

## INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

**Cadena Uribe, Ramiro**<sup>1</sup>

**Hernández Aranda, Irma**<sup>2</sup>

**Garnica González, Jaime**<sup>3</sup>

**Arroyo Barranco, César Alfonso**<sup>4</sup>

### RESUMEN

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) utiliza un indicador para evaluar la calidad de vida de la población, llamado Índice de Desarrollo Humano (IDH) que considera tres aspectos fundamentales: el acceso a la educación, el acceso a la salud y el ingreso. México ha experimentado serios problemas para proporcionar el servicio de salud a su población. Tal situación quedó en evidencia y se agravó con la llegada de la pandemia causada por la enfermedad de COVID 19. Fue, entonces, necesario tomar medidas de emergencia para evitar niveles más lamentables de contagios y fallecimientos de los que se han registrado.

Como resultado de esta investigación se ha valorado la importancia de la reestructuración del sistema nacional de

salud que ha estado en operación desde hace mucho tiempo y que ha tenido como resultados la deficiente atención médica de la población, a costos muy elevados y el beneficio de un sector reducido de la población.

**Palabras clave:** Mercadotecnia Política. Programa integral. Atención médica.

### ABSTRACT

The United Nations Development Program (UNDP) uses an indicator to assess the quality of life of the population, called the Human Development Index (HDI) that considers three fundamental aspects: access to education, access to health and income. Mexico has experienced serious problems in providing the health service to its population. Such a situation became evident and worsened with the arrival of the pandemic caused by the COVID 19 disease. It was, then,

---

<sup>1</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Carretera Pachuca Tulancingo, Kilómetro 4.5 Colonia Carboneras, Mineral de la Reforma, Hidalgo, México. C.P. 42184. Correo de contacto: [ramiro\\_cadena@uaeh.edu.mx](mailto:ramiro_cadena@uaeh.edu.mx)

<sup>2</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Carretera Pachuca Tulancingo, Kilómetro 4.5 Colonia Carboneras, Mineral de la Reforma, Hidalgo, México. C.P. 42184. Correo de contacto: [hdez.mkt@gmail.com](mailto:hdez.mkt@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Carretera Pachuca Tulancingo, Kilómetro 4.5 Colonia Carboneras, Mineral de la Reforma, Hidalgo, México. C.P. 42184. Correo de contacto: [jgarnica@uaeh.edu.mx](mailto:jgarnica@uaeh.edu.mx)

<sup>4</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Carretera Pachuca Tulancingo, Kilómetro 4.5 Colonia Carboneras, Mineral de la Reforma, Hidalgo, México. C.P. 42184. Correo de contacto: [aroyoca@uaeh.edu.mx](mailto:aroyoca@uaeh.edu.mx)

necessary to take emergency measures to avoid more regrettable levels of infections and deaths than have been recorded.

Of vital importance is the restructuring of the national health system, which has been in operation for a long time and which has resulted in the deficient medical

care of the population, at very high costs and the benefit of a small sector of the population, which has been enriched by the public resources allocated to this area.

**Keywords:** Political Marketing. Comprehensive Program. Medical Care.

## INTRODUCCIÓN

*Antecedentes.* La salud es un derecho de todo ser humano, no un privilegio. En nuestro País se ha padecido una gran deficiencia en este aspecto, a pesar de los recursos destinados a las instituciones de salud pública federales y estatales. Es considerable las aportaciones del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS o del Seguro Popular, pero no son suficientes ni eficientes.

La demanda de atención supera a la oferta de servicios. En clínicas, equipos, personal médico y medicamentos. Ante tal situación, gran parte de la población tiene que recurrir a la atención particular, aún cuando hace sus aportaciones como trabajador y paga sus impuestos. Aparte que el proporcionar servicios de salud, con calidad, eficiencia y gratuitos, es responsabilidad del Estado.

El discurso y las ceremonias propagandistas presentan un escenario diferente al real. Gran cantidad de recursos económicos se presupuestan y asignan a este rubro, sin llegarse a reflejar en su verdadera magnitud en la práctica.

Al inicio de la actual administración se realizó un programa para reestructurar de fondo al sistema de salud, pero la pandemia del COVID 19 llegó a nuestro país y encontró al sistema de salud en condiciones insuficientes y deficientes para hacerle frente. Tuvieron que tomarse medidas improvisadas y urgentes.

Las condiciones potenciales de México son suficientes para contar con un sistema integral de salud de calidad. Se cuentan con recursos naturales y humanos para su desarrollo.

*Justificación.* El sistema de salud que requiere la población en los momentos actuales y para su desarrollo debe considerar los siguientes aspectos.

- Formación de personal médico general y especializado. Lo que implica orientación de las instituciones educativas públicas a incrementar su capacidad de formación al respecto.

- Desarrollar la infraestructura de instalaciones de salud con clínicas de atención y equipos en todos los niveles y con la mayor cobertura geográfica.
- Garantizar el abasto de medicamentos gratuitos, de todos los niveles, no solo el llamado “cuadro básico” en las instalaciones de salud.
- Contar con el personal médico, general y especializado, en todas las instalaciones de salud, capaz de atender la demanda. Con base y prestaciones de ley, dando incentivo adicional al personal asignadas a regiones alejadas.

*Objetivo.* Analizar las condiciones actuales del sistema educativo mediante la revisión de los resultados operativos en los 35 años, de 1986 a 2018 y su problemática durante la pandemia, para proponer posibles alternativas de solución. En este trabajo se pretende poner a consideración estas medidas estratégicas y de carácter prioritario y urgente. El punto de partida para el desarrollo de la población es, antes que nada, su salud.

## **REVISIÓN TEÓRICA**

*Teoría Sanitaria.* Consta de 3 pilares conceptuales: Sistema de Salud, situación de salud de la población y políticas de salud.

*Sistema de Salud.* Es el conjunto de elementos científicos, tecnológicos, económicos, físicos, materiales y humanos, relacionados entre sí, con el objetivo de proporcionar los servicios de salud que la población requiere en la cantidad, calidad y eficiencia definidos

*Índice de Desarrollo Humano.* La Organización de las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países, en especial la calidad de vida de su población, cuenta con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), mediante el indicador Índice de Desarrollo Humano IDH, cuyo cálculo se realiza mediante tres variables fundamentales: educación, salud e ingreso. Esperanza de vida. Referente al número de años que se espera, viva una persona de lugar específico. Educación, parámetro que se evalúa por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en los niveles de educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria. PET per cápita. Se refiere al producto interno bruto PIB per cápita que se genera.

*Desarrollo humano.* Es un proceso por el que una sociedad mejora las condiciones de vida de sus ciudadanos a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias, primarias y secundarias. Es la cantidad de opciones que tiene un ser humano en su propio medio, para ser o hacer lo que él desea ser o hacer. A mayor cantidad de opciones, mayor desarrollo humano; a menor cantidad de opciones, menor desarrollo humano. Son variables directamente proporcionales entre

sí. El Desarrollo humano podría definirse también como una forma de medir la calidad de vida del ente humano en el medio en que se desenvuelve, y una variable fundamental para la calificación de un país o región.

*Desarrollo social.* Es la ampliación de oportunidades individuales, aunadas a la satisfacción de necesidades básicas, tales como la educación, la alimentación, vivienda, aspectos económicos y salud (Campos Ortega, 1997).

*Índice de Marginación.* Es una medida del impacto global de las carencias que padece una población específica como resultado de la falta de acceso a la salud, a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la falta percepción de ingresos o ingresos bajos y las relaciones con la residencia en localidades pequeñas, que permiten establecer parámetros de comparación entre entidades, municipios y localidades.

*Política Social.* Tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida de la población y asegurar el crecimiento económico futuro mediante la formación de capital humano, contribuyendo a mantener determinados niveles de cohesión social, fundamental para el funcionamiento de toda sociedad. Las Políticas Sociales tienen tres funciones principales: la creación de capital humano, la compensación social y la contribución a la cohesión social.

*Infraestructura.* Conjunto de obras públicas realizadas para el desarrollo de una determinada zona geográfica. Obras para el acceso, comunicación, transporte, asentamiento humano e industrial, electricidad, agua servicios de alcantarillado y urbanización, telefonía, salud, educación, formación y capacitación y servicios financieros.

Mientras más desarrollada sea la infraestructura de un país, se espera que su capacidad productiva sea mayor. Lo anterior por cuanto se reducirían los costes de producción al facilitar el transporte, las comunicaciones, la obtención de energía y otras actividades necesarias para la producción.

De acuerdo a Marx, la infraestructura es la base material de la economía e incluye todas las fuerzas y relaciones de producción. Esta sostiene la estructura social y sobre ella se encuentra la superestructura, que incluye la cultura, literatura, religión, filosofía, el arte y la ciencia, junto con las instituciones políticas y jurídicas. Según la teoría marxista, la infraestructura sostiene el desarrollo y cambio social e influye en la superestructura.

## **METODOLOGÍA**

La investigación es cualitativa al estudiar las características y naturaleza de los objetos de estudio. Es cuantitativa al analizar numéricamente determinados rubros. Histórica al estudiar antecedentes evolución y tendencias de determinados parámetros. Genética porque se intenta ir a los orígenes de los problemas del sistema.

- 1.- Definición del objetivo del proyecto de investigación.
- 2.- Especificación de las fuentes y bases de datos que aporten datos e información para el trabajo. Consulta objetiva y dirigida al análisis.
- 3.- Investigación de Teorías, modelos e hipótesis de trabajos realizados y relacionados con el objeto de estudio.
- 4.- Tratamiento estadístico y análisis de la información
- 5.- Conclusión de resultados.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A continuación, se presentan los principales aspectos de la investigación, cuyos resultados se someten al análisis para su discusión y se presentan posibles rutas de acción.

Durante muchos años el sistema de salud en México ha estado bajo la dirección de criterios políticos coyunturales que han desarrollado sus características y naturaleza con fines de atención a la sociedad, pero con intereses políticos que ensalzan logros de manera propagandista más allá de lo real. Este avance se mueve entre una serie de intereses particulares, cuyo objetivo último es el negocio y, en contraparte, el interés público, cuyo objetivo es el servicio de salud a la población.

El argumento base para permitir la participación de la iniciativa priva en el sistema de salud se refiere a la imposibilidad del Estado para proporcionar el servicio a la población por falta de recursos suficientes.

*Situación de la salud en México.* Se presentan algunos indicadores que se consideran significativos para valorar la situación real del sistema de salud. Son datos obtenidos de fuentes oficiales y su presentación es propia y para facilitar su análisis e interpretación. Se expresan opiniones y sugerencias. No como referencia a lo que se ha escrito o dicho, sino como una posible aportación de este trabajo.

*Acceso a los servicios de salud.* El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, en su reporte del 28 de septiembre de 2021, informa que en México existen 33 millones de personas sin acceso a los servicios públicos o privados de salud. Con 126 014 024 126 de habitantes, en México, el 73.5%, es decir, 92 millones 582 mil 812 personas, están afiliadas a servicios de salud. De estos, el 97.7% están afiliadas a algún servicio público, mientras que el 2.3% restante a seguros o servicios privados.

**Tabla 1. Acceso a la salud**

<b>Institución</b>	<b>Población (%)</b>
IMSS	51
ISSSTE	7.7
INSABI	35.5
IMSS BIENESTAR	1
ISSSTE ESTATAL	1.1
PEMEX	1.3
INSTITUCIÓN PRIVADA	2.8
OTRA INSTITUCIÓN	1.2

Fuente: elaboración propia con información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Reporte de 28 de septiembre de 2021.

*Esperanza de vida.* Es el número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio. En las mujeres pasó de 62 años en 1970 a 78 en el 2020. Se espera que para el año. 2050 llegue a 84. En el hombre pasó de 57. años en 1970 a 72 en 2020 y se espera llegue a 76 en el 2050.

*Natalidad – mortalidad.* Es el número futuro de nacimientos y defunciones, sujeto a ciertas hipótesis acerca de las tendencias futuras en las tasas de la natalidad y mortalidad. En 1970 la bruta de mortalidad era de 10.64 y la tasa bruta de natalidad era de 43.77. para el año de 2020 las tasas se redujeron a 6.07 y 16.86, respectivamente. Se proyecta que para el 2050 serán de 9 y 11.28, respectivamente. Es decir, se espera incremento en la tasa de mortalidad, producto del envejecimiento de la población y una reducción en la tasa de natalidad.

*Servicios otorgados.* El principal producto es el número de consultas otorgadas a la población usuaria de los servicios de salud de la Secretaría de Salud que incluye consultas generales, especializadas, odontológicas, salud mental y urgencias. En 2018, la población usuaria nacional de consulta externa fue de 26 812 133. En 2018, las consultas de tipo nominal otorgadas por las unidades médicas de la Secretaría de Salud fueron 97 674 225 que incluyen consulta externa especializada, consulta externa general y consultas odontológicas.

*Egresos hospitalarios.* Comprende todos los casos atendidos en hospitalización de las unidades médicas de la Secretaría Salud (SSA) y en las Secretarías de Salud Estatales (SESAS), con base en el concepto de afección principal de conformidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) en materia de registro, codificación y comorbilidad de la afección principal cuando ésta se presente. 2 715 624 en 2017 y 2 6 623 379 en 2018.

*Mortalidad materna.* Es el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio por cada 100,000 nacidas/os vivas/os en el mismo periodo. Pasó del 88.7 en 1990 a 30.56 en 2018, con una marcada tendencia decreciente.

*Mortalidad infantil.* La tasa de mortalidad infantil mide la mortalidad durante el primer año de vida. Representa el riesgo de morir de los menores de un año y se expresa como el número de muertes de menores de un año en un período dado por cada mil nacidas/os vivas/os vivos en el mismo período. En el año de 1990 fueron 32.51 y en el año 2018 12.02, también con marcada tendencia a la baja.

*Recursos en Salud.* Es el total de los recursos utilizados por las instituciones públicas de salud (recursos físicos, humanos y gasto en salud). La información de recursos para la salud se encuentra integrada por las siguientes desagregaciones:

*Personal en Salud.* Se refiere a las personas que laboran en las unidades médicas, mismas que deben estar relacionadas con: el personal médico, de enfermería, técnico, auxiliar, de investigación, de enseñanza y administrativo que laboran en ellos.

**Tabla 2. Personal de salud 2018**

<b>Personal</b>	<b>Cantidad</b>
Medicina general Especialidades y Odontología.	174 259
Personal médico en formación	56 326
Medicina. Otras labores	17 413
Enfermería general y especialista	182 754
Pasantés de enfermería	29 540
Auxiliares de enfermería	105 244
Personal de enfermería en otras labores	24 362
Personal profesional	44 162
Personal técnico	116 634
Otro personal	215 921

**TOTAL****966 615**

Fuente: elaboración propia con datos del Breviario Estadístico de Salud en México 2018.  
Gobierno de México. Secretaría de Salud.

**Tabla 3. Personal de salud 2018 Por Institución Pública**

Personal	DIF	Estatales	IMSS Bienestar	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SALUD	SEDENA	MARINA	UNIVERSITARIO
Medicina general										
Especialidades y Odontología.	201	5177	4093	58037	19676	2073	81473	1529	974	1086
Personal médico en formación	48	631	2904	22803	1600	754	25841	1249	0	496
Medicina. Otras labores	37	414	208	6186	3000	135	7196	123	0	114
Enfermería general y especialista	53	4939	1211	64201	17732	1710	89051	1775	1052	1030
Pasantes de enfermería	0	265	964	4568	524	0	22821	242	27	129
Auxiliares de enfermería	0	917	10298	36999	8530	1233	46063	558	127	579
Personal de enfermería en otras labores	0	446	95	9486	816	129	7565	5724	0	101
Personal profesional	672	1238	366	11435	2254	246	26971	466	0	514
Personal técnico	110	1524	831	69734	4370	704	37232	1542	0	587
Otro personal	586	6246	4107	68568	23035	5224	100621	3691	0	3847
<b>TOTAL</b>	<b>1707</b>	<b>21 733</b>	<b>25077</b>	<b>352017</b>	<b>81537</b>	<b>12208</b>	<b>444834</b>	<b>16899</b>	<b>16899</b>	

Fuente: elaboración propia con datos del Breviario Estadístico de Salud en México 2018.  
Gobierno de México. Secretaría de Salud.

En términos generales, es necesaria una revisión de la plantilla de personal. Da la impresión que se dedican más recursos al aspecto administrativo que al aspecto médico. En el DIF, de un total de 1707 personas, 586 están en el rubro de otro personal y 672, la

mayoría, en personal profesional, mientras que sólo hay 201 personal médico general y especializado y sólo 53 de enfermería. Es evidente la desproporción. En los sistemas estatales se registran 6246 como otro personal, contra 5177 de medicina general y especialidades. 414 de medicina en otras labores. Es necesario ajustar la asignación de recursos a lo prioritario. En el IMSS hay más personal en los rubros de personal técnico y otro personal que de medicina general y especialistas. Parece ser lo más importante. En el IMSS Bienestar hay 10 298 auxiliares de enfermería, más del doble de personal de medicina general y especialidades. Por tan sólo 1211 enfermeras. La mayor parte del personal en el ISSSTE está en el rubro de otro personal. En PEMEX otro personal es la mayor parte y duplica al personal médico.

*En los de Salud la situación es especial.* Más de 100 mil en el rubro de otro personal. Más de 74 mil entre personal técnico y profesionales. En DENA hay más personal técnico y otro personal que médicos.

*Establecimientos de Salud.* En 2018 existían 681 para asistencia social, 28 761 para consulta externa, 4 629 para hospitalización y 1 327 de apoyo.

*Recursos físicos.* Esta información se refiere a camas, quirófanos, áreas médicas y demás espacios existentes en las unidades médicas de las instituciones de salud, mismas que deben estar en funcionamiento. En 2018 había, a nivel nacional, 77 274 consultorios, 88 821 camas hospitalarias, 49 981 camas no hospitalarias, 4 167 quirófanos y 2 197 salas de expulsión.

*Equipo médico de alta tecnología (EMAT).* Esta información se refiere a las tecnologías (que sirven de apoyo en los procesos de diagnóstico, tratamiento, curación y rehabilitación de las personas) que se encuentran en funcionamiento en las instituciones de salud.

**Tabla 4. Equipo médico de alta tecnología en 2018**

<i>Equipo</i>	<i>Existencia</i>
Aceleradores lineales	71
Mastógrafos	777
Resonancias magnéticas	88
Tomógrafos	389
Angiógrafos	123
Gamma Cámaras	53

Braquiterapias	92
Bombas de cobalto	65
60	

---

Fuente: elaboración propia con datos del Breviario Estadístico de Salud en México 2018.  
Gobierno de México. Secretaría de Salud.

*Gastos totales en Salud.* En pesos corrientes, es decir considerando inflación, en 2003 se destinaron 463 444 millones de pesos, en 2017 ascendió a 1 209 295 millones. Más del doble. Sin considerar inflación, es decir, pesos constantes, la erogación de 2003 fue de 700 325 millones de pesos. En 2017 fue de 1 030 884 millones de pesos.

Respecto al gasto en relación al Producto Interno bruto PIB, en 2003 fue del 2.5, cuando el promedio de los Países de la Organización para la cooperación y el desarrollo económico, OCDE fue de 5.6. más del doble. Para el 2017 el gasto en salud representó el 2.8, menos de la mitad, de nuevo respecto a la OCDE que fue de 6.3.

Como puede apreciarse, es necesario invertir más en el rubro de salud, pero reestructurar el presupuesto más a los servicios médicos, de instalaciones y equipamiento, eliminando gastos administrativos innecesarios, haciendo más eficientes a procesos técnicos, operativos y administrativos.

*Infraestructura para el desarrollo del sistema de salud.*

El sistema de salud requiere de una gran obra de infraestructura que comprende varios aspectos.

- Determinación de las necesidades a atender. Medicina preventiva y asistencial. General y especializada. De acuerdo a la magnitud de la población. Edad, sexo, estados físicos, enfermedades y hábitos y costumbres que repercuten en la salud. Sus características, propiedades y cantidad. Es decir, definir los tipos de atención que se requieren en cuanto a medicina general y especialidades para que los pacientes no tengan que trasladarse a otro lugar para recibir atención médica y de la demanda que se espera atender.
- La eficiencia de un sistema de salud implica el control de los factores internos y externos de cada familia. En primer término, se refiere a las tradiciones alimenticias e higiénicas, a la educación de cada integrante de la familia, a su actividad física. Pero atención especial requiere la comercialización de productos nocivos para la salud que mediante campañas publicitarias influyen en la población para bien de los dueños de empresas particulares que buscan hacer negocios con altos rendimientos, aunque sea a costa de la salud de la población. Día y noche. Por la prensa, radio, televisión, espectaculares, inserciones en

publicaciones, en las redes social. Por todos los medios posibles existe un bombardeo publicitario para productos nocivos a la salud, sin control alguno, bajo la consigna de la libertad de empresa y expresión.

- Determinación de la localización de los servicios. Localización estratégica que acorte las distancias para atención médica a lo menos posible. Evitar la marginación con estrategias de localización, móvil incluso, de acuerdo a las características de la demanda aún más alejada.
- El tamaño de la clínica está en función al tamaño de la demanda que se espera atender y que debe considerar un margen de capacidad para un posible incremento de la demanda.
- La atención de la demanda debe ser todos los días. Por lo tanto, se tendrá que realizar una planeación y programación para la atención médica general y especializada, incluyendo fines de semana y días festivos,
- De acuerdo a la atención que se pretenda otorgar, no solo la primaria, sino se deben incluir las especialidades, se determinan las instalaciones, equipos y personal que se requiere para su operación.
- Diseño de un sistema de actualización, de mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones, equipo y maquinaria que garantice su operación confiable, eficaz y de calidad.
- Determinación de la distribución de áreas operativas, óptima de equipos y mobiliario.
- Diseño de sistemas ágiles y prácticos para la programación de consultas médicas, haciendo un tratamiento especial para pacientes que requieran atención y medicina periódicas.
- Diseño de un sistema de abasto y distribución confiable de insumos y medicamentos, básicos y especializados, eliminando a intermediarios y proveedores especuladores que solo buscan el lucro.

*Formación de profesionales de la salud.* Atención especial requiere este punto. La educación en México es un derecho de los ciudadanos elevado a rango constitucional. El Estado es el encargado y responsable de su administración. Es decir, de diseñar el perfil de egreso en cada nivel de estudios, prever las ramas y características educacionales y de formación para la población. En función de esto planear y programar acciones encaminadas a alcanzar esas metas. De organizar la estructuración técnica de funciones y responsabilidades, de dirigir, controlar e integrar todas las operaciones y proyectos al respecto. Sin embargo, bajo el argumento de su falta de capacidad presupuestal se abrió

la posibilidad de participación de la iniciativa privada para proporcionar servicios de educación. Esto ha permitido incrementar las alternativas de estudio para la población, en centros de estudio cuyas instalaciones, planes de estudio y atención docente pudieran superar a los centros oficiales al contar con presupuestos privados de inversiones de capital cuyo objetivo primero es la generación de rendimientos.

Lo anterior ha presentado una situación producto de la existencia de intereses ajenos a las necesidades educativas y formativas nacionales en las esferas de gobierno de instituciones de educación superior, principalmente.

Bajo el argumento de la insuficiencia de recursos económicos, limitan el acceso a gran cantidad de aspirantes a estudiar en diversos niveles, que van desde el medio superior al superior, de licenciatura, especialidades y posgrados. En tales condiciones, se programan exámenes de admisión que dan como resultado, en la mayoría de los casos, la aceptación de la menor parte de aspirantes y el rechazo de la gran mayoría.

Los rechazados tienen la opción de un nuevo intento para el próximo periodo de exámenes de admisión, ir a la iniciativa privada o desistir de estudiar.

El resultado es la gran cantidad de egresado para determinadas áreas del conocimiento y la falta en otros. Como es el caso de los profesionales de la salud. Durante la pandemia se detectó la falta de profesionistas de salud, sobre todo especialistas. Teniéndose que recurrir a contratar a profesionales de la salud ya jubilados o pensionados, a capacitar provisionalmente a quienes no contaban con la especialidad. Se evidenció el manejo para el ingreso a especialidades. Rechazo para provocar la corrupción. Venta de exámenes de admisión.

Es necesario transparentar el presupuesto asignado a las instituciones públicas de educación, dirigirlo hacia la solución de los grandes problemas nacionales. Eliminar gastos suntuarios y reducir presupuestos administrativos y operativos mediante eficientes actualizados procesos productos de sus propias investigaciones.

El Estado deberá asignar mayor presupuesto a la educación, pero diseñar un proceso de fiscalización para su uso ético. En 2022 se destinaron 883,929 millones de pesos para el gasto público en educación, monto que representa el 3.1% del PIB, el nivel más bajo a partir de 2010, refieren cifras del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP).

*Situación laboral del personal de salud.* En un recorrido nacional a las instalaciones de salud previo a la pandemia, se pudo constatar el estado de abandono de muchas clínicas, algunas fueron inauguradas sin estar terminadas y luego abandonadas, la falta de personal de la salud y de medicamentos. En especial, los mismos trabajadores de la salud

expusieron sus precarias condiciones laborales. Sin plaza, que les dé estabilidad laboral, bajos salarios y sin prestaciones de ley.

Primero la dificultad de ingresar a estudiar medicina. Cursar y acreditar la licenciatura. Prácticas profesionales, servicio social y titulación. Para luego encontrarse que no hay empleo. Trabajar en alguna farmacia cobrando \$ 30 la consulta. Serias dificultades para proseguir estudios de especialidad. Cuando se consigue empleo, muchas veces es fuera de su lugar de residencia y con precarias condiciones laborales.

Es necesario reestructurar este sistema. Facilitar y motivar el acceso a estas ramas del conocimiento. Apoyar la formación y aprovechar esta formación en una práctica y eficiente asignación a los lugares de mayor necesidad, con salarios y prestaciones que sean congruentes con la profesión, garanticen estabilidad laboral y permitan el desarrollo profesional para todo el personal de la salud.

Se ha iniciado ya este proceso y se anuncia la regularización de plazas y prestaciones para 80 mil trabajadores de la salud. Falta mucho, obviamente, pero es el primer paso.

## **CONCLUSIONES**

El sistema de salud en México ha estado por mucho tiempo muy por debajo de la importancia que tiene al ser uno de los tres indicadores de la calidad de vida de la población. Se ha priorizado el beneficio de la iniciativa privada antes que los intereses de la población. Se ha iniciado, con la actual administración, un proceso de cambio en el que se pretende que todo ciudadano tenga acceso a los servicios de salud, independientemente si labore en el sector público, privado o por su cuenta. Teniendo acceso a un servicio con instalaciones, equipos, personal médico general o especializado, que tenga acceso a los medicamentos y tratamientos generales o especializados en forma gratuita. El nuevo sistema de salud en México apenas inicia y ha puesto las bases para su operación actual y futuro. En beneficio de la generación actual y de la sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boletín Estadístico de Salud en México 2011. Instituto de México. Secretaría de Salud.
- Economía de la Salud en la Fundação Oswaldo Cruz de Rio de Janeiro. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Economipedia. <https://economipedia.com/definiciones/infraestructura.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Reporte. Septiembre de 2021.
- Sistema de Salud en México. Octavio Gómez Dentés, Sergio Sesma, Víctor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola, Julio Frenk. Instituto Nacional de Salud Pública México. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México. Escuela de Salud Pública de Harvard, EUA. Fundación Mexicana para la Salud, México.
- Tobar, Federico. Sociólogo, UBA. Doctor en Ciencias Políticas, Universidad del Salvador. Magíster en Administración Pública en la Fundação Getulio Vargas de Rio de Janeiro.