



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE ECONOMÍA**



**SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN OAXACA, 1990-2020
LOGROS, FRAGILIDADES Y RETOS**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN:
LICENCIADO EN ECONOMÍA**

P R E S E N T A

Guadalupe Sarai Hernández García

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Marcia Luz Solorza Luna

Ciudad de México, octubre de 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi padre por conducir un urbano 16 hrs al día para poder brindarme estudio, a mi madre que aun teniendo miedo de soltarme me permitió y ayudó por medio de sus costuras a seguir mi camino, con amor a los dos por brindarme esta oportunidad y dejarme salir.

A mis hermanos por creer en mí, por los consejos, regaños y por ayudarme a cubrir aquellas necesidades económicas que iban surgiendo, por alentarme a superarme.

A mi asesora de tesis Dra. Marcia Luz por el tiempo de calidad brindado, por la gran labor de transmitirme su conocimiento y enseñanzas para poder realizar este trabajo, y por otorgarme la dicha de ser acreedora a una beca.

A Roselia por ese corazón tan grande y compartir sus cosas conmigo, las cuales sin duda alguna ayudaron a mitigar los gastos escolares.

Y a ti Alejandro por el apoyo emocional, por escucharme, por ir más allá de tu profesión dándome tu comprensión, y la disposición de tu tiempo para realizar mis trámites escolares presenciales.

Este trabajo de tesis pudo ser realizado gracias al apoyo financiero que recibí de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico DGAPA-UNAM y el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), por haber sido becaria en el Proyecto de investigación PAPIIT IN304421 “Política monetaria y actividad económica sectorial en países en desarrollo: alternativas para el crecimiento, empleo y distribución del ingreso”.

Tabla de contenido

Introducción	4
Justificación:	6
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos	8
Hipótesis.....	8
Planteamiento del Problema	9
Interrogantes	11
Pregunta central	12
Metodología.....	12
Marco Teórico	12
Capítulo 1	
El Estado: Políticas de Bienestar y Austeridad.....	17
Capítulo 2	
Formación del Sistema de Salud en México	31
Antecedentes Históricos	32
Primera Reforma al Sistema de Salud 1943	35
Segunda Reforma al Sistema de Salud 1979-1988	37
Tercera Reforma al Sistema de Salud 1995.....	40
Estructura del Sistema de Salud.....	42
Instituciones de Salud.....	45
Capítulo 3	
Transformación del Sistema de Salud en Oaxaca.....	51
Introducción.....	51
Condiciones Socio-Económicas y Salud en Oaxaca	51
Conclusiones.....	76
Bibliografía.....	82

Introducción

En los últimos años la sociedad se vio inmersa ante una crisis sanitaria causada por el virus COVID-19, pandemia que a nivel mundial no ha sido superada aún, y de la cual subsisten fuertes estragos sociales, de salud y económicos en México. Esta situación ha cuestionado a las instituciones y sus acciones, generando en nuestro país un debate sobre la toma de decisiones de las diferentes administraciones de gobierno en torno al cumplimiento de por parte del sector salud de brindar atención oportuna y de calidad a la población.

Ante dicha crisis, aquellos estados de la república con bajo desarrollo económico y, con altos índices de pobreza se vieron sumamente afectados, tal es el caso de Oaxaca mi estado de origen, que se encuentra dentro de los primeros lugares en situación de pobreza a nivel nacional, y el cual en los últimos años creó una deuda histórica en el sistema de salud. Es por ello que, esta investigación centra su atención en dicho estado, teniendo como objetivo central identificar los principales problemas originados por las reformas al sistema de salud nacional, mismas a las que ha sido ajustada la práctica sanitaria en el estado de Oaxaca, y cuyas consecuencias son afrontadas por sus habitantes.

De esta manera se busca demostrar que las reformas al Sistema de Salud dentro del periodo de estudio (1990-2020) han ocasionado una pérdida del derecho a la salud en el Estado de Oaxaca, debido a su ruptura con el principio de progresividad y a su permanente condición de crisis. Para lograr el objetivo antes mencionado se optó por realizar primeramente un estudio con fuentes históricas, para tener una idea acertada de los orígenes del sistema de salud, así como de los distintos enfoques teóricos utilizados: el Estado de Bienestar, teoría

neoliberal y la austeridad. En ese sentido se logró tener un panorama más amplio de los cambios y la convergencia de las reformas de salud en conjunto con los cambios que iban surgiendo en las teorías a lo largo del tiempo, por otra parte, también se hizo uso de bancos de datos, de los cuales se generó estadística personalizada para nuestro tema de investigación.

Dicho lo anterior el presente trabajo de investigación se plantea bajo la hipótesis: *Las reformas al Sistema de Salud dentro del periodo de estudio han ocasionado a una pérdida del derecho a la salud en el Estado de Oaxaca, a su ruptura con el principio de progresividad y a su crisis.*

Con la finalidad de comprobar la hipótesis y alcanzar el objetivo planteado, realicé una revisión exhaustiva de literatura especializada en el tema, cumpliendo así con la práctica del estado del arte en cuanto modalidad de investigación documental. Con el mismo propósito, consulté las fuentes estadísticas oficiales para observar con mayor certeza los cambios positivos, y retrocesos en el sistema de salud pública del estado de Oaxaca durante el periodo en estudio. Esta investigación consta de tres capítulos. El primero está dedicado al estudio del Estado, la política de bienestar y austeridad a partir de retomar algunos enfoques teóricos. En el segundo capítulo se desarrolla con cierta amplitud la formación, estructura y reformas que ha sufrido el sistema de salud en México. En el capítulo tres, es abordada la transformación de sistema de salud en Oaxaca, y se brinda información general del estado para tener una idea de la situación socioeconómica, además, son analizadas series estadísticas para comprender los estragos en el sistema de salud a nivel social y económico. Asimismo, se estudia a fondo la situación del origen y desarrollo de la crisis en el sistema de salud. Finalmente, en un apartado son presentadas las conclusiones de la tesis expresando haber comprobado la hipótesis y alcanzado el objetivo.

SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN OAXACA, 1990-2020 LOGROS, FRAGILIDADES Y RETOS.

Justificación:

La seguridad social con el paso del tiempo ha comenzado a enfatizarse como un “derecho fundamental” el cual busca garantizar que las personas tengan acceso a la salud, pensiones y protección ante el desempleo; visto desde otro punto, como personas jurídicas, es importante tener aseguradas dentro de la sociedad la adquisición de los derechos básicos como: salud, vivienda, educación y alimentación, esto con el fin de obtener una calidad de vida favorable que nos permita un buen desarrollo dentro de nuestro entorno. A nivel económico estos derechos, también, ayudan a producir capital humano y con ello un aumento en su valor dentro del mercado que, a su vez, se refleja en un incremento del desarrollo económico con una mano de obra mejor calificada, y con la infraestructura necesaria para brindar una buena calidad de vida que asegure su buen desempeño.

Actualmente con la pandemia del Coronavirus (COVID19), ha quedado expuesta la falta de atención que se tiene dentro del Sistema de Salud Mexicano, así como la carente posibilidad de brindar a toda su población el acceso a un servicio de salud digno que provea atención curativa, hospitalaria y de prevención, lo cual ha desencadenado el desarrollo de una pobre calidad de vida.

México es uno de los países que conforman el 25% de las economías con mayor brecha de desigualdad, siendo su índice de Gini del .48, esta brecha va ligada a las malas prácticas que se han tenido a lo largo del tiempo dentro del Estado, así como al desbalanceado

financiamiento de las regiones, donde se ha dado prioridad al desarrollo de los estados del norte y centro del país, que han llegado a ser zonas más industrializadas, y dejando un nulo financiamiento a los estado del sur, que se han destacado por ser zonas “rurales” con bajo desarrollo. El sistema de salud no ha quedado exento de dicha brecha, muestra de ello es el estado de Oaxaca, donde en medio de una crisis sanitaria se ha carecido de infraestructura: clínicas, hospitales, camas; de recursos humanos: personal médico y auxiliares, y con la falta de pago a estos últimos ha quedado sobre expuesto el desvío de recursos que dicho sector ha tenido.

La presente investigación nos permitirá esclarecer las consecuencias económicas y sociales que ha tenido el sistema de Salud de Oaxaca, como resultado de las reformas que a lo largo del periodo de estudio se han realizado por parte de las administraciones federales al Sector Salud. Así mismo se convierte en una herramienta de información, que permitirá a largo plazo redefinir un nuevo modelo de atención a la salud oaxaqueña que planifique con mejores resultados las estrategias de cobertura y acceso a la salud, considerando a este siempre como un derecho básico y primordial que debe atender al principio de progresividad para la mejora en la calidad de vida, y como propulsor para el capital humano y desarrollo económico de la sociedad.

Objetivo general

Identificar los principales problemas originados por las reformas al sistema de salud nacional, mismas a las que ha sido ajustada la práctica sanitaria en el estado de Oaxaca, y cuyas consecuencias deberá enfrentar su población.

Objetivos específicos

Analizar el acceso a la salud desde una perspectiva de ser considerado como motor que permite mejorar las condiciones para laborar del capital humano, y a las instituciones de salud como mercancías necesarias donde se incentiva este valor.

Plantear un modelo de salud que haga uso de los recursos económicos y humanos de manera eficiente, que vaya de la mano con el principio de progresividad, y que contribuya al desarrollo económico del Estado de Oaxaca.

Determinar durante el periodo de estudio en qué medida la población oaxaqueña ha aumentado o disminuido su acceso a la salud de calidad, ya sea por afiliaciones, programas, infraestructura o financiamiento y como esto ha repercutido en sus condiciones de vida.

Estudiar las implicaciones y el papel que ha tenido el sistema de salud dentro de los modelos económicos que se han implementado en el país.

Observar a un nivel financiero, como ha sido la administración de los recursos económicos por parte del Presupuesto de Egresos de la Federación, y si estos han sido destinados a los rubros que los gobiernos Oaxaqueños han declarado.

Hipótesis

Las reformas al Sistema de Salud dentro del periodo de estudio han ocasionado a una pérdida del derecho a la salud en el Estado de Oaxaca, a su ruptura con el principio de progresividad y a su crisis.

Planteamiento del Problema

En el último año, con la crisis sanitaria originada por el virus COVID 19, han quedado expuestas las deficiencias que presenta el sistema de salud mexicano, viéndose afectada gran parte de la población, al no tener acceso a un derecho que se considera “básico”, o bien, a no recibir este de manera eficiente, se entró en una carencia de medicamentos, recursos físicos (instalaciones, camas, aparatos...), y, sobre todo, y el más alarmante la falta de personal médico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha tomado el derecho a la salud desde una perspectiva de “derecho fundamental” quedado definido como, “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social”; de esta manera todas las personas debemos tener acceso a los servicios de salud, en el momento que lo requiramos en el lugar que sea necesario y sin alguna barrera que obstaculice el acceso a este servicio. El campo de la salud mexicana presenta inconsistencias para llevar a cabo la definición de la OMS, son muchas las reformas que se le han hecho que han dado como resultado un apoderamiento de los fondos e instituciones públicas, quedando una salud sectorial, donde se brinda de forma general un paquete básico de servicios, como lo son consultas de medicina familiar que no necesiten grandes medicamento o procesos. Sin embargo, los problemas recaen al momento de acceder a una medicina más especializada donde son necesarios intervenciones quirúrgicas, en muchos casos son negadas por papeleo burocrático, recursos económicos, o bien por escasez de personal e infraestructura.

Con la incursión de México al modelo neoliberal, las reformas que se han hecho en lo social como la sanitaria se rigen por la idea principal del neoliberalismo “la privatización de lo público y la mercantilización”, dando como resultado un deterioro en la calidad de vida mexicana, con incremento de la población en condiciones de pobreza, desigualdad y precariedad laboral, las instituciones de la salud han dejado de promover y fortalecer los servicios de “medicina preventiva”. Actualmente México ocupa el segundo lugar en obesidad, el primero en casos de embarazos adolescentes, y el sexto lugar en casos de diabetes, sin mencionar que con base a los datos del Instituto Nacional de Salud Pública uno de cada cuatro mexicanos sufre hipertensión, con el nuevo reordenamiento neoliberal, el sistema de salud se ha encargado de evadir su responsabilidad y victimizar a la población como la única culpable de no llevar hábitos saludables, dejando por un lado el poco fortalecimiento en las capacidades técnicas, financieras y organizacionales que tiene el sector y que podrían encaminarse en mejorar los servicios de medicina preventiva y hospitalaria. Tampoco se puede ignorar la polarización epidemiológica que se tiene en los estados del norte que, siempre han presentado un grado mayor de desarrollo, tuvieron una baja en las tasas de morbi-mortalidad a comparación de los estados del sur que son las zonas más rezagadas del país.

En el estado de Oaxaca a lo largo del 2020, y como consecuencia de la pandemia, el personal médico de la Secretaría de Salud entró en huelga debido a la falta de pagos y al despido de personal médico de antigüedad por una sustitución de médicos contratados por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), así mismo una problemática que siempre ha sido ignorada, es la carencia de personal médico en zonas rurales alejadas, como lo son en la región de la Sierra, y Mixteca, donde a ser zonas alejadas de la capital, ubicadas en un territorio

montañoso que complica la conexión a servicios como la luz e internet, los servicios médicos son desprovistos, poniendo a las comunidades en la necesidad de trasladarse al poblado más cercano que cuente con el servicio de salud y donde muchas veces fallecen en el trayecto.

Aunado a esto, tenemos la corrupción que los distintos cabildos de gobierno han hecho, al realizar infraestructuras “cascaron”, como lo son clínicas y hospitales, que, al momento de acudir por el servicio, este es negado debido a que se construyen, pero no se habilitan para uso, no tienen personal médico y tampoco recursos materiales.

El ser la salud un derecho que lleva consigo distintos determinantes sociales como lo son la alimentación, vivienda, trabajo, educación y nivel de vida, se deben buscar garantizarlo y estructurarlo de una manera eficaz, en ese sentido, esta investigación nos permitirá analizar las consecuencias económicas y sociales que han tenido las reformas al sector salud y su implicación con el cumplimiento del derecho a la salud.

Interrogantes

En el presente trabajo se trata de ofrecer respuestas a las siguientes preguntas:

¿Qué reformas a la salud se han implementado?

¿Dé que manera es concebido el sistema de salud en los diferentes modelos económicos que se han implementado en el país?

¿Cómo están estructurados los recursos de financiamiento al sistema de salud nacional y de Oaxaca?

¿En que medida ha sido el financiamiento del sector?

¿Cuántas personas tienen accesos a las instituciones de salud en Oaxaca?

¿Cómo ha sido el desarrollo del sistema de salud en infraestructura y recursos humanos?

Pregunta central

¿Las reformas al sistema de salud han llevado a la crisis de éste y, a una pérdida del derecho a la salud, rompiendo el principio de progresividad y cayendo en una regresión?

Metodología

Primeramente, se estudiarán las reformas que se han implementado al sistema de salud en el país, así como su desarrollo del sistema a nivel nacional, posteriormente se analizará la situación del sector a nivel Oaxaca, para lo cual se hará uso de estadísticas del sector tanto en el ámbito de infraestructura como de recursos humanos, y poder observar como ha sido el desempeño del sector a lo largo del periodo de estudio, y relacionarlo a las reformas previamente analizadas.

Marco Teórico

La presente tesis abordará el tema de investigación desde distintos enfoques teóricos por considerar, que nos permitirá tener una mejor apreciación sobre las reformas implementadas al sistema de salud.

Comenzaremos abordando la teoría del Estado de Bienestar de Keynes, dentro de la cual el sistema de producción de la economía depende en gran medida del gasto público por parte del Estado, para así poder garantizar la producción y riqueza de una nación, pero también busca la mejora del desarrollo humano y la cohesión social. Por otro lado, esta teoría ve necesario que el estado sea un promotor e impulsor de infraestructura hospitalaria, medios de comunicación y de transporte, dicho de otra manera, consideraba que las prestaciones

promovidas por el órgano rector son necesarias para poder contrarrestar la desigualdad y el individualismo. Así mismo se recae en el punto de una necesidad de la preparación de la fuerza de trabajo por medio de fondos públicos, para la educación, salud y vivienda, para llevar consigo un aumento del valor del capital humano. Todo esto nos dice Keynes será posible si se mantiene una legitimación en las políticas públicas las cuales deben buscar el bienestar de la sociedad y la redistribución de la riqueza, para así dar respuesta a todas las necesidades de la población. Se cree en el crecimiento a largo plazo, el cual será promovido por las políticas estatales del pleno empleo, el gasto de los agentes privados y públicos.

Dentro del ámbito de la salud el estado de bienestar, lo considera como una prioridad dentro del cual las decisiones tomadas u objetivos no deben estar en función de algunos cuantos sectores, si no en la población en general, buscando que la salud sea efectiva y contribuya al crecimiento económico.

Con base a lo anterior, es necesario abordar la política de la austeridad, debido a que, a lo largo de los años, las diferentes administraciones públicas, han visto como un objetivo primordial inclusive una meta el recorte en el gasto público. La austeridad en palabras de Alain Parguez queda definida como “una política permanente, a través de la cual un gobierno intenta recortar el gasto doméstico agregado lo suficiente, a fin de ajustar la economía a las llamadas leyes del mercado”(2013), sin duda alguna la austeridad rompe con la idea de Keynes, se cae en un punto donde el beneficio solo sería posible si el estado hace una reducción de su presupuesto, se reducen los salarios y se logre neutralizar el dinero, todo esto se centra en lograr que la nación sea competitiva dentro de los mercados financieros, ello quiere decir, que si los gobiernos son capaces de reducir en su totalidad el gasto público, también se reduciría la necesidad de caer en más impresión de dinero, y con ello el precio de

la moneda se apreciaría, permitiendo un aumento de la tasa de interés cambiaria, que conlleva a que los inversores se vean atraídos por la nación. Sin embargo, con estas acciones se expone a la población a una calidad y desarrollo de vida vulnerables, ya no se prioriza la atención a la satisfacción de las necesidades, ni si esta queda inmersa en un empobrecimiento, la sociedad queda entonces a merced de las necesidades que tengan los mercados de capitales, el estado deja de ser promotor y dirigente de políticas públicas que busquen el desarrollo ahora solo buscará mantener la estabilidad dentro de los mercados financieros. A diferencia de la teoría de Keynes no se cree y tampoco se busca un crecimiento a largo plazo porque este solo conlleva a la inestabilidad financiera y la inflación, no se puede querer lograr un pleno empleo porque iría en contra del mercado financiero, por lo que la sociedad debe estar sometida a la austeridad para funcionar en conjunto con dicho mercado, por lo que se convierte en una política duradera y de largo plazo.

Tomando en cuenta el poder del mercado en la toma de decisiones por parte del Estado, es de suma importancia revisar la teoría neoliberal, la cual no cree conveniente la intervención del estado en la vida económica, podemos hacer énfasis en tres políticas primordiales las cuales Josep Luís Barona las identifica como “las tres D neoliberales” (2000).

El déficit público, la desregulación laboral y la deslocalización de capitales, el primer punto nos habla de una reducción del gasto público, que va ligada a la política de la austeridad, pues dichos gastos deben dejar de velar por obtener un estado de bienestar, la desregulación laboral, enfocada en quitar/ suprimir aquellos mecanismos que obliguen a las empresas a tener una regulación en salarios, prestaciones y condiciones laborales favorables; permitiéndoles así caer en una flexibilidad laboral que se traduce en bajos salarios, sin prestaciones y condiciones laborales deplorables, por último tenemos la deslocalización de

capitales que permite que las empresas emigren a lugares con menor carga fiscal y que para los empresarios sean más rentables, donde puedan recibir ciertos subsidios por parte del gobierno, la mano de obra sea más barata, y tengan cierta protección dentro del mercado. Otro punto fundamental para considerar dicha teoría sería el impulso de las privatizaciones, para mantener la libre competencia de los mercados y responder a los intereses de los empresarios, dichas privaciones no solo tienen que ver con las empresas estatales, también van ligadas al acceso a los servicios básicos, como la educación, la salud y la vivienda, dejando para la sociedad en conjunto un pequeño acceso a kits básicos de servicios. De esta manera las instituciones y servicios públicos terminan por cumplir el déficit público, la desregulación laboral y la deslocalización del capital.

Para poder analizar y formular una reforma al sistema de salud, tomaremos una aproximación marxista, dado que Marx considera que el objeto de “salud-enfermedad” debe ser estudiado bajo un enfoque que unifique todo, dicho de otro modo, tanto la salud como la enfermedad están relacionadas, hay una unión entre lo biológico y lo social, en dicha aproximación la realidad social y sus procesos individuales siempre están relacionando, de esta manera surge la determinación histórica. Esto nos permitirá abrir el panorama, y no ver al sistema de salud como ajeno a los procesos históricos que se han dado tanto políticos como sociales, así como evitar considerar que las enfermedades y la salud de la sociedad en su conjunto es obligación y responsabilidad absoluta de las personas.

Capitulado:

Capítulo 1: El Estado: Políticas del Bienestar y Austeridad.

Capítulo 2: Formación del Sistema de Salud en México.

Capítulo 3: Transformación del Sistema de salud en Oaxaca.

Capítulo 4: Sistema de salud en Oaxaca ante la pandemia del Covid-19.

Conclusiones.

Bibliografía

Capítulo 1

El Estado: Políticas de Bienestar y Austeridad

A lo largo del tiempo, el papel que el Estado debe jugar dentro de la economía y el mercado ha sido muy debatido. En los últimos años se percibe al Estado como la institución encargada de priorizar el interés colectivo, brindar soluciones a todos los ámbitos que el sector privado no satisface y, buscar siempre mantener el orden social.

El Estado con una perspectiva capitalista surge a partir de la Revolución Industrial (1870 - 1914), cuando el aumento acelerado de la producción, seguido de una mayor necesidad por adquirir mano de obra, dio paso a una nueva dinámica dentro de las relaciones económicas. Por un lado, en la sociedad, la clase burguesa mantendrá como objetivo principal ser apropiadora de capital y ganancia, y del otro lado, la clase trabajadora “libre” será dependiente de los salarios pagados por la primera.

Sin embargo, en las primeras etapas de la producción fabril capitalista, los salarios mínimos percibidos por los trabajadores no cubrían los requerimientos de vida – posición permanente en años y siglos posteriores –, las condiciones en las que éstos laboraban eran deplorables, y las jornadas eran excesivas. Así, poco a poco fue incrementándose el nivel de pobreza y aumentaron las enfermedades dentro de la sociedad industrial. Esta situación incentivó el emprendimiento de diversas movilizaciones por parte de la sociedad para exigir mejoras laborales.

Es dentro de este primer entorno que, las funciones del Estado son percibidas como fundamentales y necesarias para mantener el bienestar y legitimar el nuevo orden industrial. Sí bien, había una demanda de mano de obra, también se debía garantizar que su trabajo fuese realizado dentro de un ambiente de “bienestar” que permitiera así su reproducción, y no al contrario de como venía sucediendo, que enfermaban y morían, o que ante la pobreza e insalubridad extrema los niños que iban naciendo tuvieran una muerte prematura. Siendo esta la primera etapa del conocido “Estado de Bienestar”, podemos decir que no existe como tal una definición general sobre este término, debido a que las interpretaciones por parte de pensadores son diversas, pero se puede concebir como aquél que busca la protección no solo de los trabajadores, si no de la sociedad en su conjunto, de tal manera que por medio de la política social, brinde y garantice la seguridad social y paz creando una realidad donde todas las personas podamos apelar a una igualdad de oportunidades y donde nuestros derechos tanto sociales, políticos y civiles sean respetados, de esta manera el Estado debe procurar:

- Una igualdad dentro de las oportunidades de la población, tanto en la manera en cómo será distribuido el ingreso como en el trato de las personas, sin caer en prejuicios, favoritismo o rechazo a ciertos grupos sociales, así como una igualdad en las oportunidades, es por ello por lo que el Estado se considera como intervencionista y regulador,
- Buscar cubrir todas las necesidades básicas de la población, dentro de las cuales se contemplan: educación, salud, vivienda y trabajo.

Unos de los principales antecedentes de la implementación del Estado de Bienestar fue con Otto Von Bismark, quien implementó los seguros sociales, buscó la promoción del bienestar

de la sociedad, y tomó como su prioridad a los más necesitados. En este sentido, Bismark aprobó una serie de leyes:

- a) Ley de Seguros de Enfermedad (1883), donde la codificación de los seguros de salud quedó en una sola ley, e inició la afiliación al seguro social por tener un trabajo remunerado.
- b) Ley del Seguro contra Accidentes de Trabajo (1884), donde se debe de cubrir la invalidez y llevar a cabo inspecciones para prevenir accidentes de trabajo.
- c) Ley del Seguro contra Invalidez y la Vejez (1889), siendo el sistema de pensiones obligatorio, concebida a los 70 años.
- d) En 1891 ordenó una reforma a la jornada de trabajo donde se buscaba reducir los horarios laborales, así como la prohibición del trabajo nocturno, y el otorgamiento del descanso dominical.

Con la Primera y Segunda Guerra Mundial (1914-1942), fue necesario reformar el papel del Estado para brindar bienestar social, pues si bien, algunos países comenzaban a considerar y copiar leyes similares a las instauradas por Bismark, era importante que la seguridad social quedara establecida como un derecho, al que no solo los trabajadores sean acreedores, sino la sociedad en su conjunto, y determinar que el Estado sería el único responsable de que esto se cumpliera.

A partir de que Alemania avaló el Plan Beveridge en 1945 para “Cubrir todos los riesgos que originaban la interrupción o la pérdida de la capacidad de obtención de ganancias y la cobertura de situaciones económicas extraordinarias, causadas por el nacimiento, el matrimonio, la vejez o la muerte, así como la necesidad de subsidiar a las familias con mayor número de hijos” (García, 2014, pág. 88), se dio pie a que en 1952 la Organización

Internacional del Trabajo (OIT), reconociera oficialmente a la Seguridad Social bajo el Convenio 102 “Norma mínima de Seguridad Social” como un sistema para proteger a la sociedad de situaciones como el desempleo, maternidad, enfermedad, riesgo de trabajo, vejez, invalidez y fallecimiento, todo estos derechos bajo la responsabilidad de cumplimiento por parte del Estado.

Como se mencionó anteriormente, no existe una premisa de una definición generalizada de Estado de Bienestar, parte de esta situación se debe a los diversos criterios teóricos, y conceptuales que los distintos mandatos tienen sobre el bienestar social, así como la forma en que este tiene, puede, o debe ser medido, y las acciones implementadas. Esta es la razón que llevó a que cada país implementara regímenes de bienestar distintos, los cuales pueden clasificarse en tres:

- 1) Estado de Bienestar Liberal: Implementado por Estados Unidos, Austria, Canadá y Nueva Zelanda, también conocido como “residual”, debido a que se considera que el Estado solo debe brindar su ayuda a los más necesitados, en este caso a la población en pobreza extrema, considerada como el residuo de aquella población que es capaz de conseguir y velar por su propio bienestar, como tener un empleo, y por medio de un salario mantener el bienestar de su familia, cabe mencionar que en dicho régimen, la pobreza es concebida como una situación o modo de vida que el propio individuo genera, y que nada tiene que ver con la forma en que el sistema y el mercado funcionan, siendo este último necesario para que el bienestar se obtenga, y el eje fundamental. Por ello su estructura nunca debe ser modificada, en ese sentido, las prestaciones que el Estado brinde deben enfocarse en corregir las externalidades que el mercado provoque, si bien algunas pueden ser enfatizadas en proteger a la

población residual, esta debería estar en condiciones de poder ingresar al mercado laboral, se piensa que si se destina demasiada ayuda a esta población llegará un punto en el que dicha población no se verá incentivada a trabajar.

2) Estado de Bienestar Conservador: Fue implementado por países como Alemania, Francia, Bélgica, Austria, Holanda, Italia y España. En este régimen los acreedores, a las acciones basadas en incentivar el bienestar, serían clasificados dependiendo del nivel de influencia y poder político que tengan, o bien por el nivel de clase económica, a diferencia del régimen mencionado anteriormente, acá el bienestar va ligado al ámbito económico y social; su eje central sería entonces el seguro social, el cual contempla la clasificación social, pues de éste podrán hacer uso aquellas personas que se encuentren laborando en la economía formal, y que contribuyen a una cuota al seguro social y sobre todo estar dentro de alguna organización. Por otro lado, se considera que el Estado puede brindar ayuda a las familias siempre y cuando estas ya hayan agotado todos sus medios para brindar protección a sus integrantes. Una similitud al residual/liberal, consiste en mantener la estratificación de clases, necesaria hasta cierto punto.

3) Estado de Bienestar Socialdemócrata: Este régimen es el que toma como base el Plan Beveridge y a diferencia de los dos anteriores, el bienestar deja de ser individual para pasar a ser considerado como universal y de interés colectivo, el cual debe de buscar contrarrestar los efectos que el sistema ha provocado, dicho esto, la estratificación social pasa a ser vista como mala, por ello toda la política social debe ser encaminada

en hacer frente a la población, la cual sin exclusión debe ser acreedora a dichas políticas de bienestar, para esto deben de dar una contribución tanto el Estado los asalariados y los patronos, la seguridad social es considerada como un derecho, de tal manera que no se puede negar.

Es así como se puede decir que el Estado de Bienestar se consolida. La confianza y seguridad depositada en el Estado iba en aumento, pues en sus manos estaba mantener el equilibrio y desarrollo social, así mismo hay un reconocimiento del trabajo visto desde una perspectiva como la mayor riqueza tanto que el individuo y la sociedad pueden tener. Esto condujo a que los gobiernos entraran en una dinámica de preservarla y brindar todo lo necesario para que esta tuviera un buen desempeño, por ello es posible afirmar que los principales pilares de dicho Estado Benefactor son: educación, salud (un sistema preventivo), y la seguridad social.

Tomada como la base fundamental del Estado del Bienestar, la seguridad social debe ser solidaria, garantía de la no discriminación, ni exclusión pues todos deben contribuir para gozar en conjunto de los beneficios alcanzados. Pública en el sentido de que se percibe al Estado como la cabeza, el dirigente que, por medio de la política pública, leyes, programas y las empresas públicas; debe brindar el aseguramiento. Por otra parte, la población es contemplada como la beneficiaria, esto conlleva a que su cobertura sea aplicada en beneficio de todos, y de manera equitativa. Esto quiere decir que se debe buscar que todas las personas tengan el acceso a la misma calidad de servicio, de esta manera el papel regulador del Estado también debe ser eficiente en la obtención de ingresos, debe participar tanto gobierno, patrón y trabajador, porque una mayor captación de recursos puede permitir que a largo plazo la seguridad social llegue a toda población y las oportunidades o rubros a ofrecer sean mayor y con mejor calidad.

En México como respuesta a los cambios mundiales que se estaban presentando, comenzó la construcción de su régimen benefactor, a partir de los años 1940 la economía mexicana pasó por una transformación, comenzó por cerrarse al comercio exterior, y ver la manera de incentivar la construcción de una industria nacional. Es por ello que se implementó el Modelo de Sustitución de Importaciones (1940-1982), para así poder contrarrestar la dependencia que se tenía con el exterior a través de la producción nacional de todas las mercancías que eran importadas, y transitar de una economía puramente agrícola a una industrializada. Una característica de dicho modelo fue la imposición de barreras arancelarias al comercio, “a principios de 1960 las tarifas sobre las importaciones manufactureras promediaron 74% para México” (Cruz, 2011, pag.51). Otra característica fundamental fue el papel promotor que jugó el Estado al tener la incipiente necesidad de lograr un crecimiento nacional industrial, ofreció incentivos fiscales y algunos créditos preferenciales, aunado a esto el gobierno comenzaría a utilizar con mayor frecuencia a la política social para dar un impulso a la clase trabajadora. Como complemento de todo este proceso industrial que se estaba dando, dicha política tendría que destinarse a grupos sociales vulnerables y al desarrollo del medio urbano, muestra de ello fueron las diversas instituciones creadas como respuesta a la política social. Hubo una oleada creativa de instituciones ligadas a la seguridad social para proteger a los trabajadores del mercado formal, los cuales eran vistos como aquella mano de obra urbana que apoyaba al Estado en su objetivo de industrialización, y se daba un intercambio mutuo de ayuda entre Estado y trabajador a través de nuevas instituciones:

- El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), 1943.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 1959.

- Instituto de Seguridad Social de las fuerzas Armadas (ISSFAM) ,1976.

Un impulso más para la clase trabajadora sería la creación de los programas de vivienda como fueron:

- Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), 1972.
- Fondo para la Vivienda de los Trabajadores al Servicio del Estado (FOVISSSTE),1972.
- Fondo de Vivienda Militar (FOVIMI), 1973.
- Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO)

Aunque el medio urbano era un objetivo del modelo, no toda la población logró adaptarse al cambio, si bien se habían creado muchas instituciones que impulsaban al trabajador urbano, estas a su vez generaban una estratificación debido a que la población rural quedaba fuera de ese alcance, y generaba cinturones de miseria. El Estado tendría que ver la manera de apoyar al sector primario transfiriendo parte de los recursos del medio urbano, algunas medidas fueron: los precios de garantía para la agricultura, y la creación de instituciones que garantizaran la regulación de los precios de la canasta básica y con ello garantizar que la personas pudieran comprarlos: Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) (1961), y la Compañía Exportadora e Importadora Mexicana (CEIMSA), Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural (PIDER) (1973); Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), (1976), y el Sistema Alimentario Mexicano (SAM).

Podemos decir que, en el periodo de Sustitución de Importaciones, el régimen de bienestar generó una polarización, por un lado se apoyaba e impulsaba a la clase asalariada y

trabajadora que se desenvolvía en un entorno donde la infraestructura iba en desarrollo, con instituciones de seguridad y programas de apoyo; y por otro lado, la población rural sólo tenía acceso a ciertos servicios médicos básicos, recibía protección y apoyos limitados a través de programas que buscaban hacer frente a la pobreza y el medio rural, pero con recursos insuficientes. En resumen, encontramos ciertas semejanzas con el régimen del Estado del Bienestar Conservador, dado que el eje de del régimen mexicano era la asistencia social pero enfocada principalmente a los asalariados urbanos.

A partir de 1970 a nivel global inició una crisis del Estado de Bienestar, ocasionada por los cambios en el panorama mundial que obligaron a los gobiernos a incrementar las tasas impositivas para sostener la proporción del gasto social que al paso de los años había aumentado conforme la demanda de la sociedad por estos servicios también creciera. El Estado tendría que contemplar la manera de hacer frente a la distribución de los recursos, y adicionalmente enfrentar los efectos de la crisis petrolera iniciada en 1973. El aumento constante – 4 veces – de los precios del petróleo provocó un considerable decremento del Producto Interno Bruto (PIB) global, y de diferentes países en particular, y ocasionó una creciente espiral inflacionaria. En este contexto la crítica al Estado Benefactor fue en aumento, se consideraba que su intervención debería de limitarse, dejar destinar tanto dinero a la asistencia social, y declinar a fungir el papel intervencionista en la economía, permitiendo que ciertos sectores fueran privatizados, como la salud y la educación, para que no todo fuera subvencionado por el Estado, pasando a ser solamente un ente que interviniera en los sectores o ciertos medios en los que el sector privado no pudiera satisfacer.

A inicios de los años 1980, aunque se buscaba que el país exportara, en México se tuvo un déficit en la balanza de pagos porque se importaban más insumos de los que la economía mexicana llegaba a producir, sin embargo, con los descubrimientos de petróleo y ante una

especulación de crecimiento, el Estado trató de sortear la crisis de deuda externa que lo llevó a declarar la moratoria en 1982. Sin embargo, cuando el precio del petróleo cayó ya no podía hacer frente a la deuda pública adquirida, de esta manera el Estado tuvo que redefinir sus políticas llevadas a cabo, y recurrió a recortar el gasto público que destinaba a todas las prestaciones sociales. Este fue el comienzo de la crisis del Estado Benefactor en México, la cual se desplegaría en un entorno de dificultades para las economías de América Latina, pues muchos países latinos estaban en una situación similar de crisis financiera con altos niveles de deuda. En este contexto el rol del Estado entra en reestructuración, donde ahora se hablaría de una economía de libre mercado, en la cual la intervención del gobierno tendría que ser mínima, y tomaría fuerza el principio de austeridad en la política económica.

Ante un nuevo panorama económico, como respuestas a las crisis económicas y por imposición al negociar la deuda externa, México al igual que otros países en desarrollo se vio precisado a seguir un régimen de acumulación guiado por las finanzas y los lineamientos un modelo neoliberal, el cual de primera instancia rompe con la intervención del Estado en el papel protagónico que venía manejando en pro del bienestar social. Igualmente, a nivel mundial y nacional se consolidó al mercado como el eje central del equilibrio económico, y empezó a ser percibido con una posición por encima del Estado, como un elemento al que se le debe otorgar una preferencia absoluta, pues estaría encargado por medio del libre intercambio de precios y mercancías de llevar a la sociedad a un equilibrio. Así, el mercado es visto como el generador de riqueza y ganancia, por consiguiente, al predominar un libre intercambio el bienestar económico es logrado por simple añadidura.

Si bien el Estado deja de participar como regulador en la economía, sus funciones se desviarían a brindar incentivos económicos a las grandes empresas transnacionales, y a inversionistas financieros institucionales (*hedge funds*, fondos mutuales, aseguradoras,

fondos de inversión, fondos de pensiones), pues ahora las problemáticas sociales pasan a segundo plano.

En términos generales, el nuevo modelo económico y político busca romper y desprenderse de todos los supuestos y pilares sobre los cuales se había creado el régimen del Estado Benefactor, ahora los nuevos cimientos serían basados en la liberación del mercado, en ese sentido las economías comenzarían a abrirse al exterior, aunado a esto se tiene a la privatización de empresas como un nuevo mecanismo de apropiación, así como la implementación de políticas de austeridad tanto monetaria como fiscal, la clase social pierde su nivel de importancia y pasa a ser reconocida como grupos de interés que se saben están ahí, es así que dentro de este régimen se promueve un individualismo que responde a intereses propios, que ha llevado a una estratificación notoria de las sociedades.

En América Latina la implementación oficial del nuevo modelo neoliberal se da a partir del Plan Brady (1989), y el Consenso de Washington en 1990, con los cuales se buscaba estipular políticas “para ayudar a salir a los países latinos de la crisis que venían manejando”, de esta manera las nuevas alternancias de gobiernos tenían que responder a:

Mantener una disciplina fiscal: donde el déficit debería ser el mínimo que se pudiera financiar.

Austeridad en el gasto público: Los recursos del gobierno se deberían enfocar en proyectos que cuenten con una retribución económica y que a su vez ayuden a mantener una igualdad en la distribución de los ingresos, de esta manera se pasa a renunciar a los proyectos populares.

Reforma fiscal: se tendrían que ampliar los impuestos.

Tasa de interés positiva: las tasas de interés ahora estarían definidas por el mercado, buscando que esta se mantenga positiva a través de la eliminación de tasas preferenciales.

Tipo de cambio positivo: como se habla de una economía de libre mercado, se considera importante que el tipo de cambio se mantenga unificado, y a la vez que éste sea atractivo para alentar a las exportaciones y especulaciones positivas.

Liberalización de la economía: Cualquier tipo de proteccionismo que manejen las economías debía de ser eliminado, de tal manera que se mantenga un libre juego sin favoritismo a la empresa nacional.

Liberación en la inversión extranjera: permitir que empresas extranjeras ingresen a las nuevas economías, manejándose un dinamismo de empresa nacional y extranjera.

Privatización: Comenzar a privatizar empresas nacionales, para que estas tuvieran una mejor administración.

Desregulación: Las regulaciones solo deberían enfocarse a rubros como seguridad, medio ambiente, o supervisión.

Derechos de propiedad: Deberían de ser seguros y extendidos al sector informal.

El principio rector que guiaría dichos puntos se enfocaría en hacer uso de todo lo que el mercado podía brindar a las economías, poco a poco este consenso paso a ser universal para el año de 1990.

En México las políticas de liberación económica comienzan a partir de 1982 buscando salir de la crisis, como primer punto se tuvo comienzo de la austeridad en el gasto público, reducción acorde a los puntos planteados en el consenso de Washington, y que fue una condicionante para que los organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional siguieran brindando ayuda al gobierno mexicano, su ingreso a la economía global quedó estipulado con su ingreso al Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT).

Como consecuencia de dicho recorte se tuvo una afectación a todos los programas sociales que en modelo de sustitución de importaciones se habían originado y buscando la descentralización tanto de la salud como de educación pues se planteaba que al designar y distribuir las responsabilidades entre los gobiernos estatales que conocen más a fondo las necesidades de su población los recursos destinados por el gobierno podrían tener una racionalidad mejor, y eliminar todos esos subsidios que se habían brindado en la alimentación y vivienda, pues se consideraban como no remunerables económicamente.

De esta manera, en México desapareció una serie de proyectos de apoyo estatal para impulsar el crecimiento y desarrollo, entre ellos estuvieron: Programa Integral para el Desarrollo Rural, la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados y el Sistema Alimentario Mexicano. Para que la sociedad no se notara más perjudicada se buscó mantener en el ámbito de salud al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en cuanto alimentación la CONASUPO. Por otro lado, los gobiernos comenzaron a apostar por la apertura comercial, de esta manera a partir de 1990 inició la privatización de empresas estatales como: Altos Hornos de México, Siderúrgica Lázaro Cárdenas, Siderúrgica Nacional, Mexicana de Aviación y Aeronaves de México, Mexcobre, Minera Mexicana, Almacenes Nacionales de Deposito, Teléfonos de México, el proceso de privatización se continuó por varios años. En este contexto, México firmó una alianza comercial con los Estados Unidos y Canadá en 1994 conocida como el Tratado de Comercio del Libre Mercado (TLCAN) para tratar un mayor intercambio de bienes entre los tres países.

Los estragos causados por la eliminación de los programas sociales han sido cada vez más evidentes, y para tratar de mitigarlos han sido implementados algunos otros proyectos tales como el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), para calmar las críticas que se le estaban dando al modelo neoliberal y a su vez buscar cubrir algunas necesidades de la

población que cada vez se encontraba en una situación más marginal y de pobreza. En esta misma orientación fue creado el Programa para Superar la Pobreza, y uno de los más importantes que subsiste a la fecha es el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) que hoy en día todos lo conocemos como Oportunidades.

En el presente siglo la economía mexicana se sigue viendo inmersa en sucesivas reformas estructurales inversas a los logros plasmados en la Constitución Mexicana. Ahora, se ha dejado de buscar respetar las garantías individuales y los derechos laborales expresados en el art. 123, para centrarse en realizar reformas laborales que vuelvan al país atractivo para la empresa transnacional, por medio de abaratamiento de la mano de obra, favoritismo fiscal consistente en menor cobro de impuesto e incluso exención, y desregularizaciones. Estas acciones estatales han ensanchado y profundizado la pobreza en el país al grado de que, con base a datos del CONEVAL, para el 2008 el total de la población en situación de pobreza era del 44.4%, prácticamente la mitad del país estaba en esta situación, para el 2014 esta cifra aumentó dos por ciento a 46.48, y aunque para el 2018 logró bajar a 41%, en 2022 después de la crisis sanitaria por la Pandemia Covid-19, de nuevo el porcentaje de población en pobreza ha llegado a el 43.9 % haciendo más visibles las carencias. Innumerables han sido los movimientos que en la última década han tratado de parar la privatización no sólo de empresas, sino también de servicios estatales para tratar sin éxito de evitar que estos lleguen a tocar instituciones como el seguro social o la secretaria de educación.

Capítulo 2

Formación del Sistema de Salud en México

La seguridad social la podemos definir con base en la conceptualización realizada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT): “Es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes de trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia”. El acceso a la seguridad ha sido concebido como un logro mundial por parte de los trabajadores que a finales del S.XIX e inicios del S.XX se organizaron en lucha para exigir una protección a su salud laboral. En la Declaración de Filadelfia de 1944, se logró precisar que la seguridad social es un derecho fundamental, y en 1948 fue reconfirmado como tal en la Declaración Universal de los Derechos humanos, al cual todas las personas sin distinción alguna deben tener acceso.

La importancia de la seguridad social no solo se sitúa en un contexto laboral de “patrón-trabajador”, se extiende a nivel sociedad, por lo que no puede desarrollarse ni funcionar bien, si sus individuos mueren y/o enferman constantemente por estar desprotegidos, o bien, si la protección a la que tienen acceso no es eficaz o está limitada por el ingreso. De esta manera la seguridad social puede ser vista como una alternativa para la integración social, así como para la mejora en la calidad de vida de los diferentes grupos de la sociedad.

Por otro lado, en términos generales, la salud siempre ha sido un factor determinante en el bienestar de la sociedad, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la determina como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de

afecciones o enfermedades”. Asimismo, la salud es reconocida como un derecho fundamental, al cual no solo se puede limitar a que todas las personas tengan acceso a ella, sino que además los servicios de salud a los que la sociedad acceda deben ser oportunos, idóneos, profesionales y responsables.

Antecedentes Históricos

La perspectiva que se ha tenido de la salud en México a lo largo de los años ha pasado por un proceso tanto estructural como ideológico. Durante los siglos XVIII y XIX en el país se carecía de un órgano, sector o institución que se dedicara específicamente a llevar a cabo asuntos relacionados a la salud, así como ver por su aprovisionamiento. Los hospitales de aquellos tiempos eran vistos como unidades de caridad y/o beneficencia, donde se atendían, viudas, huérfanos o personas en situación de calle, por otro lado, el personal que laboraba en aquellas unidades, no eran concebidos como “médicos”, la mayoría de ellos eran personas que a través de la caridad buscaban cumplir con un mandato divino, por lo cual la medicina aún no era percibida como una profesión.

Es en el año de 1905 cuando se da mayor énfasis a la salud como respuesta a la disminución de la población por los constantes enfrentamientos armados y las pestes que azotaban a la población como la tifoidea y la peste bubónica. Es en ese tiempo cuando se crea el Hospital General de México, y la salud dejó de ser vista como una actividad de caridad, sin embargo, se tenía un enfoque muy limitado de la salud asociada a un ambiente saludable, dicho de otra manera se buscaba hacer frente a los problemas de salud por medio de actividades de saneamiento como promover higiene en el aire, con la recolección de basura, limpieza de las

calles, buscar en su totalidad el aseguramiento del agua y de los alimentos.¹ Estas actividades contribuyen a lograr mantener la salud de los habitantes, pero sólo son una parte de las tareas a realizar en una comunidad.

Para el año de 1917 la salud pasó a ser vista como un campo en donde debería de intervenir el Estado, de esta manera se crea el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública, ambos organismos trabajarían de manera simultánea, el primero fungiría como asesor y gestión de medidas, mientras que el segundo por su parte tendría a su cargo la tarea de asignar los recursos y establecer normas que ayudaran en hacer frente a las epidemias. El aumento de la participación del gobierno en los asuntos de la salud se hacía notar cada vez más de una manera integral y centralizada, poco a poco la administración del gobierno buscaba expandir el acceso a los servicios de salud, muestra de ello es la creación de las Unidades Sanitarias Corporativas, las cuales, dentro de sus principales funciones tenían llevar a cabo las estadísticas de salud, procurar mantener el control de enfermedades infecciosas, y seguir incentivando las actividades de saneamiento. En el año 1931 surgen los Servicios de Higiene Rural, la finalidad de estos era llevar a las comunidades rurales servicios de prevención como la vacunación, medidas de higiene escolar y los servicios materno-infantiles.

Pocos años después, en 1936 se da origen a los Servicios Médicos Ejidales Corporativos, destinados a las zonas rurales con mayor actividad agrícola, estos servicios llevaban hospitales, centros de salud y personal médico a las zonas más alejadas del país, cabe

¹ Frenk (2008, Pág. 20) señala que, “este hospital también anunció la lenta pero consistente declinación de una corriente dentro del gobierno que pugnaba por una medicina estatal concentrada en actividades de salud ambiental”

mencionar que gran parte de dicho personal eran médicos que se encontraban realizando su servicio social. De esta manera se puede concluir que con la administración de Lázaro Cárdenas en el periodo de 1934 a 1940, se sientan las primeras bases para hablar de la salud en un término de “asistencia”, esto se da primeramente a través de la creación del Departamento de Asistencia Social Infantil (1937). Frenk (2008, Pág. 22) nos dice que dicho departamento pasó a ser reconocido como la primera estructura independiente del gobierno que trataba con asuntos de asistencia médica. Como segunda institución de seguridad social creada en México durante el año 1936, tenemos el surgimiento de la Secretaría de Asistencia Pública, con la cual no solo se buscaba que toda la población tuviera acceso a los servicios de salud, también se pretendía que estos alcanzaran un desarrollo integral con capacidad para satisfacer las necesidades de sobrevivencia a nivel nacional.

En el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se rememoran sus cimientos, y se lee: “A principios de la década de los cuarenta ya se vislumbraba la coexistencia de tres guías para la asignación de recursos públicos en materia de salud [...]: 1) El enfoque sobre problemas de salud muy específicos, caracterizado por las campañas sanitarias iniciadas en las Unidades Sanitarias Cooperativas, 2) La asignación de recursos a servicios no personales y en menor medida asistenciales para la totalidad de residentes de estados y municipios, tal y como era la misión de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados; y 3) La canalización de recursos públicos y privados para servicios personales de salud, en beneficio de grupos estratégicos para la producción, por medio de contribuciones de trabajadores, aportadores de capital y gobierno.” (Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 pag.6)

Primera Reforma al Sistema de Salud 1943

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud como aquellas acciones que, “ implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.[...] El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar” (Organización Panamericana de la Salud, 2021)

La primera generación de reformas al sistema de salud se da en 1943 dentro del contexto político-social que buscaba dar respuesta a la industrialización, y al aumento de la demanda doméstica y externa, ambas, consecuencia del auge en el comercio con otros países. A la par, este dinamismo económico se traducía en mayor inversión en infraestructura vial, de comunicaciones y energía, acompañada de proyectos sociales como la salud y educación, permitiendo un mayor desarrollo económico-social en el país con mayor uso de avances tecnológicos, y recursos generados internamente.

En este contexto surge en agosto de 1943 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), quedando así unificado el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia

Pública. De la mano vinieron la creación de dos instituciones fundamentales en la historia del sistema de salud mexicano: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como una institución que dentro de sus principales funciones tendría el manejo de los recursos por contribuciones por parte del gobierno, patrón y trabajador; así como dar prioridad de atención a la salud a los trabajadores que estuvieran afiliados, y el Hospital Infantil de México. Dentro de las actividades principales que tendría la SSA sería el asignar los recursos a los servicios de salud, buscar que dichos servicios llegaran a cubrir a la población abierta, y llevar adelante acciones de prevención para epidemias.

A finales de los años cincuenta, en 1959 es creado el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), es el encargado de proporcionar atención médica a la población de burócratas federales, hasta este punto, se tenía cubierta dos partes de la población, los trabajadores del sector formal y los trabajadores del gobierno. Casi veinte años más tarde, en 1976 se buscó dotar de los servicios de salud a la población perteneciente a las fuerzas armadas con la creación del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México.

Un rasgo importante del periodo de construcción institucional del sistema de seguridad social en México, y a la vez su principal falla, fue la segmentación de la población en grupos. Por un lado se tenía a la población afiliada al IMSS (derechohabientes), la población asegurada por pertenecer a la burocracia federal, y por otro lado la población perteneciente al ejército, dejando de un lado a la población no afiliada (población abierta) la cual estaba a merced de la SSA, que poco a poco comenzaba a perder su poder como regulador de la asignación de recursos, situación que quedaba de manifiesto en la naciente población centralizada, y en las diferencias de la calidad de los servicios médicos brindados entre instituciones. Sin embargo,

es innegable que en términos generales se buscaba hacer frente a la atención médica por medio de la creación de institutos que a la fecha muchos de ellos siguen en funcionamiento, pero se ignoró la importancia de crear políticas que promovieran y ayudarán a la salud pública para hacer frente a la inequidad que se empezaba a generar entre la población debido, en cierta forma al aumento relativo de enfermedades no transmisibles y a que los servicios de salud no llegaban a todas las poblaciones. Además, el IMSS estaba incurriendo en un gasto muy grande, puesto que la cobertura del IMSS iba en aumento como respuesta a la creciente actividad industrial y manufacturera del país.² Estas condiciones fueron el argumento para reformar el sistema de salud en los años 1970 y 1980.

Segunda Reforma al Sistema de Salud 1979-1988

La segunda reforma surge bajo una necesidad del Estado por ampliar la cobertura de los servicios de salud y facilitar su acceso, rompiendo así con la centralización originada en la primera reforma; así mismo se necesitaba velar por mecanismos que contribuyeran a una redistribución equitativa de los recursos económicos entre las diversas dependencias de salud, como primer respuesta a dichos objetivos se crea en 1979 el Programa IMSS-Coplamar, el cual buscaba hacer un uso eficiente de los ingresos generados con el auge

²“A partir de los años sesenta, el PIB creció a tasas promedio superiores a 6 por ciento anual y tan sólo en el segundo lustro de la década el IMSS duplicó su cobertura. El acelerado crecimiento de la clase media permitió una mayor oferta de servicios privados. Asimismo, se procuró la ampliación y regionalización de los servicios asistenciales de la SSA, tanto en el medio urbano como en el rural. No obstante, dichos servicios no se enfocaron a la población marginada inequívocamente. Se privilegió, en cambio, la ubicación geográfica y el cobro por servicios con base en escalas móviles relativas a la capacidad de pago. Con esta oferta ciertamente los grupos de mayores ingresos se beneficiaron, pero lo hicieron en mayor medida los asegurados y la propia clase media, quienes tuvieron mayores servicios a su alcance” (Programa de Reforma al sector Salud 1995-2000, pág. 8)

petrolero³ y así poder construir más unidades médicas y hospitales rurales, cabe mencionar que dicho programa estuvo siempre administrado por el IMSS.

La descentralización consistía en delegar a los Estados ciertas atribuciones legales, enfocadas a los servicios de salud, a su vez estas tendrían que acatar y aplicar las decisiones tomadas por el órgano central, cualquier medida tomada y/o implementada debería ser con base a cumplir el objetivo principal de la descentralización: el proveer a la población abierta de un servicio de salud que fuera de calidad y eficiente, al cual todos pudieran tener acceso, sin estar limitado o condicionado por cualquier aspecto ya fuera étnico, religioso, económico, entre otros. Se crea así en 1982 la Coordinación de los Servicio de Salud de la Presidencia de la República, como un órgano que velara porque la descentralización tuviera éxito y llevar a cabo las medidas necesarias para empezar a expender los servicios de salud.

Otro punto importante por mencionar tiene que ver, que al delegar dichas funciones también se abría la posibilidad a los Estados de diseñar y enfocar políticas públicas, que se acoplaran a su población y a los problemas que estas estuvieran enfrentando.

Debido a que esto conllevaba a una gran responsabilidad por parte de los Estados, muchos de estos pusieron trabas o simplemente se negaron a ser partícipes de la nueva iniciativa estructural, esto provoco que la descentralización se aplicara solamente en catorce estados de la república.

³ En 1978 en México se descubrieron nuevos yacimientos de petróleo en Chiapas y Tabasco, de esta manera en la presidencia de López Portillo, se tuvo un acenso de las reservas y su precio. Pasando a ser de 11 mil millones en 1976 a 40 mil millones. (Nexos, 1979)

El segundo aspecto, uno de los más importantes, en la historia del Sistema de Salud Mexicano fue que, el 3 de febrero de 1983 México reconoce en el artículo 4 de su Constitución Política el Derecho a la Protección de la Salud, y de esta manera la concibe como un derecho fundamental⁴. Podemos decir que, a diferencia del resto del mundo, México se tardó en dar la importancia debida a dicho servicio, y sobre todo en aceptarlo como un derecho ciudadano⁵ y garantía individual. Este cambio ha quedado expresado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de la siguiente manera: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y sus entidades en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

A finales de ese mismo año y como mecanismo para reforzar el reconocimiento al nuevo derecho ciudadano se aprobó la Ley General de Salud, la cual fue implementada a partir del 7 de febrero de 1984. Esta ley consistiría en “establecer las bases jurídicas para hacer efectivo ese derecho; definir la participación y responsabilidades de los sectores público, social y privado; establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud; reglamentar la prestación de servicios; actualizar y completar la normatividad en materia de salubridad

⁴ La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoció a la salud como un derecho fundamental el 10 de diciembre de 1948 durante una Asamblea de París, al ser un derecho fundamental, éste debería ser protegido por todo el mundo. Así surge el artículo 25 de la Ley General de Salud: “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad [...] La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social*” (La Declaración Universal de los Derechos Humanos, ONU).

⁵ En la Constitución de 1917 se habla de la salud, pero vista como un servicio exclusivo para la población asalariada y sus familiares, conocida como población afiliada, lo cual excluía al resto de la población.

general y clarificar la distribución de competencias entre las autoridades sanitarias.”⁶

Asimismo, la secretaria de Salud y Asistencia fue nombrada la secretaria de Salud, que a la fecha sigue vigente con respectivo nombre.

Aunque la visión y objetivo de esta segunda reforma parecía muy prometedor, tanto para el gobierno como para el Estado, existía el problema de buscar que el servicio de salud llegaría a todos los estados de la república, y que éstos usaran de forma responsable los recursos económicos que llegarían a sus manos, de tal manera que velaran por el bienestar de la sociedad.

Tercera Reforma al Sistema de Salud 1995

La tercera generación de reformas es también conocida como la segunda descentralización debido a que, era necesario seguir tratando de expandir los servicios de salud en los estados sin participación en dicha iniciativa. En los años noventa, a nivel mundial se buscaba mejorar la operatividad de los sistemas de salud, y no solo brindar un servicio eficiente, y de calidad. En esta etapa se comenzaría a pugnar por no incurrir en grandes costos por los cuidados de la salud, y se promovió crear programas de salud preventiva con participación ciudadana.

Dentro de los nuevos objetivos del gobierno mexicano estaría el buscar una mejor distribución del gasto federal, para eso se respondería a los problemas de mortalidad y marginación, procurando otorgar un poco más de recursos a los estados con índices altos. Por otro lado, un objetivo particular en las zonas urbanas consistía en afiliar a la población empleada en la economía informal a los servicios médicos del IMSS bajo la modalidad del

⁶Soberón-Acevedo, G. (1987). II. El sustento jurídico del cambio estructural. *Salud Pública De México*, 29(2), 146. Recuperado a partir de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/291>

Seguro de Salud para la Familia. De esta manera se estaría dando respuesta al derecho de salud ciudadana, y los trabajadores podrían afiliarse a sus familias a los servicios de salud.

En agosto de 1997 inició la implementación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) con la finalidad de brindar a las familias de bajos recursos, de las zonas rurales y urbanas, una cantidad fija de dinero para cuidados de salud, educación, alimentación, y para contrarrestar los estragos propios de vivir en condiciones de marginación y pobreza⁷.

El cambio más notable que se tuvo en cuanto a la concepción de la salud consistió en que las reformas anteriores enfatizaron en atender los problemas de salud, ahora la prioridad sería prevenir los problemas de salud para disminuir los costos y riesgos para la población en general. Por lo tanto, iniciaron las jornadas de vacunación para disminuir las enfermedades de la salud infantil⁸, las pláticas con temáticas de saneamiento del ambiente para hacerle frente a enfermedades gastrointestinales y respiratorias, y fueron promovidos entre la población hábitos saludables. La organización y coordinación de las tareas mencionadas fueron asignadas a la Confederación Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), institución nombrada como delegada de vigilar que establecimientos y demás lugares cumplieran con las normas de salud necesarias.

Por otro lado, se buscaba reducir el riesgo entre las mujeres al momento de la concepción, así que las jornadas de salud abarcarían situaciones como la planificación familiar, la

⁷ En 1997 se beneficiaron 456 municipios, para 1998 este número subiría a 1743 y para 1999 la cifra llegaría a ser de 2002 que se traduciría en 2 298 596 familias beneficiadas. (Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo)

⁸ “En la última década del siglo pasado se echó a andar el Programa de Vacunación Universal, que ha alcanzado coberturas muy amplias en menores de cinco años y que permitió erradicar la poliomielitis, eliminar la difteria y el tétanos neonatal, y controlar la tosferina, la parotiditis, la rubéola y el sarampión” (Gómez, 2019 Pág. 208)

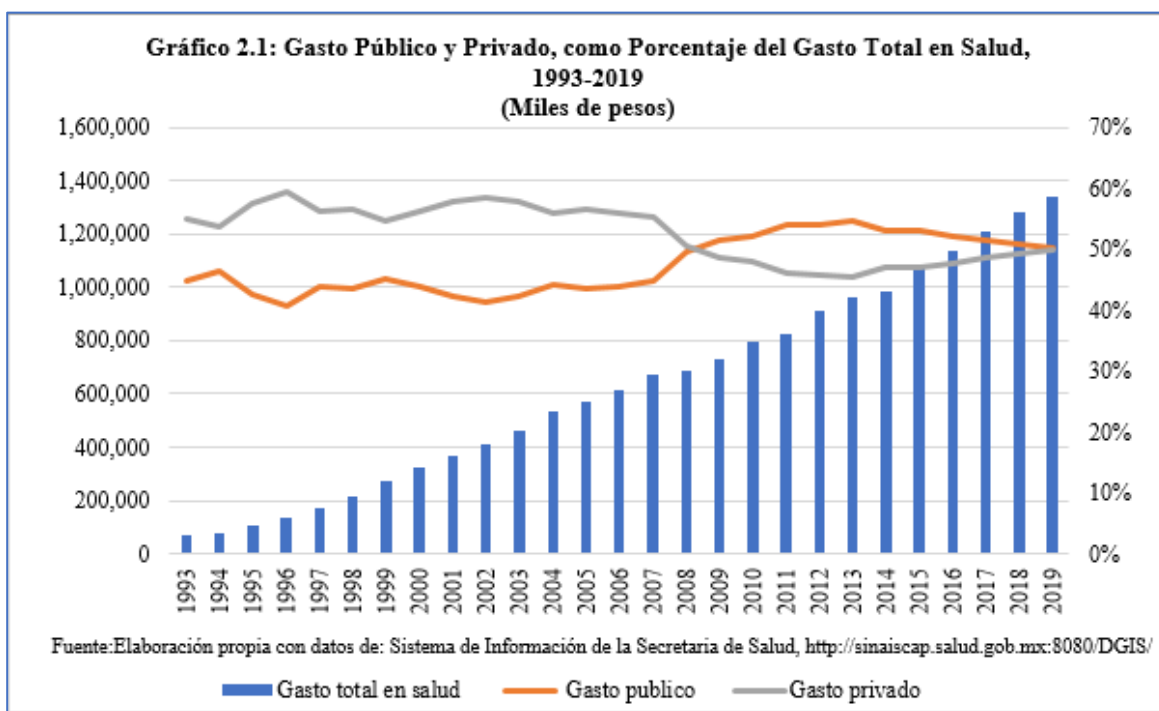
prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual. Además, como en años anteriores, se habían incrementado las enfermedades transmisibles, y generadas por malos hábitos de alimentación y sedentarismo, por lo que, para evitar su recurrencia, se tenía que prevenir, y tratar de frenar el aumento acelerado de padecimientos como la hipertensión, obesidad, diabetes, entre otras morbilidades crónicas.

Estructura del Sistema de Salud

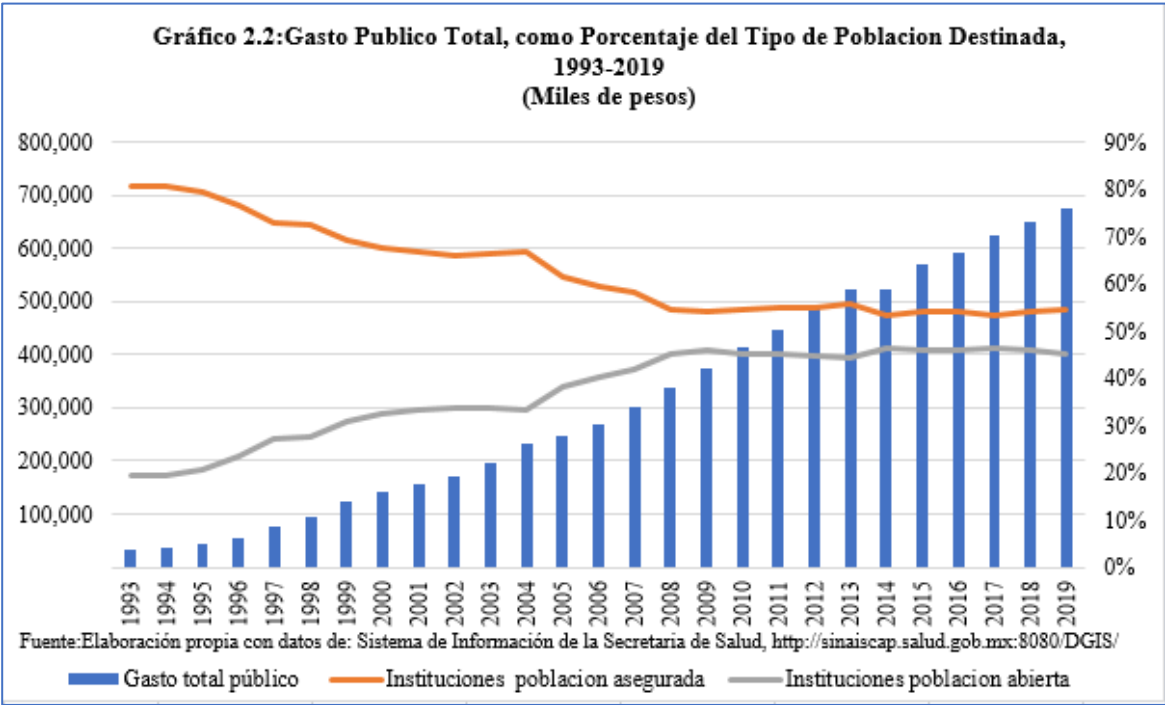
El sistema de salud público mexicano está segmentado entre las instituciones que brindan sus servicios de seguridad social a las personas aseguradas bajo ciertos parámetros, dentro de estas encontramos: El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicio de Salud de Petróleos Mexicanos y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Por otro lado, encontramos a las instituciones destinadas a brindar sus servicios a la población abierta como la Secretaría de Salud, actualmente Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), y algunos programas como lo son IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular, dichas Instituciones de Salud funcionan con los recursos que se los financia, ya sea a través del gasto público destinado por el Gobierno y/o por el gasto privado que tiene que ver con el desembolso por parte de terceras personas.

Cómo podemos observar en el gráfico 2.1, desde 1993 y a punto de comenzar la segunda descentralización de los servicios de salud, el gasto total en el sector va en un constante aumento, esto como respuesta a la inminente necesidad de hacer llegar a toda la república mexicana los servicios de salud y sobre todo el lograr afiliar a la mayoría de la población que cada vez iba en mayor aumento, siendo así que de 69,928 millones de pesos en 1993, se pasó

a un financiamiento de 325,159 millones de pesos en el 2000, para 2019 y en solo 19 años esta cifra fue incrementada a 1,343,578 millones de pesos. Sin embargo, podemos percatarnos que entre 1993 y 2006 gran parte del aumento en el gasto de salud se debía a un mayor gasto privado que representó aproximadamente el 60%. Conforme avanzamos en el estudio, es posible observar que, si bien el gasto total aumenta, en los últimos cuatro años (2016-2019) este aumento es poco significativo respecto a como venía creciendo, siendo que apenas alcanzó un 18.45%.



En los primeros 15 años del periodo 1993 – 2019, gran parte del gasto público es destinada a las instituciones que se encargan de atender a la población asegurada como puede apreciarse en la gráfica 2.2, en la cual es notable la discrepancia entre las subvenciones recibidas entre las instituciones dedicadas a brindar asistencia de salud a la población abierta, y los centros de atención a personas aseguradas.



La población abierta apenas era acreedora del 10% del gasto total, a diferencia de la recepción del 80% por parte de los asegurados. Es importante recordar que en aquellos años la afiliación al IMSS e ISSSTE comenzó a crecer más y con ello el gasto en las instituciones, por lo tanto, podemos deducir que conforme pasaron los años, y tomando en cuenta que las administraciones de gobierno comenzaban a optar por hacer que todas las personas hicieran válido su derecho a la salud es que la proporción destinada a las instituciones para auxilio de la población abierta va en aumento, no obstante, este crecimiento fue lento, y entre los años 2008 - 2019 su tendencia se mantuvo en un rango de 40 a 50%.

Por otro lado, el gasto destinado a las instituciones afiliadas se mantiene en un efecto espejo. En términos generales podemos observar que en los últimos 10 años el gasto destinado por el gobierno al ámbito de salud ha experimentado una baja, y se encamina a mantener una redistribución de los ingresos a partes iguales entre las instituciones encargadas de atender a la población abierta y las destinadas al derechohabiente. Esta condición exige visualizar las funciones desempeñadas por las distintas instituciones de salud activas en el país.

Instituciones de Salud

IMSS: Esta institución se encarga de brindar seguridad social a sus afiliados, dicha “afiliación directa” puede ser obtenida por la vía de “régimen obligatorio”, en la cual se tiene acceso a sus servicios porque se mantiene una relación laboral,⁹ y por ser miembros de una sociedad corporativa. Dentro de sus servicios de salud encontramos atención por: riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, retiro, cesantía por edad avanzada y vejez, por ultimo las guarderías y prestaciones sociales.

Por otra parte, tenemos el “régimen voluntario”, que, a diferencia de lo anterior, hablamos de una afiliación “indirecta”, debido a que aquí se encuentra aquella parte de la población que debido a ciertos acuerdos puede acceder a esta seguridad social, como los familiares directos de los trabajadores del régimen obligatorio (Seguro de Salud para la Familia), y los estudiantes afiliados al Seguro Facultativo. La cobertura del régimen voluntario permite también afiliar a trabajadores de industrias familiares, entidades y municipios que carezcan

⁹ El artículo 15 de la Ley del Seguro Social fracción I, nos dice en términos generales que los patrones se ven obligado a registrar e inscribir a sus trabajadores con los que mantienen una relación laboral de trabajo subordinado y remunerado, en el instituto, así como comunicar sus altas y bajas. Ley del Seguro Social (2021) pág. 5

de una cobertura y algunas personas que se desarrollen en las administraciones públicas de la Federación.

Al ser una institución encargada de trabajadores que se desarrollan en el sector público su financiamiento se ve otorgado por las aportaciones generadas por los patrones, aquellas brindadas por los empleados en cada nómina como pago automático, y los recursos otorgados por parte del Gobierno. Para el caso de las prestaciones que son dadas en dinero como lo es en el caso del seguro de enfermedades y maternidad, las proporciones de su financiamiento deberán ir acordes al artículo 107 de la Ley del Seguro Social, de esta manera la cuota partirá del 1% del salario base de cotización, de tal manera que los patrones otorgan el 70%, los trabajadores el 25% y por último el Gobierno el 5%.¹⁰

ISSSTE: A diferencia del IMSS, esta institución se encarga de brindar la seguridad social a todos los trabajadores que se desenvuelven dentro de la Administración Pública Federal, esto abarca a pensionados, jubilados y familiares, otorgándoles a estos derechohabientes seguros de salud por: atención médica preventiva, atención médica curativa y de maternidad y la atención de rehabilitación física y mental donde encontramos: riesgo de trabajo, retiro y cesantía en edad avanzada y vejez, invalidez y vida. Así mismo, pueden gozar de prestaciones como son: préstamos hipotecarios, financiamiento para la vivienda, o bien préstamos para poder adquirir ciertos bienes considerados como “duraderos”. A esto se anexan el acceso a servicios sociales como: servicios turísticos, funerarios, atención para el bienestar y desarrollo infantil, y servicios culturales.

¹⁰ Ley del Seguro Social, (1995), pág. 34

El financiamiento del ISSSTE se sustenta en las aportaciones brindadas por las entidades, las aportaciones voluntarias de los trabajadores y a su vez por las aportaciones otorgadas por el Gobierno. Con base al artículo 42 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el por ciento de cada cuota dependerá de si se trata de trabajadores activos y sus familiares derechohabientes o si en su caso hablamos de pensionados y sus respectivos familiares derechohabientes, las aportaciones partirán del salario base de cotización.

Para el primer grupo de trabajadores activos y familiares: el trabajador tendrá que aportar 2.75%, a las dependencias y entidades les corresponde el 7.375%.

En el caso del segundo grupo correspondiente a pensionados y familiares: trabajadores aportan .625%, las dependencias y entidades .72%.

En el caso del Gobierno y, para ambos grupos su cuota parte del salario mínimo general del cual aportará el 13.9%.¹¹

Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos: Estos servicios de Salud se encargan de atender principalmente a los trabajadores de Petróleos Mexicanos, así como a los pensionados, hijos menores de 18 años, mayores de edad pero en estado civil soltero con un rango de edad entre 18 y 25 años y que además estén estudiando, se da la posibilidad que accedan a las prestaciones los hijos mayores que se encuentran incapacitados en un 50%, las esposas siempre y cuando tengan el contrato marital (no en unión libre), los padres de los trabajadores, este servicio a diferencia de los antes mencionados, brinda la posibilidad de afiliar a los hermanos bajo dos normativas, la primera si son menores de edad, los cuales

¹¹ Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, (2007), Pág. 16

dependen económicamente del trabajador y que sus padres estén finados, por otro lado, se permite afiliar a hermanos mayores siempre y cuando estos estén incapacitados en un 50%.¹²

Los servicios a los cuales los afiliados pueden acceder abarcan desde las necesidades médico-quirúrgicas y terapéuticas, especialidades, servicios de gineco-obstetricia y programas institucionales preventivos, su financiamiento corresponde al 100% del gobierno federal, por lo cual los empleados no se ven en la necesidad de desembolsar alguna cuota.

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armada Mexicanas: Esta institución fue creada con la finalidad de atender a militares que estén en estado activo o retirados, sus afiliados y pensionados: militares activos, militares retirados, hijos menores de edad, también se pueden afiliar a hijos mayores inclusive hasta de 30 años, siempre y cuando estos dependan económicamente del padre y que se encuentren estudiando, así como aquellos hijos que no se encuentran aptos para trabajar como consecuencia de una enfermedad congénita, madre y padre, a la esposa siempre y cuando estén casados en contrato marital, y que además el militar la haya registrado como beneficiaria. Dentro de los servicios a los que se pueden acceder se encuentra la atención médico quirúrgica, hospitalaria y servicios materno infantil, su financiamiento es parecido al IMSS e ISSSTE, se sustenta de aportaciones por parte de militares y sus afiliados, el 15% aportado por el gobierno con base a los haberes (retiro y pensiones) y de cuotas de ocupación.

Secretaria de Salud: Como se mencionó en apartados anteriores, en un inicio conocida como Secretaria de Salud y Asistencia Pública, tenía como objetivo poner a disposición de la población abierta los servicios de salud pública, esto para poder hacer frente a las

¹² Pemex (2017). Contrato Colectivo de Trabajo

problemáticas de salud y también para lograr cubrir a las zonas rurales a donde era difícil acceder a dichos servicios. Es por ello que esta secretaría acabo creando centros de salud, para brindar servicios de salud generales, dichas unidades serían encontradas en zonas rurales, éstas a su vez han de contar con un médico general y enfermeras, dichas instituciones también sirven para apoyar el servicio de médicos y enfermeras pasantes, su financiamiento es a partir del gobierno y de cuotas mínimas por parte de la población, además de ofrecer una asistencia médica básica, también se encargan de realizar actividades de salud preventiva, como pláticas para la población, caravanas de vacunación, planificación familiar, caravanas de salud odontológica y de enfermedades congénitas como obesidad, diabetes, virus del papiloma humano entre otras.

Los hospitales también fungen un papel importante, estos son los encargados de brindar atención a la población abierta y la comunidad, dentro de sus servicios encontramos la atención preventiva, ambulatoria, curativa y de rehabilitación; para ofrecer dichos servicios sus instalaciones siempre deben contar con un gineco-obstetra, pediatra, cirujano general y medicina interna, anesthesiólogo y auxiliares.

En cuanto a programas para complementar dicha iniciativa tenemos al IMSS-Oportunidades, y así lograr complementar que las personas que habitan en zonas rurales-marginales puedan hacer valido su derecho a la salud y esto se vea traducido en una mejora para su bienestar, su financiamiento depende de lo presupuestado en el Decreto de Presupuestos de Egresos de la Federación, el cual proviene de dos vertientes una es otorgado por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público y la otra parte por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, dentro de sus servicios encontramos apoyo a la población por medio de becas a familias las cuales tienen como propósito brindar un apoyo económico para

cubrir necesidades al ámbito de: educación, salud y alimentos, los estudiantes que concluyen la educación media superior también pueden recibir becas por montos aproximadamente de 4,599 pesos mexicanos, y claro está, los beneficiarios de dicho programa pueden acceder a paquetes básicos de salud, esto para ayudar a prevenir enfermedades riesgosas, incentivar mejores hábitos para el autocuidado y la nutrición.

Por último, de todas las instituciones con base a la tabla 2.1, la institución que es acreedora de una mayor cantidad de recursos es el IMSS, la cual desde sus inicios presentaba problemas por los altos costos en los que incurría debido a la población creciente que se comenzaba a

afiliar, si lo comparamos con la Secretaría de Salud, podemos observar que esta apenas recibe la mitad de los recursos de la primera, seguida de ISSSTE, PEMEX y por último el ISSFAM.

Tabla 2.1: Gasto Destinado a las Instituciones de Salud, 1993-2019 (Miles de pesos)					
INSTITUCIONES DE SALUD					
Año	IMSS	ISSSTE	PEMEX	ISSFAM	Secretaria de Salud
1993	22,112	2,475	756	n.d.	6,088
1994	24,879	3,991	956	n.d.	7,239
1995	30,137	3,167	1,345	n.d.	9,048
1996	34,652	4,469	1,890	n.d.	12,622
1997	45,669	6,270	2,516	n.d.	20,287
1998	57,767	7,888	3,038	n.d.	12,372
1999	71,222	10,113	3,590	n.d.	14,207
2000	79,096	12,553	4,398	n.d.	16,261
2001	84,282	14,354	5,168	n.d.	18,114
2002	91,020	15,101	5,672	n.d.	20,127
2003	104,558	17,863	6,731	786	21,934
2004	129,644	18,940	6,991	764	23,694
2005	122,332	21,231	7,714	894	33,705
2006	128,716	22,948	8,322	1,049	41,548
2007	135,350	29,913	9,134	1,137	53,144
2008	141,811	32,005	10,292	1,227	69,743
2009	155,181	35,178	10,551	1,601	80,959
2010	173,929	39,511	10,626	1,691	86,766
2011	183,572	48,089	11,600	2,033	99,806
2012	199,555	46,156	12,431	2,278	112,737
2013	208,586	49,832	12,866	2,438	118,894
2014	199,593	47,308	12,904	2,628	120,828
2015	220,226	52,511	13,584	2,822	121,772
2016	229,478	52,853	13,769	3,099	124,341
2017	244,856	52,177	13,227	3,241	132,186
2018	261,381	55,029	13,539	3,586	n.d
2019	268,516	63,030	12,639	3,685	n.d

Fuente:Elaboracion propia con datos de: Sistema de Información de la Secretaria de Salud, <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Capítulo 3

Transformación del Sistema de Salud en Oaxaca

Introducción

En el mundo y en México, a medida que la pandemia por COVID-19 se fue prolongando comenzaron a visibilizarse los estragos no sólo a nivel sanitario, sino también a un nivel económico. Para hacer frente a la pandemia no bastaba con tener instalaciones médicas, estas, además, tendrían que contar con personal médico adecuado y especializado, recursos suficientes y uso eficiente de ellos. Las instalaciones médicas debían contar con las condiciones estructurales necesarias para realizar modificaciones a fin de hacerlas aptas para integrar el equipo médico requerido para atender la emergencia sanitaria. Además, es importante tener presente que cualquier pretensión de combatir una enfermedad desconocida, causante de muertes dado su alto nivel de contagio y expansión, iría ligada a contar con una fortaleza en los sistemas de seguridad social, los cuales tendrían que brindar todos sus servicios de salud sin exclusión alguna, y ofrecer la posibilidad de afiliación inmediata para toda la población que lo requiera.

Condiciones Socio-Económicas y Salud en Oaxaca

El estado de Oaxaca reconocido a nivel nacional y mundial por su amplia biodiversidad, gastronomía y cultura no ha escapado a la Pandemia Covid – 19 y también ha dejado en términos de salud, social y económicos mucho de qué hablar. Oaxaca es un territorio donde las carencias alimentarias, educativas, de vivienda y salud son evidentes, con base en los

datos obtenidos por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), se encuentra dentro de los 10 estados con mayor población en situación de pobreza, en 2008 del total de su población el 61.8% se encontraba en situación de pobreza, lo cual nos deja en un panorama donde más de la mitad de la población cuenta con al menos una carencia social, siendo la más alta para ese año el acceso a la seguridad social siendo su participación del 80.4%, seguida del acceso a los servicios básicos de vivienda 8%, pero estas cifras se vuelven más críticas si tomamos en cuenta que Oaxaca es el estado de la república con el mayor número de municipios siendo la cifra de 570, de los cuales de acuerdo con estimaciones del CONEVAL en 2020 312 municipios estaban clasificados en el rango de pobreza por arriba del 80%, es decir, estamos hablando de que sólo el 20% de los oaxaqueños tiene una situación de vida “aceptable”.

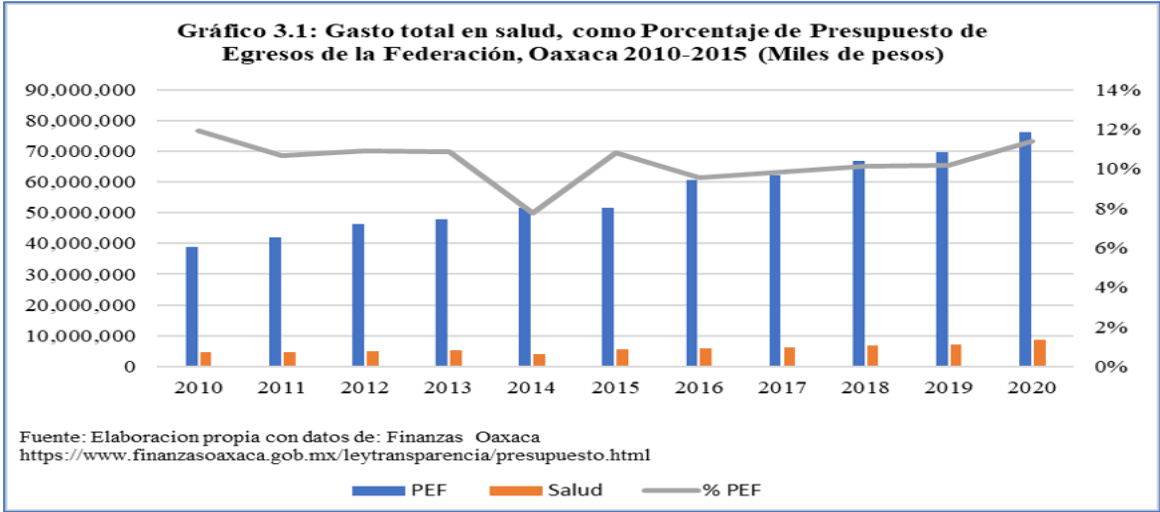
Por otro lado, y en un panorama favorable se pudiera esperar que el indicador de pobreza disminuyera, pero a medida que los años han pasado la pobreza en el estado ha ido en aumento, en 2017 llegó al 70.4% del total de su población, la carencia en acceso a la seguridad social y servicios básicos de vivienda se seguían manteniendo como los principales indicadores. En 2020 se reportó al 61.7% de la población, lo cual representa una bajada mínima ya que nos seguimos encontrando en la misma línea que en 2008 donde “el porcentaje de pobreza en Oaxaca es 24.4 puntos porcentuales mayor que el porcentaje nacional (41.9%)”¹³. En resumen, el estado de Oaxaca durante más de una década ha permanecido con más de la mitad de su población en situación menesterosa.

Como se mencionó anteriormente, las carencias principales son el acceso a una pensión o jubilación (ingreso continuo), y la seguridad social. Cabe mencionar que la importancia de

¹³ Informes de Pobreza y evaluación, 2020, Pág.14

estas radica en proveer a la población la seguridad de contar con acceso a servicios médicos, y así mismo brindarles a las personas la confianza de que al momento que se encuentren en complicaciones como desempleo, vejez, enfermedad, invalidez, accidentes, maternidad o muerte puedan contar con un sustento económico. En un panorama como el que vivimos actualmente con la contingencia sanitaria del COVID - 19 y de las nuevas enfermedades que a mitad del 2022 están surgiendo como la viruela del mono, contar con hospitales y clínicas equipadas, abastecidas de medicinas y personal médico, que la población pueda ejercer su derecho a la salud y seguridad social se vuela una prioridad.

Considerando el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para Oaxaca (véase gráfico 3.1), podríamos percibir que dicho presupuesto sigue una tenencia favorable, sin embargo, al analizar los datos por año en promedio la tasa de crecimiento es del 8%, pero esta tasa de crecimiento no es constante, del 2014 al 2015 su variación sólo alcanzó un 0.1%, y de dicho PEF apenas entre el 11% y 12% equivalen al gasto en salud que tampoco presenta un comportamiento constante, por el contrario tiende a oscilar mucho en el tiempo, siendo la baja más abrupta en el 2014.



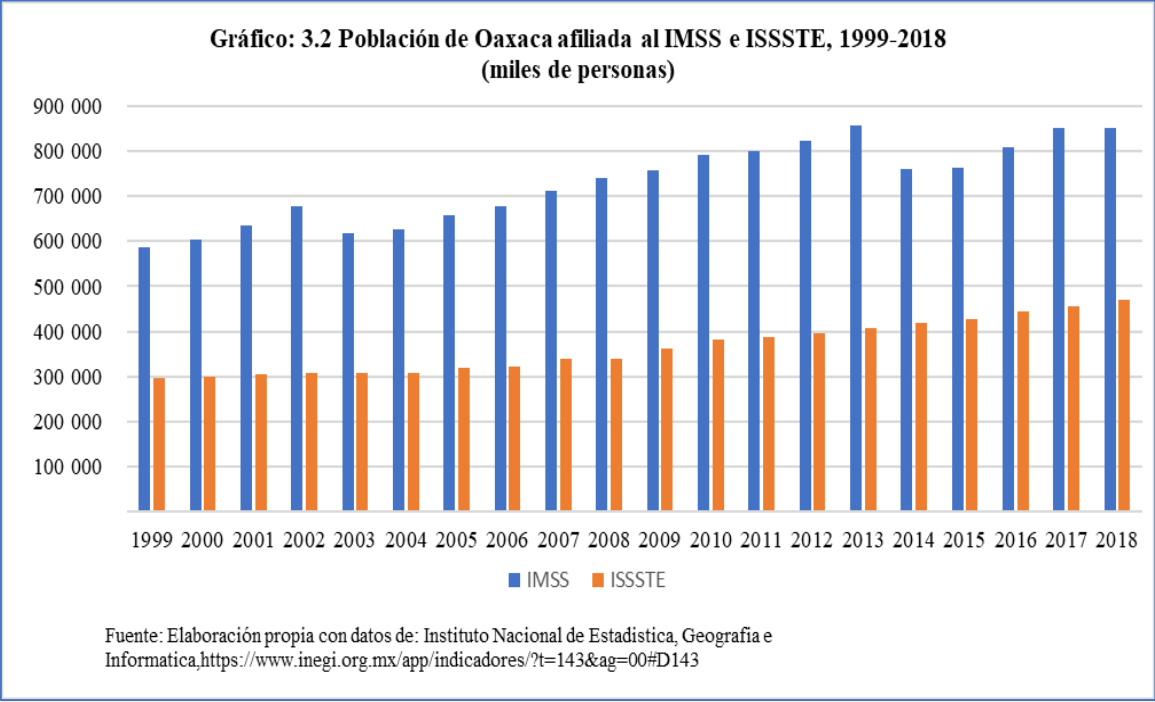
Podemos observar que hay muchas fluctuaciones en lo que va del 2010 al 2016 debido a que es un periodo en que el estado se vio envuelto en una crisis política y de legitimización por problemas que afectaron en gran medida las finanzas públicas de Oaxaca, así como su imagen. Es de suma importancia destacar que a pesar de ser Oaxaca uno de los estados mexicanos con un gran e histórico retraso educativo, el gobierno sostuvo una actitud persistentemente negativa por implementar una parte creciente del presupuesto al sector de educación porque se venía arrastrando un conflicto de intereses con La Asamblea Popular de los Pueblos de Oaxaca (APPO), y el gobierno estatal puso en práctica una política de represión y abuso de poder.

Aunado a esta conducta retardataria del gobierno estatal, la confianza en la gobernatura se rompió cuando en la administración 2006 – 2010 fue descubierto un desvío de dinero en los Servicios de Salud por el monto de 700 millones de pesos, y otro más por aproximadamente 736 millones de pesos en el rubro de caminos y carreteras. Además, estos fueron años con gran cantidad de obras inconclusas “elefantes blancos” siendo un número total de 102 obras destinadas al ámbito de la salud, desde hospitales, clínicas y centros de salud, y muchas de ellas se quedaron en la fase de construcción de los cimientos, de otras apenas se terminó el “cascaron”. En la actualidad estas obras se mantienen iguales, incluso se han deteriorado más, y algunas han dejado de existir o pasaron al dominio de las personas debido a que una parte de dichas construcciones habían sido realizadas en terrenos comunales.

Ninguna de las dos administraciones de gobierno posteriores al 2016 manifestó algún plan de acción para continuar la construcción de dichas obras, pues el precio de continuarlas y equiparlas costaría miles de millones, teniendo que hacer una reducción en otros rubros,

como podemos ver es mínimo el crecimiento de los fondos a salud del 2016 al 2020, y que gran parte del aumento en los último dos años se debe a la pandemia del COVID-19.

En México las principales instituciones públicas a las que pueden afiliarse las personas para contar con seguridad social son: el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La población de Oaxaca con afiliación al IMSS y al ISSSTE, desde los años 1980 y hasta las últimas dos décadas se ha mantenido en un rango de entre tres y cuatro millones de personas, como se muestra en la gráfica 3.2.



En términos generales podríamos decir que la mayoría de la población Oaxaqueña con seguridad social se encuentra afiliada al IMSS, considerando un rango promedio de 3.5 millones de habitantes, pero tendríamos que apenas representa el 30% del total de habitantes,

y por otro lado, el ISSSTE llega a cubrir en promedio sólo el 13%, por lo tanto, aun con estos dos organismos no se logra tener una cobertura de por lo menos la mitad de la población del estado, lo cual tiene sentido con las cifras que nos proporciona el CONEVAL.

Tabla 3.1 Tipo de Derechohabientes como Porcentaje del IMSS e ISSSTE, 1999-2018						
Institución	IMSS			ISSSTE		
Año	% Trabajadores	% Familiares	% Pensionados	% Trabajadores	% Familiares	% Pensionados
1999	32%	62%	5%	27%	70%	3%
2000	32%	62%	5%	27%	70%	4%
2001	34%	61%	5%	26%	70%	4%
2002	35%	60%	5%	26%	70%	4%
2003	41%	54%	6%	26%	69%	5%
2004	41%	53%	6%	26%	69%	5%
2005	41%	53%	6%	26%	69%	5%
2006	43%	51%	6%	26%	69%	5%
2007	44%	50%	6%	25%	70%	5%
2008	45%	50%	6%	25%	69%	6%
2009	45%	50%	6%	24%	69%	6%
2010	46%	48%	6%	24%	69%	8%
2011	44%	49%	7%	23%	69%	8%
2012	42%	51%	7%	23%	69%	8%
2013	43%	51%	7%	23%	68%	8%
2014	46%	46%	8%	23%	68%	9%
2015	45%	47%	8%	24%	67%	9%
2016	47%	45%	8%	24%	67%	9%
2017	47%	45%	8%	24%	67%	9%
2018	46%	45%	9%	25%	66%	9%

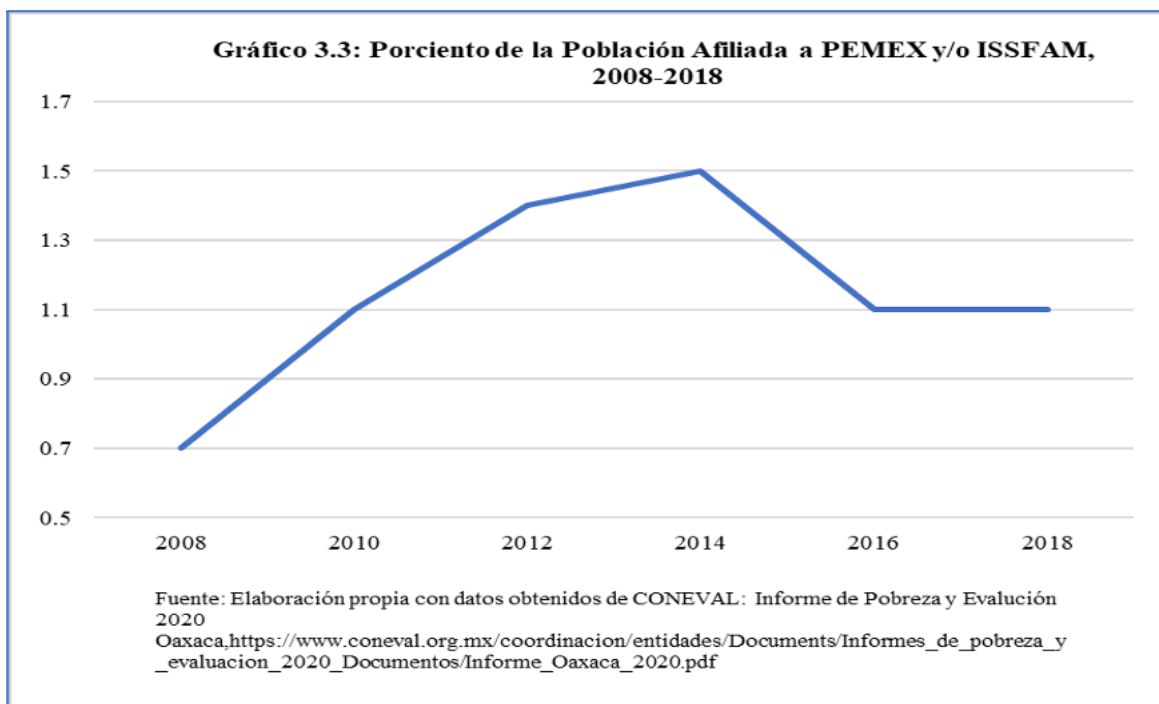
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de: Secretaría de Gobierno Anuarios Estadísticos, <https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>

Analizando los datos un poco más a profundidad y guiándonos por la tabla 3.1 referida al total de la población afiliada en ambas instituciones, en la mayoría de los años, la porción de derechohabientes es por el tipo de afiliación familiar. En el caso del ISSSTE se mantiene a lo largo del periodo una porción perteneciente a familiares del derechohabiente principal correspondiente al 70%, y es apenas del 23 al 25% la parte que corresponde a los trabajadores. En cuanto al IMSS en el periodo que va de 1999 y hasta el 2004 la relación de familiares

respecto a trabajadores es mayor, para el término de los años se llega a tener un 50%. Estas cifras resultan alarmantes si consideramos que Oaxaca es un estado muy grande, y donde la mayoría de su población se dedica a las actividades primarias.

De igual manera, por muchos años Oaxaca ha pertenecido a lista de los estados mexicanos con altos índice de trabajo informal, el cual cuenta entre una de sus principales características el no tener acceso a la seguridad social como prestación. Sin embargo, algunos trabajadores informales están afiliados al IMSS bajo alguna de las modalidades que ofrece la institución, es así como muchas de estas personas que son sus propios jefes brindan protección a sus familiares que desenvuelven juntamente con él sus labores y actividades económicas. Cada día es más común en el estado de Oaxaca presenciar un aumento del ambulante en las zonas turísticas, tan sólo en 2021 el INEGI reportó un incremento de 76 mil personas que prestan sus servicios en dicho sector. Conforme a datos obtenidos de Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo entre los años 2010 y 2018 la tasa de informalidad laboral para Oaxaca osciló entre el 75 y 81% del total de su Población Económicamente Activa (PEA).

Como se mencionaba en el capítulo 2, hay otras instituciones que brindan seguridad social en el estado de Oaxaca, sin embargo, estas son un poco más selectivas pues al igual que el ISSSTE sólo pueden acceder a estas formas de atención de salud las personas que trabajen para ciertas empresas y sus familiares, es el caso de PEMEX, y el ISSFAM. Como podemos darnos cuenta en el grafico 3.3 el porcentaje de la población total que es derechohabiente a estas instituciones de seguridad social es mínimo, escasamente alcanza entre el 0.7 y el 1.1%.

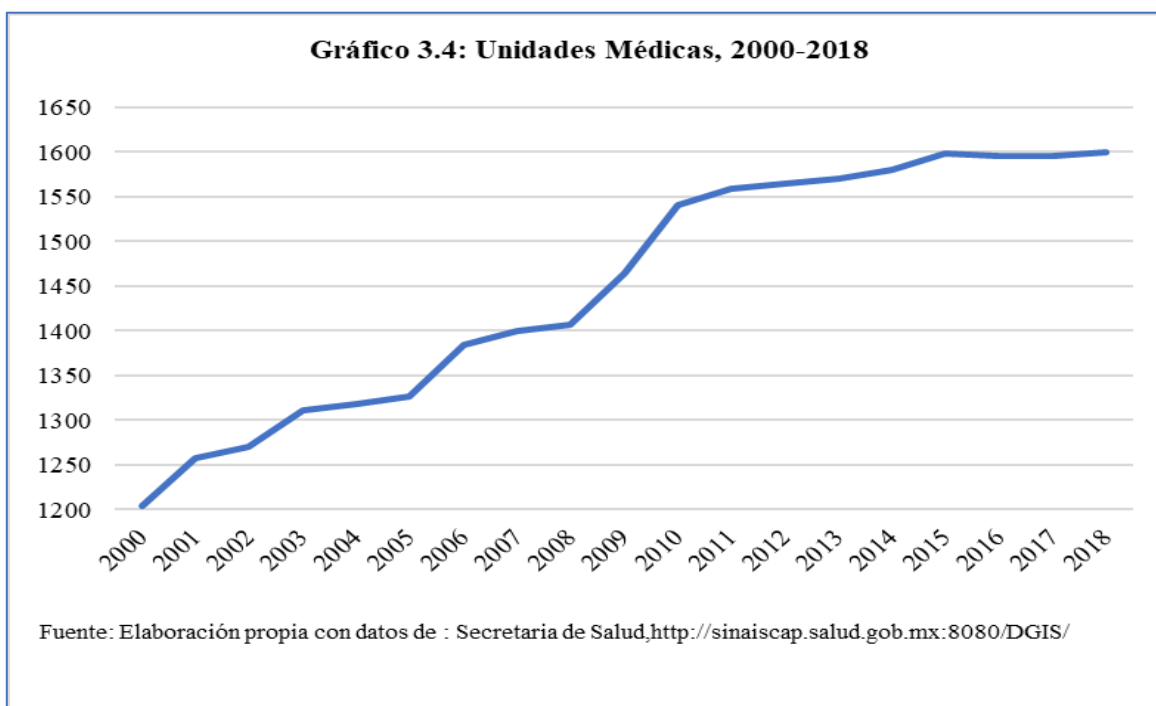


Oaxaca es una entidad con un territorio montañoso muy amplio, tomando en cuenta los datos del INEGI de los 85.48 km² de territorio el 81.62% de este se encuentra conformado por un sistema montañoso, lo que muchas veces llega a complicar que el acceso por vía terrestre pueda ser por carreteras pavimentadas, y en su lugar obliga a realizar el tránsito por caminos de terracería, esto, especialmente, ocurre en las comunidades más alejadas del estado y las que se encuentran localizadas en las montañas como por ejemplo: La Sierra Sur y Norte. Evidentemente, la orografía hace muy difícil el suministro de los servicios básicos, teniendo los habitantes como única solución el acudir al poblado más cercano que cuente con servicios públicos para asistir a las escuelas y obtener servicios médicos.

Sin embargo, las largas distancias pueden significar por lo menos un gasto de cuatro horas del día para ir y regresar, y dicho insumo de tiempo puede agravarse si consideramos el hecho que la mayoría de los municipios se encuentran a más de 8 horas de la capital del estado (Oaxaca de Juárez). En cuanto aproximadamente del 23 al 30% de la población vive en zonas

rurales, no podemos ignorar el hecho de que, al hablar de un territorio con superficie complicada, algunos municipios, incluso, se quedan sin acceso a medios de transporte y siendo su única fuente de traslado el caminar, entonces el tiempo e inseguridad aumentan.

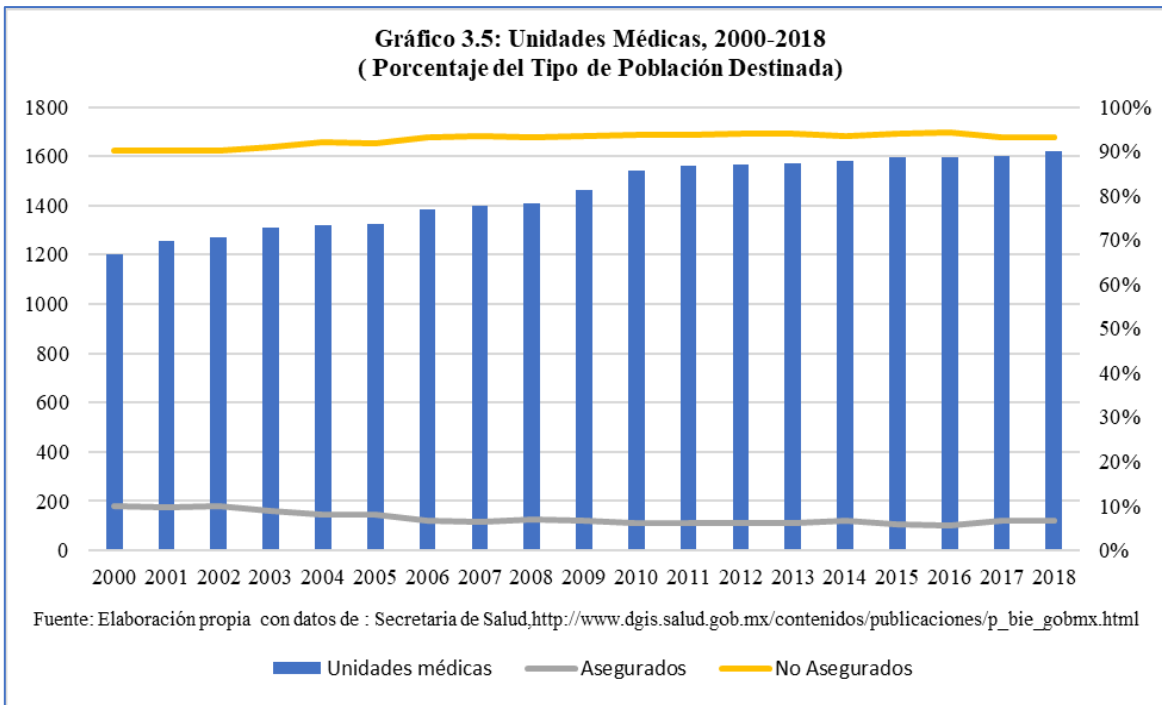
Asimismo, en el gráfico 3.4 mostrado abajo, tenemos que en el año 2000 se contaban con 1204 unidades médicas en todo el estado, y para el 2018 esta cifra aumentó a 1600, en un lapso de aproximadamente 20 años sólo se logró aumentar 400 unidades, la variación de crecimiento promedio es de 22 unidades por año, pero como se verá más adelante podremos percatarnos que dentro del estado hay una estratificación en la ubicación de centros de salud, pues hay algunos municipios que concentran un mayor número de unidades médicas, mientras algunos carecen de estos.



Dentro de la conformación del sistema de salud de Oaxaca se cuentan con unidades médicas destinadas a atender tanto a la población asegurada como a la no asegurada, en el primer rubro tenemos al IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEDAMAR, por el otro lado tenemos a la Secretaría de Salud, IMSS PROSPERA (mejor conocido como Oportunidades) y la Cruz Roja.

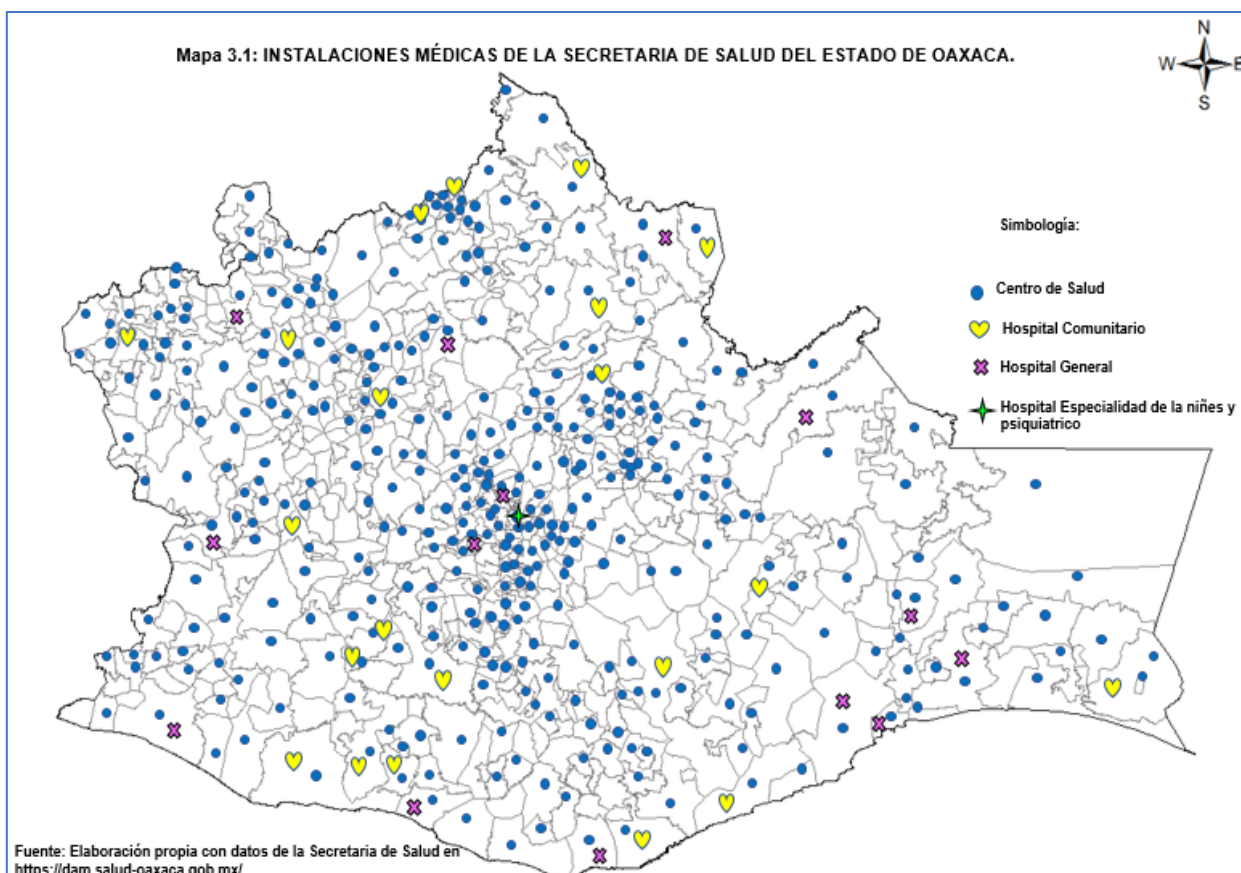
Podemos observar en la grafica 3.5, que el 90% de las unidades médicas estan destinadas al sector de la poblacion no asegurada, por otro lado aproximadamente el 10% del total está destinada especialmete para el personal afiliado, la mayor parte de dichas unidades son pertenecientes a la Secretaria de Salud, en el estado de Oaxaca la unidades conocidas como Centros de Salud pertenecientes a dicha secretaría juegan un rol importante, en la mayoria del estado se encuentran estas instalaciones que cabe mencionar son de superficie pequeña, y son encargadas de brindar atención médica de primer nivel¹⁴.

¹⁴ Atención médica de primer nivel se entiende por la atención a necesidades básicas, así como llevar a cabo actividades como promoción de la salud, prevención y algunos procedimientos no tan complejos como lo son rehabilitación, también se caracteriza por campañas de salud y son consideradas como el primer contacto con el paciente, *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, 2011*. Pág. 1



Es muy común en la región que cuando alguien presenta algún padecimiento acuda a dichas instalaciones, y son en su mayoría de fácil acceso, el procedimiento para ser acreedores a una consulta es muy corto y sobretodo la cuota por tener acceso a dichos servicios se apega al presupuesto de la población, el costo de las consultas médicas van de 10 a 20 pesos, asimismo dichas instalaciones se encargan de realizar las campañas de salud, estas instalaciones no han dejado de funcionar en los municipios debido a que los médicos y

enfermeras que laboran en ellos son pasantes de la universidad, y de este modo cada año se van rotando.



El mapa 3.1 muestra los 570 municipios que conforman el estado de Oaxaca, y en el podemos observar representados por los puntos azules la totalidad de las instalaciones de los centros de salud. Si bien son muy pocos los municipios que están en blanco, esto se debe a que solo estamos considerando las instalaciones que están en funcionamiento, y aquellos municipios que carecen de centros de salud se debe principalmente a las condiciones orográficas pues al estar en zonas con relieve montañoso el acceso es complicado, y a ello se suma que las diferentes administraciones de gobierno han carecido de interés por conectar a dichas poblaciones porque además de estar alejadas el número de habitantes es pequeño. En

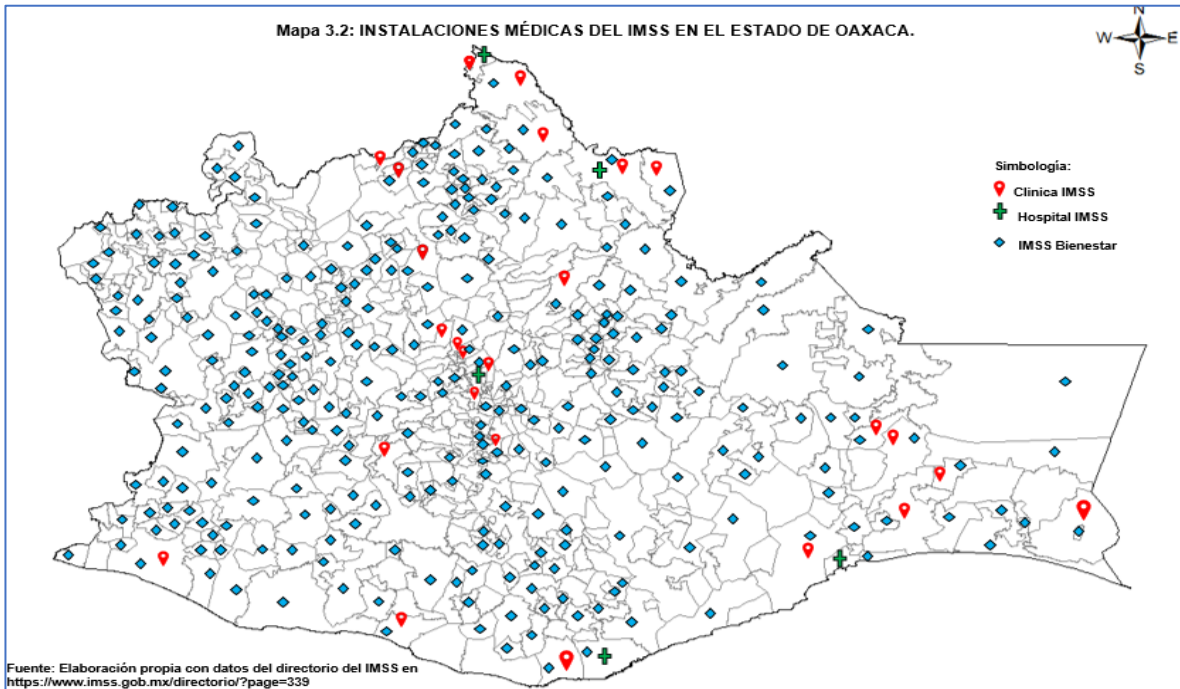
conjunto, en todo el estado se encuentran 740 centros de salud, en la capital, Oaxaca de Juárez, los municipios conurbados Candelaria Loxicha, y Villa Sola de Vega, y aquellos que se encuentran en la zona de la costa conocida por las playas, son las regiones donde la actividad económica predominante es el turismo, y son el área geográfica que cuentan con más de una instalación de salud en su territorio; mientras que los municipios poco conocidos o alejados de la ciudad capital sólo cuentan con un centro de salud.

En cuanto a los hospitales pertenecientes a la secretaria de Salud, nos encontramos ante una situación alarmante pues solamente en la capital se cuenta con un hospital de especialidad y un hospital psiquiátrico, lo que deja a la mayor parte de la población en carencia de protección de salud. Además, en Oaxaca es muy común que mujeres embarazadas hayan dado a luz a las puertas de los hospitales, en las ambulancias, o que inclusive algunas de ellas por si mismas se realicen el proceso de alumbramiento. Esta situación se debe a la sobresaturación de los centros de salud, a las largas distancias que tiene que recorrer las personas para llegar a los centros de salud, a la escasez de ambulancia y paramédicos, y la casi nula atención a personas con necesidades de atención médica especializada.

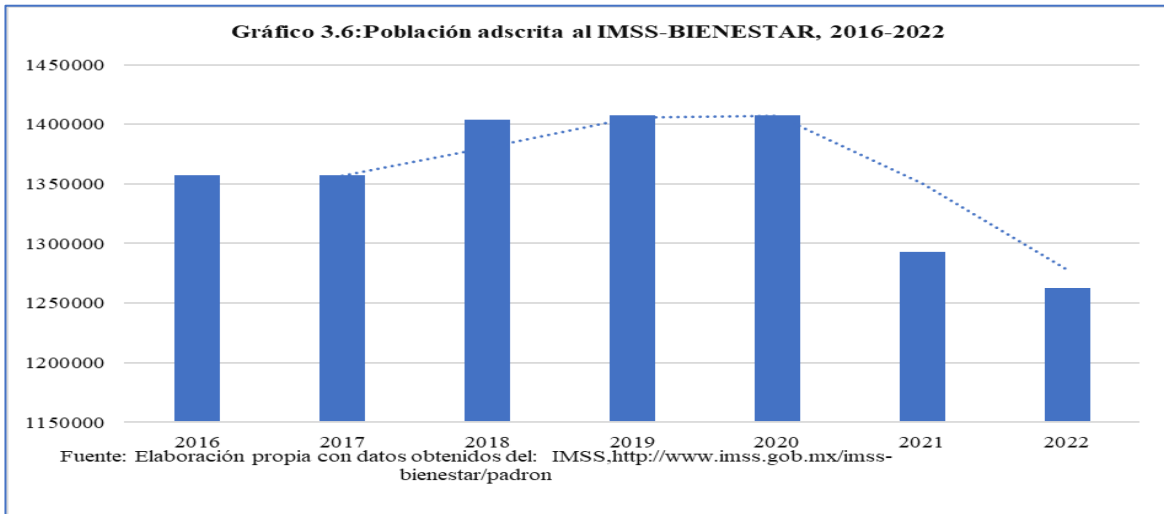
En un estado tan grande, como es Oaxaca, y con más de 500 municipios sólo se encuentran 14 hospitales regionales, de los cuales la mayoría se encuentra también en las zonas turísticas de la costa, aunque estos hospitales cuentan con atención médica en algunas especialidades como: traumatología, ginecología, pediatría, cirugía, al ser tan escasos siempre están sobresaturados, y al quedar alejados estos centros de salud de otras poblaciones, esto también provoca una polarización de la población en el estado al asignar más instalaciones en cierta parte del territorio y dejar a otras sin nada, aunque podemos observar el aumento de hospitales comunitarios, esto poco compensa la dispersión entre las demás unidades, debido

a que estos hospitales tienen una capacidad mínima, y están habilitados para atender ciertas complicaciones de los centros de salud en su mayoría algunas básicas que no incurren en procedimientos más complejos por falta de instalaciones como lo tendría un hospital regional, y aunque el objetivo de los hospitales comunitarios como su nombre lo indica es encontrarse en las zonas alejadas o rurales de un territorio, no se puede negar la necesidad de ampliar la cobertura de especialidades médicas.

En el caso del IMSS, y en particular del IMSS Bienestar que en el mapa 3.2 está marcado con rombos de color azul, es posible apreciar una gran distribución a lo largo del territorio del estado de Oaxaca donde cuenta con 473 unidades no hospitalarias, lo cual representa una gran ventaja para la población. En el segundo capítulo mencionamos que una parte del IMSS está destinada para la población abierta, y el IMSS Bienestar como es un órgano encargado de brindar atención de primer nivel en comunidades rurales, conjunta dicha atención primaria a las personas y la participación activa en la comunidad a través de campañas periódicas de salud en las comunidades cercanas a la capital y colocación de módulos permanentemente, sin embargo no toda la población puede acceder a estos servicios médicos por ser limitados y ocasionalmente afiliar familias que no necesitan el programa dejando sin acceso al servicio médico a familias con mayor necesidad.



El número de unidades del IMSS Bienestar es aproximadamente la mitad que las representadas por la Secretaría de Salud, sin embargo la población adscrita al IMSS-Bienestar varía mucho entre 2016 y 2022. En el gráfico 3.6 se observa que los primeros dos años la variación es mínima, y de 2020 a 2022 la afiliación disminuyó a pesar de proveer servicios de salud gratuitos a la población. Actualmente y ante los diferentes problemas que surgieron por la pandemia y exigencias de la población la actual administración de gobierno está tratando de volver a otorgarle sus funciones y recursos al IMSS-Bienestar.



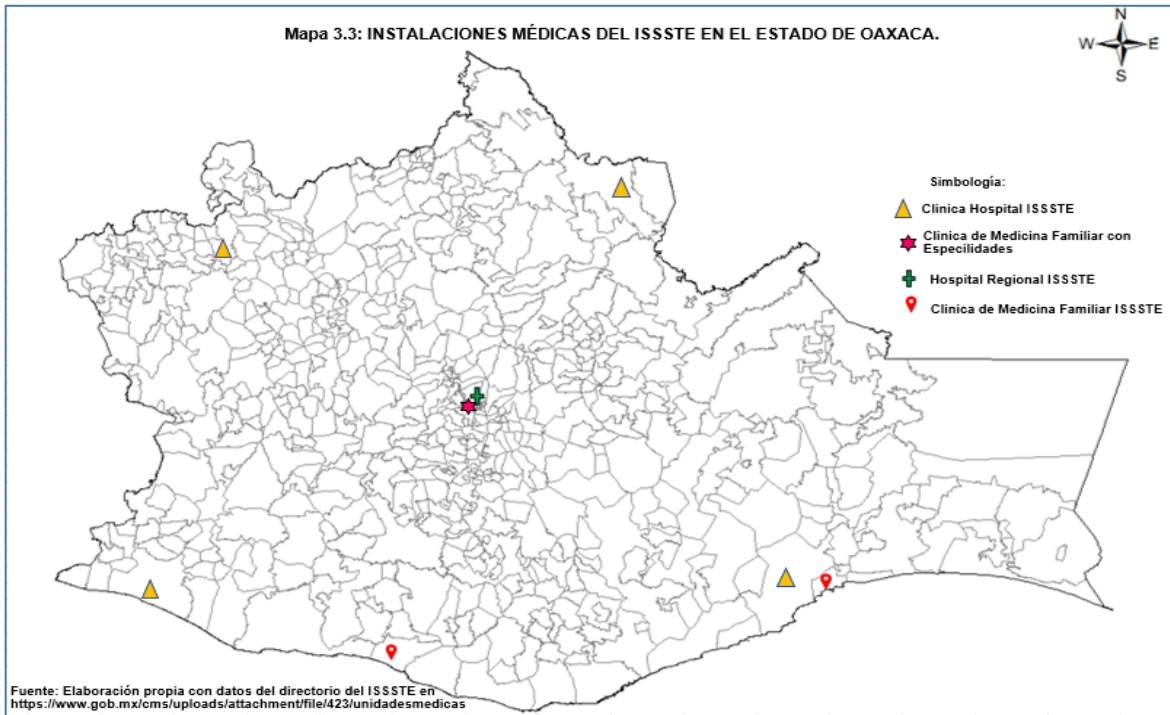
En cuanto a hospitales de la institución solo se cuentan con cinco y están demasiado alejados considerando las dimensiones del estado. Estos hospitales suelen estar saturados de pacientes y proporcionan una precaria atención, por lo que, si un derechohabiente es candidato a una intervención quirúrgica o una consulta con especialistas es necesario seguir un procedimiento lento y tedioso por el papeleo requerido innecesariamente para acceder a dichas consultas o procesos. En la mayoría de los casos los pacientes tienen agendadas citas con tres o seis meses de espera, y en ocasiones se ven forzados a optar como último recurso por el servicio particular. Además, con frecuencia se presentan negligencias médicas, procesos mal implementados o en su mayoría bruscos al momento de la intervención quirúrgica.

Sumado a esto y con fundamento en mi estudio de campo ante la falta y/o mala administración de los recursos económicos por parte del gobierno, en las instalaciones hospitalarias no se brinda una atención digna a los pacientes que están internados, en ocasiones no se proporcionan los alimentos indicados e inclusive se priva del servicio a una parte de los pacientes. Frecuentemente, ante la gran demanda de hospitalización los cuartos se encuentran saturados de camas, en su mayoría, en mal estado u obsoletas, los baños no

cuentan con la infraestructura necesaria para que los pacientes los puedan usar sin riesgo a caerse o sufrir alguna lesión, y se carece de medicamentos o son reorientados a la reventa.

En el caso de las clínicas se cuentan con 27 de igual manera demasiado dispersas con distribución asimétrica, de tal manera que a todos los municipios se les facilite su acceso. Las clínicas suelen ser inmuebles pequeños deteriorados por la falta de mantenimiento, el material e instrumento que se encuentran en estos son de hace años, antiguos y con un funcionamiento viejo, debido a la constante y fuerte actividad sísmica que se presenta en el estado la mayoría tiene grietas y espacios que no pueden ser ocupados, el medicamento que otorgan es limitado y escaso, por otro lado, la espera para las consultas demora mucho teniendo que sacar ficha un día antes o desde las 6 de la mañana, los consultorios están saturados y no logran pasar a todos los pacientes, quienes deben pasar por una serie de filtros para recibir un turno, por estos motivos es que en el estado la Secretaría de Salud juega un papel importante a pesar de que las condiciones de su infraestructura tampoco son las adecuadas, pero al contar con más unidades y tener una mejor distribución, el acceso a una consulta de primer nivel no demora tanto, como lo haría en una clínica del IMSS.

A diferencia de las instalaciones de la Secretaría de Salud (SS) y el IMSS, las del ISSSTE dentro del estado son escasas (véase mapa 3.3), podemos encontrar solamente un hospital el cual se encuentra instalado en la capital Oaxaca de Juárez, igualmente en esta ciudad está ubicada la única clínica del instituto, la cual cuenta con especialidades médicas. Asimismo, el ISSSTE tiene en la zona costera dos instalaciones correspondientes a clínicas de medicina familiar, y por último, en el mapa podemos ver cuatro clínicas hospitalares, dos en la zona norte del estado y las otras dos en el extremo sur (costa).



Como mencionamos al inicio del capítulo son pocas las personas afiliadas a este sistema de salud principalmente por su requisito de ser trabajadores del Estado, y como se podría esperar su hospital en escasas ocasiones llega a estar saturado a la magnitud de la SS o del IMSS, y sus instalaciones se encuentran en un mejor estado, esto nos plantea la marcada polarización que hay entre las actividades económicas reflejada en los tipos de contratación laboral e instituciones de servicios de salud.

Tabla 3.2: Personal Médico por Tipo de Población Destinada

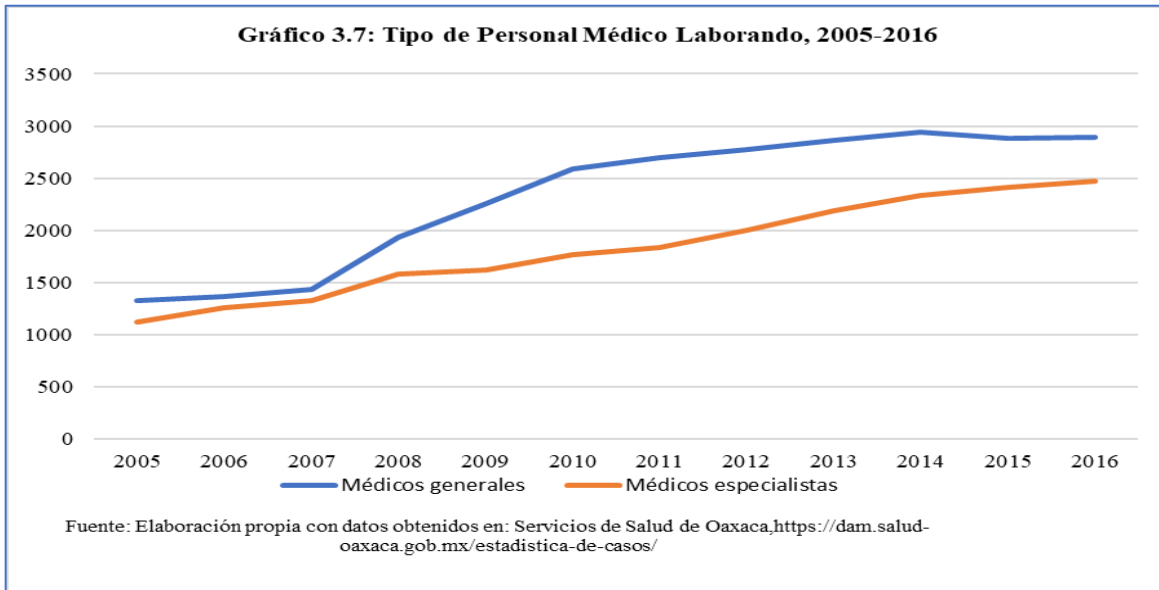
Año	Personal médico población abierta		Personal médico población asegurada		
	Secretaría de Salud	IMSS Prospera	IMSS	ISSSTE	PEMEX
2000	1465	720	524	502	82
2001	1661	720	544	406	81
2002	1 662	653	593	419	80
2003	2 048	719	651	387	56
2004	2 123	719	537	432	56
2005	2 122	723	637	486	56
2006	2 279	723	626	488	56
2007	2 677	751	732	519	102
2008	2 922	749	737	528	102
2009	3 254	727	754	457	102
2010	3 527	825	760	505	102
2011	3 727	850	786	500	102
2012	3 747	914	796	537	102
2013	3 992	941	836	568	90
2014	4179	975	999	621	90
2015	4178	929	972	680	90
2016	4200	920	970	682	108

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en: Servicios de Salud de Oaxaca, <https://dam.salud-oaxaca.gob.mx/estadistica-de-casos/>

Dando un vistazo a la tabla 3.2, la mano de obra del personal médico destinado por la Secretaría de Salud es en promedio la mitad que destina el IMSS Prospera, así mismo a lo largo de los dieciséis años posteriores considerando tanto al personal médico que labora en las instalaciones destinadas a la población abierta y asegurada, la

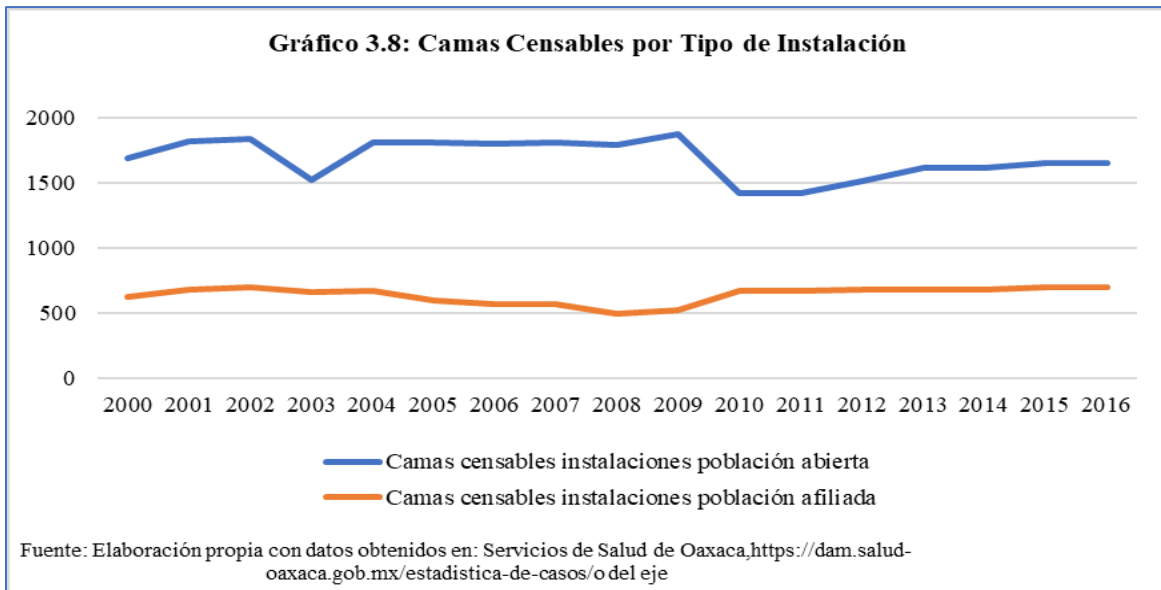
Secretaría de Salud es la que tiene un mayor incremento al pasar de 1465 médicos laborando en el año 2000 a tener una planta de 4200 médicos, en el caso del IMSS prospera solo pasa de 700 a inicios del periodo a 900 para 2016. En lo casos IMSS, ISSSTE y PEMEX siguen una tendencia un poco parecida el aumento de personal médico que varía a lo largo del periodo y es inestable, en algunos años aumenta y en otros disminuye, aún cuando. cabe mencionar que en Oaxaca tener acceso a una vacante laborar de estas instituciones es demasiado complicado, en la mayoría de los casos se necesita tener un familiar trabajando en dichas instituciones para poder ingresar, procesos burocráticos demasiados tardados y que dejan en la espera por mucho tiempo a personal con la capacitación adecuada. Esta situación conduce a una clara escasez de personal médico especializado en las unidades de salud.

Como podemos ver en el grafico 3.7 se tiene una mayor concentración promedio de médicos generales, entre 1500 y 2400, por otro lado, la tendencia del personal médico especializado solo se mantiene en un rango de 1500 a 2000, en ese sentido se debe destacar que las principales enfermedades causantes de mortalidad en el estado son las enfermedades cardiovasculares ocupando el primer lugar, la diabetes mellitus y los tumores malignos (antes del COVID), dichos padecimientos requieren atención médica especializada, instalaciones y equipo médico adecuado, que permita a la población llevar un tratamiento digno, lo cual conlleva a un mayor nivel de presupuesto para las instituciones médicas. Esto debería abrir oportunidades laborales a un mayor número de médicos y se tendrían que eliminar los puestos de trabajo superfluos como los destinados a papeleo innecesario permitiendo que ese salario se destine a más personal médico y a material médico especializado, por ejemplo en el año 2000 en equipo de alta complejidad solo se contaba con dos scanner de tomografía axial computarizada, un equipo de radioterapia, dos para hemodiálisis y mamografía. Para 2016 fue posible ascender a seis scanner tomográficos, quince equipos de mamografía y treinta de hemodiálisis, y se sigue manteniendo un equipo de resonancia magnética. Considerando los ingresos de la población oaxaqueña y la realidad económica por la que pasa el estado, se coloca a la entidad en un nivel crítico de precariedad, cuando un paciente necesita algún estudio de alta complejidad debe recurrir a laboratorios de imagenología especializados, los cuales cobran un precio elevado por dichos servicios.



Lo mismo pasa al momento de tener la necesidad de adquirir una cita medica con un especialista al ser la demanda alta, y una carencia grande de médicos especialistas se tiene que acudir a clínicas privadas donde el precio por consulta oscila entre los 800 y 1000 pesos, cabe mencionar que dichos padecimientos exigen más de una revisión sin considerar el costo de los estudios y medicamento, lo que explica en gran parte que las enfermedades mencionadas anteriormente sean las principales causas de muerte.

Otro punto para considerar es la cantidad de camas censables (véase gráfico 3.8), su crecimiento es nulo y deja mucho que desear, en más de una década prácticamente se da un aumento de una cama por año, por tanto, para las instalaciones dedicadas a la atención de la población abierta siempre se mantiene entre 500 y 600 camas, aunque se tenga una cantidad mayor para la población afiliada a comparación de las primeras su crecimiento no es constante en algunos años baja y en otros sube pero nunca logra rebasar la cifra de 1500.



Además, estas camas suelen ser antiguas, de fierros oxidados y en la mayoría de los casos se encuentran rotas y/o manipuladas por los mismos médicos, quienes para hacerlas funcionar unen los fierros con cinta adhesiva o vendas, arman ventanas improvisadas con plástico. La mayoría de las personas que han estado internadas o en alguna ocasión han usado una cama expresan lo incómodas que éstas llegan a ser, de tal manera que la demanda tan grande de camas es común, al grado de que al término de alguna intervención quirúrgica los pacientes sean prácticamente desalojados o presionados para que desocupen ese lugar de manera casi inmediata impidiendo una plena recuperación dentro de las instalaciones.

Tampoco podemos pasar por alto la corrupción y negligencias que han existido dentro de las instituciones, apenas en 2021 los mismos trabajadores del IMSS decidieron levantarse en huelga por el robo que directivos o personas de alto rango hacían de los medicamentos controlados o de precio elevado, lo que desencadenó en una escasez y disgusto por parte de la población, ya que a mediados de dicho año se les negaron los medicamentos, a su vez también son desviados/robados equipos de cómputo, impresoras, suministros como plumas, guantes batas etc., por eso es muy común ver que en pleno siglo XXI con un gran avance de

tecnología, en las clínicas y hospitales los médicos aún utilicen máquinas de escribir que además son pagadas con sus ingresos.

A pesar de la gran necesidad que se tiene por personal médico e instalaciones, en plena crisis sanitaria del COVID 19, en 2021 se despidieron aproximadamente a tres mil médicos: generales, especialistas y enfermeras, la mayoría perteneciente a la secretaría de salud de la cual seguimos sin poder negar el gran impacto y rol que juega en la sociedad oaxaqueña, por consiguiente, estos despidos llegaron afectar a los pocos hospitales que se tienen, y al único hospital de especialidades del estado, y sobre todo al Hospital de la Niñez Oaxaqueña que es el único que brinda atención para los niños con cáncer.

Se llegó a una situación crítica, pues en pleno auge de casos de contagio de Covid-19 mucha gente dejó de ser atendida y el único argumento que se tenía era que había falta de personal médico, pero poco se dijo que este despido masivo fue a causa de la falta de dinero para pagar las nóminas y hacer frente a la deuda que el sector salud venía arrastrando.

Como se mencionó a inicios de este capítulo, desde el 2014 el estado viene arrastrando el lavado y desvíos de los recursos que en ese entonces realizaron las administraciones de gobierno, desde aquella fecha se pensaba que el gobierno se venía recuperando de esas deudas, pues era lo que solían aparentar en cada discurso o en las cifras, sin embargo, a partir de la contingencia se tuvo que incurrir en un mayor gasto primeramente para brindarle al personal médico el material necesario para realizar sus actividades, desde la compra de caretas, batas quirúrgicas, lentes de protección, cubrebocas y mayores suministros de sanitizantes, gel anti bacterial, materiales como termómetros y realizar algunas modificaciones teniendo que improvisar espacios abiertos para evitar la propagación del virus.

Estos gastos inesperados dieron a conocer la deficiencia del sector salud, con un nivel de gastos elevado, en un inicio se buscó hacer frente tratando de sobrevivir con los recursos y medicamento que se tenían, pero cuando la fuente de ingresos se agotó, los médicos comenzaron a exhibir las condiciones insalubres y de riesgos en las que laboraban teniendo que improvisar caretas con botellas de plástico o batas con bolsa de basura, algunos otros por medio de redes daban a conocer las notas con el monto de lo que adquirirían de sus bolsillos.

A mediados del año 2021 el presupuesto era insuficiente para poder pagar la nómina a tanto personal. Sin embargo, años atrás, en 2016 a pesar de venir arrastrando montos importantes de deuda, se sobrecontrató a personal, y como era de esperarse dicho personal no era de personal médico sino administrativo, por medio de plazas o mancuernas que familiares hacían para asegurar a sus trabajadores, creando puestos administrativos que no existían y que en vez de ayudar a que el flujo de pacientes fuera atendido de manera eficiente hacían que este fuera más tardado, personal que no está considerado y que salía del presupuesto contemplado y que además algunos cobraban más que un médico especialista. Se estima que la cifra de sobrecontratación fue de cinco mil asalariados, por si fuera poco las administraciones de gobierno pasaron por alto sus obligaciones presupuestales con el Servicio de Administración Tributario (SAT), así mismo con el IMSS e ISSSTE, al grado de que para 2016 se llegó a tener una deuda en el sector salud de 29 mil 400 millones de pesos, y para el ejercicio 2021 esta deuda se incrementó en 125.9%, apenas a finales del 2020 se reportaba una deuda por un monto de 13 mil 534 millones 41 mil pesos.

Todo esto provocó indignación por parte de una población desesperada y preocupada por la pandemia, y que decir del personal médico que fue despedido, todos los médicos independientemente de la institución a la que pertenecían se unieron para exigir una

recolocación, huelgas y marchas pacíficas, algunos inclusive hicieron huelgas de hambre para exigir sus derechos y respeto a sus contratos, cabe mencionar que en este despedido los administrativos que fueron sobrecontratados durante años anteriores no fueron despedidos lo que generó aún más indignación.

Para calmar dichas protestas se les hizo creer a los médicos despedidos que pasarían a ser parte del INSABI que sería una reestructuración la Secretaria de Salud, que solamente deberían de ir a las oficinas, sin embargo en el estado no existen esas oficinas, y las que pertenecían a la secretaria de salud desaparecieron, mucho de ese personal sigue sin empleo, teniendo que buscar opciones en los hospitales privados, o abrir sus propios consultorio dejando en el olvido la recolocación prometida por el gobierno.

La población quedó desatendida en medio de una crisis sanitaria, siendo que en el mes de agosto del 2021 ya se habían reportado 4 mil 869 defunciones por el virus, gente que moría en las largas filas de espera, saturación de los hospitales donde solo se colocaban letreros diciendo que no había personal médico y que la instalación ya estaba llena. Aún en 2022 el abastecimiento de medicamentos para tratar a las personas enfermas, y las lista de espera para una consulta especializada puede tardar meses, y se sigue reportando la falta de personal médico, el poco quedó laborando está sobresaturado de consultas y mal pagado. A esta crisis sanitaria se suma la decisión de la administración federal de enviar médicos provenientes de otros estados pasando por alto a la población médica oaxaqueña. Ahora que el INSABI ya no funcionará por sus deficiencias administrativas, se tiene la poca esperanza en que haya una recontractación por parte del IMSS-Bienestar.

Conclusiones

A lo largo de los años la importancia y el peso que el sistema de salud debe jugar en la sociedad mexicana ha sido incierto, inestable, frágil y movedizo, sin una dirección fija de como llegar a sus objetivos, los cuales también han sido modificados constantemente. En el presente estudio pudimos observar que, en el transcurso del siglo XX y primeras dos décadas del siglo XXI, los servicios de salud a nivel nacional han sido fragmentados y sobre todo desiguales. Algunos estados de la república mexicana cuentan con un mejor nivel de atención, calidad, variedad de servicios y personal médico, mientras que otros estados considerados como rezagados cuentan con servicios médicos deplorables.

A inicios de los años 1940 se tenía un objetivo firme, el cual podríamos considerar como “adecuado” acerca de que el Estado debía de buscar la manera de construir un sistema de salud que no solo se enfocara y redujera a brindar atención preventiva, si no que se expandiera a proporcionar servicios especializados para cubrir todas las necesidades médicas, y que dichos servicios llegaran a toda la población, de tal manera que se siguiera la ruta de ser parte de un Estado Benefactor preocupado por lograr la igualdad de oportunidades y calidad de vida para su población garantizando la seguridad social, y reconociendo la importancia de proteger a la clase trabajadora.

Al abandono del Estado Benefactor y hasta la actualidad, el sector salud está muy lejos de cumplir el objetivo de cobertura nacional, no todos los estados cuentan con servicios médicos adecuados y especializados, día a día se cuentan innumerables casos de personas que deben transitar de un estado con medios de salud limitados a otro estado más desarrollado para acceder a una atención médica especializada, o bien para obtener ciertos medicamentos. Asimismo, una cantidad importante de personas mueren en el traslado, o simplemente no

pueden considerar esa opción por falta de recurso. Esta situación muestra que, las diferentes reformas implementadas por el Estado minnimalista neoliberal, en lugar de lograr una mejoría y distribución de la atención médico-hospitalaria, han empeorado el funcionamiento del sistema de salud.

Desde los años 1980 el Estado perdió su papel protagónico como velador del desarrollo y mejora social al reducir los programas sociales que sólo incentivaron un aumento de la pobreza, una marcada brecha de calidad de servicios entre las instituciones médicas públicas y las privadas, donde está por demás decir y/o aceptar que los servicios privados si bien son caros la calidad que ofrecen va acorde a su precio; sin embargo, lo más decepcionante es la marcada desigualdad generada entre las instituciones públicas porque la exclusividad de servicios de alta calidad para unos cuantos terminó siendo discriminatoria, hasta cierto punto, entre la sociedad, la segmentación de grupos es mayor: los asalariados con un patrón, los trabajadores de gobierno, los de Pemex y el personal militar, y al final queda aquella población no derechohabiente a alguna institución pública de salud como son los desamparados, o carentes de un trabajo formal. Este es un sistema de salud que cayó en las iniciativas de austeridad con un presupuesto que a pesar de una crisis sanitaria se mantuvo, y al cual aun se le intentó realizar una reforma más, para crear un sistema homogéneo, mismo que terminó en el olvido.

Al final de todo un conjunto de reformas a nivel nacional del sistema de salud, éstas y su desenlace también afectaron a las instituciones sanitarias de Oaxaca, un estado considerado como rezagado, marginado, pobre, y poco industrializado, estado que forma parte del segmento al que se suelen referir como “los estados del sur”. Oaxaca es un estado tan grande en territorio y diversidad, en el cual su población está por encima de la media nacional de

analfabetismo, población que en su mayoría se dedica a las actividades primarias, siendo en su mayoría perteneciente al trabajo informal y por ende carente de una seguridad social. Sí, al inicio de las reformas estructurales, el sistema de salud se hubiera mantenido aferrado al objetivo del Estado Benefactor de hacer llegar a toda la población de las zonas rurales y aquellas más alejadas los servicios de salud, la realidad actual del estado de Oaxaca podría haber creado otro contexto, sin embargo, al ser una estado rural y poco industrializado, no toda la población puede acceder a los servicios de salud, incluso hay municipios en los cuales no se cuenta con ninguna institución de salud.

Además, la dispersión de las instalaciones también es un reflejo de la realidad nacional, la mayoría de las instalaciones médicas especializadas se encuentran en aquellas zonas consideradas zonas de turismo, y en la capital del país. En ese sentido también podemos deducir que la manera en como el Estado manejó la descentralización de las unidades médicas no tuvo una homogeneidad y tampoco fue equitativa.

La austeridad por otro lado no fue indiferente para Oaxaca, el gasto en salud en lugar de ir en aumento se mantuvo a la baja, aún en la crisis sanitaria por la pandemia Covid - 19, asimismo, el gobierno se mantuvo en la idea fiel de austeridad, teniendo un gasto en salud bajo, así como en otros rubros como educación y asistencia social, sin embargo, el precio que la sociedad oaxaqueña ha debido pagar por la austeridad fue demasiado alto, un gobierno despreocupado por el ya olvidado Estado Benefactor y por la calidad de las personas, que en lugar de ello decidió desviar miles de millones de recursos, agravó la situación de pobreza en el estado de Oaxaca, aunque se comprobó que la mayoría de instalaciones que prevalecen son pertenecientes a la población abierta, de poco sirve si las reformas que el estado ha impulsado hacen que las instalaciones sean ineficientes, carentes de servicios y

medicamentos. Además, la mayoría de estas instalaciones son centros de salud, los cuales no ofrecen atención médica especializada y se centran en un primer nivel, en ese sentido las reformas en poco ayudaron a que Oaxaca se beneficiara de instalaciones más desarrolladas como hospitales o clínicas.

La austeridad en la que se encuentra el sistema de salud de Oaxaca es preocupante y hasta cierto punto lo podríamos considerar inhumano, el despido de miles de médicos que son necesarios para las unidades de salud, dejan aún más al descubierto el poco reordenamiento de las prioridades de un estado que ha dejado de ver a su población como un pilar fundamental de la actividad económica, como seres humanos que merecen una calidad de vida digna, una seguridad social, y que independientemente de su origen deben poder aspirar a contar con un mismo nivel de oportunidades.

Es claro que el sistema de salud que se tiene es ineficiente, frágil, y que se encuentra sin duda alguna en crisis, con la pandemia del Covid - 19 se solía argumentar que debido a que todo fue sin esperarlo, y que en un tiempo tan corto mucha gente demandó los servicios provocaba que el sistema de salud no fuera eficiente, sin embargo, si en años anteriores las administraciones hubieran mantenido su enfoque de seguridad social y el Estado se mantuviera en su rol de ver por el desarrollo social, no se tendría una crisis por falta de presupuesto para medicamentos, clínicas, número de camas, y personal médico.

La pandemia vino a evidenciar el esqueleto en el cual se encuentra montado el sistema de salud mexicano, y para nuestro estudio la corrupción en el que se encuentra el sistema de salud oaxaqueño, clínicas en el abandono por ser elefantes blancos, el mismo número y tipo de unidades médicas que se ha mantenido en casi 20 años, un presupuesto que en lugar de ir al alza tendrá que ir a la baja, un sistema de salud endeudado, un Estado pobre y poco

desarrollado al cual por si fuera poco le tomará aproximadamente 15 años poder salir de la deuda que tiene su sistema de salud con el SAT, IMSS e ISSSTE, el despido de personal médico que si bien se desempeñaba en el sector público terminarán por brindar sus servicios en el sector privado, una población esperanzada en poder volver a gozar de la poca cobertura que les era brindada por el IMSS-Oportunidades, y otra parte ilusionada en poder ser parte de dicho programa social, el cual cabe mencionar tampoco podemos asegurar que sea eterno, sí el Estado se sigue moviendo en sintonía de una austeridad tarde o temprano el programa puede desaparecer, y con ello también la poca seguridad en salud que tienen una población como la de Oaxaca.

Sí bien se suelen considerar otros rubros importantes dentro del ámbito económico como lo son las finanzas, los mega proyectos, política, el comercio exterior, por mencionar algunos, esta investigación también hacer ver las necesidad que se tiene de prestar atención en aquello que muchas veces pasamos por alto por considerarlo algo “obvio” o “básico”, se mantiene el argumento del la necesidad de una política de Estado Benefactor, pues aunque sea “obvio” que la salud, educación y vivienda son básicos para vivir, se debe hacer una mayor reflexión en la importancia que estos elementos juegan en la vida social y económica, si una persona no goza de una buena salud y no tiene la certeza de que ante una enfermedad del grado que sea pueda ser atendido, cómo se podría esperar que una persona pueda desarrollar todo su potencial dentro de la actividad económica. No debemos dejarnos llevar por la ideología de mantener como necesaria para el Estado una política de austeridad, porque de esa forma sería lógico sostener el abandono de invertir en mejorar las condiciones para tener una sociedad con una calidad de vida plena, que tenga acceso a un sistema de salud digna que los ayude a mantenerse sanos, una educación avanzada para tener personal preparado, a fin de prevenir

solventar gastos mayores en programas sociales que busquen atacar aquello que puede ser evitado con una buena administración en las finanzas públicas que contribuyan a lograr el desarrollo de la sociedad.

Ver la situación en la que se encuentra mi estado, Oaxaca, es triste y decepcionante, tiene una población que en su mayoría vive al día, que aún comen de lo que logran cosechar o vender en un día, cuenta con una población infantil que por falta de una buena alimentación padece muchas enfermedades, la población en su mayoría habla una lengua indígena, o es analfabeta y desconoce la manera de tener acceso al sistema de salud, o bien aunque acuda a los centros médicos, no es atendida por no poder realizar todo el papeleo innecesario que debe realizar. También es frecuente ver mujeres embarazadas que mueren en la sierra por falta de médicos, o bien personas que mueren en el intento de llegar al único hospital de especialidades que hay en el estado, instalaciones médicas en el abandono, cuando en otro tiempo solían ser esperanzadoras para la atención de necesidades de una población. Ahora, es común encontrar familias de escasos recursos endeudadas en clínicas privadas al intentar velar por la salud de un familiar que a falta de atención médica en el sector público no les queda de otra que acudir a la privada. Actualmente, vemos al personal médico - tan necesitado - desempleado, y un gobierno que sigue justificando el despido y la reducción del presupuesto a la salud como única alternativa para sacar al estado de una crisis económica y de salud generada por él mismo en Oaxaca.

Bibliografía

Aravacik, E. D. (2018). Social policy and the welfare state. In Public Economics and Finance. IntechOpen. DOI: 10.5772/intechopen.82372, consultado 09/08/2021.

Barajas, E. R., de Innovación y Calidad, S., De este ensayo, en la S. de S. E. A. Q. A. el A. de A. A. C. P. la E., & de Octavio Gómez Dantés., y. L. C. (s/f). La atención a la salud en México: 1990-2020. Estepais.com. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, Disponible en: https://archivo.estepais.com/inicio/historicos/181/9_propuesta9_la%20atencion_ruelas.pdf

Barbas, S. (2018). “Derecho a la Salud: La vigencia del análisis crítico de Marx ante las desigualdades”. *Sin Permiso*. Recuperado el 29 de septiembre de 2021, Disponible en: <https://www.sinpermiso.info/textos/derecho-a-la-salud-la-vigencia-del-analisis-critico-de-marx-ante-las-desigualdades>

Barona, Josep Luis (2000). “Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar”, *Política y Sociedad*. Disponible en:

Birdsall, N., De la Torre, A., & Valencia Caicedo, F. (2010). The Washington consensus: assessing a damaged brand. Center for Global Development Working Paper, (213). disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/848411468156560921/pdf/WPS5316.pdf> consultado 5/08/2021.

Braverman, H. (1998). Labor and monopoly capital: The degradation of work in the twentieth century. NYU Press.

Breilh, J. (1989). “El marxismo y sus contribuciones al análisis de la salud y los sistemas de atención”. *11ª conferencia internacional sobre las ciencias sociales y medicina*. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/159775257.pdf>

Cárdenas, E. (2015). El largo curso de la economía mexicana. De 1780 a nuestros días. El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica. Consultado 24/08/2021.

Correa, Eugenia (2020). “Austeridad: la gran desconocida” en *Cambios En El Centro Hegemónico: Flujos Financieros*. Alicia Girón y Eugenia Correa (Coordinadoras). IIEC UNAM.

Correa, Eugenia. (1981). “Capital Monopolista Estado e Instituciones Estatales de Salud En México, 1940-1978”. *Investigación Económica*, México, Facultad de Economía, UNAM, 40(158), 57-83. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/42777085>, Consultado 23/12/2021

Correa, Eugenia. (1998). Liberalización y desregulación financiera en México. Ponencia presentada en el Seminario La Integración Monetaria en América Latina y las Lecciones que se pueden sacar para Europa. Universidad de Marne-La-Vallée e ISMEA, 16-17 disponible en: <http://www.redcelsofurtado.edu.mx/archivosPDF/correa4.pdf>. Consultado 1/12/2021

Davila, E., & Guijarro, M. (2000). “Evolución y reforma del sistema de salud en México” (N.o 91). *CEPAL, Unidad de financiamiento para el desarrollo*. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5300-evolucion-reforma-sistema-salud-mexico>

DOF - *Diario Oficial de la Federación*. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 29 de septiembre de 2021. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996

En Reorganización financiera en Asia y América Latina en el periodo de postcrisis. Alicia Girón, Eugenia Correa, coordinadoras. IIEC UNAM. Disponible en:

<http://ru.iiec.unam.mx/4013/1/24.26.%20Reorganizaci%C3%B3n%20Financiera%20LIBRO%20COMPLETO.pdf#page=17> Consultado 1/01/2022.

Frenk, Julio, González-Pier, Eduardo, Gómez-Dantés, Octavio, Lezana, Miguel Ángel, & Knaul, Felicia Marie. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 1), s23-s36. Recuperado en 29 de septiembre de 2021. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700007&lng=es&tlng=es.

García Guzmán, M. (2014). The right to social security. *Estudios políticos (México)*, (32), 83-113.

Girón, A. (2007). “Financiamiento del desarrollo: endeudamiento externo y reformas financieras”. En *Repensar la teoría del desarrollo en un contexto de globalización: homenaje a Celso Furtado*. Vidal, G., & Guillén, A. (coordinadores). CLACSO Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Disponible en:

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20100826075808/vidal.pdf> consultado 28/12/2021

Gómez-Dantés, Octavio, & Frenk, Julio. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Pública de México*, 61(2), 202-211. Epub 06 de diciembre de 2019. <https://doi.org/10.21149/10122>

González-Guzmán, R. (2015). “Ética neoliberal y nuevas ideas críticas en salud. C. Tetelboin y AS Laurell (comps.). *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*, pp. 139-155. Disponible en:

<http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/libros-1/89-por-el-derecho-universal-a-la-salud/file>

Huerta Moreno, María Guadalupe. (2005). “El neoliberalismo y la conformación del Estado subsidiario”. *Política y cultura*, (24), 121-150. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018877422005000200006&lng=es&tlng=es.

IMSS (2004). “Decreto por el que se reforman y adicionan los artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social.” Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lss/LSS_ref05_11ago04.pdf

Isaza, P (1995). “La reforma del sector salud”. *Educ Med Salud* 29(3/4), 270-285. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-21764>

Jaramillo Cardona, Martha Cecilia. (2007). La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 85-111. Retrieved September 28, 2021, Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165770272007000200006&lng=en&tlng=es.

Kaplan, M. (1978). Intervención del Estado y empresa pública en la América Latina contemporánea: los aspectos políticos e institucionales. *Revista de estudios políticos*, (4), 5-32.

Lichtensztein, S. (2012). El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial: Sus relaciones con el poder financiero. *Economía UNAM*, 9(25), 14-28. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v9n25/v9n25a2.pdf> Consultado 12/11/2021.

López-Alonso, M. (2012). *Measuring up: A history of living standards in Mexico, 1850–1950*. Stanford University Press.

López-Arellano, O., & Jarillo-Soto, E. C. (2017). “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”, *Cadernos de Saúde Pública*, 33. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00087416.pdf>.

Mora, M., & Urruela, V. (1991). “Salud y sociedad: Influencia de las corrientes de pensamiento en los modelos sanitarios”. *Reis*, (53), 19-27. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=758576>

Notilegis(2019). “Publica DOF decreto que crea el INSABI y desaparece el Seguro Popular” Nota N°. 3808. Disponible en:
<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>

Ordóñez, Blanca Raquel (1989). “Epidemiología”, en Guillermo Soberón; Jesús Kumate y Laguna, José (comp.) *La Salud en México: testimonios 1988*, México, *Fondo de Cultura Económica*, tomo IV, no 2, 227 p Disponible en:
https://books.google.com.mx/books/about/La_Salud_En_Mexico_Testimonios_1988_Tom_o.html?id=3zBgAAAAMAAJ&redir_esc=y

Organización de Naciones Unidas (2008). Observación General N° 191 El Derecho A La Seguridad Social (Artículo 9). Disponible en:
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8791.pdf>.

Organización Internacional del Trabajo (2001). “*Hechos Concretos Sobre La Seguridad Social*”. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf

Parguez, A. (2013). “La era de la austeridad”. *Ola financiera* 6(15),158-184. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ROF/article/view/40271>

Pérez-Fuentes, Dewin Iván, & Castillo-Loaiza, Jorge Leonardo. (2016). “Capital humano, teorías y métodos: importancia de la variable salud”. *Economía, sociedad y territorio*, 16(52), 651-673. Disponible en

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-84212016000300651&lng=es&tlng=es

Polanyi, Kari y Mario Seccareccia (2018) “Neoliberalismo: la perspectiva polanyiana”, *Ola Financiera*, vol. 11, no. 31, septiembre- diciembre, pp. 1-21. Disponible en http://www.olafinanciera.unam.mx/new_web/31/pdfs/PDF31/PolanyiSeccarecciaOlaFinanciera31.pdf consultado 4/01/2021

Primera, J. G. P. (2013). “La teoría económica del desarrollo desde Keynes hasta el nuevo modelo neoclásico del crecimiento económico”. *Análisis de coyuntura*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36428605012>

Reyna, J. L., Zapata, F., Miquet Fleury, M., & Gómez Tagle, S. (1976). “Tres estudios sobre el movimiento obrero en México”. *El Colegio de México*. Disponible en:

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ces-colmex/20200911030320/jornadas.pdf> consultado 30/10/2021

Sánchez Guzmán, Mariano (2005). “Indicadores de gestión hospitalaria”, *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)*, núm. 2, abril-junio, disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2005/in052i.pdf>

Silva (2020,). “Desigualdad y brecha social en México” *Ayuda en Acción*. Ayuda en Acción. Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/ong/proyectos/america/desigualdad-en-mexico/>

Smith, P. H. (2001). El imperio del PRI. En *Historia de México*, Critica, Barcelona (pp. 321-384).

Solorza L., M. (2015). Orígenes Capitalistas En México: Segunda Mitad Del Siglo XIX. *Revista Republicana*, (10). Recuperado a partir de:

<https://urepublicana.edu.co/ojs/index.php/revistarepublicana/article/view/107>

Solorza L., M. (2017). “Financiarización en países emergentes de Asia y América Latina” *En Reorganización financiera en Asia y América Latina en el periodo de postcrisis*. Alicia Girón, Eugenia Correa, coordinadoras. IIEC UNAM. Disponible en <http://ru.iiec.unam.mx/4013/1/24.26.%20Reorganizaci%C3%B3n%20Financiera%20LIBRO%20COMPLETO.pdf#page=17> Consultado 13/01/2022.

Sotelo, M. E. R. (2016).” Los orígenes del neoliberalismo en México: la Escuela Austriaca”. *Fondo de Cultura Económica*.

Strober, Myra H. (2015). Austeridad. “*Ola financiera*”, 8(22), 135-144. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-14422015000300135&lng=es&tlng=es.

Uribe Gómez, Mónica, & Abrantes Pêgo, Raquel. (2013). “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?” *Perfiles latinoamericanos*, 21(42), 135-162. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006&lng=es&tlng=es

Vidal, Gregorio (2013). Algunas Propuestas De Lectura De La Crisis Actual: La Austeridad No Conduce Al Crecimiento De La Economía. En América Latina: ¿cómo construir el desarrollo hoy. Vidal G, Guillén A y Déniz, J. (Coords). Fondo de cultura económica.