorio y oxígeno a los países que más lo necesitan.

9 de abril de 2020

La OMS marca los 100 días desde que se notificaron los primeros casos de «neumonía de causa desconocida» con una sinopsis de los principales acontecimientos y de los esfuerzos realizados para detener la propagación del coronavirus.

13 de abril de 2020

La OMS publica una declaración suscrita por 130 científicos, donantes y fabricantes de todo el mundo en la que se comprometen a trabajar con la OMS para acelerar el desarrollo de una vacuna contra la COVID-19.

18 de abril de 2020

La OMS y The Global Citizen organizan conjuntamente el concierto *One World: Together At Home*, una edición especial mundial en directo para celebrar y apoyar a los trabajadores de la salud de primera línea. Como resultado se recaudó un total de \$127.9 millones de dólares, de los cuales \$55.1 millones de dólares se destinaron al Fondo de Respuesta Solidaria a la COVID-19 y \$72.8 millones de dólares, a los responsables de la respuesta local y regional.

20 de abril de 2020

La Asamblea General de las Naciones Unidas adopta una resolución titulada «Cooperación Internacional para Garantizar el Acceso Mundial a los Medicamentos, las Vacunas y el Equipo Médico con los que hacer frente a la COVID-19». En la resolución se «reconoce el papel rector crucial que desempeña la Organización Mundial de la Salud» en cuanto a «la coordinación de la respuesta mundial para controlar y contener la propagación» de la COVID-19. También se solicita al Secretario General de las Naciones Unidas una «estrecha colaboración» con la OMS.

30 de abril de 2020

El Director General convoca la tercera reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional acerca de la COVID-19, con un mayor número de miembros a fin de reflejar la naturaleza de la pandemia y la necesidad de incluir conocimientos técnicos especializados en otros ámbitos. El Comité de Emergencias se reúne el 30 de abril y emite su declaración el 1 de mayo.

El Director General declara que el brote de COVID-19 sigue constituyendo una ESPII.

5 de mayo de 2020

La OMS lanza el portal de suministros para la COVID-19, una herramienta creada especialmente para facilitar y consolidar la presentación de solicitudes de suministro por parte de las autoridades nacionales y todos los asociados en la ejecución en apoyo de los planes nacionales de acción contra la COVID-19. Puede accederse al portal mediante la plataforma para los asociados en materia de COVID-19.

7 de mayo de 2020

Las Naciones Unidas presentan una actualización del Plan de Respuesta Humanitaria Mundial por un monto de 6 700 millones de dólares para minimizar los efectos más debilitantes de la pandemia en 63 países de ingreso bajo y mediano.

10-14 de mayo de 2020

Dado que los Estados Miembros se enfrentan a diferentes escenarios de transmisión, la OMS publica cuatro anexos a las consideraciones para ajustar las medidas sociales y de salud pública en el lugar de trabajo, las escuelas y las concentraciones multitudinarias, así como los criterios de salud pública para ajustar esas medidas.

13 de mayo de 2020

Diseñada con el objetivo de facilitar información a los trabajadores de la salud para ayudarles a atender a los pacientes de COVID-19 y protegerse a sí mismos, se presenta la aplicación para móvil *WHO Academy*, junto con la aplicación *WHO Info*, para el público en general.

14 de mayo de 2020

La OMS publica un documento de apoyo en el que se aconseja a los países que incorporen un enfoque de género a sus respuestas a la COVID-19 con el fin de asegurarse de que las políticas y medidas de salud pública para frenar la epidemia tengan en cuenta el género y la forma en que este interactúa con otras desigualdades.

15 de mayo de 2020

La OMS publica un informe científico sobre el síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes, temporalmente relacionado con la COVID-19.

18-19 de mayo de 2020

En la 73ª Asamblea Mundial de la Salud, la primera en celebrarse virtualmente, se aprueba una resolución histórica para unir al mundo

en la lucha contra la pandemia de COVID-19, copatrocinada por más de 130 países —el mayor número registrado— y adoptada por consenso. En las sesiones de apertura y de clausura participan 14 jefes de Estado.

En la resolución se hace un llamamiento para intensificar los esfuerzos por controlar la pandemia y se «reconoce la función de la inmunización extensiva contra la COVID-19 como bien de salud pública», además de pedir un acceso equitativo y una distribución justa de todas las tecnologías y productos sanitarios esenciales para combatir el virus.

Se hace un balance del «efecto desproporcionadamente elevado en los pobres y los más vulnerables» y se abordan no solo los aspectos relacionados con la salud, sino, en general, las repercusiones negativas en las economías y las sociedades y la consiguiente «exacerbación de las desigualdades dentro de los países y entre ellos».

En la resolución se hace un llamamiento a los Estados Miembros para que tomen varias medidas, entre ellas, proporcionar a la OMS tanto «financiación sostenible» como «información de salud pública oportuna, exacta y suficientemente detallada en relación con la pandemia de COVID-19, según se requiere en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)». Del mismo modo, se pide al Director General que, en colaboración con otras organizaciones y países, tenga a bien «determinar el origen zoonótico del virus y la vía de introducción en la población humana».

La resolución concluye con una solicitud al Director General de iniciar un proceso progresivo de evaluación imparcial, independiente y exhaustivo de la respuesta a la COVID-19, en el momento adecuado más temprano y en consulta con los Estados Miembros, para examinar la experiencia acumulada y las enseñanzas derivadas y formular recomendaciones para mejorar la capacidad de prevención, preparación y respuesta e informar a la 74ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación de la resolución.

En su intervención de apertura, el Director General insta a los países a «proceder con cautela» de modo que «la recuperación mundial sea lo más rápida posible». Reitera la importancia de un enfoque integral, una respuesta de todo el gobierno y de toda la sociedad, con especial atención a los grupos vulnerables.

21 de mayo de 2020

La OMS firma un nuevo acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Uno de los principales objetivos del acuerdo para el año 2020 es ayudar a proteger de la COVID-19 a unos 70 millones de personas desplazadas por la fuerza.

27 de mayo de 2020

Se establece la Fundación Pro-OMS con el objetivo de prestar apoyo a las necesidades en materia de salud pública mundial aportando fondos a la OMS y a asociados de confianza. Ante la pandemia de COVID-19, la Fundación Pro-OMS se centrará inicialmente en la respuesta a emergencias y a la pandemia. Facilitará la aportación de contribuciones del público general, los principales donantes individuales y las empresas privadas con miras a conseguir una financiación más sostenible y previsible para la OMS a partir de una base de donantes más amplia.

29 de mayo de 2020

Un total de 30 países y múltiples asociadas e instituciones internacionales ponen en marcha la iniciativa de Acceso Mancomunado a Tecnología contra la COVID-19 (C-TAP), que tiene por objeto lograr que las vacunas, las pruebas, los tratamientos y otras tecnologías sanitarias relacionadas con la lucha contra la COVID-19 estén al alcance de todos. C-TAP es de carácter voluntario y se basa en la solidaridad social. Funciona como una ventanilla única que permitirá distribuir equitativamente el conocimiento, la información y los derechos de propiedad intelectual del ámbito científico.

4 de junio de 2020

La OMS acoge con satisfacción los nuevos y cruciales compromisos de financiación contraídos en la Cumbre Mundial de las Vacunas. Organizada por el Gobierno del Reino Unido y celebrada telemáticamente, es la tercera conferencia sobre promesas de contribuciones de la Alianza para las Vacunas (Gavi). Los compromisos de financiación contribuirán a mantener la inmunización en los países de ingreso bajo y mitigar así el impacto de la pandemia de COVID-19. La Cumbre también pone de manifiesto la importancia de contar con una vacuna segura y eficaz a la que se pueda acceder equitativamente para luchar contra la COVID-19.

5 de junio de 2020

La OMS actualiza las orientaciones sobre el uso de mascarillas para controlar la COVID-19, en las que se ofrece información actualizada sobre quiénes deben llevar mascarilla y sobre cuándo deben hacerlo, así como sobre los materiales de que deben estar hechas las mascarillas.

16 de junio de 2020

La OMS acoge con satisfacción los resultados iniciales de un ensayo clínico realizado en el Reino Unido que indican que la dexametasona, un corticosteroide, puede salvar la vida de pacientes con COVID-19 en estado crítico. La noticia surge a raíz del Foro mundial de investigación

e innovación que se celebró en Ginebra a mediados de febrero para acelerar el desarrollo de tecnologías sanitarias contra la COVID-19. En el Foro se había destacado como prioridad la profundización de las investigaciones sobre el uso de esteroides.

17 de junio de 2020

La OMS anuncia la interrupción del grupo de tratamiento con hidroxiclороquina del ensayo Solidaridad, con el que se pretende encontrar un tratamiento eficaz contra la COVID-19. La decisión se basa en datos probatorios aleatorizados a gran escala obtenidos en los ensayos clínicos Solidaridad, Discovery y Recovery, así como una revisión de datos de otras fuentes publicados sobre este fármaco que muestran que la hidroxiclороquina no reduce la mortalidad en los pacientes hospitalizados por COVID-19.

26 de junio de 2020

El Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 publica los argumentos consolidados a favor de la inversión e insta a realizar una inversión de US\$31 300 millones a lo largo de los próximos 12 meses en pruebas diagnósticas, tratamientos y vacunas. En una rueda de prensa se detallan los cuatro pilares de trabajo del Acelerador, a saber, diagnóstico, tratamiento, inmunización y la conexión de los sistemas de salud, además de la línea de trabajo transversal sobre el acceso y la asignación.

1-2 de julio de 2020

La OMS celebra su segunda cumbre sobre investigación e innovación acerca de la COVID-19, con el fin de hacer un balance de la evolución de la ciencia sobre la cuestión y examinar los progresos realizados en la elaboración de instrumentos de salud eficaces. La cumbre virtual acoge a más de 1000 investigadores y científicos de todo el mundo.

Uno de los resultados es el acuerdo en torno a la necesidad de realizar más ensayos para probar fármacos antivíricos, inmunomoduladores y antitrombóticos, así como las asociaciones de varios fármacos, en diferentes etapas de la enfermedad. En el debate sobre las vacunas candidatas se incluye el uso de un diseño de ensayo global, internacional y adaptable, con un comité común de vigilancia de datos y seguridad y con criterios claros que se deban cumplir para superar las diversas etapas de los ensayos.

4 de julio de 2020

La OMS anuncia la interrupción del grupo de tratamiento con hidroxiclороquina y lopinavir / ritonavir del ensayo Solidaridad, con el que se pretende encontrar un tratamiento eficaz contra la COVID-19, tras la decisión de suspender la hidroxiclороquina como opción terapéutica el 17 de junio de 2020. La decisión se basa en los datos probatorios de los resultados provisionales del ensayo Solidaridad y de un examen de los datos procedentes de todos los ensayos presentados en la Cumbre de investigación e innovación sobre la COVID-19 organizada por la OMS los días 1 y 2 de julio.

6 de julio de 2020

La OMS hace públicos los resultados de una encuesta que revelan que 73 países han advertido que corren el riesgo de que se agoten las existencias de medicamentos antirretrovirales como consecuencia de la pandemia de COVID-19. Se reciben notificaciones de 24 países para informar bien de la bajada a niveles críticos de las reservas de antirretrovirales o bien de alteraciones en el suministro de estos medicamentos que salvan vidas.

9 de julio de 2020

La OMS actualiza la reseña científica sobre la transmisión de la COVID-19, con información sobre cómo, cuándo y en qué entornos se propaga el virus entre las personas. En la reseña se describen las posibles vías de transmisión, incluidos el contacto, las gotículas, los fómites, la transmisión aérea, la transmisión fecal-oral, la transmisión hemática, la transmisión maternofilial y la transmisión de los animales al ser humano.

10 de julio de 2020

Se lanza la iniciativa de Acceso para dejar el tabaco, que proporciona acceso gratuito a los tratamientos de sustitución de la nicotina y a Florencia, una trabajadora digital de la salud basada en la inteligencia artificial que disipa los mitos en torno a la COVID-19 y el tabaco y ayuda a elaborar un plan personalizado para dejar el tabaco.

13 de julio de 2020

Se publica la edición de 2020 del informe de las Naciones Unidas «El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo», en el que se estima que la pandemia de COVID-19 podría provocar un aumento de 130 millones en el número de personas afectadas por el hambre crónica en todo el mundo para finales de año.

15 de julio de 2020

El mecanismo COVAX, diseñado para garantizar un acceso rápido, justo y equitativo a las vacunas contra la COVID-19 en todo el mundo, logra el compromiso de más de 150 países, que representan más del 60% de la población mundial.

Un total de 75 países expresan interés en financiar las vacunas con cargo a sus propios presupuestos públicos y en asociarse con hasta 90 países de ingresos más bajos que podrían recibir apoyo a través del Compromiso de mercado anticipado para las vacunas contra la COVID-19.

El Mecanismo COVAX es un componente clave del pilar de inmunización del Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19, que está codirigido por la OMS.

17 de julio de 2020

El Director General de la OMS celebra una conferencia de prensa con el Secretario General Adjunto de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas para anunciar la actualización del Plan Mundial de Respuesta Humanitaria de las Naciones Unidas para la COVID-19, dotado con \$10 300 millones de dólares para luchar contra el virus en los países pobres.

22 de julio de 2020

La OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Universidad de Georgetown ponen en marcha el Laboratorio Jurídico sobre la COVID-19 —en inglés—, una base de datos que contiene las leyes que se han aplicado en más de 190 países en respuesta a la pandemia. El objetivo de la iniciativa es velar por que las leyes protejan la salud y el bienestar, y respeten las normas internacionales sobre derechos humanos.

24 de julio de 2020

La OMS publica una reseña normativa para prevenir y mitigar los efectos de la COVID-19 en todos los aspectos de los cuidados de larga duración, incluidos los cuidados domiciliarios y comunitarios.

31 de julio de 2020

El Director General convoca por cuarta vez el Comité de Emergencias en virtud del RSI sobre la COVID-19. El Comité de Emergencias, que se reunió el 31 de julio, publica su declaración el 1 de agosto. El Comité acuerda por unanimidad que la pandemia sigue constituyendo una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), a partir de ello, el Director General declara que el brote de COVID-19 sigue constituyendo una ESPII.

5 de agosto de 2020

El Director General presenta en las redes sociales el reto *#WearAMask* —en inglés— para ayudar a difundir información sobre cómo y cuándo ponerse una mascarilla para protegerse contra la COVID-19. La campaña, con participación de un amplio número de asociados, forma parte del llamamiento general de la OMS para adoptar una respuesta integral a la pandemia que conlleva «hacer todo».

6 de agosto de 2020

La OMS celebra su habitual rueda de prensa sobre la COVID-19 junto con el Foro de Seguridad de Aspen, en la que el Director General subraya la crucial importancia para la seguridad nacional de invertir en salud, y hace hincapié en que «ningún país estará a salvo hasta que todos estemos a salvo». La OMS publica dos nuevos documentos sobre

el Mecanismo de acceso mundial a las vacunas contra la COVID-19 (COVAX), en los que se pone de relieve la adquisición de ámbito mundial para las vacunas contra la COVID-19 y se presta atención especialmente a garantizar el desarrollo y fabricación acelerados de vacunas (en inglés).

El Mecanismo COVAX permite a los países beneficiarse de una cartera de vacunas candidatas con el fin de que los ciudadanos puedan tener acceso temprano a vacunas eficaces. El Mecanismo se elabora a través del pilar COVAX del Acelerador ACT, en el que trabajan conjuntamente la OMS, la Alianza Gavi para las Vacunas y la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI), junto con multinacionales y fabricantes de vacunas de los países en desarrollo.

14 de agosto de 2020

La OMS, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) publican una declaración en la que hacen un llamamiento a los gobiernos para que velen por que la adquisición y el suministro de medicamentos sometidos a fiscalización internacional en los países satisfagan las necesidades de los pacientes, tanto de los que tienen COVID-19 como de los que los necesitan para otras afecciones.

19 de agosto de 2020

En el Día Mundial de la Asistencia Humanitaria, la OMS se une con asociados de las Naciones Unidas para rendir homenaje a los trabajadores en primera línea de todo el mundo que responden a la COVID-19 y otras emergencias sanitarias. Entre estos héroes sin capa (#HéroesSinCapa) se incluyen refugiados que desempeñan funciones esenciales como personal sanitario en la respuesta a la pandemia; personal sanitario de lucha contra el ébola que se moviliza contra la COVID-19; y personal médico y de enfermería que sigue ofreciendo asistencia médica crucial para mujeres y niños. 21 de agosto de 2020 La OMS, en colaboración con el UNICEF, publica orientaciones sobre el uso de mascarillas por los niños en la comunidad en el contexto de la COVID-19.

21 de agosto de 2020

La OMS, en colaboración con el UNICEF, publica orientaciones sobre el uso de mascarillas por los niños en la comunidad en el contexto de la COVID-19.

2 de septiembre de 2020

La OMS publica orientaciones sobre la función de los corticosteroides en el tratamiento de la COVID-19, elaboradas en colaboración con la Magic Evidence Ecosystem Foundation (MAGIC), una fundación sin fines de lucro.

8-9 de septiembre de 2020

El Comité de Examen sobre el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) durante la respuesta a la COVID-19 inicia su labor de evaluar el funcionamiento del RSI durante la pandemia y recomendar los cambios que considere necesarios. El Director General ha convocado el Comité de Examen con arreglo a lo dispuesto en la histórica resolución adoptada en la 73ª Asamblea Mundial de la Salud.

Al 8 de septiembre de 2020, en el panorama de la OMS sobre las vacunas candidatas contra la COVID-19 se incluyen 34 vacunas candidatas en fase de evaluación clínica y 145 en fase de evaluación preclínica.

2.2. La llegada del SARS-CoV-2 a México. Cronología de la pandemia

El 27 de febrero de 2020 se presentó el primer caso confirmado de coronavirus en México, lo que alertó al gobierno sobre la necesidad de instrumentar de forma inmediata estrategias que le permitieran identificar oportunamente los casos sospechosos, aislarlos y realizar las pruebas diagnósticas para contener la pandemia en el territorio.

23 de marzo de 2020

El Consejo de Salubridad General publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el Acuerdo por el que se reconoce a la covid-19 como una enfermedad grave de atención prioritaria, estableciéndose estrategias de preparación y respuesta ante la pandemia.

Con la finalidad de impulsar el distanciamiento social y una serie de medidas no farmacéuticas para la contención de la pandemia por SARS-CoV-2, la Secretaría de Salud puso en marcha la Jornada Nacional de Sana Distancia.

24 de marzo de 2020

Con 405 casos positivos, 1 219 casos sospechosos y cinco defunciones, el gobierno federal decretó formalmente la Fase 2, “dispersión comunitaria” de la pandemia en México, debido a que empezaron a presentarse casos sin antecedentes identificables de importación.

Asimismo, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*, el Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (covid-19), mismas que fueron aprobadas por el presidente de México a través del Decreto publicado en esa misma fecha.

27 de marzo de 2020

El Gobierno de la República publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el Decreto por el que se declaran las acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV-2 (covid-19), que establece

como medidas extraordinarias al amparo del artículo 184, de la Ley General de Salud entre otras las siguientes:

- Utilizar como elementos auxiliares todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado existentes en las regiones afectadas y en las colindantes.
- Adquirir todo tipo de bienes y servicios, a nivel nacional o internacional, entre los que se encuentran, equipos médicos, agentes de diagnóstico, material quirúrgico y de curación y productos higiénicos, así como todo tipo de mercancías y objetos que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia, sin necesidad de llevar a cabo el procedimiento de licitación pública, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontarla.

30 de marzo de 2020

El Consejo de Salubridad General hizo la declaratoria de “emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad general por el virus SARS-CoV-2 (covid-19)”, como resultado de la evolución de los casos confirmados y las muertes por la enfermedad en el país, lo que derivó en acciones de mayor radicalidad para lograr su prevención y control.

Para ese entonces las cifras oficiales del coronavirus en México (Fase 2) reportaban 1 094 casos confirmados, 2 752 casos sospechosos y 28 defunciones.

21 de abril de 2020

Con 8 501 casos confirmados, 8 262 casos sospechosos y 857 defunciones la Secretaría de Salud Federal hizo la declaratoria de la Fase 3, “contagio epidémico”, con base en las evidencias que probaban el estado de alerta que presentaba el país.

Así mismo se aprobó la extensión de la Jornada de Sana Distancia hasta el 30 de mayo, con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV-2 en la comunidad, disminuir la carga de enfermedad, sus complicaciones y la muerte por COVID-19 en la población residente en el territorio nacional” (Salud, 2020).

24 de abril de 2020

El gobierno federal, a través de las instituciones del sector público de salud, integrado por la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto Mexicano de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Instituto de Salud para el Bienestar y los Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y Petróleos Mexicanos, signaron un Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios de Atención Médica y Tratamiento con la Asociación Mexicana de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales para fortalecer la capacidad de respuesta institucional pública en el marco de las acciones para la atención y contención de la pandemia por SARS-CoV-2.

30 de mayo de 2020

Se pone fin a la Jornada Nacional de Sana Distancia y se da inicio a la determinación de la apertura económica a partir de la definición de un Semáforo Epidemiológico de observancia nacional y de medición estatal y local.

23 de septiembre de 2020

A 5 meses de operación se da por concluido el Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios de Atención Médica y Tratamiento signado entre las instituciones del sector público de salud y la Asociación Mexicana de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales para fortalecer la capacidad de respuesta institucional pública en el marco de las acciones para la atención y contención de la pandemia por SARS-CoV-2.

2 de diciembre de 2020

El Secretario de Relaciones Exteriores dio a conocer que el Gobierno Mexicano estableció los acuerdos con diversas farmacéuticas para poder garantizar la vacunación universal contra la COVID-19 a toda la población mexicana a partir del mes de diciembre del presente año.

8 de diciembre de 2020

El Secretario de Salud dio a conocer la Política Nacional de Vacunación contra el Virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México, donde se define la Estrategia de Vacunación por grupos poblacionales priorizados, la cual iniciará en el mes de diciembre de 2020 y concluirá en el mes de junio de 2022.

11 de diciembre de 2020

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) aprobó el registro de uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer y BioNTech en México.

12 de diciembre de 2020

En México se han registrado 1 241 436 casos confirmados y 113 704 defunciones a nivel nacional. La Ciudad de México, el Estado de México y Guanajuato se sitúan como las entidades con mayor número de casos activos, seguidas de Nuevo León, Querétaro, Jalisco y Tabasco.

2.3. Marco Normativo del Gobierno Federal para la contención de la pandemia

El liderazgo en la definición de acciones de observancia nacional está a cargo de la Secretaría de Salud Federal, que definió una serie

de medidas y estrategias para la contención de la pandemia en el territorio nacional, las cuales se describen a continuación:

- *La Jornada Nacional de Sana Distancia*: estrategia que centró su atención en el distanciamiento social y la difusión de medidas preventivas para la contención de la pandemia por coronavirus, esta jornada inició a nivel nacional el 23 de marzo y concluyó el 30 de mayo de 2020.
- La determinación de tres fases epidemiológicas definidas por las autoridades sanitarias, según el grado de transmisión de la enfermedad. La primera etapa correspondió a la detección de casos importados de COVID-19.

o Fase 1. Importación del virus. En esta fase se detectaron personas que adquirieron la enfermedad en un viaje al extranjero y presentaron los síntomas a su regreso a México (23 de febrero de 2020).

o Fase 2. Dispersión comunitaria. En esta fase, la transmisión de la enfermedad se da entre personas que no necesariamente hayan salido del país (24 de marzo de 2020).

o Fase 3. Contagio epidémico. En esta fase se da un crecimiento exponencial de casos confirmados, los brotes son regionales y la dispersión de la enfermedad es a nivel nacional (21 de abril de 2020).

- La determinación del Semáforo de Riesgo Epidemiológico por la Secretaría de Salud, que tiene como finalidad el establecer la guía planificada para transitar hacia una nueva normalidad. Este semáforo es un sistema de monitoreo para la regulación del uso del espacio público de acuerdo con el riesgo de contagio de la población por SARS-CoV-2 a nivel estatal. Este semáforo se determina a partir de 4 colores:

o Rojo. Se permiten únicamente actividades económicas esenciales, así como que la población pueda salir a caminar alrededor de sus domicilios durante el día.

o Naranja. Además de las actividades económicas esenciales, se permitirá que las empresas de actividades económicas no esenciales trabajen con el 30% del personal para su funcionamiento, tomando en consideración las medidas de cuidado máximo para las personas con mayor riesgo de presentar un cuadro grave de covid-19; asimismo, se abrirán los espacios públicos al aire libre con un aforo reducido.

o Amarillo. Todas las actividades laborales estarán permitidas. El espacio público se abre de forma regular y los espacios públicos cerrados se pueden abrir con aforo reducido. Todas las actividades aprobadas en este color deberán ser realizadas bajo medidas básicas de prevención y máximo cuidado para las personas con mayor riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19.

o Verde. Se permiten todas las actividades, incluidas las escolares (coronavirus.gob.mx/semaforo/).

3. Situación del Sistema Público de Salud en México antes de la Pandemia

3.1. Reforma Estructural para la Creación del Instituto de Salud para el Bienestar

Una de las prioridades del gobierno federal en materia de salud ha sido la de garantizar que toda la población que no contaba con un esquema de seguridad social tenga acceso universal, gratuito y sin discriminación a servicios de salud, desde la atención básica hasta la alta especialidad. Para materializar este compromiso, el 29 de noviembre del 2019 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, que entre sus principales modificaciones se encuentra la eliminación del Sistema de Protección Social en Salud y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), a partir del 1 de enero de 2020.

Esta situación, al considerarse una reforma estructural de gran envergadura, requería un periodo de transición que permitiera al gobierno federal y a las entidades federativas cerrar de manera adecuada la gestión financiera, operativa y organizativa del Sistema de Protección Social en Salud, tanto a nivel federal como en las 32 entidades federativas; así como la construcción del marco normativo, estructural, procedimental-operativo y financiero del nuevo organismo financiador y operador de los servicios de atención médica y de prevención y promoción de la salud, previamente bajo la responsabilidad de los gobiernos de las entidades federativas en el marco de los Acuerdos de Descentralización de los Servicios de Salud firmados en la década de los noventa.

Como se puede advertir, la situación del nuevo INSABI y de los Servicios Estatales de Salud de las 32 entidades federativas, en el proceso integral transitorio para materializar las nuevas disposiciones a la Ley General de Salud, fue parcialmente truncado por la pandemia, hecho que dificultó la capacidad de respuesta de estas instituciones ante el nuevo desafío.

3.2. Capacidad instalada existente ex-ante de la Pandemia

En los meses de enero y febrero de 2020, ante la inminente llegada del nuevo coronavirus a nuestro país, la Secretaría de Salud desarrolló un censo interinstitucional para identificar la capacidad instalada pública existente para la atención de casos graves de COVID-19 en México, identificando en total en el territorio nacional: 440 hospitales con unidades de cuidados intensivos, 4 081 camas de cuidados intensivos (incluyendo para adultos y pediátricas), 5 523 respiradores mecánicos, 4 395 médicos de urgencias y 494 médicos neumólogos (Salud, 2019, SS/DGIS Base de Datos de Recursos de Salud; Abiertos, Datos).

4. Estrategia de fortalecimiento con la capacidad instalada disponible

4.1. La reconversión hospitalaria

La estrategia central que el gobierno del Presidente Andrés Manuel López Obrador ha implementado para el abordaje de la pandemia por SARS-CoV-2, sustentada a partir de la evidencia sobre el comportamiento del virus por su capacidad de contagio y las complicaciones que éste ha generado en la población con factores de riesgo, como son los adultos mayores, los inmunodeprimidos y los enfermos crónicos, es la relativa a la reconversión hospitalaria por covid-19 con el fin de redefinir, con base en criterios puntuales, la capacidad de respuesta y la organización de los servicios médicos de segundo y tercer nivel de atención principalmente (Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Referencia y de Alta Especialidad de las Instituciones del Sector Salud a nivel nacional); gracias a ello se proporciona atención a la población que contrajo el virus SARS-CoV-2 en México y que requiere de los recursos hospitalarios necesarios para atender casos con complicaciones graves y críticas.

Con el objetivo de asegurar el acceso oportuno, así como la calidad de la atención que reciben los pacientes que presentan infección por la enfermedad del virus SARS-CoV-2 en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, se consideraron los siguientes criterios de reconversión hospitalaria (Salud, Lineamiento de Reconversión Hospitalaria, 2020):

- Coordinación Sectorial para la operación y ejecución de la reconversión hospitalaria por COVID-19 a nivel nacional.

- Operación y logística para la eficiencia de los recursos a fin de lograr la reconversión hospitalaria para atender la COVID-19 a nivel nacional.
- Valoración de la capacidad instalada y el alcance de la reconversión hospitalaria para hacer frente a la COVID-19. Información sistematizada y analizada para la toma de decisiones.
- Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con base en la evidencia científica y enfoque de prevención de riesgo de infecciones para reducir la transmisión intrahospitalaria de SARS-CoV-2.

Conforme se dio el crecimiento exponencial de casos de covid-19 en nuestro país, la estrategia de reconversión hospitalaria fue implementándose de forma creciente, sobre todo a partir de la etapa 3 en Hospitales Generales de Zona de diversas regiones del país. Con lo anterior se buscó incrementar la capacidad de respuesta de las instituciones en las entidades federativas para la atención de casos principalmente con complicaciones mayores.

5. Emergencia sanitaria por SARS-CoV-2, definición de la problemática en el entorno nacional

A partir de la creciente reconversión hospitalaria a nivel nacional, así como el crecimiento en el número de casos de COVID-19, el Consejo de Salubridad General y las instituciones que integran el sistema público de salud identificaron la problemática que esto conllevaría. Esta problemática se centró, principalmente, en la evidente disminución de la capacidad de respuesta institucional pública para atender de forma regular a sus derechohabientes, que de forma programada ya tenían comprometida la utilización de recursos públicos para atender otro tipo de padecimientos, como es la atención del parto, entre los más importantes.

En ese sentido, para evitar que la posibilidad de que la población con padecimientos que cada una de esas unidades médicas hoy reconvertidas atendían de forma regular, hoy no sean atendidas por alguna otra institución pública, o que pudieran ser atendidas sin poder garantizar la seguridad de no contagio del nuevo virus, se tomó la decisión de explorar la posibilidad de poder instrumentar una estrategia conjunta con el sector privado para la utilización de sus recursos en la atención de pacientes públicos.

6. El Consejo de Salubridad General y las instituciones del Sistema Nacional Público de Salud en la búsqueda de soluciones

6.1. El preámbulo de la coordinación con el sector privado

La certificación de hospitales públicos y privados como acción prioritaria del Consejo de Salubridad General en la búsqueda de la mejora continua de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

La misión del Consejo de Salubridad General es emitir las disposiciones de carácter obligatorio en materia de Salubridad General en todo el país mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos y la formulación de opiniones del Poder Ejecutivo Federal, para fortalecer la rectoría y la articulación del Sistema Nacional de Salud hacia el cabal cumplimiento del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Una de las atribuciones del Consejo de Salubridad General, que se encuentra explícita en su visión institucional, es “coadyuvar en el logro de la calidad de los servicios otorgados en las instituciones de salud a través de actualizar y estar a la vanguardia en los procesos de certificación” (CSG, 2020).

En ese sentido, el Consejo de Salubridad General ha impulsado la participación activa de los hospitales privados en el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, fortaleciendo los criterios de evaluación para garantizar la seguridad del paciente, y promoviendo el desarrollo y consolidación de la calidad como cultura organizacional.

Como parte de estas acciones destaca el Foro “Marco Normativo de la Medicina Privada en México”, realizado de manera colegiada con

el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Academia Nacional de Medicina los días 15 y 16 de agosto del año próximo pasado, el cual identificó que uno de los retos actuales del sistema de salud mexicano es buscar alternativas para favorecer su integración, con el fin de poder garantizar la equidad y la calidad en los servicios a toda la población, reduciendo los altos costos de transacción inherentes a un sistema fragmentado y, con ello, avanzar en el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud, siendo la medicina privada un actor importante para que esto suceda.

Bajo esta perspectiva, el Consejo trabaja de forma cercana y colaborativa con organizaciones de hospitales privados, particularmente con la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio de Hospitales Privados, situación que, sin lugar a dudas, contribuyó a la coordinación expedita de acciones en el marco de la atención de la pandemia por SARS-CoV-2.

Además, este esfuerzo previo pudo poner en perspectiva la capacidad de respuesta de los hospitales privados en México ante una posible necesidad de utilizar camas para la atención de pacientes públicos con covid-19 o con otro tipo de padecimientos en el marco de la emergencia sanitaria.

6.2. La coordinación de acciones entre el Sector Público y el Sector Privado de Salud

Apartir de la declaratoria de la Fase 2 de la emergencia sanitaria cuando se reconoció la dispersión comunitaria del virus, el Consejo de Salubridad

General convocó a los representantes de los hospitales privados, con la colaboración de la Fundación Mexicana para la Salud, para analizar de manera urgente la disponibilidad de la capacidad instalada que el sector privado podría poner al servicio de la atención pública. En ese sentido, semanas antes el Instituto Mexicano del Seguro Social ya había iniciado acercamientos con ambas organizaciones para analizar la viabilidad de oficializar una relación de colaboración a partir de la prestación subrogada de servicios de cierto tipo de intervenciones de alta frecuencia y reducida utilización de recursos hospitalarios.

Como facilitador de la comunicación y enlace en la estructuración de una estrategia que pudiera ser implementada de manera inmediata, con procesos sólidos y bien fundamentada, Funsalud coadyuvó en la convocatoria a los principales actores del sector empresarial y del sector hospitalario para buscar alternativas que permitieran al sector público de la salud no reducir la capacidad de respuesta ante problemas de salud distintos a los que en este momento enfrentaba el país con la aparición de una nueva enfermedad, la COVID-19.

A partir de ello, surge la idea de elaborar un convenio de colaboración para la integración de infraestructura privada en la atención de pacientes públicos, utilizando la información con la que contaba el Consejo de Salubridad General de los hospitales privados certificados o en vías de certificación.

7. El papel del Consorcio Mexicano de Hospitales y de la Asociación de Hospitales Privados

Desde el sector privado, específicamente a partir de la estrecha comunicación entre el Consorcio Mexicano de Hospitales (CMH) y la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP), se analizaba el comportamiento de la pandemia en el país, hechos que les permitieron visualizar que tarde o temprano el sector salud en su conjunto tendría una problemática en la disponibilidad de camas para la atención de los pacientes con COVID-19, situación que ponía en riesgo la atención oportuna de estos pacientes, así como de otros pacientes que tuvieran otro tipo de padecimientos de carácter crónico o emergente.

Cabe mencionar que existen en el país aproximadamente 3 500 hospitales privados con diversa capacidad resolutive, los cuales no se encuentran agremiados en un solo organismo, lo que implica en estas condiciones una debilidad, pues existen asociaciones de grandes hospitales, de hospitales medianos, tanto de ámbito estatal como regional. Esta situación dificulta realizar acciones de coordinación y de organización; sin embargo, el Consorcio y la Asociación buscaron el que otras asociaciones de los estados de Jalisco, Sonora, Baja California, Querétaro y Nuevo León tuvieran interés y disponibilidad para dialogar con el Consejo de Salubridad General y el Instituto Mexicano del Seguro Social, de primera instancia, y poner a disposición del Sector Salud recursos hospitalarios privados para la resolución de los problemas de salud responsabilidad de las instituciones de seguridad social.

Gracias al liderazgo de estas organizaciones, se incorporaron a los trabajos de planeación de las acciones que fueron cristalizadas con la firma del Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios Médicos y Hospitalarios en el marco de la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2.

8. El papel de la Secretaría de Relaciones Exteriores

La Secretaría de Relaciones Exteriores, por indicaciones de la Presidencia de la República, asumió el liderazgo en la integración y negociación de las condiciones para que la estrategia de coordinación conjunta con el sector privado adquiriera el carácter nacional e interinstitucional, logrando la participación de todos los integrantes del Sistema Nacional Público de Salud, así como de los hospitales que forman parte de la Asociación Nacional de Hospitales Privados y del Consorcio Mexicano de Hospitales, esfuerzo que fue aprobado por el Presidente de la República, Lic. Andrés Manuel López Obrador.

En ese sentido, con un par de semanas previas para la definición de las especificidades sobre el tipo de servicios de atención médica que serían provistos por los hospitales privados, así como las condiciones de contraprestación económica, los criterios para la referencia y atención médica de los pacientes públicos y el diseño del instrumento jurídico, el **13 de abril del 2020** se formalizó la coordinación conjunta con el sector privado, a través de la firma del Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios Médicos y Hospitalarios celebrado por la Secretaría de Salud, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, el Instituto de Salud para el Bienestar, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales y cuya vigencia se estableció de inicio del 23 de abril al 23 de mayo de 2020.

Cabe mencionar que, al concluir la vigencia del convenio, se establecieron acuerdos entre las instituciones públicas de salud y los

hospitales privados para renovar de forma mensual el convenio, con base en el comportamiento de la pandemia bajo los criterios nacional e interinstitucional. A este respecto, se celebraron cuatro convenios modificatorios al Convenio Marco para sumar una vigencia de operación de 5 meses, del 23 de abril al 23 de septiembre de 2020.

A partir de la firma Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios Médicos y Hospitalarios, Funsalud coadyuvó permanentemente en la gestión de las acciones con el fin de lograr los mayores beneficios para la población, A esta coyuntura se le llamó Programa “Todos juntos contra el COVID-19”.

9. Etapas, alcances y resultados del programa “Todos juntos contra el COVID-19”

9.1. Etapa de Planeación

El objetivo del Convenio Marco es que:

los hospitales y clínicas privadas de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, del Consorcio Mexicano de Hospitales y otros hospitales y clínicas que se adhieran al Convenio, puedan prestar, según su capacidad instalada, servicios médicos y hospitalarios de forma subrogada de segundo y tercer nivel a la población derechohabiente de alguna institución que integre el Sistema Nacional de Salud Público o Social, en el entendido que los integrantes del Sistema deberán seguir atendiendo a sus derechohabientes o beneficiarios en sus unidades médicas, por lo que la referencia de derechohabientes o beneficiarios a los hospitales y clínicas privadas, solo se efectuará cuando sus servicios se encuentren saturados (Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios Médicos y Hospitalarios, 2020).

Como se comentó en párrafos anteriores, los actores clave que participaron en la etapa de planeación de los alcances del Convenio Marco son funcionarios del Consejo de Salubridad General, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Secretaría de Relaciones Exteriores y del Consorcio y la Asociación de Hospitales Privados.

En esta etapa se determinaron los criterios para la adhesión de los hospitales privados al Convenio, la determinación de las intervenciones clínicas objeto del Convenio y las cuotas de recuperación para la contraprestación económica por los servicios provistos por los hospitales privados, como se detalla en los siguientes apartados.

9.1.1. Los criterios para la adhesión de los hospitales privados al Convenio

La determinación de criterios para la adhesión de hospitales al Convenio fue un proceso colegiado entre el Consejo de Salubridad General, la Asociación Mexicana de Hospitales Privados, el Consorcio Mexicano de Hospitales y Funsalud, que buscó equilibrio entre las condiciones legales, de regulación sanitaria, médicas, de calidad de la atención a la salud y tecnológicas en las que se desarrollaría la postulación, con el objeto de garantizar que la adhesión de hospitales al instrumento jurídico permitiera la prestación de servicios según su capacidad instalada, los servicios médicos y hospitalarios de segundo y tercer nivel acorde a los diagnósticos e intervenciones establecidas en el Anexo 1 del Convenio, por lo que se tomaron de base las siguientes consideraciones:

- 1) Las restricciones de alcance, tiempo y recursos del proyecto conforme a los tramos de control del proceso de adhesión.
- 2) Las condiciones documentales y de información que deberían observar los hospitales para postularse y adherirse conforme a los requisitos de la prestación de servicios establecidos en el Convenio.
- 3) Los mecanismos de inscripción al Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad

General, simplificando y ajustando requisitos no a un proceso de certificación sino al objetivo del Convenio.

En el marco de las restricciones, el proyecto planteaba una premisa fundamental para la participación del Consejo de Salubridad General, ya que en el Convenio se estableció que para la adhesión los hospitales y clínicas de la Asociación y del Consorcio, así como los hospitales y clínicas que presten servicio ante la emergencia y no formen parte de la Asociación y del Consorcio pero que desearan contribuir en la atención de los servicios médicos y hospitalarios subrogados, deberían suscribir, previa opinión favorable del Consejo de Salubridad General, la Carta de Adhesión, por medio de la cual se estableciera la obligación de cumplir con todos y cada uno de los términos establecidos en el Convenio Marco. Lo anterior implicó que la adhesión se llevara a cabo sin intermediarios, condición que se hizo del conocimiento de los interesados a través de la plataforma de Hospitales × México (Hospitales por México).

Ante la restricción de los tiempos de respuesta y la diversidad de documentos en materia de regulación sanitaria por el tipo de servicios médicos a proveer, se acordó la sistematización de un cuestionario que los establecimientos llenarían en línea, considerando sus datos generales, entre los que se destaca su registro en la Clave Única de Establecimientos en Salud (CLUES), el registro y carga de los documentos de solicitud de adhesión, de identificación y regulación sanitaria así como de su capacidad hospitalaria en función del listado de intervenciones que proponía atender en el marco del Convenio.

En cuanto a la garantía de la calidad en la atención a la salud, el proceso nunca pretendió llevar a cabo una certificación expedita, pero era indispensable identificar elementos de calidad y seguridad del paciente que redujeran la ocurrencia de eventos adversos favoreciendo la gestión de riegos. Por ello, se definieron tres condiciones que permitieron la identificación de hospitales con vocación a la calidad y determinar evidencias adecuadas de implementación de prácticas tendientes a este fin. En este sentido, el criterio de calidad para la adhesión favorecía a los hospitales certificados o en proceso de certificación, siempre y cuando ante el Consejo de Salubridad General se presentaran documentalmente los antecedentes que daban evidencia del compromiso por la calidad de la atención a la salud y la seguridad del paciente, y debían cumplir con el registro de la solicitud de adhesión, la documentación de regulación sanitaria e identificación del establecimiento y sus responsables, así como el llenado y envío de los Anexos 1 y 2 en su totalidad y sólo la actualización de datos la carta de adhesión del Anexo 3, que considera una versión simplificada de la inscripción al proceso de certificación del Consejo de Salubridad General. Para el caso de los hospitales que no cubrían esta condición de certificación, aplicó el llenado integral de la citada documentación.

Cabe destacar que siendo la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales los representantes en el Convenio del sector privado del Sistema Nacional de Salud, la verificación del reconocimiento de asociación con estas Organizaciones facilitó el proceso de adhesión en aquellos que no presentaba evidencia de certificación por parte del Consejo.

9.1.2. La determinación de las intervenciones clínicas objeto del Convenio

Las negociaciones para determinar el tipo de intervenciones que se cubrirían fue un trabajo arduo de muchas horas entre la Dirección Médica y de Prestaciones Económicas y Sociales del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Fundación Mexicana para la Salud y los representantes del Consorcio y la Asociación de Hospitales Privados.

Después de analizar un listado de más de 50 intervenciones que incluían la atención por COVID-19, se determinó incorporar las siguientes:

- Atención de parto, embarazo y puerperio
- Cesáreas
- Enfermedades del apéndice
- Hernias complicadas
- Úlceras gástricas y duodenal complicadas
- Endoscopias
- Colecistectomías
- Covid-19 (sólo para el Hospital ABC de Observatorio)

9.1.3. Las cuotas de recuperación para la contraprestación económica por los servicios provistos por los hospitales privados

Históricamente las instituciones públicas del sector salud han potenciado la infraestructura médica, el equipamiento y el capital humano en beneficio de los ciudadanos a través de esquemas de intercambio de servicios entre instituciones.

La fragmentación del Sistema Nacional de Salud diferencia su capacidad de respuesta en función de los recursos con los que cada institución cuenta para la construcción de infraestructura, la adquisición de equipamiento y tecnología, así como los recursos públicos para garantizar su operación de manera efectiva y con calidad.

En ese sentido, el esquema de intercambio de servicios se convierte en una apuesta para mejorar la capacidad de acceso a los servicios médicos a toda la población sin importar su condición de derechohabiente.

Estos esquemas de intercambio han derivado que las instituciones estandaricen sus procesos de atención clínica para definir las tarifas que les permitan establecer mecanismos de pagos por servicio entre estas instituciones y justamente las tarifas que fueron sometidas a consideración del sector privado son las que se han utilizado en la formalización del intercambio de servicio institucional, lo que permitió que la negociación de las condiciones de pago por servicios prestados por las unidades médicas privadas se lograra de forma expedita.

Las tarifas pueden consultarse en el Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios Médicos y Hospitalarios en las siguientes direcciones electrónicas:

- https://www.coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Convenio_prestacion_subrogada_servicios_medicos_hospitalarios.pdf
- <https://www.hospitalesxmexico.com/>

9.2. Definición de los procesos del Convenio

9.2.1. Proceso de adhesión

Para darle certeza jurídica a la operación del Convenio y en específico para la adhesión al mismo de los hospitales privados bajo los criterios definidos, el Consejo de Salubridad General emitió a los hospitales privados el comunicado núm. CSG-472-2020 de fecha 6 de abril de 2020, el cual versa estipula lo siguiente:

Debido a la situación que atraviesa el país por la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), conocido como coronavirus, es necesaria la correcta planeación para la atención de los casos que se presenten y aquellos que necesiten hospitalización.

En dicho comunicado se destacó lo siguiente:

- 1) La situación que atraviesa México por efecto de la epidemia por el virus SARS-CoV-2.
- 2) La necesidad de planear adecuadamente la atención de los casos.
- 3) La creación de una plataforma informática desarrollada de manera colegiada para integrar la información conducente que genere conocimiento y apoyo al Sistema Nacional de Salud a fin de organizar el intercambio de infraestructura y garantizar el abasto de medicamentos e insumos médicos tanto en el sector público como privado.

4) La invitación a participar en el esfuerzo y en la integración de la citada información.

Mediante la plataforma Hospitales por México, los representantes de los hospitales y demás interesados accedieron al proceso de adhesión. Para iniciar el proceso de autorización para la adhesión de hospitales privados al Convenio, el Consejo de Salubridad General estableció el siguiente proceso:

1) El representante del hospital interesado ingresa a la plataforma Hospitales × México administrada por Funsalud.

2) Registra su postulación mediante los formularios en línea y documentales, carga documentos de los formularios documentales, los relativos a la identificación del establecimiento y los responsables de su operación así como de los documentos conducentes a los servicios médicos que presta considerando su condición en materia de certificación del Consejo de Salubridad General:

2a) Hospital certificado o en proceso de certificación.

2b) Otros hospitales.

3) El Consejo de Salubridad General consulta la información de la plataforma y la descarga en una base de datos para su análisis y registro en función de las condiciones:

3a) Hospital certificado o en proceso de certificación. Autoriza la adhesión.

3b) Otros hospitales. Analiza y autoriza o rechaza la postulación.

4) El resultado del análisis se registra en la plataforma *Hospitales × México* y la base de datos del Consejo de Salubridad General y se comunica al hospital desde la plataforma vía correo electrónico.

5) Si el Consejo de Salubridad General autoriza la adhesión, Funsalud, a través de la plataforma, emite comunicados a las autoridades e instituciones que consultan la plataforma para la referencia de pacientes, así como al hospital para darle a conocer su condición de adhesión al convenio: a) adhesión por su condición de certificación ante el Consejo de Salubridad General, o bien b) en los términos establecidos en los requisitos del Convenio y asignando un código de acceso para la Plataforma Tecnológica de Subrogación.

Los siguientes son los requisitos que debían cumplir los hospitales privados certificados o en proceso de certificación:

- Copia simple de autorizaciones sanitarias vigentes, en función de los servicios que se brindan acordes a la legislación aplicable vigente.
- Manifestar los procedimientos administrativos abiertos ante instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
- No tener sanciones de inhabilitación relacionadas con la prestación de servicios ante instancias de regulación sanitaria estatales o federales u otras autoridades.
- Comprobante de domicilio (predial, agua, luz o teléfono; no mayor a 3 meses).

- Anexos 1 y 2 del convenio firmados en tinta azul.
- Anexo 3 (carta de adhesión firmada a mano en tinta azul y completada hasta la página 3. Corresponde a la actualización de datos de los responsables del hospital).
- Identificación oficial del representante legal.
- Identificación oficial y números telefónicos fijo y móvil de la persona con la que se estará en contacto para coordinar atención.

Para el caso de los hospitales privados no certificados por el Consejo de Salubridad General, los requisitos fueron:

- Tener más de un año de funcionamiento.
- Copia simple de autorizaciones sanitarias vigentes, en función de los servicios que se brindan acordes a la legislación aplicable vigente.
- Manifiestar los procedimientos administrativos abiertos ante instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
- No tener sanciones de inhabilitación, relacionadas con la prestación de servicios ante instancias de regulación sanitaria estatales o federales u otras autoridades.
- Comprobante de domicilio (predial, agua, luz o teléfono; no mayor a 3 meses).
- Anexos 1 y 2 del convenio firmados en tinta azul.
- Anexo 3 (carta de adhesión firmada a mano en tinta azul y completada hasta la página 3. Corresponde a la actualización de datos de los responsables del hospital).

- Completar el formulario de adhesión de hospitales que se encuentran fuera del proceso de certificación. Continuidad del Anexo 3. Con letra de color azul, firmada y rubricada.
- Identificación oficial del representante legal.
- Identificación oficial y números telefónicos fijo y móvil de la persona con la que se estará en contacto para coordinar atención.
- Autorizaciones sanitarias.

El proceso de adhesión se planteó como un proceso voluntario, en el que todos los hospitales privados tuvieron la posibilidad de manifestar su interés en adherirse a las acciones del Convenio, cumplir con los requisitos definidos por el Consejo de Salubridad General a través de la postulación en la plataforma tecnológica de subrogación *Hospitales × México*, siendo la Dirección General de Certificación del CSG a través de la Dirección de Certificación de Establecimientos de Atención Médica la encargada de la revisión de las postulaciones y la emisión de la autorización para la adhesión.

Las postulaciones para la adhesión al Convenio iniciaron el 21 de abril de 2020 y concluyeron el 22 de septiembre de 2020. Al cierre de la vigencia del Convenio se adhirieron 229 hospitales privados autorizados por el Consejo de Salubridad General, con una disponibilidad de 3 443 camas en 31 entidades federativas, excluyendo al estado de Guerrero por falta de capacidad resolutive privada que cumpliera las características para la adhesión.

9.2.2. Proceso de referencia de pacientes públicos a servicios de atención médica privada

En el marco de los compromisos asumidos en el Convenio, se establece el proceso de referencia de pacientes públicos para ser atendidos por los hospitales privados que se han adherido al referido Convenio.

La referencia de pacientes es un proceso de gestión a través del cual las instituciones públicas de salud garantizan a la población beneficiaria el acceso a los servicios de atención médica privada objeto del citado Convenio. El proceso de referencia es el proceso medular, ya que en éste se encuentran implicados muchos actores que interactúan entre sí para la realización de las actividades que lo conforman.

La precisión en el proceso es fundamental, pues repercute de forma directa en la calidad y oportunidad en la atención de los derechohabientes y beneficiarios. En este sentido y para la fácil comprensión de los lectores de este documento, definiremos de forma general el proceso de referencia que se diseñó y se llevó a cabo.

- a) A partir de la identificación de un paciente/ derechohabiente o beneficiario de alguna de las instituciones del Sector Público de Salud que, con un padecimiento que está contenido en el convenio y que a partir de su diagnóstico requiere de atención médica de forma programada o inmediata, la Unidad Médica de la Institución Pública de Salud identifica si tiene capacidad de respuesta institucional.

b) En caso de identificar que no cuenta con la capacidad de respuesta institucional para poder atenderlo de forma oportuna, segura y con calidad, la Unidad Médica de la Institución Pública de Salud inicia el proceso de referencia del paciente a “alguna unidad médica privada adherida al Convenio” a través del *call center* habilitado para tal fin.

c) El *call center* tiene la característica de que, a través de una serie de opciones, refiere al médico o administrativo autorizado para la realización de los trámites de referencia al *call center* específico de la Institución Pública de Salud que le corresponde según su derechohabencia. Cada Institución Pública de Salud constituyó y operó su *call center* específico según los recursos con los que contaban al inicio de la pandemia, por lo que existen particularidades que diferencian su gestión entre ellos.

d) El interlocutor del *call center* específico solicita al médico/ administrativo tramitante de la referencia información personal y diagnóstica del paciente derechohabiente/ usuario, como medio de establecer un resumen clínico necesario para la recepción y atención del paciente en el hospital privado que lo reciba.

e) El interlocutor del *call center* específico, con apoyo de la Plataforma Tecnológica de Subrogación habilitada por Funsalud, realiza el registro del paciente a referir e identifica el hospital privado que cuenta con las características para la atención del padecimiento o procedimiento en particular, así como la disponibilidad de recursos para realizarla y que la distancia no

sea significativamente mayor con respecto a su unidad médica de referencia regular.

f) Tras identificar la unidad médica privada se realiza el registro del paciente y se emite el documento de referencia específico, que se le entrega al paciente para que solicite su atención.

g) El *call center* institucional notifica al hospital privado sobre la referencia del paciente y los pormenores de su atención.

Es importante mencionar que existen algunas particularidades en los pasos del proceso de gestión de la referencia según la Institución Pública de Salud de que se trate, sin embargo, estas particularidades no implican la modificación del proceso de forma sustancial.

9.2.3. *Proceso de atención médica*

El proceso de atención médica es desarrollado por el hospital privado, el cual consta de los siguientes pasos:

a) El hospital privado que ha sido seleccionado y notificado por la Institución Pública de Salud que recibirá y atenderá a un paciente derechohabiente/beneficiario realiza gestiones internas para estar en condiciones de atender al paciente referido, con base en las guías y protocolos de práctica clínica definidos en el marco del Convenio.

- b)** Recibe al paciente y realiza el trámite de ingreso según el procedimiento habitual del hospital.
- c)** De conformidad con las guías y protocolos de práctica clínica según el padecimiento del paciente, realiza la práctica clínica con los mismos estándares de calidad y oportunidad como los realizados con los pacientes privados con igual o similares padecimientos.
- d)** Concluida la práctica clínica realiza las acciones conducentes para dar de alta al paciente de forma segura y registrar el alta respectiva en la plataforma tecnológica de subrogación.
- e)** Realiza los trámites solicitados por la Institución Pública de Salud responsable del paciente para notificar el estado de salud del paciente, así como la desagregación de los servicios otorgados e insumos utilizados en su atención.

Cabe mencionar que los hospitales privados adheridos al Convenio determinaron la capacidad instalada que podían poner a la disposición de las acciones del Convenio, por lo que se comprometieron a actualizar diariamente —a través de la plataforma tecnológica de subrogación— la capacidad instalada disponible, en beneficio de un proceso de referencia más preciso para llevarse a cabo en menor tiempo.

9.2.4. Proceso de gestión de pago por los servicios prestados

Una vez realizada la atención médica, el hospital privado debe sujetarse al proceso de gestión de pago que forma parte integral del Convenio en el anexo 2, donde además definen las tarifas pactadas por cada uno de los procedimientos de atención que lo conforman.

Una vez realizado lo establecido en el proceso de gestión de pago, las instituciones públicas de salud con base en su normatividad y procedimientos internos realizan las gestiones conducentes para tramitar los pagos respectivos.

Cabe resaltar que el IMSS diseñó un procedimiento interno de pago simplificado, con la finalidad de que los hospitales privados fueran retribuidos económicamente en un tiempo menor al determinado por su procedimiento de pago por subrogación de servicios contratados de forma regular.

9.3. Las herramientas de apoyo a la gestión del Convenio

9.3.1. La plataforma tecnológica

Desde el inicio de la planeación de los alcances y las condiciones del Convenio, la Fundación Mexicana para la Salud trabajó de manera paralela en el desarrollo de una plataforma tecnológica que sería utilizada como la herramienta que facilitaría y agilizaría la gestión de los procesos de adhesión de los hospitales privados al convenio,

la referencia de pacientes de las instituciones públicas a los hospitales privados para su atención y el control de los egresos hospitalarios para la integración de los expedientes, a fin de gestionar los pagos respectivos.

La plataforma tecnológica, que se encuentra alojada en la página web <https://www.hospitalesxmexico.com/>, está definida a partir del criterio de geolocalización de la infraestructura física pública y privada para contar, de forma diaria, con la disponibilidad de recursos médico-hospitalarios públicos y privados y su ubicación geográfica para determinar referencias de pacientes con mayor eficiencia.

Los principales usuarios de la plataforma son los siguientes:

1) Para la adhesión de hospitales al Convenio:

- Consejo de Salubridad General
- Hospitales privados interesados en adherirse al Convenio

2) Para la gestión de pacientes y atención médica:

- Los enlaces de las instituciones del Sistema Nacional de Salud Público y Social
- Los operarios del call center para la referencia de pacientes.
- Los hospitales privados adheridos al Convenio.

La plataforma tecnológica es administrada por la Fundación Mexicana de la Salud, la cual ha fungido como soporte técnico, asesor permanente para su utilización, resguardatario y analista de la información que ésta concentra.

Habiendo concluido el 23 de septiembre la vigencia del Convenio, la Fundación Mexicana de la Salud se encuentra realizando las gestiones administrativas y legales conducentes para realizar la donación de la plataforma tecnológica de subrogación en beneficio de las instituciones públicas de salud.

9.3.2. La logística en la referencia de pacientes a través del call center

Otra herramienta útil para la gestión efectiva de pacientes (referencia) fue la definición de un *call center* principal, que concentró logísticamente la atención de los enlaces de cada institución pública de salud a través del **número gratuito 800-213-2684**, que operó las 24 horas los 7 días de la semana durante la vigencia del Convenio.

Cada institución pública de salud, con base en su disponibilidad y estructura, alineó su *call center* institucional a los procesos de gestión (referencia) de sus derechohabientes o beneficiarios derivados del Convenio. Cada uno de los *call centers* institucionales se interconectaron con el *call center* principal, lo cual permitió otorgar los siguientes servicios:

- Requisitos para autorizar una referencia de un paciente público a una unidad médica privada.
- Seguimiento de algún caso en lo particular.

Es importante resaltar que la implementación y la operación del *call center* principal, fue posible gracias al donativo realizado por Telmex.

10. Resultados del programa “Todos juntos contra el COVID-19”

Las acciones del programa “Todos juntos contra el COVID-19” iniciaron el 23 de abril y concluyeron oficialmente el 23 de septiembre de 2020; no obstante, los hospitales privados continuaron dando atención a los pacientes derechohabientes beneficiarios hasta el 30 de septiembre de 2020.

A continuación, describen los resultados más relevantes de la productividad del Convenio del 23 de abril al 23 de septiembre de 2020.

Pacientes referidos del 23 de abril al 23 de septiembre de 2020		
Por institución	Pacientes referidos	Porcentaje
IMSS	14,914	85.49
ISSSTE	1,956	11.21
INSABI	525	3.01
SEDENA	51	0.29
SEMAR	0	0
PEMEX	0	0
Total	17,446	100

Como se puede observar en la tabla, en el periodo de vigencia del Convenio se refirieron un número total de 17 446 pacientes, de los cuales el 85.49% fueron derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 11.21% fueron derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el 3.01% correspondieron a beneficiarios del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y el 0.29% a los derechohabientes de los Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional.

Cabe resaltar que Petróleos Mexicanos y la Secretaría de Marina no utilizaron los beneficios del Convenio, en virtud de que nunca fue rebasada su capacidad resolutoria para la atención de sus derechohabientes; y el Instituto de Salud para el Bienestar por decisión propia decidió desvincularse del Convenio, por lo que concluyó particularmente la vigencia en beneficio de los beneficiarios de este Instituto el 23 de agosto de 2020.

Pacientes referidos por tipo de procedimiento médico del 23 de abril al 23 de septiembre de 2020		
Procedimiento	Pacientes referidos	Porcentaje
Parto, embarazo y puerperio	10,693	61.29
Cesárea	3,250	18.63
Colelitiasis y colecistitis	1,812	10.39
Hernias	719	4.12
Apéndice	427	2.45
Cirugía, endoscopía urológica	82	0.47
Úlcera gástrica y duodenal	218	1.25
Covid-19	24	0.14
No especificado	221	1.27
Total	17,446	100

Indiscutiblemente, el propósito principal que derivó en la firma del Convenio fue la necesidad de atender de forma segura los partos y cesáreas programadas en el momento más complejo de la pandemia; por ello, el 61.29% de los pacientes referidos fueron mujeres embarazadas, y el 18.63% correspondió a la atención de mujeres embarazadas con cesáreas programadas. Le siguen los pacientes

con colelitiasis y colecistitis, que representan el 10.39% del total de pacientes en el periodo de vigencia del Convenio. Es importante resumir que el 79.92% del total de pacientes referidos en el periodo están vinculados a la atención del embarazo.

Anexo 1. Relación de pacientes referidos por procedimiento por entidad federativa.

Anexo 2. Relación de pacientes referidos por Institución Pública de Salud por entidad federativa.

11. Fortalezas y áreas de oportunidad identificadas al cierre del Convenio

Es importante recalcar que los tiempos para la planeación de los alcances del Convenio fueron muy cortos, que no rebasaron las 3 semanas, un tiempo récord para la definición de los criterios y procesos, la negociación y los acuerdos tomados para poder formalizar la colaboración público-privada para la subrogación de servicios de atención médica.

Bajo este hecho y con una intención meramente constructiva y propositiva, consideramos que existen las siguientes fortalezas y áreas de oportunidad en cada uno de los procesos del Convenio; asimismo, esperamos que el ejercicio de colaboración conjunta prevalezca en situaciones normales o, en su defecto, en el marco de otra situación de emergencia sanitaria.

11.1. En el ámbito de la adhesión de hospitales privados

Fortalezas:

- a) Disponibilidad de los hospitales privados de sumar esfuerzos en el marco de las acciones de la pandemia de COVID-19, aceptando la oferta de tarifas reducidas de las Instituciones Públicas de Salud.

- b) Disponibilidad de los médicos y médicas que ejercen la práctica clínica en hospitales privados, quienes se sumaron al esfuerzo aceptando el cobro de honorarios reducidos para la atención de los pacientes públicos al amparo del Convenio.

- c) Ampliación de capacidad de respuesta institucional de forma territorial en una situación de emergencia.

Áreas de oportunidad:

- a) Mejorar los mecanismos de determinación de soluciones (infraestructura médica privada) en función de las necesidades (problemática de salud); por ejemplo, en un entorno normal pueden establecerse criterios concretos para la definición de las características de la capacidad resolutoria que se requiere para atender una determinada necesidad que no puede ser atendida con recursos públicos, considerando criterios de situación epidemiológica regional y de manera diferenciada de forma institucional.
- b) A partir del cierre del Convenio, promover la certificación de unidades médicas privadas y públicas para lograr mejorar la calidad en el servicio y la seguridad de los pacientes.
- c) Establecer mecanismos de planeación de infraestructura médica hospitalaria con enfoque público-privado, a partir de las experiencias en la gestión del Convenio, en específico de la identificación de las debilidades de atención médica que prevalecen en el estado de Guerrero.

11.2. En materia de gestión de las referencias (eficacia)

Fortalezas:

a) La principal fortaleza en el proceso de referencia de pacientes fue la construcción y operación de la plataforma informática que fungió como una herramienta facilitadora en el proceso de referencia de pacientes, de adhesión de hospitales al Convenio y de control de la atención médica a cargo de los hospitales privados.

Áreas de oportunidad:

a) Mejorar la comunicación interna entre los actores del proceso para agilizar la referencia de los pacientes.

b) Establecer en la medida de las necesidades infraestructura tecnológica para contar en tiempo real con la capacidad instalada disponible en cada uno de los hospitales que se adhieran a futuros convenios de esta naturaleza.

c) Estandarizar los procesos internos de referencia de pacientes entre las instituciones públicas de salud para avanzar en la universalización de los servicios de salud.

d) Fortalecer a nivel institucional la ejecución de la contra-referencia de pacientes, ausente en los alcances de este Convenio.

- e) Identificar la solución para compartir el expediente del paciente con el prestador de servicios privado.

11.3. En el ámbito de la atención médica privada (calidad de la atención)

Fortalezas:

- a) Disponibilidad para atender a los pacientes referidos de las instituciones públicas con los mismos estándares de calidad que a los pacientes privados.

Áreas de oportunidad:

- a) Mejorar la comunicación interna entre los actores del proceso para agilizar la recepción e ingreso de los pacientes públicos, así como los alcances de futuros convenios de similares características.
- b) Capacitarse técnicamente para la comprensión de los procesos administrativos de las instituciones públicas de salud.
- c) Estandarizar los protocolos de atención médica a nivel interinstitucional y que sean de observancia obligatoria por parte de las unidades médicas a las que se les subroga el servicio de atención médica o los procedimientos de atención.
- d) Evaluar la calidad de la atención del prestador del servicio privado y la calidad percibida de los pacientes atendidos.

11.4. En la gestión de los procedimientos administrativos (cobro-pago)

Áreas de oportunidad:

- a) Simplificar los procesos de pago de servicios subrogados de atención médica, y con mayor razón el pago de servicios subrogados de atención médica en el marco de acciones de emergencias sanitarias.
- b) Cumplir a cabalidad los compromisos de pago, una vez se haya demostrado documentalmente la atención brindada por parte del prestador de servicios de atención médica.
- c) Reestructurar el procedimiento para la determinación de las tarifas por la subrogación de servicios de atención médica en situaciones normales y en situaciones de emergencia.

11.5. En materia de equidad

EL ARTÍCULO 4º de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* establece que todo mexicano tiene derecho a la protección de la salud, bajo ese precepto, se recomienda que para futuros ejercicios de esta naturaleza no se deje excluido de poder gozar de los beneficios, como los del Convenio que hoy nos ocupa, a un grupo de mexicanos por ninguna circunstancia.

Esto en atención a la exclusión de que fueron objeto todas aquellas entidades federativas que a la fecha no se han adherido al Instituto de Salud para el Bienestar, quedando fuera de poder contar con una atención médica de calidad y oportunidad provista por un hospital privado la población no derechohabiente de los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Chihuahua y Tamaulipas.

Con la finalidad de eliminar cualquier tipo de exclusión, se recomienda convocar a las autoridades sanitarias de los estados que no están adheridos a la fecha al INSABI para invitarles a formar parte de estas iniciativas en beneficio de todos los mexicanos de forma equitativa.

Es importante mencionar que el pasado 10 de noviembre de 2020, Funsalud convocó a los diversos actores clave en la ejecución de las acciones comprometidas en el Convenio Marco, así como aquellos que han participado en la planeación del mismo de los sectores público y privado, con el fin presentar los resultados del análisis FODA a las acciones del Convenio, y discutir con ellos las fortalezas y oportunidades identificadas para establecer acciones de mejora para la gestión de convenios de similares características en un futuro, en un contexto de emergencia e incluso en un contexto cotidiano.

12. Estrategia “Juntos por la Salud”

La estrategia “Juntos por la Salud” nace a partir de la convocatoria de la Presidencia de la República al sector privado para unir esfuerzos en la lucha contra la pandemia causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. A partir de esta convocatoria el Presidente de México instruyó al Secretario de Relaciones Exteriores para que se diseñaran las líneas de acción con la iniciativa privada.

Estas líneas de acción son las siguientes:

- Fortalecer la capacidad del sistema de salud.
- Proteger a las primeras líneas de defensa.
- Ampliar el acceso a respiradores.
- Generar manufactura nacional de respiradores y cubrebocas.

En este contexto, se enumeran las acciones más relevantes de la estrategia:

- 1) “Todos juntos contra el COVID-19” se inserta en la estrategia como parte de las acciones para fortalecer la capacidad del sistema de salud.
- 2) Para proteger las primeras líneas de defensa, se logró sumar esfuerzos de empresarios y ciudadanos cristalizando las siguientes acciones:
 - a) Se recaudaron 1 527 millones de pesos, con los cuales se adquirieron:
 - I) 2.64 millones de cubrebocas para fuerzas policiales.
 - II) 1.3 millones de kits médicos de hospitales COVID y no-COVID.

- III) 6.5 millones de litros de agua (45 mil litros por día).
- IV) 12 mil noches de hotel sin costo para personal sanitario.
- V) 178 mil km de transporte y apoyo logístico.
- VI) Capacitación a 40 mil ciudadanos y personal de salud.

3) Para ampliar el acceso a la respiración asistida, en el mes de marzo el sector salud contaba con 5 523 respiradores para hacerle frente a la pandemia; a través de Juntos por la Salud se donaron 4 673 respiradores adicionales, con lo cual se incrementó la capacidad de respuesta institucional en un 85% con respecto a la capacidad inicial.

4) En materia de generación de manufactura nacional, se realizaron las siguientes acciones:

- I) “Juntos por la Salud” apoyó para que la industria textil mexicana se reconvirtiera para fabricar cubrebocas en las primeras etapas de la pandemia, cuando este insumo de protección estaba limitado.
- II) Asimismo, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición junto con ingenieros de FEMSA, Metalsa y GSE Biomedical diseñaron y fabricaron un respirador en un tiempo récord de 10 semanas, con capacidad de oferta nacional e internacional.

12.1. Hospital en Casa

Como parte de la estrategia “Juntos por la Salud” se instrumentó a principios del año 2021 una iniciativa a la que se denominó “Hospital en casa” que tiene como objetivo el acercar servicios de atención de casos leves moderados de COVID-19 en el domicilio del paciente y con ello, contribuir a descongestionar las unidades hospitalarias que atienden de manera total o parcial casos de la enfermedad.

Esta iniciativa benefició a pacientes del IMSS, del ISSSTE y del INSABI principalmente de la Ciudad de México y el Valle de México, así como de algunas entidades conurbadas.

Para poder acceder al servicio, el ente coordinador fue el C5 a través del 911, quienes organizaron el ingreso de los pacientes. El C5 realizaba el TRIAGE del paciente y si cumplía con los requisitos establecidos para atenderlos en domicilio (pacientes con COVID-19 leve, con una oxigenación superior a 90%, con síntomas leves sin datos de inflamación general; y los pacientes moderados que ya tenían una saturación menor a 90, hasta 85, con datos de neumonía moderada y con datos de inflamación), se programaba la visita.

Todos los pacientes recibieron, previamente, una asesoría por telemedicina, después una visita médica domiciliaria en donde se entregaba un *kit* que contenía un oxímetro, un baumanómetro, un termómetro, un concentrador de oxígeno de 5 ó 10 y los medicamentos necesarios para su atención. Adicionalmente, se hacía toma de muestras

de laboratorio, se programaba la interconsulta por telemedicina con el neumólogo y se monitoreaba su evolución.

Es importante mencionar que, además esta iniciativa de atención hospitalaria, atendió egresos hospitalarios y refirió a pacientes que en su proceso de evolución, tornaron complicaciones a los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud.

En resumen, la iniciativa “Hospital en Casa” ofreció en el periodo de enero a mayo del 2021 los siguientes servicios:

- Entrega de medicamentos.
- Estudios de laboratorio: biometría hemática | perfil de inflamación COVID-19 | PCR.
- Consulta médica general en casa.
- Consulta médica de neumología por telemedicina.
- Servicios de enfermería en casa por turno.
- Referencia y contra-referencia a hospital en caso de emergencia.
- Ambulancia
- Concentradores de oxígeno y oxígeno suplementario.
- Todo el material médico e insumos necesarios para la atención.

Hospital en casa atendió en el periodo de vigencia 4,862 personas de las cuales: el 3.7 % requirió una ambulancia, el 2.82 % fueron referidos a una unidad hospitalaria y el 0.68 % fallecieron.

13. Reflexiones de los principales actores

Palabras del Lic. Marcelo Ebrard Casaubon, Secretario de Relaciones Exteriores

De vez en vez la historia nos presenta retos descomunales. Todos sabemos que estos pueden suceder cualquier día, sin previo aviso, tal como llegó la pandemia a inicios de 2020. Por ello, la misión fundamental de quienes comprometemos nuestras vidas al servicio público es abrir espacios de diálogo y buscar soluciones para los temas más apremiantes.

La pandemia de SARS-CoV-2 ha constituido un gran desafío, agitando todas las latitudes, arrancando vidas y cambiando la realidad que dábamos por sentada a nivel mundial. México no ha estado exento. Tras los primeros casos registrados en el continente del virus, nos encontramos inmersos en una crisis sanitaria. Por supuesto, la atención a fenómenos de esta magnitud no recae exclusivamente en lo contingente, es fundamental contar con planes sólidos que guíen nuestro actuar. En el caso de esta emergencia, la respuesta ha sido el proyecto de acceso universal a la salud que ha impulsado el presidente Andrés Manuel López Obrador.

A la vez, las decisiones y acciones ágiles se hacen imprescindibles para atender los retos inmediatos. Operar estos planes de manera exitosa requiere trabajo en conjunto: unir fuerzas como Gobierno, como sociedad, sumar todas las manos disponibles y establecer acuerdos entre el sector público y privado. Es por esa razón, cuando el Presidente encomendó a la Secretaría de Relaciones Exteriores

liderar la integración y negociación de la estrategia “Juntos por la Salud” contra el COVID-19, no titubeamos; conformamos un equipo de altos funcionarios comprometidos y capacitados para abrir canales de diálogo y lograr acuerdos. Entre ellos se distingue el licenciado César García Mondragón, director general de Asuntos Jurídicos de la Cancillería, y el equipo que conforma su dirección, quienes fueron piezas fundamentales para coordinar la colaboración de hospitales públicos y privados a fin de ofrecer servicios de salud a las y los mexicanos, de manera gratuita.

El acuerdo se firmó tras jornadas de trabajo que se extendieron día y noche. En ellas, servidores públicos, especialistas, y personal directivo de los hospitales compartimos ideas para dar soluciones a las necesidades de salud de todos los mexicanos. Especialmente, de aquellos con padecimientos que pasaban a un segundo nivel de prioridad al tener que responder a la pandemia. Pero también se proporcionaron alternativas de atención a los pacientes afectados por coronavirus, haciendo posible que uno de los hospitales privados más grandes de la Ciudad de México brindara servicio gratuito a personas infectadas de este virus.

Es evidente que cualquier esfuerzo hubiera sido infructífero de no haber tenido una respuesta abierta, receptiva y solidaria por parte del sector privado y de la sociedad civil. En particular de Héctor Valle Mesto, del equipo de la Fundación Mexicana para la Salud, así como del Consorcio Mexicano de Hospitales y de la Asociación de Hospitales Privados. Todos ellos se unieron a la misión de posibilitar que las y

los mexicanos pudieran ser atendidos en una gran red de hospitales privados en el país. Con esta sinergia Estado-sociedad, logramos sumar a 146 hospitales en 27 entidades federativas, proporcionando 50% de las camas privadas al servicio de la salud pública. La alianza que se formó fue un evento sin precedentes, representantes de todos los sectores nos coordinamos para trabajar por México en un punto crítico.

Gracias a este intercambio, México sumó 3,115 camas al sistema de salud, lo que se tradujo en atender a 12,500 mexicanos más. Juntos logramos obtener un resultado tangible y fundamental para salvar vidas. El trabajo en equipo consiguió lo imposible: en una semana se multiplicó la capacidad de atención, el equivalente de inaugurar miles de salas hospitalarias de acceso público en siete días. Así, proporcionamos instalaciones de primera calidad, fortalecimos las capacidades a disposición y brindamos atención urgente a la población mexicana.

La pandemia ha sido sumamente difícil para todos; sin embargo, la colaboración de las instancias de Gobierno, de funcionarios públicos, de la sociedad civil, del sector empresarial, del personal médico y de enfermería, ha salvado vidas. Dejemos que estos momentos sean fuentes de inspiración para que la inédita coordinación no se quede en un caso excepcional, sino que nos inspire a seguir sumando, a trabajar en conjunto en beneficio de las y los ciudadanos, y a imaginar el México que juntos queremos alcanzar.

Palabras del Mtro. Zoe Robledo Aburto, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

En una pandemia las cosas no van bien. No pueden ir bien dado que se trata de una emergencia. Un evento fortuito que rompe el ciclo natural y el equilibrio de las personas y las instituciones. Se trata de una crisis que de no tener el manejo apropiado puede derivar en catástrofe. En un aparente “sálvese quien pueda”, las decisiones que se toman afectan a cientos o a miles de personas.

En medio de esta tormenta, se suscitaron reflexiones profundas sobre el sentido ético de la atención médica: ¿qué medidas tendríamos que adoptar para decidir a quién atender en caso de escasez de camas o ventiladores durante la contingencia? ¿Qué papel jugarían en ese sentido los hospitales privados?

Ya en 2016 la Organización Mundial de la Salud había publicado las *Recomendaciones para la Gestión de Cuestiones Éticas en Epidemias* en donde se decía que los principios a seguir, en estos casos, son la utilidad y la equidad. Las decisiones en el mundo eran diversas. Algunos países nacionalizaban hospitales para aumentar su infraestructura, otros establecían criterios específicos para definir quién sería o no atendido.

En México a mediados de abril de 2020 comenzó a circular un proyecto de *Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica* del Comité de Ética del Consejo de Salubridad General (CSG) que dividió las opiniones. No era para menos. Ahí se planteaba que en caso de

saturación de los servicios de cuidados intensivos por COVID-19 se priorizaría a pacientes jóvenes sobre adultos mayores o a quienes tuvieran más posibilidades de recuperación por su condición de salud.

Algunos pensaron que esa *Guía* había sido aprobada por el Consejo de Salubridad General. Sin embargo, fue el propio el Presidente del Consejo, el Presidente López Obrador, quien el 17 de abril en la conferencia mañanera aclaró las cosas: confirmó que en México no se rechazaría a nadie que solicitara atención médica, que no consideraríamos esos criterios. Al contrario, la instrucción presidencial fue que todo aquel que lo necesitara tendría acceso a una cama hospitalaria o a un ventilador mecánico. Para el IMSS eso sólo significaba: crecer en nuestra capacidad de atención.

¡Y así lo hicimos! Desde el 27 de febrero comenzó la reconversión hospitalaria que consistió redirigir una parte importante de recursos físicos, humanos y financieros a la atención de un solo padecimiento. Para darnos una idea de lo que había que mover, el IMSS atiende 1,676 padecimientos que requieren hospitalización por su gravedad o necesidad de seguimiento. Esto significaba que algunos servicios regulares tendrían que diferirse, otros posponerse, pero otros más no podrían ser suspendidos, como hemodiálisis, quimioterapias o cuidados intensivos neonatales.

Para el 21 de abril habíamos reconvertido 110 hospitales y teníamos 5 mil 228 camas para atender COVID-19, pero la meta sería llegar a 184 hospitales y 16 mil 118 camas para atender la pandemia. Mientras

crecíamos, en el mundo entero cobraba mayor fuerza la idea de nacionalizar la infraestructura hospitalaria privada. Por ejemplo, en España el 14 de marzo se expidió el Real Decreto 463/2020 en el que 806 hospitales del Sistema Nacional de Salud y 468 centros hospitalarios privados fueron puestos a disposición del Ministerio de Salud, y en Francia el 25 de marzo el presidente Emmanuel Macron anunció la puesta en marcha del operativo *Resilience* (resiliencia) que buscó nacionalizar temporalmente los hospitales privados para la atención de la pandemia.

Sin embargo, mientras otros países anunciaban duras medidas para crecer, el Presidente López Obrador consideró aliados a los hospitales privados. Para convencer y no vencer, el 13 de abril del año pasado firmamos en Palacio Nacional el Convenio para la Prestación Subrogada de Servicios Médicos con la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales.

El objetivo de este convenio fue atender partos, cesáreas y urgencias quirúrgicas no graves y abrir la posibilidad de referenciar a las derechohabientes embarazadas con fechas de probable parto a hospitales privados, así como a pacientes con otros padecimientos tales como apendicitis, hernias complicadas, úlceras gástricas complicadas y endoscopías. Esto sería de gran ayuda, pues de los 184 hospitales que reconvertimos, 143 atienden alrededor de 33 mil eventos obstétricos al mes.

Esta posibilidad de referir a derechohabientes a hospitales privados nos permitiría atender más pacientes contagiados en los hospitales reconvertidos. En este esfuerzo, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) fue un gran aliado para planear esta operación a partir de conocer la capacidad instalada de un colectivo de hospitales que no tiene una distribución uniforme en todo el país. Fue difícil llegar a un tabulador y requirió el trabajo de todos y todas.

De ahí surgiría el programa *Todos juntos contra el COVID-19*, que inició formalmente el 23 de abril y concluyó el 23 de septiembre de 2020. Los resultados están a la vista de todos: 199 hospitales privados que permitieron atender a 14,914 derechohabientes en los momentos complejos de la pandemia: 10,693 partos, 3,250 cesáreas, 1,812 por colelitiasis, entre otros. Un dato adicional: el 97% de los derechohabientes se dijeron satisfechos con la atención recibida.

En efecto, en una pandemia las cosas no van bien. Pronto nos tocará hacer el corte de caja, discriminar entre lo bueno y lo malo de nuestro actuar, pero definitivamente estamos obligados a aprender. Y una de esas lecciones, quizá la más fundamental en el caso de la respuesta mexicana ante la emergencia es que sí es posible trabajar como un solo equipo. En el libro de la gloriosa historia del Instituto Mexicano del Seguro Social, una página estará dedicada al día en que los hospitales privados, más que adversarios, fueron hermanos con el sector público.

Palabras del Dr. José Ignacio Santos Preciado, Secretario del Consejo de Salubridad General

A manera de reflexión, mirar en retrospectiva como los gobiernos de las naciones, la comunidad científica internacional, los organismos internacionales y la ciudadanía hemos abordado y enfrentado una situación extraordinaria, inesperada que puso al mundo entero en un alto grado de inestabilidad e incertidumbre con la aparición de un nuevo virus que, para todos hoy es parte de nuestra vida cotidiana, nos ha dejado importantes aprendizajes.

Específicamente para nosotros, en México, tener la posibilidad de abrir un espacio a la reflexión, analizar los resultados de las decisiones tomadas y evaluar el impacto de las estrategias instrumentadas nos permite redireccionar el camino para efficientar el quehacer gubernamental, pero también para identificar aquellas experiencias exitosas que rindieron frutos ante una situación emergente.

Gracias a la acertada iniciativa de la Fundación Mexicana para la Salud, se dio la posibilidad de documentar una experiencia exitosa instrumentada por el Gobierno Federal en el mes de abril del año 2020 para fortalecer la capacidad de atención médica pública ante la emergencia sanitaria por el SARS COV-2, al lograr el consenso y firma del Convenio Marco para la prestación subrogada de servicios médicos y hospitalarios entre las instituciones públicas de salud y la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales. Con este convenio cientos de mexicanas y mexicanos

con otros padecimientos distintos a la COVID 19 lograron atenderse de forma oportuna y segura en hospitales privados a lo largo y ancho del país sin ningún costo para ellos.

Lograr consensos, definir acuerdos, planear e instrumentar las acciones no fue una tarea fácil, ya que teníamos el tiempo en contra y la problemática en tiempo presente, pero gracias a la voluntad y al liderazgo institucional, a la bonhomía del sector empresarial y al profesionalismo y compromiso de los profesionales de la salud y administrativos que participaron los resultados superaron las expectativas esperadas.

Ninguna estrategia o programa son perfectos, pero si perfectibles y uno de los aprendizajes de esta experiencia en donde también Funsalud tuvo una atinada participación, nos permite vislumbrar a futuro un Sistema Nacional de Salud con mayores elementos de integración entre el sector público y privado para beneficio de todas las y los mexicanos, ustedes podrán constatarlo si nos acompañan a seguir la experiencia descrita en esta puntal narrativa que presentamos a través de esta publicación.

“El gran objetivo del aprendizaje no es el conocimiento, sino la acción”.

Herbert Spencer.

Palabras del Lic. Mario González Ulloa Arellano, Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.

Los miembros de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C., extendemos nuestro agradecimiento a FUNDALUD por su colaboración en el programa *Todos Juntos contra el COVID-19*. La gestión implementada y desarrollada por todos los que participamos en ella para reunir a los sectores hospitalarios público y privado, ha sido determinante para la obtención de los logros alcanzados.

El respaldo y acompañamiento constante de la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, hicieron la diferencia en esta labor de negociaciones con las diferentes instancias involucradas.

Gracias a la relevante participación del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como la del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina, del Instituto de Salud para el Bienestar, y de Petróleos Mexicanos, se logró una comunicación y cooperación sin precedente, con los hospitales privados miembros del Consorcio Mexicano de Hospitales y de la Asociación Nacional de Hospitales Privados. Es de vital importancia que todo este proceso quede debidamente documentado, por lo que reconocemos y agradecemos que FUNSALUD lo realice.

Las 226 unidades hospitalarias privadas que participamos en el programa, hicimos patente nuestro compromiso con la sociedad mexicana, la labor y el esfuerzo de todos nuestros colaboradores médicos, personal de enfermería y personal sanitario de las diferentes áreas técnicas, operativas y administrativas se vio reflejada en cada paciente, en donde siempre se cuidó su seguridad, con resultados sobresalientes en la calidad y calidez de los servicios proporcionados.

Palabras del Lic. Javier Potes, Director General Consorcio Mexicano de Hospitales

Hospitales por México es un acuerdo de colaboración sin precedente entre instituciones públicas y privadas para enfrentar el reto que nos presenta la pandemia del COVID-19. Todos los que tuvimos la oportunidad de participar en este acuerdo fuimos testigos de un ejercicio inédito de voluntad, colaboración, organización y capacidad de ejecución que permitió la atención de más de treinta mil pacientes del sector público con padecimientos no-COVID en más de 250 hospitales privados, liberando así la infraestructura necesaria de las instituciones públicas para la atención de pacientes COVID.

Por ello, reconocemos la importancia de documentar el contexto y el proceso que permitió que el acuerdo se concretara y operara con eficiencia, de manera que no solo conozcamos su historia, sino que sirva como base para reforzar los principios que nos ayudarán a mantener una comunicación y coordinación entre ambos sectores: público y privado; y así construir nuevos modelos de colaboración para mejorar la atención a la salud de todos los mexicanos.

Agradecemos la labor de FUNSALUD por documentar este proceso, así como por facilitar la coordinación entre las instituciones públicas y las asociaciones de hospitales privados. De igual manera es importante reconocer el liderazgo de la Secretaría de Relaciones Exteriores, la labor de vinculación del Consejo de Salubridad General, la representación de las instituciones públicas por parte de la Secretaría de Salud, y el

impulso que siempre ofreció el Instituto Mexicano del Seguro Social para que el proyecto operara de forma eficiente. Particularmente, agradecemos a la Asociación Nacional de Hospitales Privados con la cual logramos armar un frente común de representación y estímulo para que cientos de hospitales y su personal médico y hospitalario brindara una atención con la oportunidad, calidad y calidez requerida por las circunstancias.

Destacamos el nivel de acuerdo con la frase de un medio de comunicación que lo calificó como *un acuerdo ejemplar, necesario e inteligente entre el sector público y privado cuando México más lo necesitaba*.

**14. Agradecimientos a todos
los actores que participaron
en las entrevistas**

Se extiende un agradecimiento a todas las personas del sector público y privado de salud que amablemente nos hicieron el favor de conceder una entrevista para la integración de este documento.

Consejo de Salubridad General

- Dr. Ignacio Santos Preciado, Secretario del Consejo de Salubridad General.
- Mtro. Raúl Anaya Núñez, Director General de Certificación.
- Ing. José Alberto Gómez Rodríguez, Director General del Secretariado Técnico y de Coordinación, Análisis y Vinculación Institucional e Intersectorial.
- Mtro. Bernardo Catalán Rodríguez, Director de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Act. Juana Yolanda Peralta Martínez, Jefa del Departamento de Supervisión y Desempeño de Evaluadores Institucionales.

Instituciones del Sistema Público de Salud

- Dr. Mauricio Hernández Ávila, Director de Prestaciones Económicas y Sociales del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Dr. Nemesio Ponce Sánchez, Coordinador de Políticas en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Mtro. Antonio Heras Gómez, Jefe de la Oficina de Apoyo al Director Normativo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Enlaces Operativos Institucionales

- Dra. Angélica Rodríguez Ortega, Jefa de los Sistemas de Atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

- Cap. Samuel Guadarrama, Jefe de Atención Externa del Hospital Naval Militar. Secretaría de Marina.
- Dr. Juan José Flores Pulido, Coordinador de Programas Médicos. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Secretaría de Relaciones Exteriores

- Lic. César García Mondragón, Director General de Asuntos Jurídicos.

Consortio Mexicano de Hospitales

- C.P. Humberto Javier Potes González, Director General del Consorcio Mexicano de Hospitales.

Asociación Nacional de Hospitales Privados

- Lic. Mario González Ulloa Arellano, Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados.

Centro Médico ABC

- Mtro. Alejandro Alfonso Díaz, Director General del Centro Médico ABC.

Unidades hospitalarias adheridas

Hospital CEMAIN Tampico

- Dra. Bertha Laura Salinas Ruiz, Directora General de CEMAIN.
- Dra. Bertha Alicia Sánchez Tovar, Directora del Hospital CEMAIN.

Hospital Nogalar

- Dr. César Castro, Director Médico.
- Lic. Erick Cano Bañuelos, Abogado corporativo.

Hospital San Ángel Inn

- Dr. Juan Jesús Villegas Cortés, Director Corporativo de Calidad y Mejora Continua.

Fundación Mexicana para la Salud

- Lic. Héctor Valle Mesto, Presidente Ejecutivo.
- Mtra. Atzimba Romero Gallegos, Coordinadora con Instituciones Públicas del Convenio de Prestación Subrogada de Servicios Público-Privados.
- Dra. Elyse Bautista González, Coordinadora con Hospitales Privados del Convenio de Prestación Subrogada de Servicios Público-Privados.
- Ing. Eugenio Riveroll, Coordinador de la gestión de la plataforma tecnológica del Convenio de Prestación Subrogada de Servicios Público-Privados.

Grupo PREVITA

- Dr. Morgan Guerra Gea Morett, Director General de Grupo PREVITA.

15. Anexos

Anexo 1. Relación de pacientes referidos por procedimiento por entidad federativa.

PROCEDIMIENTO										
ENTIDAD FEDERATIVA	Parto Embarazo y Puerperio	Cesárea	Apéndice	Cirugía endoscopia urológica	Coliellitais y colecistitis	Hernias	Úlcera gástrica y duodenal	COVID-19 (solo hospitales especiales)	No especificado	TOTAL
AGUASCALIENTES	189	56							9	254
BAJA CALIFORNIA	14	27	2		75	39			4	161
CAMPECHE	2									2
CHIAPAS	33	11	3	1	33	9				90
CHIHUAHUA	143	92	9	5	265	167	1		5	687
CIUDAD DE MÉXICO	995	245	33	13	188	90	19	22	17	1,622
COAHUILA DE ZARAGOZA	107	45	4		30	5	5		1	197
COLIMA	5	1								6
DURANGO	19	4								23
GUANAJUATO	1,091	376	37	2	114	60	31		17	1,728
HIDALGO	407	75	5		3	2		1	10	503
JALISCO	1,137	306	15	5	35	13	16		21	1,548
MÉXICO	1,292	216	18	7	106	61	6		20	1,726
MICHOACÁN DE OCAMPO	45	14		1	6	1	12		2	81
MORELOS	260	258	142	6	201	80	11		6	964

PROCEDIMIENTO										
ENTIDAD FEDERATIVA	Parto Embarazo y Puerperio	Cesárea	Apéndice	Cirugía endoscopia urológica	Coliellais y colestitis	Hernias	Úlcera gástrica y duodenal	COVID-19 (solo hospitales especiales)	No especificado	TOTAL
NAYARIT	280	45	3	1	9				10	348
NUEVO LEÓN	967	188	29	15	283	54	55		21	1,612
OAXACA	53	236	41	2	37	8			1	378
PUEBLA	702	120	2		35	11	5		12	887
QUERÉTARO	986	199	30	7	131	29	6		11	1,399
QUINTANA ROO	15	8	5	2	17	7	1		1	56
SAN LUIS POTOSÍ	183	67	1		4	2	2		4	263
SINALOA	249	152	2	1	12	7	4		6	433
SONORA	2	20	1		7	2			1	33
TABASCO	38	17			6				4	65
TAMAULIPAS	627	181	3	2	92	11	20		9	945
TLAXCALA	237	105	24	10	28	1	15		7	427
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	187	58	2		26	14	1		5	293
NO ESPECIFICADO	428	128	16	2	69	46	8	1	17	715
TOTAL	10,693	3,250	427	82	1,812	719	218	24	221	17,446

Anexo 2. Relación de pacientes referidos por Institución Pública de Salud por Entidad Federativa.

ENTIDAD FEDERATIVA	INSTITUCIÓN				
	IMSS	ISSSTE	SEDENA	INSABI	TOTAL
AGUASCALIENTES	192	62			254
BAJA CALIFORNIA	159			2	161
CAMPECHE	1	1			2
CHIAPAS	65	21		4	90
CHIHUAHUA	557	130			687
CIUDAD DE MÉXICO	501	712	1	408	1,622
COAHUILA DE ZARAGOZA	191	6			197
COLIMA	6				6
DURANGO	23				23
GUANAJUATO	1,528	200			1,728
HIDALGO	500	3			503
JALISCO	1,459	89			1,548
MÉXICO	1,528	173	1	24	1,726
MICHOACÁN DE OCAMPO	51	16		14	81
MORELOS	959		2	3	964
NAYARIT	342	2		4	348
NUEVO LEÓN	1,376	236			1,612
OAXACA	371	1	5	1	378
PUEBLA	852	9	26		887
QUERÉTARO	1,393			6	1,399
QUINTANA ROO	40	15	1		56
SAN LUIS POTOSÍ	200	60		3	263
SINALOA	428	5			433
SONORA	3		1	29	33
TABASCO	59		6		65
TAMAULIPAS	897	48			945
TLAXCALA	282	145			427
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	292	1			293
NO ESPECIFICADO	659	21	8	27	715
TOTAL	14,914	1,956	51	525	17,446

Este documento fue realizado por
la Mtra. Marcela A. Vázquez Coronado,
Investigadora de la Fundación Mexicana para la Salud y
del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud de
la Facultad de Medicina de la UNAM.

Este documento se concluyó en noviembre de 2020.