



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Iztapalapa

**Estado, Protección Social y la Salud en el
Gobierno de la Cuarta Transformación en México,
2018 - 2024**

T E S I N A

QUE PRESENTA

Víctor Alejandro Calacich Altamirano

MATRICULA: 2193057066

Karen Gabriela López Pérez

MATRICULA: 2193060910

Para acreditar el requisito del trabajo terminal
y optar al título de

LICENCIAD(O/A) EN CIENCIA POLITICA

**(Miguel Rodrigo González
Ibarra, SIN FIRMA)**

ASESOR

**(Alberto Escamilla Cadena,
SIN FIRMA)**

LECTOR

Iztapalapa, Ciudad de México, (octubre 2023).



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA – Unidad *Iztapalapa*
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA-COORDINACIÓN DE CIENCIA POLÍTICA

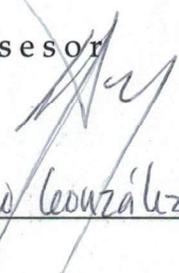
D I C T A M E N

Después de examinar este documento final presentado por el (la) (s) alumno (a) (s) _____ Calacich Altamirano Víctor Alejandro, _____ López Pérez Karen Gabriela _____

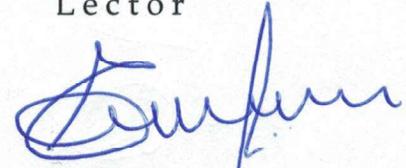
matrícula(s) _____ 2193057066 _____ 2193060910 _____ con el título de _____ Estado, Protección Social y la Salud en el Gobierno de la Cuarta Transformación en México, 2018-2024 _____ se consideró que reúne las condiciones de forma y contenido para ser aprobado como conclusión de la Tesina o Trabajo Terminal, correspondiente a la Licenciatura en Ciencia Política que se imparte en esta Unidad.

Con lo cual se cubre el requisito establecido en la Licenciatura para aprobar el Seminario de Investigación III y acreditar la totalidad de los estudios que indica el Plan de Estudios vigente.

Asesor


Miguel Rodrigo González Barra

Lector


Dr. Alberto Escanilla Cadenas

Fecha 18 octubre 2023 Trim: 23-P No. Registro de Tesina: CAVA/2022-O

UNIDAD *Iztapalapa*

Av. Michoacán y la Purísima, Col. Vicentina, 09340, México, D. F., Tels.: 5804-4600 y 5804-4898, Tel. y Fax: [01-55] **5804-4793**

Índice

Índice.....	2
Introducción	4
Capítulo 1: Estado y Sistemas de Protección Social en América Latina	11
1.1. Estado	11
1.2. Estado de Bienestar	16
1.3. Protección Social.....	21
1.4. La protección social desde un enfoque de derechos.....	27
1.5. La salud como eje de la protección social	32
1.6. Conclusión.....	38
Capítulo 2: Desarrollo del Sistema de Protección Social en México.....	40
2.1. Estado Interventor en México	40
2.2 Marco legal y normativo del Sistema Nacional de Protección Social	47
2.3. Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.....	54
2.4. El Plan Nacional de Desarrollo y la Protección Social.....	56
2.5. Programas y estrategias hacia la Protección Social.....	60
2.6. Conclusión.....	65
Capítulo 3: El Sistema de Protección Social en Salud en el Gobierno de la Cuarta Transformación en México 2018-2022.	67
3.1. Antecedente del Sector Salud	67

3.2. Diagnostico en la protección social en la salud	77
3.3. Objetivos del sistema nacional de salud.....	84
3.4. Programas, financiamiento y recursos	92
3.5. Perspectivas del sector y desafíos	99
3.6. Conclusión:.....	108
Conclusión general.....	109
Referencias.....	114

Introducción

La investigación sobre el Estado y su relación con la seguridad y la protección sociales es muy importante porque considera factores fundamentales como el desarrollo de conceptos como los son: el Bienestar, que desempeña en el Estado un papel central para crear, gestionar y desarrollar sistemas de seguridad social en favor de la población para avanzar a un foco de protección social, por su diseño que garantiza una calidad de vida que al investigarla permite evaluar si el Estado cumple su responsabilidad de proporcionar los niveles adecuados de seguridad y protección a sus ciudadanos.

Pasando al tema de calidad de Vida, comprendemos que esto tiene un efecto inmediato en la calidad de vida de las personas, ya que abarca el acceso a la atención médica y la gestión adecuada de las pensiones, control del desempleo y otros servicios esenciales que al ser investigados como un carácter político, administrativo y financiero puede ayudar a identificar deficiencias y mejoras en los accesos de la ciudadanía a niveles adecuados de protección.

Con esa identificación manejamos las desigualdades sociales, reconociendo que la vía de la seguridad no siempre es igualitaria, ya que algunos grupos enfrentan barreras más para mantener estos servicios por la edad, el género, la ubicación geográfica o el nivel socioeconómico, generando temas como la distribución beneficios y control de la seguridad social.

Identificamos cuestiones de sostenibilidad económica que crea en dichos sistemas un cargo significativo para las finanzas públicas por lo tanto el investigar la forma de financiamiento del Estado y su gestión nos garantiza la sostenibilidad de los proyectos a medio y largo plazo gracias a una correcta evaluación de las políticas económicas en la prestación de servicios.

A su vez, tenemos que enfrentar desafíos relacionados con la población, como el aumento de personas mayores y las transformaciones en la composición demográfica, importantes para que los sistemas de seguridad y protección social favorezcan a desarrollar estrategias frente al Estado, que permitan ajustar la

jubilación, promover el empleo en la vida laboral y adoptar eficientes y eficaces sistemas de pensiones.

Hay que considerar que no descartar el impacto de la estabilidad política que crea en los sistemas de seguridad y protección la reproducción de tensiones sociales, esto puede ayudar a prevenir conflictos y promover que los ciudadanos tengan un nivel adecuado de seguridad económica y tránsito al bienestar.

En el ámbito de la salud, hemos comprendido que la clave para el bienestar de la población reside en la integración de sistemas esenciales de seguridad y protección social en la atención médica, la disponibilidad de medicamentos y la prevención de enfermedades, que influyen directamente en la salud pública y pueden mejorarse para promoverla, retomando la calidad, observando que es factor determinante de la vida porque administra y genera normas en favor de la calidad de la población.

En cuanto al abordaje de la desigualdad en el ámbito sanitario, los sistemas de seguridad y protección social pueden jugar un papel fundamental en la disminución de las disparidades en el cuidado de la salud.

El derecho fundamental a disfrutar del nivel más alto posible de salud, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud, se relaciona con cuestiones de derechos humanos que reflejan las disparidades en el acceso a servicios como la atención médica especializada, el empleo y los recursos económicos que son esenciales en el contexto de los derechos humanos fundamentales.

En cuanto a la relación global debemos entender que nuestro Estado no limita sus problemas al país o región, sin especificar uno que aborda problemas como La evolución de sistemas de salud universal, que durante pandemias o enfermedades contagiosas aseguran que todas las personas tengan acceso a la atención médica requerida.

En resumen, nuestra investigación observa la relación entre el Estado, la seguridad social, la protección social en favor del desarrollo de la salud de la población, abordando sus desigualdades, manteniendo una sostenibilidad económica, fomentando la estabilidad política como factores esenciales para el

desarrollo de políticas efectivas que mejoren la calidad de vida de los habitantes y contribuyan a la construcción de una sociedad más justa y equitativa.

Visto desde un enfoque mexicano, la Política Social se entiende como un equivalente a la figura del bienestar, que defiende el ideal de la justicia social heredada de la Posrevolución, cuyo objetivo es brindar atención a un determinado grupo social brindando seguridad y protección a la comunidad beneficiada en la gestión de los programas de bienestar social, consolidados a partir de 1970.

Bajo este ideal la Política Social ha mantenido una extensa historia y diversidad en los programas tanto por el volumen de los recursos asignados como por estrategias que han tocado los ámbitos federales, estatales y locales.

Sin embargo, desde la década de los ochenta hasta llegar al 2018, el país sufrió un extenso panorama de reconfiguración en su manejo de la política social y tuvo que modificar su enfoque de política social sustentado en la seguridad social. Este hecho no es casual o coyuntural, sino estructural, históricamente marcado a partir del siglo XXI con el fracaso de las Políticas Sociales orientadas en una perspectiva keynesiana y la entrada de la nueva etapa neoliberal, transitando de un enfoque reducido o enfocado en sectores marginales en favor sistema de la seguridad sanitaria y social. Se generó, a nivel global un replanteamiento del papel que tenía que tomar el Estado en la administración de los programas gubernamentales y de bienestar social., cubriendo las demandas de un Estado mínimo, susceptible de aprovechar mejor sus recursos de acuerdo con el desarrollo que se vivía en la época.

En el 1 de julio de 2018 durante la renovación de cargo en el poder Ejecutivo aproximadamente 30 millones de mexicanos pusieron su confianza en Andrés Manuel López Obrador y su coalición “Juntos Haremos Historia” esto con el objetivo de alcanzar la transformación de la vida pública de México a través de la lucha la corrupción, la impunidad y el neoliberalismo, sin embargo, más allá de dichas promesas, otro tema de interés se enfoca en la lucha contra la pobreza y el retorno

al bienestar social donde siempre surge la idea que si dicho enfoque de manejo está en lo correcto.

En cuanto a política social, hablar sólo de resolución de pobreza se queda corto, ya que, según el Doctor Manuel I. Martínez Espinoza (2020), “la política social puede entenderse como el entramado institucional de postulados epistemológicos y metodológicos desplegados en leyes, organismos, planes y recursos diversos (humanos, financieros, tecnológicos, etc.”

En cuanto a la capacidad de cambios en el sistema de protección el gobierno de Andrés Manuel López Obrador se enfrenta a al manejo de la protección y justicia social la cual se caracteriza por una falta de una planificación adecuada, especialización y coordinación de las múltiples iniciativas de política social que se manifiesta en muchas ocasiones “primero se desarrollaron las instituciones a través de la privatización social y después se codifican los derechos” (Valencia et al.,2012, p. 12), a esto se le suma la estructura dual que tiene el Estado mexicano

Como estrategia para controlar dichas deficiencias, tenemos que el gobierno considera a) El incremento de fondos a través de inversión en servicios sociales y salario mínimo; b) la expansión de programas de asistencia financiera, que c) se priorice el brindar apoyo en áreas desfavorecidas y a sectores en situación de vulnerabilidad, algo que está muy bien cuando su gestión es en manos de organismos autónomos y de confianza, pero si provienen directamente de la legitimidad presidencial recaen en acciones de falta de énfasis en los elementos fundamentales de una administración pública lógica y transparente.

En cuanto la figura del bienestar podemos decir que no solo una herramienta importante para el combate en contra el manejo del modelo cuatro de protección social sino también un sistema de protección social que tiene su mayor acercamiento con los ideales de un Estado de bienestar, esto lo entendemos así porque en su distribución de recurso a programas trata de implementar una economía humanizada e intento rediseñar el aparato burocrático para reducir el número de intermediarios en la aplicación de un programa social.

Este modelo no es un invento de la 4T y en su nueva integración podemos entender que la administración de Andrés Manuel López Obrador “busca con el “bienestar mexicano” consolidar su proyecto político en aras de la trascendencia nacional y erigirse en el gran estadista social, la pregunta sobre si lo logrará tiene que ver con los resultados que el “Welfare State” ha acumulado en Europa y Estados Unidos y su adaptación a la compleja realidad mexicana” (Gamboa, 2021)

Aun con todo esto el sistema tiene que ser metido con cuidado pues el recortar a la burocracia de golpe sin una estrategia representa la pérdida de un recurso muy probablemente necesario que permita el cumplimiento de las instituciones del el estado y otra situación que no se tiene que tomar en cuenta es la vigilancia de los programas sociales para garantizar su función y mantener un buen gasto que al mediano y largo plazo realmente impacte en el desarrollo del país, algo que se cuestiona mucho tanto en las pasadas como en la actual administración donde si hay un gasto pero no un control para que ese gasto se convierta en beneficio.

La política de salud del actual gobierno ha generado un debate continuo por sus enfoques y decisiones. Uno de los principales dilemas reside en la asignación insuficiente de recursos económicos y la carencia de estrategias eficaces para abordar los desafíos de un sistema de atención médica sobrecargado y caracterizado por desigualdades. Esto ha generado inquietudes acerca de la aptitud del sistema de atención médica para responder a las demandas de la población, en especial en situaciones cruciales como la pandemia de COVID-19.

Este problema plantea interrogantes sobre la eficacia y la equidad de la política de salud del actual gobierno, así como sobre su capacidad para resolver los inconvenientes estructurales en el sistema de salud de México y elevar la calidad de atención médica para la totalidad de la ciudadanía.

Preguntas de investigación

1. Desde la perspectiva de la Salud ¿Cuáles son los pilares fundamentales que caracterizan los Sistemas de Seguridad y Protección Social en el Estado Mexicano?

2. ¿Cuáles son los avances en la Seguridad y la Protección Social durante el desarrollo del Estado mexicano en el gobierno actual?

3. Bajo la actual administración, ¿La protección y la seguridad sociales como son vistas desde la perspectiva de jurisprudencia, las finanzas y la política han aportado a un proceso de cambio o continuidad?

Hipótesis 1: Desde la perspectiva de la Salud, consideramos que las bases fundamentales que caracterizan los Sistemas de Seguridad y Protección Social en el Estado Mexicano incluyen el acceso universal a servicios de salud, la equidad en la distribución de recursos.

Hipótesis 2: En el gobierno de cuarta transformación de México, se han hecho esfuerzos significativos para extender la seguridad social y mejorar la atención médica, especialmente en comunidades marginadas. Esto refleja una voluntad política de reducir las desigualdades en el acceso a servicios de salud y mejorar el bienestar de la población.

Hipótesis 3: Bajo la actual administración, bajo la perspectiva de jurisprudencia, finanzas y política, es posible plantear la hipótesis de que ha habido tanto elementos de cambio como de continuidad en lo que concierne a la protección y seguridad social en México. Es probable que se hayan implementado reformas y políticas nuevas, pero también puede haber aspectos de continuidad en la estructura y la administración de los sistemas de seguridad y protección social. El resultado final podría depender de la evaluación de políticas específicas y de su impacto en estos sectores.

Objetivos de investigación

Objetivo General

Analizar desde la perspectiva de la salud los pilares fundamentales que caracterizan los Sistemas de Seguridad y Protección Social en el Estado Mexicano

Objetivos Específicos

a) Comprender los avances en la Seguridad y la Protección Social durante el desarrollo del Estado mexicano con el gobierno denominado de la cuarta transformación.

b) Evaluar los principales elementos bajo la actual administración de la cuarta transformación, seguridad y protección en favor de la salud abordado desde un enfoque derecho, la economía y la ciencia política.

A lo largo de la ejecución de este proyecto de investigación, se han manejado tres enfoques sin descuidar los objetivos por los que se comenzó esta investigación dentro de los cuales se encuentra el análisis de conceptos, El desarrollo histórico y análisis de coyuntura o descripción del modelo de salud mexicana para definir todos los puntos.

El análisis del concepto implica descomponer ideas para comprender mejor un tema específico, por lo tanto, se manejó el Estado y la seguridad. Como una herramienta que facilita la comprensión de la búsqueda de la protección social universal, aportando claridad y evitando malentendidos al definir con precisión los términos y conceptos relacionados. Esto es crucial en situaciones que requieren precisión y claridad, y también fomenta el razonamiento y la discusión.

Metodología

La metodología empleada es explicativa porque trata de describir el problema, sino el final busca la causa para proyectar una solución; es documental porque hubo diversas consultas de libros, dos planes sexenales, dos protocolos de salud, uno de desarrollo para el proyecto; es un estudio de caso porque comparamos algunos gobiernos e instituciones para determinar una continuidad o rezago; es de campo porque requiere de las estadísticas de salud de nuestra colina y país, y tiene un propósito básico de retomar conocimientos vistos para generar opinión.

Capítulo 1: Estado y Sistemas de Protección Social en América Latina

Objetivo

El propósito de este apartado es desarrollar los conceptos que guiaron un entorno encaminado a los actuales programas sociales, o por lo menos entender su creación, a través de progreso de los Estados, afectando el panorama social del propio Estado mexicano durante su historia perdurando hasta nuestros días con el avance del gobierno de la cuarta transformación.

Otro punto importante es el observar la posible conservación de conceptos o su alternancia en el entorno del desarrollo social visto como producto de la resolución de problemas Estatales como por ejemplo la desigualdad.

1.1. Estado

Función

Al retomar al Estado como concepto, ubicamos que tanto politólogos como miembros de alguna ciencia social coinciden en que es vital para el desarrollo del saber social al que se aplique, por ello encontramos con múltiples interpretaciones de la concepción de Estado, la noción tiene un largo recorrido histórico pasando de la poli griega hasta descubriendo componentes que lo encaminarían a la idea de Estado nación, por lo que este trabajo académico retoma la construcción teórica.

Antecedente (La Polis)

Partiendo de la pregunta ¿Cómo nace la ciudad? hallamos en los griegos un sistema de comunidad que se administra por sí solo, de acuerdo con el Doctor César González Ochoa los clásicos respondieron esta pregunta a través de los siguientes argumentos:

Sócrates: “la ciudad debe su nacimiento a la impotencia en la que se encuentra el individuo de bastarse a sí mismo y a la necesidad que experimenta de mil cosas”

Aristóteles, a través de Platón: “el punto de partida natural’ es que los ciudadanos tienen algo en común” —y ese algo en común es su lugar de residencia” Platón (como se citó en González,2004).

Dicho esto, se entiende que la poli existe como un aparato que soluciona los intereses en común de los individuos de un territorio, ya que forma grupos sociales, un sentido de pertenencia a dicho espacio, a la par que crea ciudadanía y sus leyes.

El Estado Moderno

Aun pensando que el sistema de *polis* representa una gran cohesión entre sus ciudadanos, encontramos que en este no tenía fuerza para mantener en pie sus ciudades por los ataques externos y aunque influye en el imperio romano, que destaca por tener una gran fuerza militar, se reconoce que en dicha sociedad se carecía de lealtad y unión al ser un territorio extenso y tener una mezcla de distintas culturas.

Por lo tanto, este concepto comienza a ganar importancia a finales del siglo XII y se extenderá hasta finales del siglo XV en Europa según explica el Doctor Juan Abal Medina

“Durante este período en algunas partes de esa región se conformó un sistema de gobierno (Ständestaat en su expresión en alemán) basado en la representación de distintos cuerpos colectivos (estamentos) que combinaba el poderío militar de los imperios y el alto nivel de lealtad e identidad de las ciudades-estado” (Abal, 2010, p.103).

De aquí rescatamos la idea del nacimiento del feudo ciudades-estado que mantenían un acuerdo físico o económico con el rey, dispuesto a ceder derechos y poder de decisión a la figura del señor feudal para mantener un desarrollo económico que beneficie los intereses de la nobleza y garantizar la salvaguardia de la propiedad individual. mediante ejércitos fuertes brindando seguridad a los habitantes del feudo, generando un desarrollo cada vez más cercano al sistema de las grandes ciudades comerciales y desde aquí comienza el desarrollo del Estado.

Durante esta etapa la familia, la comunidad y la religión sufrirá de cambios dentro de su estructura, por lo que se tendrá una transición de su lealtad del rey al señor feudal dichos proceso se percibe a través de Maquiavelo en donde este concibe al estado como “el gran articulador de las relaciones sociales para garantizar que los hombres vivan en libertad a través de sus leyes”(Maquiavelo,1999,p.24)., sometiendo su dominación a la figura de las organizaciones financieras y judiciales que lentamente se abren espacio para ir generando la creación de los Estados absolutistas en Europa encabezados por Francia, Inglaterra y España.

El Estado Absolutista

Tras una inestabilidad economía a finales del siglo XV, entramos a una nueva etapa en el siglo XVI que se marca por el equilibrio entre nobleza y burguesía, ya que los burgueses ganaban más dinero de lo que era capaz de recaudar la nobleza, lo cual fue tejiendo el terreno y la herramientas políticas para que al rey o monarca tomara en cuenta a la burguesía y creara un contrapeso para hacer frente al poder de los señores feudales y la nobleza en general, por lo que este cambio de Estado se debe a la reconfiguración de los intereses económicos más que al desarrollo de la política.

Entre sus principales características según nos explica el Historiador Perry Anderson encontramos:

“Los presagios del final de la era de dominio de la nobleza, el poder estatal centralizado, la creación de un órgano supuestamente omnipotente en manos del monarca, una división sistemática y jerarquía del trabajo, culminando con el establecimiento de una estabilidad política producto del gran dominio que ejercía el monarca sobre las clases económicas y sociales de la época.” (Anderson,1979).

Todo esto nos hace entender al Estado absolutista como una preparación para el ascenso de la clase burguesa en donde no se genera un avance es en la situación de campesino que sigue sosteniendo una economía mayoritariamente agrícola que mantiene los principios feudales del siervo, También cabe mencionar

que no todos los países que pasaron por este proceso de transición alcanzaron un buen desarrollo durante el periodo de transición a los Estados liberales el ejemplo lo tenemos en España en donde su Estado absolutista se consolida con la unión de los reinos de Castilla y Aragón los cuales tenían la fuerza militar y un gran poder económico por el dominio del nuevo mundo y aun así no se desarrollaron bien industrialmente en comparación a otros Estados como por ejemplo como se generó el progreso en Inglaterra y Francia estados que durante la época absolutista carecían de población y economía fuertes, teniendo como único medio de apoyo a su absolutismo al ejército y en el caso inglés el parlamento que era vital para la supervivencia del monarca, este avance se explica por qué no se logró en ambos casos consolidar el Estado absolutista ya que intervino la revolución burguesa.

El Estado Liberal

Para Mantener un desarrollo en la estructura del estado es necesario ubicarnos en el desarrollo del liberalismo una ideología que surge como la antítesis de los Estados absolutista y estuvo presente en todos los Movimientos Revolucionarios Burgueses que existieron durante los siglos XVIII y XIX y se respalda en la ideología de la ilustración con autores como John Locke, Montesquieu, Jean Jacques, Rousseau y Adam Smith.

Como principal argumento de esta teoría de Estado se nos expone que es necesario defender un contrato social y encaminarnos a la división de poderes para encaminarnos como ciudadanos, hacia una postura en favor de las leyes, la propiedad privada, la competencia y la tolerancia entre distintas sociedades a cambio de obtener ciertas libertades individuales que garantiza este Estado, como lo pueden ser el derecho a un trabajo, educación, salud y vivienda, creando las condiciones para una sana convivencia política, jurídica y económica que no podemos asegurar del todo en un Estado de naturaleza.

Esto anticipa una relación constitucionalista en la cual el doctor Juan Manuel Abal Medina nos menciona que “a partir de esta conexión entre gobernantes y burguesía ya no se tiene que competir por los favores del poder absoluto” (Medina,2010, p109) esto implementa nuevas responsabilidades para el Estado el

cual pasa de encargarse de la administración de los recursos naturales ya que transfiere este poder al mercado y en vez de desaparecer adquiere la tarea de vigilar las normas que el orden liberal proponga.

No es extraño que se mantenga un beneficio en sociedades avanzada industrialmente y tecnológicamente, pero el desarrollo representa para algunas naciones una crisis de representación y competencia, lo que se traduce en pobreza, desigualdad, desempleo e inseguridad, que durante finales del siglo XIX y principios de siglo XX transforma los problemas en movimientos sociales, originando una polarización en el mundo, causando en el Estado liberal una división entre los Estados desarrollados y los subdesarrollados.

El Estado Latinoamericano

Con anterioridad hemos abordado los orígenes y desarrollo del Estado desde un enfoque euro centrista, ya que en algún momento de nuestra historia como continente, nos mantuvimos ligados a un sistema de patronato el cual conforme Enrique Dussel explica “La Iglesia en los países de la América latina se fue ligando a la Corona de Portugal y España por la debilidad de los Romanos Pontífices de esa época, y por la política absolutista de los reyes hispánicos”(Dussel,1967,p39) Esto liga el desarrollo de la región a los sistemas políticos y económicos europeos.

Estados modernos que durante dicha fase absolutista no alcanzaron el desarrollo esperado en su burguesía afectando directamente en su industria idea que ralentiza el desarrollo del capital requisito fundamental para permitir el avance político y social que encamina a estas ideas independentistas en las colonias y nos traslada a los Estados liberales.

Una vez dentro de los Estados liberal de acuerdo con lo que menciona la doctora Beatriz A. Almanza Huesca “mantendremos un enfoque en desplazamiento de las viejas instituciones, sino su completa renovación, su predominio con las nuevas autoridades de la nación, creando un orden social nuevo (liberal, burgués y capitalista), al eliminarse las viejas formas estamentales” (Almanza,2015), y durante este proceso cada país define la dirección de su Estado en una lucha entre

Conservadurismo y el Liberalismo por asumir la estructura jurídica y política de la región, en cuanto la forma de organizar lo recurso tendremos las propuestas el Federal y Centralistas, dando por terminado este proceso cuando se logra consolidar el nacionalismo a través de los símbolos patrios.

Pasando a su etapa Contemporánea los Estados Latinoamericanos tiene que adaptarse los constantes cambios que genera la derrota del fascismo durante la segunda guerra mundial, la lucha contra el comunismo y la implementación del modelo neoliberal en el mundo para hacer frente a la crisis estructura heredada que tiene desde sus orígenes. preparándose para el desarrollo principalmente social.

1. 2. Estado de Bienestar

Función

Una vez explicado los orígenes del desarrollo de los Estados en el mundo podemos mencionar que la etapa del Liberalismo y Capital entra en decadencia tras la crisis de los años 30 y al finalizar la segunda guerra mundial, por lo tanto, para avanzar a sistemas estatales más contemporáneos según explica el Economista Carlos Farge Collazos “el Estado entra en su segunda fase del capital donde paulatinamente este se considera como responsable del progreso social de la población” (Farge,2007). Esta idea es importante porque permite distinguir el estado de Bienestar de otros proyectos como lo pueden ser el socialismo, proyecto que no se concreta al seguir ligado a unas condiciones del liberalismo como el uso de democracias ejemplificado en la creación del partido único y uso del Mercado visto en la economía mixta China, a la par de que se justifica la postura de que este sistema no entro en decadencia sino más bien fue necesario para consolidar el sistema neoliberal y el plan de globalización.

Durante este proceso el Estado de bienestar en algunos caso como en el de Inglaterra busca apoyar a los ciudadanos por su participación en la gran guerra enfrentando la reconstrucción y en otras ocasiones como en los Estados Unidos se busca aminorar los efectos del mercado siguiendo la lógica de una política económica keynesiana, lo importante en ambos ejemplos es que se tendrá como

prioridad el buscar otorgar facilidades laborales, servicios y soluciones a las demandas sociales para mantener el desarrollo estable trasladando los conflictos de obreros contra burgués en beneficio del capital.

Como última gran función según nos indica el doctor Alberto Cimadamore surge la noción de “régimen de bienestar el cual alude a la manera combinada e interdependiente como el bienestar social es producido y distribuido entre el Estado, el mercado y la familia” (Cimadamore,2019, p51) lo cual genera el primer antecedente para la protección social y se distingue de la política social en la reducción de la burocracia y la distribución exclusiva de las instituciones públicas.

La Política Social

Retomar la importancia y funcionamiento de la política social, aborda algunas diferencias entre regímenes de bienestar y política social, derivada de la corriente sociológica y politológica que tocaron teóricos como Marx Weber, Durkheim y Polanyi en el análisis del carácter redistributivo de los Estado para desarrollar el capital humano en la posguerra.

Es así como la política social de acuerdo con lo que explica la doctora Sonia Draibe “se enfoca en el análisis administrativo y organizacional de los programas sociales individualizados, más que de los sistemas de políticas sociales, y casi siempre bajo el prisma unilateral de la eficacia económica y la evaluación de resultados”. (Draibe,2006, p12) nos indica que la política social durante el periodo de bienestar en el año1950 (año en que tuvo su mayor auge) hasta 1982, siguiendo la lógica económica keynesiana se mantendrá en un progreso a nivel estatal y no pasara a la comunidad es así como los empleos otorgados estarán ligados a la burocracia que está obligado a proporcionar servicios de mayor calidad a los ciudadanos comenzando una época de prosperidad social en favor del desarrollo económico.

Esto se presenta a los ciudadanos en forma de derechos sociales y humanos que resuelvan las demandas de inclusión social y cohesión a través de ciertas características que menciona el economista Manuel Riesco como son:

“1) que ningún segmento de la población sea dejado al margen del desarrollo y de las transformaciones; 2) que el crecimiento sea el objetivo de la movilización de amplias capas de la población y que se asegure su participación en el proceso de desarrollo; 3) que la equidad social se considere moralmente importante, y asimismo un elemento crucial para el crecimiento de la eficiencia en el largo plazo, y 4) que se confiera alta prioridad al desarrollo de las potencialidades humanas, en especial de los niños, evitando la desnutrición precoz y brindando servicios de salud e igualdad de oportunidades.” (Riesco,2006, p12).

A partir de estas ideas cada estado era libre de decidir qué características tomaría como prioridad para el desarrollo de sus poblaciones teniendo en mente la idea de eficiencia y eficacia a la hora de implementar sus programas generando riqueza.

Tipos de régimen social

En cuanto al reconocimiento de distintos tipos de Regímenes Sociales, podemos decir que es un tema relativamente nuevo llevado al campo de análisis comparativo de los diversos estados que practicaron el Estado de bienestar, propuesto por el investigador social británico Richard Titmuss (1958), el cual separa este régimen a partir de lo tradicional y lo contemporáneo, respaldándose con la idea del sociólogo Esping-Andersen (1993) la cual se entiende en que para mantener el enfoque redistributivo no se pudo alcanzar a todos los sectores por igual, por lo tanto el bienestar prioriza a los mercaderes y las familias de clase media como se hizo en Europa y Estados Unidos protegiendo el empleo y tomando acciones que aseguren la estabilidad en el mercado, en el caso de fallar en sostener este tipo de apoyo social se pasa a las clases marginadas y excluidas caso que es común de ver en zonas como Latinoamérica y Asia territorio donde aparentemente se saltó el periodo del bienestar pero que con esta forma de ver los regímenes sociales podemos decir que minimizaron su capacidad de acción durante el proceso de bienestar.

Dicho esto, en el enfoque tradicional tendremos que existen 3 clasificaciones de regímenes de bienestar los cuales son:

- 1) “El régimen liberal, que tiene por atributos principales el mercado como locus de la solidaridad; la base individual de la solidaridad y, en la composición de la previsión social, el predominio del mercado y los roles marginales de la familia y del Estado.
- 2) El régimen conservador-corporativo fundado en la solidaridad familiar y que tiene como referencias el estatus, el corporativismo y el estatismo
- 3) El régimen socialdemócrata, fundado en la solidaridad de base universal, que tiene en el Estado su locus principal, caracterizado por una composición de la previsión social, en la cual el Estado desempeña un papel central, frente a las posiciones marginales de la familia y del mercado.” (Esping-Andersen, 1990; 1999)

En cuanto su aportación al régimen contemporáneo tendremos que la familia persiste como principal punto de avance social, en las instituciones se otorga autonomía para mejorar sus servicios y en caso de ser insostenible económicamente se da un modelo de solidaridad a enfocado en apoyar la exclusión y marginalidad partiendo en los rasgos culturales de la población a la que se encaminen el proyecto.

Aplicación política económica en las instituciones

Sin duda, algún postulado del Estado de bienestar se encuentra en el desarrollo económico social propuesto por la teoría Keynesiana, pues de entrada sin aplicar sus postulados no podemos implementar un plan de políticas y regímenes sociales, por lo que hay que entender cómo se aplica en ambos conceptos para explicar el proceso de cómo se manejaron las instituciones durante la época del bienestar.

Dicho esto, en cuanto la política social entendemos que su desarrollo se da bajo los términos de precaución, previsión, reajustes e innovación respondiendo a las demandas del mercado apoyando un cierto grado de independencia en las empresas e instituciones, esto es importante porque no se le da total control al Estado en la administración economía generando la creación del sistema económico mixto que simboliza para las instituciones un manejo de su acumulación expresado en los siguientes puntos:

“1) Manejo Institucional: asegurar recurso para efectuar mayores inversiones sin incurrir en deuda.

2) Motivo de liquidez: asegurar recursos líquidos para enfrentarse a emergencias.

3) Mejoramiento: asegurar los recursos gradualmente para evitar crítica o especulación negativa.

4) Prudencia Financiera: Generar seguridad al a hora de hacer una reserva financiera.” (Keynes, 1943, p103)

En cuanto los regímenes sociales se priorizan la distribución creando empleo, manteniendo un desarrollo familiar y maximizando el servicio institucional en favor de todas las clases, otorgando una relación anticipada de ingreso anexa a las necesidades de individuos y familias previniendo casos de salud por vejez o accidentes laborales, lo que nos encamina a los seguros y pensiones de vida elemento esencial que otorgan las instituciones públicas por apoyar el sistema y abordado con claridad en el enfoque de protección social.

Entendimiento del Estado de Bienestar en México

Una vez abordado el enfoque global del Estado de bienestar encontramos que, visto desde un enfoque mexicano, se entiende como un equivalente a la figura del Estado de bienestar, el ideal de la justicia social heredada de la posrevolución, cuyo objetivo es brindar atención a un determinado grupo social brindando seguridad y protección a la comunidad beneficiada en el manejo de los programas sociales consolidados a partir de 1970.

Bajo este ideal la política social que se tuvo en el Estado mexicano ha mantenido una extensa historia y diversidad en los programas tanto por el volumen de los recursos asignados generalmente asociado a la distribución de tierras a campesinos como por estrategias que han tocado los ámbitos federales, estatales y locales expresados en el artículo 123 que otorga derechos a los obreros que en determinado tiempo funcionan para generar el desarrollo industrial del país.

Partiendo desde esta perspectiva global, se observa que la entrada de México al Estado de bienestar se da a la par que los progresos en el campo de la ciencia y la tecnología en el mundo han transformado sus prácticas administrativas, modificando la actuación del gobierno, a través de la acción de respuestas y demandas por la sociedad.

Sin embargo, desde los ochenta hasta llegar al 2018, el país sufrió un amplio panorama de reconfiguración en su entendimiento de Estado benefactor, por lo que tuvo que modificar su enfoque de régimen social avanzando rápidamente al sistema de protección social. Este hecho no es casual o coyuntural, sino estructural, históricamente marcado a partir del siglo XXI con el fracaso de los Programas Sociales orientados en una perspectiva de apoyo de los ideales revolucionarios, otro factor importante para el avance rápido de nuestro Estado de bienestar era el alcanzar la tercera fase del neoliberalismo, caracterizada por un enfoque de no intervención en la economía, un sistema de privatización de los recursos públicos y la entrada a la globalización promovida por gobiernos como los de Margaret Thatcher y Ronald Reagan, generando un replanteamiento del papel que tenía que tomar el Estado en el manejo de los programas públicos y sociales.

1. 3. Protección Social

La transformación de las instituciones tradicionales

Para comprender el desarrollo del Estado hacia un enfoque de protección social, debemos entender que en la ciencia política moderna no se ha podido identificar su naturaleza, durante un periodo de múltiples transformaciones en las instituciones tanto en sus ideas entender el bienestar como la forma de aplicar las políticas sociales.

Es aquí cuando nos menciona el autor Andrés Serra Rojas que “estamos en presencia de una crisis insostenible de las instituciones sociales tradicionales encabezada por un relativismo de los conceptos de política y régimen social o también conocido como régimen de bienestar” (Serra, 1996, p9). Esto desencadena

en un complejo fenómeno de mutación social el cual modifica el panorama de entendimiento del régimen de bienestar a la idea de protección social.

En segundo lugar, tenemos que identificar qué beneficios trajo el modificar el enfoque hacia el camino de la protección social cuando se trata de introducirlo al habito administrativo teniendo como propuesta que los sistemas de protección social de acuerdo con el Banco Mundial “bien diseñados e implementados son herramientas potentes, pues fortalecen el capital humano y mejoran la productividad, reducen las desigualdades, generan resiliencia y ponen fin al ciclo de la pobreza intergeneracional”.(Banco Mundial,2022) esto representa para la nuevas instituciones un proceso de preparación e intensificación de programas de protección social mediante redes que promuevan los avances políticos, jurídicos y económicos para atacar las cuestiones o desafíos relacionados con la desigualdad, pobreza, acceso a la salud y educación en condiciones de equidad para mujeres y hombres a través de un manejo de riesgos sociales.

Por último, cabe destacar que en este proceso la protección social encontró su renovación en el concepto de seguridad social, instrumento que permite rescatar a la ciudadanía como responsable de la protección laboral frente a las injusticias que se elaboren en los sistemas.

Implementación global de la protección social

Al igual que el desarrollo de las políticas sociales y los regímenes de bienestar al final de la Segunda Guerra Mundial, se implementó la idea de Protección mundial, cuyo objetivo era crear condiciones de solidaridad, igualdad y justicia social universal. Siguiendo el avance del capital los primeros conflictos que se atacaron fueron la pobreza y el aumento de esta, conforme se reorganizo la percepción de este concepto encontramos que supero en aplicación a las demás ideas emanadas del Estado de bienestar porque su alcance era relativamente más corto y realista para atacar los problemas de gran interés social, Esto se debe a que las otras dos ideas clásicas del desarrollo social según menciona el Doctor Álvaro Gonzales Franco

“No lograron perfeccionarse y desarrollarse sino gracias a una amplia cooperación nacional e internacional. De ahí que la protección social convendría entenderse de manera amplia e integrada por el alcance de su enunciado y no limitarla solo al enfoque de riesgo heredado de su renovación.” (Gonzales,2008, p 223)

En este contexto la necesidad de mantener el sistema capitalista en desarrollo, a la par con el auge de la democracia genera las condiciones para orientar las políticas a una reivindicación colectiva de la igualdad económica, apoyo que fue duramente abandonado por los intereses industriales y bélicos que mantuvieron las potencias alrededor del mundo, esto genera como consecuencia que la implementación de modelos de protección social se da por dos vías de acuerdo con Carlos Gerardo Molina:

“La vía liberal, donde la burguesía es económicamente dominante y políticamente hegemónica, y la modernización conservadora, donde el rol activo del Estado reemplaza la ausencia de una clase hegemónica en la conducción del proceso de modernización capitalista” (Molina, 2000, p5).

Este postulado obedece a un desarrollo individual y colectivo en donde en la primera propuesta el otorgamiento de derechos y trabajo sean la base de la protección social, sin embargo, para la segunda preposición estas condiciones no son suficientes para cubrir necesidades como los servicios por lo tanto no existe protección y el estado tiene que crear los sistemas redistributivos.

Practica de la protección social en México

Una vez explicado las dos visiones que se tienen a la hora de implementar sistemas la protección social, podemos entender que en México su primera forma de introducción a este modelo se presenta en el cómo justificar la entrada de este concepto en los derechos constitucionales obedeciendo un desarrollo social por la vía liberal.

Esto le llevo a definir que es un derecho social tarea complicada, ya que se parecía a los elementos de una garantía individual cuyo objetivo era cubrir las necesidades básicas de un individuo sin considerar la familia, las relaciones laborales y la evolución económica al sector servicios atendiendo un desarrollo individual.

Justamente esas limitaciones generan una ampliación en el concepto y por ende una diferencia con respecto a las garantías es aquí donde el gobierno según explica Enrique Valencia Lomelí

“Modificó esta denominación social por la de “derechos humanos y sus garantías” añadiendo una serie de consideraciones básicas: el reconocimiento de los tratados internacionales de derechos humanos firmados por México como norma constitucional, y de los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad” (Valencia, 2012, p9).

Lo cual en un principio nos encaminó por un desarrollo social que va ligado al avance de la administración política laboral.

En 2003 tras una serie de reconfiguraciones en el entendimiento de protección social se ocupó el concepto para dar legitimidad apoyos universales, como lo es el desarrollo del campo de la salud, pasando de ser una parte del derecho laboral permitiendo el acceso a este servicio solo por parte de una población asalariada, ampliado y adaptándose a los requerimientos de una población que mayormente reside en situaciones económicas precarias, es así que la protección social no encamina a un enfoque de desarrollo comunitario que actúa como un elemento importante para la práctica del bienestar social permitiendo una expansión en la implementación de programas de política pública sin depender de la participación del mercado laboral.

Seguridad social y manejo de riesgos

Uno de los elementos más importantes para el uso de la protección sin dudar es la seguridad social que se refiere al obtención y desarrollo del bienestar comunitario

obtenido por medio de una serie de acciones públicas con el fin de hacer contrapeso a la carencias que expresa el sistema sociopolítico y económico del Estado en que se ocupe de acuerdo con el investigador Neiza Salazar Borrego durante los años ochenta “la mayor parte de los sistemas de seguridad social se administraban bajo la figura de los seguros sociales, a través de los cuales se otorgaban prestaciones dinerarias y en especie por concepto de pensiones y salud” (Salazar,2004,p4). Esto solo aplicado en un principio a los obreros.

Hoy la seguridad social extiende su capacidad de atención pues atiende a estudiantes, madres solteras, campesinos, indígenas, entre otros. Esto bajo la prensa de universalización de la seguridad se integran elementos informales que la economía denomina como informales generando el manejo de riesgos.

Dicho concepto se entiende como la creación de condiciones sociales que garanticen en avance de una sociedad sin afectar la estabilidad política y económica que se tome en una región, por lo tanto, para lograr dicho objetivo, la protección social retomara la metodología de creación de política que nos explica el maestro Ángel Trinidad Zaldívar en donde “el desarrollo de una política se somete a un proceso de identificación del problema, formulación de soluciones, toma de decisiones, ejecución del programa y evaluación” (Trinidad,2006,p 36)_aplicado al desarrollo de un manejo de riesgo tomaremos prevención durante el proceso de decisiones , mitigación durante la práctica de los programas y superación cuando evaluemos el alcance de la política.

Durante este proceso entendemos que el manejo de riesgo tiene que ver con la idea de que todos los sectores sociales estamos sometidos a un riesgo social en el mercado económico y laboral brindando asistencia político-jurídica para reducir dicha problemática de acuerdo con los actores que pueden ir desde mercaderes, familia, comunidad, organizaciones y gobierno controlando sus finanzas.

Respaldo económico

A través de la presión de proveer asistencia social durante el desarrollo de la globalización a un en tiempos de crisis teniendo una población que crece a partir de

2000 en niveles de vulnerabilidad, se vuelve necesario tener un enfoque que respalde la inversión pública sin descuidar lo logrado en programas sociales al par de que se fomente la investigación generando avances en el campo, para ello de acuerdo con el economista Robert Holzmann propone que “tenemos que superar la barrera de las medidas públicas de respuesta, poner énfasis en costos y gastos netos, clasificar las intervenciones de la protección social y ampliar la perspectiva de reducción efectiva de la pobreza.”(Holzmann,2003, p73-106)

Este tratamiento al problema de distribución durante la ejecución de programa social permite en primer lugar alejarnos de la respuesta inmediatas inconclusas de los gobiernos y nos encamina a un enfoque de reacción inmediata con perspectiva a futuro, en el segundo propuesta el no descuidar el potencial de estas variables a la hora de crear una política permite generar un desarrollo económico que permita la creación de más programas sociales, en tercer caso se identifica áreas de desarrollo social y económico para invertir y dar seguimiento con el objetivo de tener un verdadero impacto en la protección social, por último se tienen que crear estratégicamente mejores condiciones de mano de obra para las clases marginadas a la par de que se genere un gasto controlado eficiente en actividades de desarrollo educativo, deportivo y financiero.

Dichos los elementos de control económico entendemos que se tiene que visualizar a la protección como una inversión y no como costo ya que de acuerdo con el gasto se puede obtener gran beneficio o gran pérdida dependiendo del plan de manejo de riesgo que adopte cada Estado.

Partiendo desde una perspectiva de desempleo es necesario enfocarnos en el bienestar individual en un principio para después extenderlo al desarrollo social estático, implementar un desarrollo sociopolítico y económico dinámico, buscar un equilibrio entre eficiencia y eficacia a la hora de ocupar política pública y económica.

1. 4. La protección social desde un enfoque de derechos

Elementos del derecho en la protección social

Tras menciona la construcción de programas de protección social, nos interesa a las fuerzas públicas y privadas por atender los conflictos ciudadanos económicos, esto genera el paso de ser reconocido como un asunto de conveniencia comunitaria, lo que quiere decir que se busca solucionar en parte el conflicto por medios jurídicos surgiendo así el derecho a la protección social, altamente ligado a los derechos humanos, ya que protege al individuo y a un grupo de individuos en integridad financiera, respaldando derechos como el de salud, pensión, alimentación, vivienda y educación.

Sin embargo, para crea dichos beneficios existen características que un Estado tiene como objetivo para proporcionar un sistema de protección social por lo menos visto desde el enfoque de derecho dicho elementos los cuales menciona la doctora Macarena Hernández Bejarano los cuales son:

- “a) Un Sistema nacional de salud; b) Un Sistema de Seguridad Social;
 - c) La asistencia social como mecanismo complementario de la Seguridad Social en relación con las personas sin recursos económicos, que podrá incluir prestaciones técnicas o en especie; d) La protección social privada: donde se ubicarán las actuaciones de Entes privados en favor de la protección social, desde seguros de accidentes o de vida hasta los planes y fondos de pensiones.”
- (Hernández, 2021, p 25)

Siendo así entendemos que en el primer elemento se muestra la característica universal de la protección en donde tanto el pueblo como los extranjeros reciben la mismas atenciones, en el segundo caso hacemos referencia a la ley e instituciones que tiene el derecho de regular la seguridad social por poner un ejemplo en México durante el año de 1943 se crea la Ley del Seguro Social que otorga el derecho salud y asistencia médica concediendo el derecho a la regulación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) posterior mente ampliándose en

1959 con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La tercera propuesta da legalidad a la implementación de programas de protección social siempre y cuando cumplan con los estándares de eficacia y eficiencia, por último, el cuarto elemento obedece al avance del neoliberalismo teniendo la idea de que el Estado es arrevesado en su deber de seguridad por eso se apoya del sector privado.

Fuentes de la protección social en el derecho

En fuentes nos referimos a instrumentos, individuos e instituciones públicas o privadas capaces de construir derechos y respaldar a los elementos de protección social, que crean las condiciones de derecho a la protección social, que, según se menciona, generan el fundamento para el derecho a la protección social.

Dicho esto, al tener relaciones entre ciudadanos e instituciones privadas se genera en el Estado un enfoque proteccionista, donde se toma el papel de mediador procurando defender al asalariado frente al que sostiene los medios de producción, apoyándose en las fuentes estatales como herramienta que permite alcanzar dicho objetivo, por ello la fuente estatal más importante para permitir la sana convivencia es la constitución que de acuerdo con los investigadores Vicente Antonio Martínez Abascal y José Bernardo Herrero Martín “el texto constitucional establece un modelo relativamente abierto de protección social que en cuanto a su alcance, estructura y contenido, afecta a cada uno de los sistemas que la componen, aunque éstos no se hallen formalmente integrados en dicha protección”. (Martínez y Herrero, 2014, p 2)

Esto quiere decir que los programas en teoría están contruidos bajo los principios de reducción de la corrupción, mejoramiento de la calidad de decisiones y acciones del gobierno y transparencia que respalden el cumplimiento de los artículos sociales presentes en los números del 1 al 27 para después pasar al 123 constitucional, teniendo implícitamente el derecho a la protección social y respetando algunos elementos de este dependiendo del avance de país.

En cuanto su apartado privado veremos la protección social se encuentra presente en los artículos que van de 25 al 28 que menciona la estrategia del desarrollo sociopolítico, territorial y económico de los Estados Unidos Mexicanos en este apartado lo que cambia con respecto del público es el tratamiento que puede ser desde individual con el desarrollo de contratos y leyes laborales respetaran el principio de jerarquía de norma, hasta lo colectivo con el desarrollo de la persona moral que permite entender a la empresa como una figura que se construye a través de convenios y acuerdos a través del sindicato.

En cuanto las fuentes supraestatales “recorre el Derecho de la protección social en su vertiente pública: el principio de solidaridad extraterritorial. Sin estar formulado expresamente.” (Álvarez, 2021, p 23) partiendo de esta idea la fuente supraestatal está en manos de organismos que regulan y vigilan el cumplimiento de los derechos internacionales atendiendo problemas de interés socioeconómico que permitan la competencia internacional, exista desarrollo económico y se distribuyen los gastos relacionados con la protección social a todos los países equitativa mente es cuando interfieren organizaciones especializadas como la ONU, la OEA, el Banco Mundial y el fondo monetario internacional proponiendo programas que fomenten el desarrollo social y extiendan el enfoque de seguridad alrededor del globo.

Como última clasificación de fuentes de derecho, se presentan las fuentes profesionales directas e indirectas que hacen referencia a las negociaciones del trabajador y ciudadano frente al sector privado que en nuestro país se respaldan por los artículos 6 y 9 constitucional que nos presentan las condiciones para manifestarnos libremente y asociarnos sin tener que afrontar una sanción, diferenciándose de la fuente estatales porque son iniciativas de protección social impulsadas por sectores desprotegidos de la sociedad mediante movimientos sociales que pueden o no formalizar sus demandas.

Sistemas de derecho en la protección social

Una vez visto como se genera las condiciones para hablar y construir un derecho de protección social ubicamos en los sistemas un punto de enlace entre elementos

y fuentes para pasar a un conjunto de normas que regulen la aplicación de la acción protectora, “para ello el derecho divide dichas regulaciones en sistemas de seguridad social, sistemas especiales y sistemas de autonomía) esto para brindar mayor cobertura a los regímenes , dependencias y financiamientos que exige los programas de desarrollo social”.(Martínez y Herrero,2014).

Dicho esto, comenzando con los sistemas de seguridad social se definen como un conjunto de normas que regulan el gasto y financiamiento para una buena aplicación y relación jurídica del enfoque proteccionista, a través de este planteamiento el sistema subdivide en tres niveles que retoman los doctores Martínez y Herrero los cuales son:

Nivel contributivo: hace referencia a la contribución en el mantenimiento del sistema el cual previene o asume la responsabilidad los riesgos sociales siempre y cuando no se someta a la protección universal y no obligue a todos a contribuir por igual dependiendo del ingreso que se perciba el contribuyente.

Nivel asistencial: Otorga asistencia sanitaria a los individuos según su afiliación o no afiliación a un seguro social partiendo de una atención a personas invalidadas, jubilados y enfermedades degenerativas transfiriendo el beneficio siempre y cuando se carezca de un recurso económico a familiares.

Nivel complementario: retoma el principio de reserva de ley que le otorga al congreso la facultad de regular una materia, la cual en este caso se expresa en la seguridad social, con el objetivo de implementar mejoras al otorgarse prestaciones sociales aplicado a los planes de apoyo, en casos privados el Estado no se hace responsable del financiamiento, esto quiere decir que en caso de no tener recursos por vías asistenciales o contributivas se otorga los apoyos a través de vías libres, empresas u otros complementos ajenos al apoyo del Estatal, como problemática genera dudas con la naturaleza asistencial debido a su posición de competencia.

Pasando a los sistemas especiales son aquellos que se acoplan a la necesidad de un régimen e ideología en específica, expresado al caso latinoamericano donde se encuentra que

“uno de los desafíos centrales que enfrentan los países de la región se encuentra en la relación con la integración de diversas iniciativas en verdaderos sistemas que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, a fin de lograr efectos positivos sobre las condiciones de vida de la población” (Cecchini y Martínez, 2011)

Cuando se habla de varios sistemas se enfoca en el apoyo a los servicios, la industria , la agricultura, pesca y ganadería recibiendo el programa de acuerdo con las necesidades del sector que se busque desarrollar entendiendo sus condiciones de producción y aportes a la economía atendiendo el lado de la oferta podemos decir que los gobiernos requieren de asesoramiento especializado independiente de la ideología gobernantes, para ampliar la visión de las demandas y no caer en un conflicto donde se nota un breve panorama del análisis socioeconómico regional dirigiéndose a la planeación de una política social inconclusa.

En otras palabras, adentrándonos a los sistemas autónomos podemos decir que se presentan como una prestación externa a los dos sistemas antes mencionados generalmente controlados por el gobierno, por lo tanto, damos paso a la entrada de la iniciativa privada manteniendo un carácter público sin encajar en temas como la seguridad y asistencia social universal, valiéndose de herramientas como el riesgo social para ofrecer seguros privados, créditos, apoyos médicos al envejecimiento. Entre otras características a este sistema, es la libertad para generar sus reglamentos sin rebasar las condiciones de la jerarquía normativa que permite crear derecho subjetivo a la ciudadanía lo cual permite al individuo tener servicios extra de protección sin descartar la opción nacional que otorga el Artículo 4 en donde estipula que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, garantizando al menos legalmente que la protección social sanitaria se mantendrá aun con la entrada de sector privado en los servicios de protección social.

1. 5. La salud como eje de la protección social

Perspectiva de salud

Con anterioridad hemos dado breves indicios de cómo actúa la salud en favor del establecimiento de sistemas de seguridad social, no obstante, para abordarlo con más detalle es necesario explicar que se entiende por salud dentro del enfoque proteccionista, es así como tenemos la definición tanto internacionales que respaldan instituciones como la organización panamericana de la salud (OPS) la cual entiende dicho concepto como

“una garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema que sanitario que se presente”.
(Organización Panamericana de la Salud , 2013)

Por otro lado, tenemos la visión nacional que está dada por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) “institución federal que entiende que la salud es alcanzable solo cuando se ejecuta una serie acciones necesarias para el acceso efectivo a los servicios de sanitarios, a través de la afiliación de la población” (Oficina de Coordinación de Asesores de la CNPSS, 2018).

Lo que podemos observar de ambos puntos de vista es que se atienden necesidades tanto individuales al mencionar garantías como publicas al brindar mejor servicio a los cuídanos, por otra parte la salud se ve desde un enfoque distributivo que atiende necesidades inmediatas lo cual le da un alcance limitado a las funciones de la protección social que se tomen dentro del del sistema de salud un ejemplo se adquiere de la pandemia de Covid-19 donde gran parte de la crisis tenía solución a través del Abasto de hospitales , insumos médicos y vacunas ante la presión por resolver el conflicto se tuvo respuesta inmediata de los gobiernos para comenzar a controlar las demandas del sistema de salud, sin embargo, ahora que los estados estamos reduciendo el riesgo de la pandemia toca pensar en el cómo se planea por lo menos a mediano plazo afrontar nuevos obstáculos que el sistema

de salud evidencio durante el desarrollo de la epidemia global, para ello no tenemos que de vinos de la aplicación y evaluación de los sistemas de salud.

Tratamiento de la salud en Latinoamérica

En cuanto a la salud en la región, es común hablar del cuestionamiento del financiamiento, que evalúa los pros y contras que acompañan al otorgamiento de recursos públicos a los sistemas de salud, principalmente cuando se toca el tema de los seguros, donde los trabajadores bajo modelos híbridos, donde el ahorro para dicho servicio lo da el estado y por cómo se organiza un individuo para conseguir dicho apoyo generando condiciones no tan favorables a la extensión universal que solicita el régimen del bienestar.

Dicho esto, el conflicto de acuerdo con los investigadores Hernández Bello y Carmen Rico de Sotelo se presenta “cuando tres subsectores dan origen a distintas modalidades de funcionamiento de los sistemas de salud, por lo tanto, no se habla de un sistema de salud si no de dos”.
(Sotelo, 2010)

Esto quiere decir que en Latinoamérica a opera bajo los subsistemas públicos, de seguridad social y privados, sin embargo, cuando hablamos de la institucionalización pude que solo se maneje los sectores que giren entre lo estatal y particular casi sin retomar los modelos que apoyen los elementos de la protección social lo cual genera un mal entendimiento del concepto generando en los sistemas de salud menor atención aun con un desarrollo de la población alto esto pasa afectar a países como Brasil , México y Colombia donde su crecimiento demográfico es alto , su apoyo a la salud no está controlado por qué obedece a los cambios históricos y desarrollos territoriales que forman los servicios de prestación de salud.

Otro asunto vital que la salud trata en América Latina es el otorgamiento de la asistencia médica a los desplazados ya sea por problemas de carácter económico o crisis de inseguridad según explica el fondo nacional de salud chileno esto con el objetivo de

“Reducir los riesgos a los que están expuestos las personas migrantes durante todo el proceso migratorio; por esta razón, los organismos internacionales han impulsado la priorización de este grupo de personas y el desarrollo de instrumentos de protección de sus derechos.” (Fonasa, 2015)

Contexto de salud en la protección social mexicana

Una vez visto el tratamiento regional abordemos el tema nacional en donde de acuerdo con el programa sectorial de salud 2019-2024 la protección de este derecho está lejos de cumplirse debido a la descentralización y la fragmentación sementada que se tiene al organizar este servicio a esto le agregamos un problema de sobrecarga que se traduce en largas esperas por la atención y carencia de insumos médicos.

Ante este panorama entendemos que en México parte de esta problemática comienza en 2008 con periodo de urbanización que no tomo en cuenta dos factores de peligro social apareciendo en escena el desarrollo demográfico y la germinación de riesgos emergentes asociados con el estilo de vida promedio de las y los cuidanos mexicanos en donde de acuerdo con el medico

“Octavio Gómez Dantés tenemos durante el año de 1940 como principal causa de muerte en el país las infecciones gastrointestinales, Hoy ya no constituyen una causa importante de defunción en la población general. En contraste, la diabetes mellitus no apareció dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta 1990 y paso a transformar el sistema de tratamiento de la salud pública a partir del año 2000.” (Gómez, 2010)

Esto como ejemplo de riesgo emergente explica la deficiencia de salud al tratar la transición epidemiológica en enfermedades no trasmisibles y puede aplicarse acaso como cáncer, Esclerosis, enfermedades del hígado etc.

En cuanto el financiamiento derivado de la pandemia según explica el INEGI

“género en el producto interno bruto ampliado del sector salud en México un reporte de un monto de 1.5 billones de pesos en 2020, equivalente a 6.5% del PIB nacional participando en la contribución el sector público en un 38.3%, el sector privado en un 35.4% y el sector informal en 26.3%” (INEGI,2020)

Esto para sostener el fundamento de un poco más de dos mil centros de salud y 92 hospitales los cuales se sabe no cumplieron con la demanda de 126.7 millones de habitantes.

Política de protección social en la salud

Ante el panorama problemático que enfrenta la población de altos gastos y pocos servicios frente el crecimiento demográfico, tenemos como respuesta política, en el gobierno la función de crear sistemas que apoyen a la planeación estratégica de los sistemas de protección social considerando prioridades que señala el secretario de planeación y evaluación Sergio Sesma entre las que destacan “la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sanitaria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas” (Sesma,2010).

Para comenzar dicha actividades se impulsa la creación de escuelas de medicina que acrediten ante el Consejo Mexicano de Educación Médica Superior con el fin de satisfacer la necesidad de por lo menos dos médicos por cada 1000 habitantes superando la cantidad de 309,000 médicos que informa la encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, ha esta propuesta se le anexa la idea de cubrir necesidades de especialidad y enfermería siempre garantizando la protección social en el entorno tanto académico como posteriormente laboral.

La aprobación de la acreditación de hospitales, responsabilidad del Consejo de Salubridad General desde 1999, ha progresado de manera gradual. Hasta finales de 2009, solo 256 instalaciones de atención médica contaban con una certificación válida en el país, pero esta situación evolucionó en 2020 con la llegada de la pandemia de COVID-19 en donde los datos de gobierno indican que 35,681 buscan

aplicar y 7,462 ya han aplicado el proceso de CAUSES manteniendo el progreso lento de certificación, pero ampliando la cobertura de hospitales y centros de salud que cuentan con las condiciones sanitarias para atender emergencias de salud pública.

En cuanto el tema de abastecimiento de insumos médicos toma relevancia en las agendas para mantener en control los efectos de la pandemia y prevenir riesgos de seguridad social futuro para ello tenemos un sistema de planeación que de acuerdo con organismos como la OMS permiten la selección que se obtiene a través de Farmacovigilancia y tecnovigilancia: que reglamenta lo adquirido para garantizar la calidad y cumplimiento de la normatividad de los insumos los disminuyendo costos.

Reformas de apoyo al sistema de protección en la salud

Como Complemento jurídico a la aplicación de las políticas de salud tendremos múltiples reformas en la ley General de Salud documento creado en 1983 que en términos generales garantiza el derecho de protección a la salud otorgado por el artículo 4 constitucional estableciendo los accesos y los tipos de servicio que brinda el estado.

En 2003 se consolidó la norma de un sistema de protección social en la salud aplicado solo a la prestación del servicio médico posterior, como el otorgamiento de seguros y el control sanitario de insumos enfocándose en reducir los gastos del sector de salud pública ante el conflicto de poca inversión que se tenía en el momento principalmente en el seguimiento, la prevención y el manejo de enfermedades. de acuerdo con las politólogas Mónica Uribe Gómez y Raquel Abrantes Pêgo representó

“la necesidad manifiesta de mejorar los servicios de salud, atender las demandas sociosanitarias o adecuarse a las tendencias internacionales del desarrollo sino también una serie de arreglos político-institucionales impulsados por un grupo de actores del sector”. (Uribe y Abrantes,2013).

Posteriormente pasamos a 2006 donde se da el intento de reforma para apoyar al sector que solo tenía las prestaciones de seguro por medio de palabra a la par de que se discute el apoyo al embarazo saludable, el parto o empezar a tratar el tema el aborto.

De aquí pasamos a 2019, donde tendremos la mayor reforma a la ley atendido por la necesidad de distribución de equipos y medicamentos para combatir el rezago del sistema de salud interceptarse con la crisis pandémica que se estaba gestando a finales del año, por lo que trataría una vez más la provisión de servicios médicos, el respaldo social en materia de salud y la regulación de medicamentos cambiando la idea del gasto que ya no es tan apretado por que se busca modernizar la infraestructura y el trato a la hora de prestar servicios financiados por un fondo mancomunado.

1.6. Conclusión

Durante el desarrollo de este capítulo encontramos como observaciones que al principio de la construcción de concepto de Estados, la protección, la seguridad o la sociedad eran inexistentes y se sustituyeron bajo la figura del ciudadano, esto los volvía poco relevantes para el desarrollo social, ya que aparte de excluir a otros miembros como mujeres, niños, extranjeros, discapacitados, pobres y extranjeros, todo giraba en torno a los hombres libres que protegieran su propiedad, mismos que aparte de ser pocos no tenían ninguna seguridad pues si rompían sus requisitos de libertad, eran traicionados o juzgados y por ultimo expuestos, se perdían sus garantías de seguridad.

Esto se explica a diversos factores pasando desde el más común que era el caso económico donde las sociedades esclavistas requerían de dicha figura para sostener sus medios de producción y satisfacer la demanda del pueblo para ello requiriendo de una gran fuerza de trabajo que solo se consigue a la fuerza. Mediante los pagos de deudas de guerra o dominio sobre pueblos manteniendo se en Estados modernos como el caso de los Estados Unidos, Inglaterra y Francia.

La filosofía política ofrece una perspectiva interesante sobre esta cuestión, al considerar que el sistema de salud y seguridad social, a pesar de sus desafíos y problemas inherentes, puede ser visto como “un mal necesario” en el contexto del desarrollo de las civilizaciones. Esta idea se relaciona con la noción de la “virtud” según la filosofía de Aristóteles.

Y la sociología vio el problema en el entendimiento de las relaciones humanas dejando de ver al ser humano como Individuo para transformarlo en un objeto, una propiedad, una raza o un desecho de lo que se considera una civilización ideal, esto se entiende mejor en el juicio de la iglesia contra las razas afrodescendientes y sus almas.

Esto no se mantiene en las sociedades medievales pues al ser la doctrina católica la que domina el panorama político de los feudos empezamos a ver un cierta preocupación por el apoyo al individuo siendo aquí donde tenemos los

antecedente del desarrollo social, esto debido al interés de los católicos por curar a los enfermos, apoyar al necesitado y curar las almas de los pueblos, algo que suena poético en el papel, pero que en la práctica no se observó, puesto que la iglesia como elite siempre apoya el interés del régimen dominante. Esto se traduce en su naturaleza como el no abandono de los esclavos sino la conversión al periodo del siervo.

Dicho engaño aparentemente fue descubierto por la ilustración y la revoluciones que de ella emanaron retomaron la protección al enfermo y la seguridad al pobre, el principal error fue el no desligarse de la propiedad privada, misma que para existir requiere de la garantía del individuo y no de los derechos de la sociedad, naciendo los intereses individuales, no solo un creador de la clase burguesa, sino también, un antecedente de la seguridad social es proteger un grupo de individuos, fue necesario para el desarrollo de los Estados modernos, la idea solo en vez de apoyar al pobre encamina su esfuerzo a la atención de las prioridades industriales o burgueses.

Ahora dicho esto el Estado contemporáneo cambio todo el panorama de seguridad individual, al estar consolidados los Estados-Nación ya podemos hablar de sociedades que crecen aceleradamente y adquieren un interés por proteger su salud y futuro después de su uso laboral y las guerras mundiales intensificaron estas demandas de apoyo Estatal puesto que se generó más desigualdad y pobreza en el mundo los estados tenían que responder a sus nuevos ciudadanos y la visión universal en la implementación de programas se da con los Estados de Bienestar pensados para la reconstrucción de los pueblos beligerantes y los países poco favorecidos en el globo dicho proceso que se observa como un éxito solo se vio como un etapa transitoria a la nueva tendencia económica privatizadora el costo para la sociedad es el retornar al seguridad solo que con un enfoque encaminado a la vulnerabilidad de las clases alejándose del apoyo burgués, pero no alcanzando para atacar todo los conflictos de la sociedad contemporánea manteniendo a flote los programas de protección social.

Capítulo 2: Desarrollo del Sistema de Protección Social en México

Objetivo

Este capítulo se enfocará en revisar la evolución de las políticas gubernamentales en México en lo que respecta a la intervención del Estado en la vida social y económica de la nación. Se abordarán cuestiones legales relacionadas con las regulaciones y leyes que sustentan estos programas, se analizarán aspectos políticos relacionados con la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas en esta área, y se examinarán cuestiones económicas relacionadas con el impacto financiero y la sostenibilidad de estos programas de seguridad social.

Entendemos como legales aquellas normas que se originan en las leyes constitucionales de un país y que están diseñadas para promover el desarrollo humano, la salud y la propiedad. Desde una perspectiva política, consideramos cualquier argumento que justifique el ejercicio de autoridad en un programa, ya sea para propósitos positivos o negativos. Por último, es crucial evaluar el financiamiento necesario para implementar estrategias que no debiliten la economía ni creen vulnerabilidades mientras se implementan un modelo de protección o seguridad social.

2.1. Estado Interventor en México

Intervención

Cuando se menciona los orígenes del desarrollo de los servicios de salud modernos tanto en el mundo como principalmente en la región latinoamericana partimos del periodo Estatal de bienestar como oportunidad de actualizar los servicios públicos de salud, para ello en México como en otros países latinoamericanos como: por ejemplo, Cuba, Costa Rica y Colombia, se tomó la fórmula de creación de organismos centralizados que atendieran las demandas a través de servicios nacionales unificados de salud esto como respuesta a los sistemas intermedios que crea el concepto de intervención.

Dicha idea permite de forma práctica transitar de bienestar a protección social y viceversa de acuerdo con interés que se trabaje. comúnmente girando entre lo

público y lo privado siguiendo las acciones económicas, políticas y administrativas que indica el doctor Andrés Serra Rojas mencionando que:

“Lo privado la administración se limita a garantizar el desenvolvimiento de lo económico y en cuanto acciones políticas utiliza elementos de coacción para mantener las reglas del juego en orden. En el caso público se asume la responsabilidad de administrar las relaciones económicas por las tanto se da respuesta a las demandas sociales por medio de planes políticos imperativos permitiendo jugar en solitario.”
(Rojas, 1985)

Dicho esto, se observa que la intervención va más allá que solo las características de la económicas puesto que se aplica en sistemas administrativos que pronto pasan a transformarse en programas de política pública.

La definición mencionada permite que México aborde eficazmente los desafíos tanto en términos epidemiológicos en el campo de la atención médica como en cuestiones distributivas en el ámbito de la protección social. La intervención del Estado Mexicano se originó como respuesta a emergencias sanitarias y crisis sociales, económicas y políticas que surgieron mucho antes de la pandemia de COVID-19.

A largo plazo, este enfoque se convierte en una relación de costo-beneficio que busca mejorar la eficacia de los servicios de salud ofrecidos y ampliar la cobertura de seguros, dado que la Ley de protección social reconoce que al menos la mitad de la población no está afiliada a instituciones como el IMSS y el ISSSTE.

Además, una de las prioridades gubernamentales radica en mejorar la formación local de médicos para aumentar la capacidad de respuesta ante situaciones epidemiológicas críticas. Por último, en el desarrollo de la protección social, se busca descentralizar los sistemas de salud para evitar una centralización excesiva.

Historia de la intervención en los sistemas de salud y protección social

Partiendo desde un acuerdo entre médicos e historiadores se puede mencionar que la modernidad en los sistemas de salud mexicanos proviene a partir del 5 de febrero de 1905, fecha donde se inaugura el Hospital General de México marcando la primera intervención del gobierno en la salud que de acuerdo con la investigación del doctor César Athié Gutiérrez dicho hospital

“Conto en sus principios con un personal de 315 empleados divididos entre médicos, enfermeras y administrativos a partir de este proceso cada año se dio un avance en los temas de equipo tecnológico, calidad científica, administrativa, médica y de atención y entre sus logros más destacados se encontró que el 3 de octubre de 1906, la Dirección General de Beneficencia Pública, aprueba las bases generales para el establecimiento de la Escuela de Enfermería del Hospital General de México y se inaugura formalmente el 9 de febrero de 1907. Poco tiempo después, se funda la primer Sociedad Médica del HGM el 7 de febrero de 1908, encabezada por los doctores Eduardo Liceaga y Fernando López como presidentes honorarios” (Gutiérrez, 2015)

Después, tras el 24 de enero de 1917, por una ley expedida en 1872, se creó el consejo de salubridad general y el 15 de octubre el departamento de salubridad pública de estas instituciones rescatamos la función de crear normas de observación general y obligatoria en apoyo a las problemáticas sanitarias del país y tenemos el antecedente más cercano a lo que sería la secretaria de salud.

Cambiando a otro avance significativo con el propósito de establecer el sistema de atención médica, tenemos que durante el periodo que abarca entre los años 30 y 40 se generó un desarrollo en el campo demográfico puesto que se dio un incrementa la esperanza de vida debido la disminución de defunciones que pasa “27 por cada 1000 habitantes a partir de aquí hasta llegar a 2008 se tendrá una tendencia a la baja llegando 4.9 defunciones por cada 1000 habitantes” (Dantés, 2011).

Esto para las instituciones que existían en el momento rebasaba la capacidad de calidad en la atención médica por ello se crea la oportunidad de una segunda intervención esta vez dirigida a ampliar la cobertura de atención a la salubridad y salud, por lo tanto, primero en 1937 se crea la Secretaría de Asistencia Pública una institución que juega un rol importante al ser la primera en marcar la tendencia de desarrollo en bienestar por lo menos en el campo de la salud también dicho sistema fusionado con el departamento de salubridad pública dan origen en 1943 a la Secretaría de Salubridad y Asistencia hoy conocida como secretaria de salud dando origen al carácter universal del sistema sanitario, este mismo año también es importante por la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) primer instituto de cobertura nacional en atención médica y posteriormente protección social atendiendo en sus inicios a 370 mil afiliados.

Atravesando por agosto de 1953 se llega al acuerdo entre hospitales para crear la Asociación Mexicana de Hospitales la organización médica más antigua de Latinoamérica cuyo objetivo es el coordinar el desarrollo administrativo hospitalario de acuerdo con las necesidades de liderazgo, técnicas y profesionales mejorando el acceso en su momento los servicios médicos.

En materia de protección social la tercera gran intervención tiene su antecedente en manejo de las pensiones de las cuales entendemos que como producto de la ley general de pensiones civiles de retiro publicada en el diario oficial el 31 de diciembre de 1947, surge la necesidad de administrar los seguros, prestaciones y servicios médicos que se otorgaran durante las funciones de trabajador Estatal manteniendo el proceso en el transcurso de su retiro, dicho esto esta idea se materializa con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) entrando en función el 1 de enero de 1960 ejerciendo como un órgano descentralizado con personalidad jurídica, teniendo su bases legales de acuerdo con los datos de la junta directiva del ISSSTE” en la constitución respaldada por el artículo 90 constitucional y la ley Federal de la Entidades Paraestatales en algunos artículos como el 2,5,14,15,etc.” (H. Junta Directiva del ISSSTE, 2022)

En esta década en 1967 petróleos mexicanos (PEMEX) también tuvo un desarrollo en su servicio médico con la creación del hospital central del norte de petróleos mexicanos obra que sirvió de base para ampliar sus instalaciones de oferta hospitalaria, y que originó hospitales como Minatitlán, Agua dulce, Cerro Azul, Ciudad PEMEX y Poza Rica, estos crecimientos atendieron una de las necesidades básicas de los trabajadores para afrontar la demanda petrolera que se extendió hasta 1979.

En 1979, ocurrió una transformación notable, que afectó no solo a la industria petrolera de México, sino también a su sistema de salud. El objetivo central de esta iniciativa fue ofrecer seguridad social a sectores marginados de la sociedad mexicana y ampliar los servicios médicos a zonas marginadas. Posteriormente, en 1988, el programa sufrió un cambio de nombre a IMSS-Solidaridad, alineándose con el Programa Nacional de Solidaridad. En 2008, se rebautizó de nuevo como IMSS-Oportunidades y hoy se conoce como programa IMSS-Bienestar.

Una vez transitando por el año 1985 como producto del desenvolvimiento de la globalización y el neoliberalismo se observó el desarrollo universal como un proyecto inviable para mantener una provisión del recurso público, anexando la idea de que una descentralización permitía el crear una eficiencia social, eficiencia producción- gestión local y Reducción de labor fiscal y movilización de recursos se decidió desconcentrar el servicio de salud proceso que concluyo en el año 2000 donde según explica el investigador Eduardo Zárate Cárdenas “el reto principal estaba en asegurar que los efectos de la descentralización no genere la posibilidad de eventuales inequidades y sostenibilidad financiera relacionadas con las capacidades de gestión local”. (Cárdenas, 2001) Objetivo que consideramos no se cumplió del todo ya que no existe un seguro para trabajadores informales como planteo en su momento el proyecto y tampoco mantuvo la sostenibilidad financiera traduciéndose en problemáticas de suministro de medicamento.

Ubicándonos en el 27 de enero 1987 según el artículo proporcionado por la Secretaría de Salud “como producto de la función de la Escuela de Salud Pública de México, creada de 1922; el Centro de Investigación en Salud Pública, surgido en

1954; Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, creado en 1986” (Secretaria de Salud, 2020) se funda el Instituto Nacional de Salud Pública representante del panorama educativo de la medicina en país atendiendo la segunda demanda innovación en la formación del personal de salud este instituto destaca entre los demás por no enfocarse en un área de la medicina sino atender múltiples diciplinas que de ella emanen.

En cuanto la cuarta intervención se presenta con la consolidación del traslado de bienestar a programas de protección social teniendo de pilar el programa de Seguro popular implementado en 2003. Actuando como protección social porque solo está tocando sectores vulnerables al dar apoyo aquellas personas que no están afiliadas a un servicio de salud como lo es el IMSS y EL ISSSTE y no plante darles apoyo a todas las clases como si lo tenía contemplado programas como IMSS-COPLAMAR.

Aun así de este programa se encuentra en término medio en cuanto desarrollo del servicio ya que tiene características favorables como el lograr aumentar el número de afiliados debido a la eficiente cobertura que brinda dicha política en un número de 15.7 millones en 2006 a un número de 51 millones en 2019 de acuerdo dicho aumento representó una reducción de gastos de prevención por motivos de salud esto permitió redirigir recursos al equipamiento hospitalario público en todas las instituciones de salud permitiendo mejorar de manera considerable la calidad de vida de las personas en situación de vulnerabilidad.

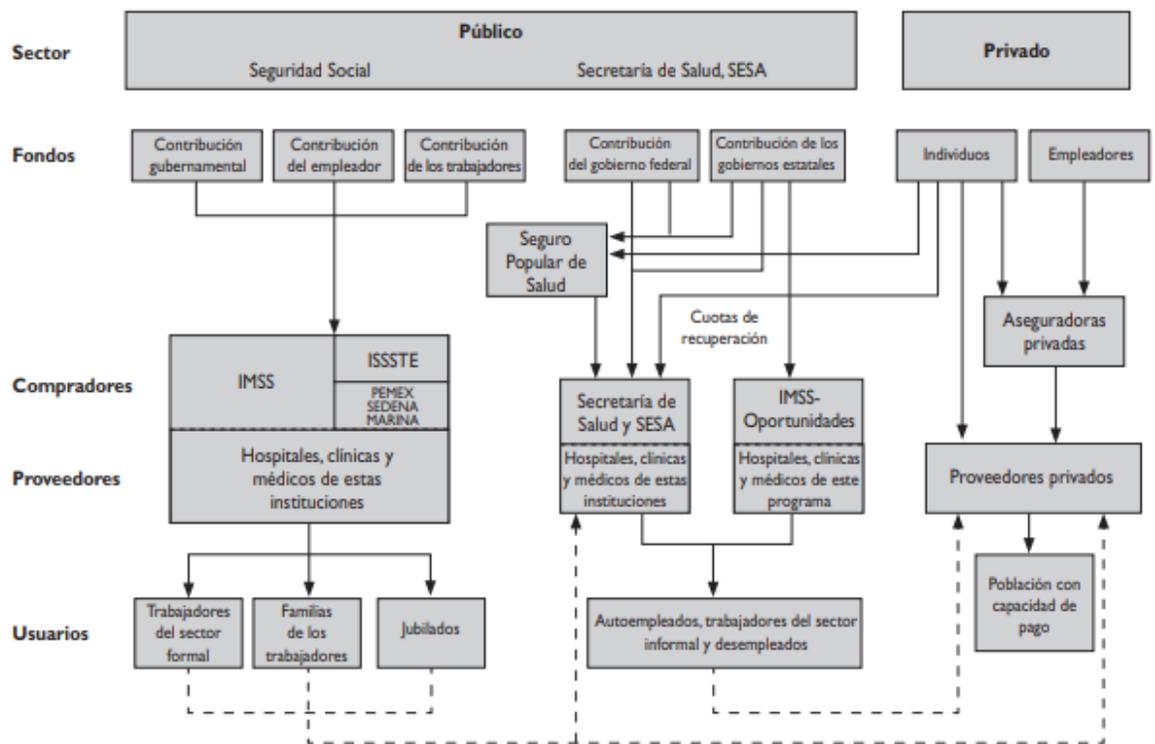
Por otro lado, se enfrentaron retos calidad en el servicio, paradójicamente se limita la capacidad de intervención definida en favor de la protección, no se garantiza una capacidad de respuesta y atención equitativa en los Estados y no se presentó un control entre personas no afiliadas y personas afiliadas que ocultaban dicho estatus.

Por último, pasando los servicios médicos militares encontraremos que, aunque tiene antecedentes médicos desde 1914 con la creación de la escuela médico militar podemos decir que su desarrollo moderno se encamina con la historia

en que dicha Escuela cambio de sede teniendo que como ultimo avance se presenta el 5 de febrero de 2015 cuando se concluye la construcción de las instalaciones académica por órdenes del expresidente Enrique Peña Nieto.

Con este proceso se consolida el sistema de salud y que acomodado como sistemas de sector, fondo, compra, oferta y usuarios presentada en el siguiente diagrama:

Sistema de salud de México



Fuente: (Dantés, 2011, Instituto Nacional de Salud Pública, México)

De esto, anexamos cambios como el retorno al respeto de la condición socioeconómica que se tenga para brindar el programa de salud, dirigido de forma integral, en cuanto la desaparición de programas como el seguro popular de salud ya que se toma como una política nacional de prioridad que a mediano plazo busca lograr la universalidad del servicio, por último la Secretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud se transforma en la Subsecretaría del Bienestar lo cual

demuestra el enfoque por el que se busca desarrollar el sistema médico nacional reorganizando la atención primaria del sector salud integral.

2.2 Marco legal y normativo del Sistema Nacional de Protección Social

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El acceso a la salud y la seguridad social constituye un mecanismo esencial para cubrir las carencias primordiales de la población, ya que desde la antigüedad la salud ha sido un tema de preocupación cotidiana por lo menos en cuestiones físicas para desarrollar las cuestiones bélicas y civiles que permitía mantener su sistema a flote, aspecto que no siempre se entendió como una prioridad tanto durante la era medieval como en la época moderna. donde millones de ciudadanos murieron a causa de la mala calidad higiénica y de seguridad laboral, representada por los periodos de peste y pésimas condiciones laborales dentro de la industria.

El derecho se reconoce formalmente como producto de múltiples luchas sociales, como sucede en casi todos los procesos históricos, el 22 de julio de 1946 entra en vigor la constitución de la Organización Mundial de la Salud, entendiéndose que es un estado de bienestar físico, mental y social, esto busca identificar enfermedades y tratarlas, sino que introduce la noción de vida digna como máximo goce de salud, funcionando como antecedente para la legislación mexicana.

Es así que como producto de la reconfiguración del sistema político, económico y judicial de México en el año de 1917 se convierte en parte de un nuevo movimiento constitucional que solo es igualado por el Estado alemán en 1918 caracterizado por un desarrollo social que transforma la doctrina clásica constitucional de los derechos del hombre y del ciudadano a los derechos del hombre, el campo y el obrero. Esto representa la incorporación al derecho a la salud, expresado en la constitución en 1983 en el artículo cuarto constitucional que explica que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo las bases y modalidades de la federación para acceder a este servicio”, creando múltiples leyes que definen el sistema de salud y el sistema de protección social, garantizando una

extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa que permita satisfacer las necesidades de vida digna.

Ley general de salud

Retomando la perspectiva social tras los acuerdos con la ONU en 1946, entendemos que en México mantuvo la idea del Estado de bienestar aplicada a la salud expresada en el artículo 4 constitucional, esto desprende la necesidad de generar una ley que defina las bases reglamentarias de entrada a los servicios médicos.

El 3 de febrero de 1983, como respuesta a esa necesidad se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, que representa el compromiso de Estado por desarrollar el nuevo derecho a la salud sustentándose en la idea de vida digna.

Según el doctor Salomón Díaz Alfaro, dicha ley establece que el Sistema Nacional de Salud lo integran “dependencias y entidades de la administración pública, federal y local, y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud y los mecanismos de coordinación de acciones. Como puede advertirse, se contempla la integración de todo tipo de servicios de salud para responder a uno de los objetivos fundamentales del sistema: lograr una verdadera racionalización y óptimo funcionamiento de estos, en el marco de una planeación integral” (Alfaro, 1984). Esto es importante porque delimita que instituciones pueden otorgar los servicios médicos.

También le da al ejecutivo la capacidad de coordinar política en salud realizadas con los esfuerzos con las instituciones médicas para arrojar programas sectoriales de salud que buscan ampliar la cobertura hospitalaria y medicinal.

En cuanto errores, la ley prevé mecanismo complementario que regula el desperdicio de recurso corrigiendo errores administrativos con la intervención de la secretaria de bienestar, encargada de crear competencia y modernización del sector hospitalario facilitando la entrega de información a las autoridades sanitarias para tener un control profesional del sector manejado.

Ley general de desarrollo social

En relación con la dimensión legal de la protección social, la Ley General de Desarrollo Social da un respaldo adicional a la anterior. Esta ley no se limita únicamente a la política, sino que también tiene la responsabilidad de evaluar, conforme a su artículo primero, el cumplimiento de los derechos sociales consagrados en la Constitución. Además, establece obligaciones para el gobierno con el propósito de abordar situaciones que obstaculizan el progreso social.

Todo esto alcanzado por medio de una maquinaria que compromete a la política social en sus tres niveles de gobierno a definir un campo entre política e instituciones que busque un buen procedimiento dentro de los programas públicos, ocupando el proceso de evaluación institucional para conocer el panorama de desarrollo de vida digna nacional.

En su fundación en 2003, hasta la fecha permite identificar la pobreza con diferentes lineamientos de medición indicando el interés por un grupo y terminando con la universalidad del bienestar que impulsaban programas como progresando, que adoptaba un enfoque paternalista de aplicar programas sociales marcando la tendencia de apoyo a grupos denominados vulnerables que persiste en la actualidad. Dicho esto, en términos de apoyo financiero bien encaminado resulta útil para evadir crisis generadas por el mal uso del gasto social como algo visto en año de 1995.

Por último, esta ley funciona como contrapeso al poder que ejercido por la figura del ejecutivo en el tema de programas sociales ya que, de acuerdo con lo explicado por el doctor Carlos Maldonado Valera se nos menciona que:

“Aunque el presidente mantuviera una influencia formal e informal considerable, no por ello fue un actor omnipotente. Ya que el sistema le exigía entablar constantes negociaciones informales con los actores poderosos del sistema —sindicatos, empresarios, sectores del partido oficial, gobernadores y camarillas de poder locales entre otros— para lograr la implementación de reformas”. (Valera, 2013)

Esto obedece a la tendencia de negociación practicada desde la creación del partido hegemónico buscando los mejores acuerdos posibles para mantener legitimidad.

Ley Federal del Trabajo

Al hablar de materia laboral asumimos esta, como un recurso indispensable de estudio que modifica las reformas en todos los sectores públicos del Estado, la salud al no ser una excepción de esta norma enfoca su atención en resolver temas en donde destacan principalmente los salarios, la capacitación, los sindicatos, el proceso de trabajo y la enfermedad adquiriendo el ambiente óptimo de trabajo.

En pesando por los salarios según el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria tenemos aproximadamente en “México 566 mil 875 trabajadores del sector salud que se distribuye entre personal médico, enfermería y médicos especializados a los cuales se les asigna un presupuesto de nómina de 35 mil 917 millones de pesos” este dato es importante porque da la nos genera la idea general de distribución del salario en términos individuales la distribución del salario se otorga de acuerdo con la especialidad y el puesto que se trabaja clasificándose en personal A,B,C generando la siguiente tabla:

<i>Distribución de salario de acuerdo con la ley federal del Trabajo</i>				
<i>Personal</i>	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Promedio
<i>Médico Especializado</i>	\$32,956	\$33,052	\$40,000	\$33,336
<i>Enfermería</i>	\$9,896	\$14,771	\$29,263	\$17,976
<i>Médico</i>	\$13,190	\$16,768	\$20,000	\$16,653

Pasando al concepto de capacitación entendido como programas que permitan desarrollar las habilidades del personal mencionado, en México se entienden como un compromiso de ofrecer vanguardia y bienestar a los derechohabientes y se aplica por medio de convenios con Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), con la Secretaría de Educación Pública (SEP) y

con la Alianza Médica para la Salud (AMSA). Permitiendo tomar cursos alrededor del mundo o en las instituciones más prestigiadas del país para adquirir los conocimientos que desarrollen la salud mexicana también permite anexar las investigaciones del extranjero provenientes de Estados Unidos, Argentina, España, Alemania e Inglaterra.

En cuanto los sindicatos, encontramos una historia estrechamente ligada al desarrollo de la Secretaría de Salud, en 1943 cuando era nombrada Secretaría de Salubridad siguiendo el artículo 357 de la Ley Federal del Trabajo, anexo el derecho del personal médico a organizarse y formar demandas a la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (F.S.T.S.E.), para 1944 se formaliza la creación del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sindicato que representaba la entrada oficial a la F.S.T.S.E. controlando el desarrollo de la seguridad social del personal a la par de negociar la repartición de aguinaldos y salarios destacando su apoyo a líderes sindicales mujeres como lo fue la secretaria de actas y acuerdos Celia Sánchez de León.

Pero todo cambio cuando el movimiento médico de 1964 evidencio fallas en el sistema de la F.S.T.S.E y propone crear sindicatos independientes liderados por la Asociación Mexicana de Médicos, Residentes e Internos (AMMRI) y Alianza de Médicos Mexicanos A.C (AMMAC) dichas organizaciones aportaron el retorno a las asociaciones hospitalarias y el no confrontamiento entre ellas para garantizar los avances en los derechos de protección salarial de los trabajadores. Por último, tras la entrada de la secretaria de salud al respeto de la ley del trabajo se respetan algunas de las demandas de los médicos y se acuerda la creación del Sindicato Nacional de Trabajadores de la secretaria de la Salud, dicha propuesta reúne lo mejor de su antecedentes sindicales y de acuerdo con su comité ejecutivo “parte de dos principios íntimamente ligados: por un lado, el ejemplar cumplimiento de los deberes laborales de sus integrantes, y por el otro, la lucha constante por mejores condiciones de trabajo y de justicia laboral y social para sus afiliados”.

Según el artículo 658, el derecho a un proceso de trabajo “se rige bajo los principios de intermediación, inmediatez, continuidad, celeridad, veracidad,

concentración, economía y sencillez procesal” para ello los hospitales protegen datos, la distribución de horarios, servicios y tiempos alimenticio y hospitalario durante el proceso laboral.

Ley general del seguro social

Entrando en la materialización de la protección social encontramos en la ley de seguro social, un mecanismo de asistencia al derecho a la salud proporcionando medios de subsistencia individuales o colectivos para alcanzar el bienestar, a su vez es la encargada de poner la norma en materia de pensiones siguiendo una lógica de instrumento básico para la seguridad social.

Comenzando por la afiliación, se otorgan a través del régimen obligatorio adquirido mediante la relación individual laboral pública o privada que protege de los riesgos laborales apoyada la ley federal del trabajo, por otro lado, los regímenes voluntarios se adquieren el seguro producto de decisiones individuales o colectivas que buscan el bienestar familiar ante un límite de riesgos acordado.

En México, la mayor institución de seguro social es el IMSS, es la única institución que maneja ambos regímenes, ya que, de acuerdo con sus datos en México existen setenta y tres punto nueve millones de derechohabientes y a esto le anexamos información de febrero de 2023 que incorpora a veintiún millones seiscientos sesenta mil cuatrocientos sesenta y nueve afiliados trabajadores.

A la par individuos que no son trabajadores ingresan a través de programas como IMSS bienestar alcanzando siete millones novecientos ochenta y un mil doscientos veintisiete miembros afiliados y por último agregando cincuenta y seis mil noventa y dos personas por medio de programas piloto impulsados desde los estados, tenemos un aproximado de ochenta millones de derechohabientes existentes en dicha institución que actúa al máximo de sus capacidades con forme avance el tiempo y no se amplíe la cobertura de asistencia médica e insumos.

A continuación, el ISSSTE maneja el régimen obligatorio que cubre a trece puntos cinco millones de afiliados a dicho seguro de gobierno una cantidad considerable, pero que aún se mantiene rebasada en sus capacidades operativas

considerando que brinda asistencia por medio noventa seis mil empleados y cien centros de salud y hospitales.

Entrando en materia de pensiones se otorga la ayuda económica individual como obligación del patrón y por concepto de asignación familiar esto indica que se le otorga una la esposa o concubina, hijos menores de dieciséis, cada hijo de dieciséis hasta 25 años que compruebe sus estudios, a un hijo desempleado que padece de discapacidad y en caso de no tener ninguno de los anteriores requisito se le otorga a los padres de del pensionado que dependan de dicho individuo en caso de ser un ascendente se le considera como una ayuda asistencial de 10% culminando con el proceso de entrega que se calcula de acuerdo al convenio y ahorro que se dé durante el periodo activo.

En caso del gobierno, bajo el décimo transitorio “la pensión se calcula según el sueldo básico del último año inmediato a la fecha en que te diste de baja como trabajador” y se mantiene hasta la defunción siempre según FOVISSSTE 1972 y la ley del IMSS 1997 que regularon dicha pensión.

En el sector privado y actualmente, producto de la reforma a la ley ISSSTE 2007, el Afore retoma importancia por no poder sostener el antiguo sistema de pensiones frente al crecimiento de nuevas generaciones que reciben dicho derecho, por lo que en esta modalidad se consideran los años de servicio y la edad de año de comienzo de labores hasta sesenta años se otorga a través de un porcentaje determinado a partir de 15 años de trabajo hasta llegar a 29 años de labor.

Por último, dicha ley permite a creación de un fondo de vivienda que permiten el otorgamiento de créditos a trabajadores del estado regulados por el FOVISSSTE institución que indica los montos a través dos condiciones: la primera aportando una cantidad equivalente al monto del saldo de la Subcuenta de Vivienda del SAR, esto quiere decir aportaciones que ya tienes durante tu labor en el puesto que se maneje. El segundo punto es un préstamo entre \$100,000 y \$4'800,000 que se fija de acuerdo con lo que se gane de sueldo o salario dependiendo de la plaza la suma de estas dos condiciones crea el préstamo y se paga tomando en cuenta tres

condiciones: la primera el otorga el 100% de la vivienda del SAR, los beneficiados pagan un 5% de las aportaciones al crédito y en caso adelantos el crédito permite pagos anticipados.

2.3. Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil

Con anterioridad hemos mencionado como las leyes otorgan los derechos a la salud, servicios médicos, medicamentos y vivienda, este caso aplica a lo que se considera como las figuras de la ciudadana y el ciudadano mexicano e incluso toma en cuenta a extranjeros con mayoría de edad bajo ciertas condiciones, sin embargo, en el caso infantil dichas prestaciones provienen de su nacionalidad y la asistencia social que se les brinda a través de la actuación de los tutores de infantes o jóvenes prestando esa asistencia a varias interpretaciones, que pensadas en un mediano plazo, pudieran vulnerar el derecho de las niñas ,y niños a recibir salud y protección social.

Por lo tanto, en el sexenio de Felipe de Jesús Calderón Hinojosa se crea la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil con el objetivo de enfocar la atención de todos los niveles de gobierno y el sector privado para generar el otorgamiento de protección social y salud buscando garantizar su igualdad y seguridad en los servicios otorgados de acuerdo con su artículo 9.

En cuanto quienes otorgan el servicio a infantes de acuerdo con la ley son

“Aquellas personas físicas o morales que cuenten con permiso, licencia o autorización, emitido por la autoridad competente, para instalar y operar uno o varios Centros de Atención en cualquier modalidad y tipo dichos prestadores de servicio, como las instituciones tienen que generar un ambiente de integridad mental y física para el desarrollo de la salud infantil.”
(Diputados, 2018)

Aunque dicha ley se presente como exclusiva para niñas y niños cabe destacar que también es válida para jóvenes, ya que, ellos también adquieren las mismas vulnerabilidades que los infantes solo que la ley no lo expresa explícitamente, destacando que en el desarrollo de la salud en la adolescencia “se pone énfasis en la salud mental pues durante los tiempos de 2012 hasta 2023 se han demostrado cambios drásticos en las relaciones sociales.” (Marrufo, 2021) principalmente como producto de pandemia de todo esto sin descuidar la salud física.

Ley de Coordinación Fiscal

Cuando se trata de la financiación de los bienes y servicios de carácter público es indiscutible el tomar como base la Ley de Coordinación Fiscal ya que además de tomar en cuenta la recaudación de impuestos por medios federales, estatales o municipales a través de los impuestos, también se encarga de un gasto uniforme en las instituciones y la deuda pública,

Comenzando en su apartado de recaudación tenemos los Impuestos federales conformados por Impuesto sobre la Renta (ISR), Impuesto al Valor Agregado (IVA), Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS), Impuesto sobre Automóviles Nuevos (ISAN), Impuesto Empresarial a Tasa Única (IETU), Impuesto a los Depósitos en Efectivo (IDE), los Estales que tienen que ver con los registros civiles y el impuesto a la nómina y, por último, los municipales que recaudan los impuestos al predial, Adquisición de Inmuebles, Espectáculos Públicos y patrimonio.

A través de dichos impuestos el gasto se enfoca en los fondos de aportación como pueden ser el de educación, seguridad pública, tecnología e infraestructura en este caso nos enfocamos en Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA) de aquí las instituciones de salud obtienen el financiamiento para realizar sus funciones asignándoles, con la regulación de cámara de diputados y hacienda, un presupuesto a los servicios de salud de 874 mil 796 millones de pesos que

representan un 5% de los gastos reales de la nación durante el año 2023 en términos del producto interno bruto alcanza el 2.9%.

Mientras que por otro lado la seguridad social se le asignó un presupuesto 23mil 690 millones de pesos generando un gasto mayor a los años 2020 y 2021, esto como producto del combate a las vulnerabilidades generadas por la pandemia.

Aún con estos aumentos, organismos como el centro de investigación presupuestario recomiendan que este gasto represente el 6% en gasto en términos de producto interno bruto esto para evitar nuevos impactos en rezagos médicos y garantizar mejores servicios de protección social desde el enfoque del apoyo al bienestar.

2.4. El Plan Nacional de Desarrollo y la Protección Social

La protección social vista como desarrollo sostenible

Retomando el tema de políticas que busca atacar los conflictos de forma universal enfocados en la desigualdad y pobreza, encontramos en el mudo que a partir del 28 de octubre de 2021, la comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), recomendó a sus miembros enfocar su visión de protección social hacia un desarrollo sostenible e integral para hacer frente a las problemáticas económicas generadas por la pandemia que en ese entonces amenazaba con aumentar los niveles de desigual y pobreza alrededor de la región, la respuesta ante esta advertencia fue que no todos los países miembros estaban preparados para esta plan que requería implementar política social en favor de cubrir las necesidades básicas hacer frente al gasto que esto conlleva y por ello tuvimos consecuencias en pérdidas de trabajo, desarrollo poblacional y crecimiento en la desigualdad económica.

Ante este panorama global, México como producto del enfoque de bienestar buscó una presencia sólida del sector público en la economía y utilizar el desarrollo sostenible como eje de retorno al estado de bienestar teniendo como puntos de desarrollo las telecomunicaciones, la distribución de pensiones, la salud emergente

y la educación. Incluso antes del desarrollo, durante la pandemia, México en el 2019 ya definía esta sostenibilidad como:

“la satisfacción de las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Esta fórmula resume insoslayables mandatos éticos, sociales, ambientales y económicos que deben ser aplicados en el presente para garantizar un futuro mínimamente habitable y armónico”. (México, 2019)

Dicho principio proveniente del apoyo al medio ambiente y la ecología, vista de forma social, indica que si se otorga el apoyo a una comunidad poco favorecida a través de programas distributivos se consigue un cierto nivel de bienestar que se traslada por medio de logros económicos a las próximas generaciones, generando ciclos, en donde bajo este enfoque el gobierno entiende que no puede ser un obstáculo que suponga costes humanos, evita comprometer la salud universal y otorga a gran importancia a la seguridad hasta transformarse en programas sostenibles, siempre y cuando se aclare el ejercicio de las relaciones públicas que promueven iniciativas.

La construcción del bienestar

Vivir en condiciones de dignidad y estabilidad ha sido un objetivo en común para individuos a lo largo de su vida, pero no es común encontrar en la ciudadanía la idea de bienestar, siendo más probable que lo que se desee alcanzar sea la felicidad, así que los estrictos quienes toman el término bienestar suelen ser gobernantes y esto es un término que tuvo relevancia durante 1987 cuando, Titmuss señala que, el bienestar es una consecuencia inmediata de la modificación del Estado, lo que sucede cuando se requiere para iniciar un proceso de expansión o transición mediante la provisión de servicios esenciales como atención médica, educación y oportunidades laborales.

Dicho esto, el bienestar se construye de acuerdo con el avance visible de una sociedad particular, en este contexto, para la cuarta transformación dicha sociedad se encuentra en las clases históricamente marginadas o excluidas del país tomando

en cuenta a Mujeres, jóvenes, niños, Indígenas, campesinos y Adultos de la tercera edad.

En cuanto como legitimamos dicha construcción, primero desligamos a los programas un poco del centralismo y uso político presidencial, posteriormente se enfocan dichos proyectos a sectores regionales desfavorecidos y para darle el toque desligamos el apoyo de grupos de negociación o mediadores para que se distribuya la mayor cantidad de dinero posible sin diluirse en el proceso.

Evitar una imagen personalista permite generar más credibilidad en cuanto las intenciones del proyecto dirigido a la población, el ejemplo más claro se veía en el movimiento indígena zapatista el cual exigía la renuncia del presidente y rechazaba los programas modificados producto de la solidaridad pues se veían como una forma de comprar su lealtad, sin embargo, este es el proceso más difícil de conseguir, aún para el actual régimen, pues pensando como político se tiene que salir lo mejor parado del uso de estas políticas para garantizar la victoria de tus planes o agenda y la conservación del poder en manos del partido político que te coloco en puesto.

Cambios de paradigma en la seguridad y la protección social

A partir del año 2009 podemos encontrar problemas existenciales en el concepto de seguridad social que no permitían ver con claridad cuál era el alcance del apoyo a los programas, vulnerando el primer piso de la recién creada protección social, declarándose una crisis global de derechos humanos por ello las Naciones Unidas en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, con el respaldo de numerosas organizaciones internacionales, solicitaron a los países que entendieran seguridad social como un concepto asistencialista que solo ampliara la cobertura de salud y pensiones universales.

En México, esta acción fue vista como llevar a cabo un exhaustivo análisis completo del tema con el objetivo de comprenderlo mejor y elaborar una reforma profunda en el sistema de seguros sociales del país, la cual finalmente se implementó en 2020.

Tras la reforma de 2020, según Zoé Robledo:

“se recuperó la esencia del sistema pensionario, mediante el aumento de las contribuciones patronales, un tope en las comisiones cobradas y un esquema más flexible para obtener una pensión mínima garantizada. Aseguró el director general del Instituto Mexicano del Seguro Social”. (Robledo, 2020)

Esto toca tres puntos vistos en el plan de desarrollo, el primero, la salud para toda la población buscando ampliar todos los procesos hospitalarios, médicos e insumos, segundo apoyo financiero al desaparecido Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), tres creaciones de cultura de paz y bienestar en donde destaca la protección a la pensión.

Entonces nuestra protección social a la que transitamos toma en cuenta el control hospitalario y la forma de distribuir pensiones como requisito mínimo de desarrollo social, si se presentan fallas, como ocurrió en la pandemia, vulneran dicha garantía, por lo tanto, es algo que se tiene que blindar los programas que se enfoquen en dicho desarrollo por parte del Estado, de lo contrario genera esta sensación de abandono a la suerte, algo que en teoría no se hace durante la cuarta transformación.

La Salud

El apartado de salud dentro del Plan Nacional de Desarrollo nos parece formal de desahogarse con las gestiones pasadas, comenzando con el dato de a comienzo de la administración el 1 de diciembre de 2018 ya presentaba problemas con faltas de insumos, equipamiento insuficiente e ineficaz.

Sosteniendo que es impensable para el gobierno el hecho de que los pacientes tengan que conseguir sus medicamentos y llevar sus gasas o equipos médicos para ser atendidos, además que tienen que esperar varios meses para poder someterse a cirugías que tiene grado de urgente, toda culpa de la corrupción y la privatización de nuestro sistema de salud.

Por último, habla que existen ciudadanos que ni siquiera llegan a eso porque no están afiliados a una dependencia de salud como lo es el ISSSTE o IMSS que permita garantizar sus derechos a la salud.

2.5. Programas y estrategias hacia la Protección Social

En el gobierno actual, la Secretaría de Bienestar es la encargada de la ejecución de los programas y estrategias encaminados hacia la Protección Social con el objetivo de crear un México sin desigualdad económica y que todas y todos los mexicanos tengan un acceso a un desarrollo igualitario, buscando “contribuir al bienestar social mediante ingresos suficientes, impulsar la autosuficiencia alimentaria, la reconstrucción del tejido social y generar la inclusión productiva de los campesinos en localidades rurales para hacer productiva la tierra.” (Secretaría de Bienestar, s.f.)

El Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores

El programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores tiene su origen en el sexenio 2000-2006, cuando el actual presidente Andrés Manuel López Obrador era jefe de Gobierno de la Ciudad de México, el cual durante su campaña presidencial informó su universalización y ampliación, pues, el Ejecutivo ha enfatizado en diversas ocasiones la importancia de apoyar a los adultos mayores del país.

En la actualidad, el programa se encuentra destinado a los grupos de personas mayores a 68 años a nivel nacional y las personas de 65 años integrantes de comunidades indígenas, el propósito del programa es aportar al acceso de una vida digna a los adultos mayores con la ayuda económica bimestral por la cantidad de dos mil quinientos pesos, sin la necesidad de haber cotizado los años mínimos ante el Seguro Social. El programa, durante el actual gobierno, busca ayudar universalmente a los, cerca de, 17,958,707 residentes mayores de 60 años. (INEGI, 2022)

En los primeros días del año 2023 la Secretaria de Bienestar hizo público el aumento en la pensión destinada a las personas de la tercera edad, la cual paso de tres mil ochocientos cincuenta pesos a cuatro mil ochocientos pesos y buscaría ampliar el registro de beneficiarios, de diez millones quinientos treinta y siete mil

ciento ochenta y un beneficiarios a once millones cincuenta y seis mil quinientos treinta y cuatro beneficiarios (Secretaría de Bienestar, 2023), lo cual representa un 62% de la población total, en relación al 2022, de los adultos mayores en México.

Programa Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad

En México existen alrededor de 7,168,178 habitantes que tienen alguna discapacidad, las cuales, el 41% de ese total tiene el desafío para llevar a cabo acciones como: caminar, subir o bajar. (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2021). El programa busca apoyar a las personas con dichas discapacidades, ya que, muchas de ellas necesitan de una “Persona Adulta Auxiliar” para poder tener una vida digna, misma que en caso de fallecimiento, podrá seguir recibiendo el apoyo económico, presentando el acta de defunción y/o constancia médica.

Esta ayuda va dirigida, principalmente, a niñas, niños y jóvenes de 0-29 años, personas de 30-64 años y personas con un grado alto de marginación, el apoyo económico que reciben es de dos mil novecientos cincuenta pesos bimestrales. (Secretaría de Bienestar, *Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente*, 2022)

A finales del año 2022, la Secretaría de Bienestar informó que los acreedores de la pensión para el bienestar de las personas con discapacidad fueron de un millón trecientos un mil novecientos veintidós. (Secretaría de Bienestar, 2022), siendo que solo el 18.2% de los Individuos con capacidades diferentes tienen acceso a la pensión del bienestar.

Programa Nacional de Beca para el Bienestar Benito Juárez

La Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez (CNBBBBJ) opera este programa social, que gestiona el otorgamiento de las becas. Hay tres tipos de Becas para el Bienestar Benito Juárez de Educación Básica, Beca Universal para el Bienestar Benito Juárez de Educación Media Superior y Beca para obtenerlas se necesitan diferentes requisitos, que comparten el objetivo de apoyar a los alumnos de cada nivel educativo para evitar el abandono escolar.

La Beca para el Bienestar Benito Juárez de Educación Básica se dirige a familias con alumnos menores de edad que cursen preescolar, primaria o secundaria en cualquier escuela pública, el apoyo consta de mil setecientos cincuenta pesos que se otorgarán en 10 meses. Retomando los datos obtenidos, en 2021, por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, alrededor de veinticuatro millones cuatrocientos mil trescientos setenta y tres alumnos estaban inscritos en el nivel de educación básica nacional, a finales de 2022, la Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez comunicó que solo se beneficiaron ciento setenta y dos mil familias, represento el 0,7 % de beneficiarios.

La Beca Universal para el Bienestar de Educación Media Superior se otorga a los alumnos de la etapa de educación media superior, en cualquier escuela pública con modalidad escolarizada o mixta, el monto es igual a la de educación básica, mil setecientos cincuenta pesos mensuales durante 10 meses, quienes reciben el beneficio no podrán recibir más de treinta meses del apoyo. Según los datos obtenidos, en 2022 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, cuatro millones novecientos ochenta cinco alumnos a nivel nacional se encontraban inscritos al Nivel Medio Superior. Para finales del 2021, la Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez anunció que cuatro millones cien mil estudiantes contaban con beca Benito Juárez, y alrededor del 82 % recibieron el apoyo económico.

La Beca para el Bienestar Benito Juárez de Educación Superior está enfocada a los estudiantes que estudian una Licenciatura o Técnico Superior Universitario de alguna universidad prioritaria, como son: Universidades Interculturales, Escuelas Normales, Universidades ubicadas en localidades prioritarias, etc. La beca tiene un periodo de tiempo máximo de cuarenta y cinco meses por dos mil quinientos setenta y cinco pesos mensuales, otorgada por diez meses.

Jóvenes Construyendo el Futuro

En el año 2016, según el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE), el índice de los jóvenes que no estudiaban ni trabajaban era de seis millones

trescientos noventa y cinco mil trescientos treinta y nueve, partiendo de esta idea, en la campaña presidencial, el aspirante presidencial en ese momento, Andrés Manuel López Obrador enfatizó en el apoyo económico para los jóvenes que no contaran con trabajo o escuela, con la oportunidad que tuvieran apoyo y capacitación laboral.

Este programa se dirige a jóvenes de entre 18 y 29 años, sin trabajo o escuela inscritos. Esta beca busca capacitar a los jóvenes por 12 meses, que además de recibir capacitación laboral, recibirán seguro médico en el IMSS y la beca de seis mil trescientos diez pesos, el objetivo es preparar a los jóvenes para la vida laboral, desarrollando sus habilidades.

La Secretaría de Trabajo y Previsión Social, a principios del año 2023, anuncio que cien mil jóvenes fueron acreedores del apoyo del programa Jóvenes Construyendo el Futuro.

Jóvenes escribiendo el futuro

Este programa lo dirige la Secretaría de Educación Pública (SEP), con el que se busca beneficiar a trescientos mil jóvenes pobres que hayan finalizado su educación media superior. y que no excedan de los veintinueve años, los alumnos deben seguir sus estudios de licenciatura y mejorar la calidad de vida de los residentes más vulnerables, los beneficiarios recibirán el monto de dos mil cuatrocientos pesos mensuales y cada alumno recibirá un máximo de cuarenta y cinco meses.

El programa pretende otorgar cerca de cuatrocientos diez mil becas a los estudiantes hayan terminado el bachillerato o estén en sus primero dos años de licenciatura.

Sembrando vida

Este programa social está dirigido específicamente para los habitantes de áreas rurales, mayores de edad y con dos puntos cinco hectáreas para el trabajo agroforestal. Con el apoyo de este programa social se crearon cuatrocientos cincuenta y cinco mil setecientos cuarenta y nueve, ya que los acreedores del apoyo tendrán seis mil pesos mensuales y el apoyo de insumos para la siembra, esto

ayudará a mejorar el nivel de bienestar cubriendo sus necesidades alimenticias básicas, sino para el medio ambiente.

En febrero del año 2023, el programa Sembrando Vida, otorgo el apoyo económico a cuatrocientos cuarenta y tres mil veintidós habitantes dedicados a la agricultura y cubriendo sus necesidades alimenticias básicas, lo que se traduce a un millón ciento siete mil quinientos cincuenta y cinco de hectáreas sembradas con algún tipo de fruto o árbol maderable.

Programa Nacional de Reconstrucción

El Programa Nacional de Reconstrucción está dirigido a los habitantes del centro-sur del país, afectados por los sismos de 2017 y 2018, el programa otorga subsidio para la reconstrucción parcial o total de cualquier inmueble afectado por los sismos y así asegurar el derecho a una vivienda apropiada para los habitantes afectados, el monto del subsidio dependerá de daños en el inmueble, los inmuebles pueden ser viviendas, infraestructura física educativa, infraestructura de atención médica y la preservación y conservación de patrimonio cultural, arqueológicos y artísticos.

De enero a septiembre del año 2022 el gobierno informo que ocho mil trescientos veintitrés habitantes recibieron el apoyo para la reconstrucción parcial o total de uno de sus inmuebles, en este programa no se maneja un rango específico de subsidio, no obstante, durante este periodo se destinaron 1,574,738,292 de pesos para subsidiar la reconstrucción de los inmuebles dañados por los sismos del 2017 y 2018.

2.6. Conclusión

En este capítulo dos entendemos que por parte de los objetivos revolucionarios nuestra constitución y por ende las leyes que de ella se generen indican un rumbo como nación, que busca dirigir su esfuerzo al desarrollo social unificando la seguridad con la protección, generando bienestar universal a la sociedad mexicana siempre y cuando se respete la norma.

Esto es visible en la redacción de los primero 27 artículos constitucionales anexando el artículo 123 que cubren las demandas de las garantías individuales estableciendo los principios de seguridad y al tratarlos como de carácter universal trasladamos nuestro sistema a un desarrollo de protección y bienestar.

Esto es aprovechado para en algunos proyectos retoma a la seguridad primero los pobres y el futuro de la vejez, educación y mujeres y en otro caso mantiene la protección apoyemos al campo, la salud, la economía, los jóvenes y la vivienda para un desarrollo universal de la sociedad mexicana.

Ahora bien, a pesar del esfuerzo por aumentar el gasto la pandemia y las crisis demuestran que hay mucho por mejorar en los sistemas hospitalarios cubriendo personal, instalaciones e insumos médicos, por el lado de las pensiones a pesar de que el programa de apoyo a adultos mayores beneficia a familias que carecen de este respaldo económico, lo cierto es que se ha abandonado a la juventud por la inviabilidad que supone mantener pensiones como el décimo transitorio el cual paga hasta la muerte en una población que poco a poco va comenzando su envejecimiento, el trasladar las pensiones al afore su pone dos problemáticas: la primera requiere de una población altamente capacitada en el entorno financiero para hacer rendir y aumentar su ahorro, algo que todavía no se consigue; y el segundo caso de error se ubica en la especulación de años de muerte suponiendo que el estado piense que vivas 75 años o menos y la persona beneficiada logre vivir más queda vulnerable a que tenga que ser apoyada por los hijos o dos quede abandonada a su suerte aumentando la brecha de desigualdad.

Por último, opinamos que a la hora de generar una política o programa social debemos tener cuidado con el análisis y evaluación de esta ya que un error en el diseño genera no solo un gran gasto público sino también una falsa sensación de crisis en el desarrollo social vulnerando derechos.

Capítulo 3: El Sistema de Protección Social en Salud en el Gobierno de la Cuarta Transformación en México 2018-2022.

Objetivo

Durante el desarrollo de este capítulo consideramos que el Sistema de protección social en salud que aplica el gobierno de la cuarta transformación en México tiene como objetivo transformar el sistema de salud mexicano para hacerlo más inclusivo, eficiente y centrado en el bienestar de la población. Esto incluye garantizar el acceso universal a servicios de calidad, la protección financiera de los ciudadanos y la mejora de la atención médica en el país.

Mejorando el acceso a servicios de salud, para ello destacamos el garantizar la protección financiera de la población mexicana como continuación, se detallan los objetivos específicos del programa para la construcción de este sistema.

Evaluando a través de distintas metodologías el panorama institucional, regional e internacional en el que se encuentra el sistema de salud mexicano identificando puntos de progreso y retos que se presentan en su diseño entendiendo que la salud es tratada con características de la seguridad social.

3.1. Antecedente del Sector Salud

Orígenes del Sector Salud A través del Instituto Mexicano del Seguro Social. (IMSS)

El 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Seguro Social, misma que tenía como objetivo responder al derecho humano a la salud, el apoyo médico, los recursos necesarios para el sustento y los servicios sociales esenciales para el bienestar tanto individual como colectivo, respaldados por la promulgación de la Ley del Seguro Social se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El IMSS, desde su fundación, buscó garantizar que todos los trabajadores accedieran al cuidado de la salud y la protección social, pues muchas personas trabajadoras o de zonas rurales no tenían los recursos para una atención médica de calidad.

Según el artículo 1 del capítulo 1 de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación, “El seguro Social constituye un servicio público nacional, que se establece con carácter obligatorio en los términos de esta ley y sus reglamentos” (Federación, 1943)

En 1973 se modificó la Ley del Seguro Social, ante la situación que muchos empleados no se encontraban inscritos al IMSS, dicha reforma facultó al IMSS a ampliar su funcionamiento a diferentes secciones de la población, la reforma a esta ley se puede resumir en tres principales temas, lo cuales son: Todos los trabajadores que no se encontraban afiliados a la institución podían hacerlo de forma voluntaria pagando una cuota al IMSS, se crearon guarderías para los hijos de los derechohabientes y se le incluyó a las diferentes secciones de la población, sin posibilidad contributiva, en excesiva pobreza y/o marginación.

Reformas al sector salud incorporación y desarrollo del programa IMSS-Coplamar

Con la promulgación y reforma a la Ley del Seguro Social, se preveía la inserción de programas o servicios de solidaridad social para que las zonas con mayor marginación del país pudieran acceder a los servicios de seguridad social, es decir, el estado buscó garantizar que los mexicanos tuvieran acceso a una vida digna, garantizando que el IMSS llegara a todos los rincones del país.

”En el IMSS se concretó finalmente el sueño de crear un sistema de seguridad social que habían perseguido casi todos los presidentes mexicanos después de la Revolución, desde Álvaro Obregón hasta Lázaro Cárdenas. La ley que crea este instituto (Ley del Seguro Social) estableció el carácter obligatorio del seguro social y fijó los riesgos que habría que cubrir: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedades no profesionales y maternidad; invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada” (Gómez-Dantés, 2019)

En 1977 surge la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR),

misma que trabajaría de la mano con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para buscar ampliar la cobertura de atención médica a la totalidad de la población, otorgando prioridad a los sectores sin posibilidad contributiva, en excesiva pobreza y/o marginación; este programa instauró sus servicios en la zona norte del país (comprendiendo los estados de Coahuila, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas).

En 1979 el IMSS-COPLAMAR registró su primera expansión, al construir 30 hospitales y 2,715 unidades médicas de primer nivel. En el año de 1984 ya se contaba con 50 hospitales rurales y 2 404 Unidades Médicas Rurales, mismas con las que se les ofreció atención a más de 9 millones de indígenas y campesinos. (IMSS, 2012)

Para el año de 1983 por decreto se desapareció la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR), y se designó al Instituto Mexicano del Seguro Social como el principal administrador del Programa IMSS-COPLAMAR.

En el año de 1989 el programa IMSS-COPLAMAR modificó su nombre por IMSS-Solidaridad, el cual siguió con los principales objetivos de llevar atención médica de calidad a las personas de todo el país, este programa tuvo como principal objetivo de brindar a la población campesina e indígena atención médica de excelencia, el principal enfoque de atención a la salud fue sustentado con la participación comunitaria para la realización de actividades en aras de mejorar sus condiciones de salud, familiar y de las comunidades.

El IMSS-Solidaridad registró una red hospitalaria de 62 hospitales rurales y 3,424 unidades médicas rurales, con los que se atendió a 10.3 millones de mexicanos sin servicios de salud, que estaban en unos 1 265 municipios de 17 estados de la República. (IMSS, Programa IMSS-Solidaridad, 2001)

A principios del siglo XXI el IMSS-Solidaridad cambió su nombre a IMSS-Oportunidades, con la meta de proporcionar atención médica de alta calidad de forma gratuita a las zonas de mayor pobreza extrema, campesinas, rurales o

urbanas marginadas. Para el año de 2012 la red hospitalaria del IMSS-Oportunidades ya contaba con 3 589 Unidades médicas rurales y 79 hospitales rurales.

El IMSS-Oportunidades tuvo presencia en 20 223 localidades del país de 1 472 municipios, en 27 estados de la república, llegando a atender a 11.9 millones de mexicanos de zonas marginadas del país.

En 2014, el programa IMSS-Oportunidades modificó su denominación a IMSS-Prospera, que siguió con el eje de dar la atención médica de calidad a las zonas marginadas del país, atendiendo el derecho a la salud. El programa tuvo presencia en 20 633 localidades en 1 505 municipios, en 28 estados de la república, llegando a atender a 12.4 millones de personas. El IMSS-Prospera registró su red hospitalaria con 80 hospitales rurales y 3 614 Unidades Médicas Rurales. (PROSPERA, 2017)

En el año 2018 el programa sufrió nuevamente un cambio de nombre, de IMSS-Prospera a IMSS-Bienestar, siendo hoy el nombre en la administración actual a cargo del presidente constitucional Andrés Manuel López Obrador, en febrero de 2022 el programa informó que hasta ese momento la población adscrita que contaba con el acceso al programa fue de 11, 678, 723 por lo cual se puede notar una disminución del padrón, pese a que las construcciones de Hospitales tuvo un aumento; siendo en total 82 hospitales rurales y 3 993 Unidades rurales. El IMSS-Bienestar actualmente tiene presencia en 20 estados de la república. (BIENESTAR, 2022)

La historia del IMSS-COPLAMAR, ahora IMSS-Bienestar, tuvo el objetivo de llegar a todas las zonas marginadas del país, para que las personas rurales, indígenas o en extrema pobreza, accedan a una atención médica de calidad, los cambios de cada etapa del programa se pueden observar en las construcciones de hospitales y unidades médicas rurales; en la siguiente tabla detallaremos el desarrollo infraestructural del programa y su padrón de beneficiarios.

“Evolución de Programas de Salud Rural en México”

Año	Denominación	Hospitales Rurales	Unidades Rurales	Cobertura
1974	IMSS-COPLAMAR	30	2,715	9 millones
1989	IMSS-SOLIDARIDAD	62	4,424	10.3 millones
2002	IMSS-OPORTUNIDADES	79	3,589	11.9 millones
2014	IMSS-PROSPERA	80	3,614	12.4 millones
2018	IMSS-BIENESTAR	82	3,993	11.6 millones

Fuente: Elaboración propia con base a datos de Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ampliación del sector salud objetivo creación del Instituto de Seguridad Y Servicios Sociales De Los Trabajadores Del Estado. (ISSSTE)

En 1925 encontramos el origen del ISSSTE mediante la dirección general de pensiones civiles y retiro proveniente de la ley homónima encargada de brindar servicio al sector público de nuestro Estado, encaminando sus funciones administrativas a la junta directiva órgano que servía como máxima autoridad de la seguridad social.

Dicho enfoque mostraba una realidad del país en donde la salud estaba convirtiéndose o incluso desde sus orígenes fuera una institución centralizada, ya que dicho órgano de gobierno controlaba los sistemas de salud y seguridad pública, fortaleciéndose con las anexiones de facultades que obtuvo este órgano como producto de la reforma de 1946, teniendo funciones como que la junta directiva era la encargada de vigilar la finanzas, el director del proyecto, las misiones, visiones y filosofías institucionales, volviéndose responsable legal de las acciones médicas, pensiones y retiros con el objetivo de materializar un proyecto político de protección social.

Sin embargo, dicho sistema no concordaba con los avances de 1960 ya que de acuerdo con la gaceta del senado que promovió la creación del ISSSTE, el país requería de un enfoque de claridad e innovación en el manejo de las finanzas que otorgaban el apoyo médico y la seguridad social, esto quiere decir que requeríamos de órganos descentralizados y transparentes para evitar problemáticas de inestabilidad política y económica como el caso de retrocesos legislativos debido a los periodos de reconstrucción política del país tras concluir la revolución y la corrupción que se mantiene en diversas escalas durante el transcurso del tiempo, pudiendo dañar severamente la sanidad y el apoyo social del trabajador público, burócrata y personal docente. (Madera, 2009)

Con el Nacimiento del ISSSTE en 1960 no solo se resuelve los problemas institucionales del momento también concuerda con una etapa del país en donde se requería ampliar la cobertura de salud, pues aún con el progreso y creación de programa del IMSS en la salud teníamos la dificultad de un crecimiento demográfico descontrolado. Que amenaza con rebasar en todos los sentidos los servicios de protección y seguridad social nacionales.

Ahora recordemos que para la época en que dicha institución se tenía una población en proximidad a los 36 millones de habitantes por lo que para el gobierno de Adolfo López Mateos era visto como una utopía medica encaminada a encabezar el desarrollo de la seguridad social del país.

Ahora identificamos que, aunque el ISSSTE surge para cubrir necesidades poblacionales, es una especie de paradoja donde su principal vulnerabilidad se presenta cuando no se consideran medidas preventivas en el seguimiento demográfico.

El ISSSTE maneja cinco puntos para brindar apoyo médico o de seguridad social, para ello el primer paso es acercarte al módulo de atención según tu problemática, es interesante porque no requieres diagnósticos previos para activar un servicio de salud, en el segundo proceso el afiliado proporciona datos y requerimientos permite evaluar la situación y generar el tercer modelo, un análisis

de planteamiento del paciente, de acuerdo con los datos resultante se canaliza a un sistema o programa de atención que se adecue a sus capacidades y, en teoría, para facilitar el seguimiento de las atenciones médicas y procesos administrativos.

En cuanto su jerarquía de personal va de acuerdo con el grado académico que se alcance contando con un mínimo de título universitario y cedula profesional para ingresar a cualquier área de atención medica en el caso administrativo aun que se permite la prepa técnica para ocupar un puesto mínimo se hace un esfuerzo para fomentar la capacitación universitaria mejorando la calidad del servicio.

Por otro lado, está la experiencia acumulada que en todas las arias laborales permite escalar de puesto o una vez más en teoría ingresar a oportunidades de empleo, esto notándose en la relación médico y residente.

El caso de petróleos mexicanos

Partiendo desde 1972 a través de la instauración de la Ley de Seguro Social en México se obtiene un nuevo derecho laboral que permitiera el desarrollo de las viudes y las pensiones. Esta protección social no se distribuyó adecuadamente para todos los sectores empresariales del Estado, en el caso de Petróleos Mexicanos ubicamos un ejemplo como la coalición federal de trabajadores petroleros y de viudas propensión que exigían apoyo para la viudes, pensión y servicios médicos.

Dicha problemática fue atendida por el Senado de la república que en dicho año solicito puntos de acuerdo y presento iniciativas atreves del trabajo de la senadora Dolores del Carmen Gutiérrez Zurita y el senador Guillermo Tamborrel Suárez ambos perteneciente a los partidos del PRD y el PAN.

A partir de aquí el Estado mexicano reconoce sus deficiencias en el otorgamiento de seguridad social en sus instituciones públicas y por medio de la vía legislativa le otorga a PEMEX el reconocimiento de su seguro social, apoyo a la viudes y apoyo medico como derecho mínimo del trabajador en el sector petrolero respaldándose en la Ley del Seguro Social de 1972.

Dicho esto, en 2002 se produjo un importante avance en el sistema hospitalario de PEMEX (Petróleos Mexicanos) que marcó un hito significativo en el

reconocimiento de los derechos a la salud de las personas viudas y pensionadas afiliadas a esta entidad. Este avance se tradujo en una expansión de la infraestructura hospitalaria, con la consolidación de hospitales clave como el Hospital Regional de Poza Rica y el Hospital Central Norte. (Coppel, 2014)

En cuanto su organización de atención va de acuerdo con las prioridades de su programa de metas y desempeño en la salud teniendo como mayores objetivos el mejorar su sistema de protección social a través de la educación médica de medidas de prevención de riesgos para la salud., generar tratamientos oportunos y especializar su personal de enfermeras y enfermeros por medio de programas de mérito laboral, reduciendo la mortalidad poblacional por parte de los trabajadores petroleros.

Como principales miembros atendidos tenemos que niñas y niños son el medio más importante para prevenir enfermedades por ello se promueven los programas de vacunación de infantes y el apoyo de nutrición para evitar enfermedades comunes como la obesidad infantil.

Después de los infantes vienen los adolescentes en donde el tratamiento preventivo en el que se enfoca el sector salud de Pemex es la prevención de embarazos adolescentes y transmisión de enfermedades sexuales y metabólicas.

Luego enfocado en los trabajadores tenemos que una forma de prevención es la planificación familiar para distribuir mejor la cobertura del apoyo médico y pensión, a esto se le otorgan programas de apoyo auditivo, jornadas de salud, programas de detección de Cáncer, diabetes, hipertensión y enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.

Por último, a los jubilados y sus familiares se les brinda no solo la pensión sino también seguimiento médico por cuestiones laborales e impacto médico laboral manteniendo prácticamente la misma cobertura que un trabajador activo.

La organización en cuanto personal de atención médica se mide según el grado de especialización de la casa unidad médica de servicio PEMEX, destacando el compromiso de brindar un sector de salud destinado al desarrollo de la protección

social de las trabajadoras y trabajadores de la industria petrolera nacional, siendo el primer caso de apoyo a un sector salud privado del Estado que servía como experimento de alternativa al ISSSTE.

El ejército y su Instituto de seguridad social para las fuerzas armadas

Pasando del sector salud en el ejercicio encontramos sus antecedentes en desarrollo en la profesionalización de las fuerzas armadas pasando por tres etapas, la primera contempla los orígenes de la sanidad en el ejército en 1829 con la creación de cuerpos de sanidad para el tratamiento de las tropas durante el gobierno de Vicente Guerrero, encaminándose en la lógica de que un país no puede defenderse sin la salud de sus miembros.

El proceso se refuerza con la creación de hospitales en todo el país para uso exclusivo de los militares teniendo como antecedente la edificación del hospital general de ejército en 1863 durante el gobierno de Benito Juárez, aquí la característica principal de la primera etapa es que las necesidades de seguridad social de las fuerzas armadas solo serían cubiertas con atención médica necesaria para mantener los combates.

Tras la llegada de la revolución mexicana encontramos la segunda etapa de desarrollo del sector salud en el ejército marcada por una fuerte ideología social en el año de 1912 la que nace el interés por la protección social exclusivamente dirigida a los miembros de la milicia que les permitiera tener un orden general de su retiro, pensión y prestación de salud, la razón por la cual durante esta etapa no se toma en cuenta a la sociedad en general es porque ellos vivían su proceso de protección a través de la lucha campesina y obrera reflejando sus intereses en la constitución de 1917.

Caso que no pudo ser con las fuerzas armadas ya que ellos acompañaban fuertes procesos de agitación y violencia situación que se contraponía los proyectos constitucionales de nación que buscaba la clase dominante generando una visión de apoyo en algunos casos al transformar las fuerzas militares campesinas al nuevo

ejército y en otros casos de rechazo al actuar como el brazo ejecutor del estado opresor.

En 1925 se crea la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro para brindar bienestar a los mexicanos militares en situación de derecho habientes y pensionados. Dicha institución sirvió como antecedente unificador de todos los sectores del ejército compuestos por fuerzas terrestres, navales y aéreas por medio del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas convirtiéndose en la mayor institución de salud de la milicia brindando en nuestros últimos 4 años de la actualidad atención 37,016,893 miembros afiliados.

Situándonos en el año de 1938, comienza nuestra tercer y última etapa que corresponde al procesos de institucionalización del ejército lo cual no solo genera un fuerte control del estado sobre nuestras fuerzas armadas, sino que también se logró consolidar la profesionalización de la milicia, mejorando su capacidades de enseñanza en la salud , a través instituciones como, la escuela militar de enfermería y el departamento de servicios medico militares, en el año 1970 la escuela militar de graduados en sanidad y en el 1988 la escuela médico naval., formando las generaciones actuales de lideres durante la pandemia de covid-19.

En cuanto su organización encontramos un nivel de atención por niveles siendo el primer nivel atenciones ambulatorias que permitan atenciones inmediatas de bajo riesgo asta primeros auxilios con formadas por pelotones de sanidad y unidades médicas de consulta externas.

En el segundo nivel se otorga la atención a enfermedades cotidianas y con un nivel medio de especialización medica siendo el tratamiento médico general, más pediatría, ginecología, obstetricia, odontología y Medicina interna, siendo trabajo de los hospitales de zona y regionales el brindar dicho servicio.

Y por último el tercer nivel que consta de 9 unidades médicas otorga tratamiento con alto nivel de especialidad médica para enfermedades degenerativas adquiridas en la vida militar o a través de la herencia genética. En todos los casos para cumplimiento del deber médico militar se respeta los rangos solo para generar

decisiones de relevancia medica siguiendo el plan de motivación. Dicho plan marca las acciones del ejército para mantener a sus unidades en eficiente y eficaz desarrollo de sus funciones manteniendo la seguridad de sus miembros y delimitando las atenciones de la vida civil y militar.

3.2. Diagnostico en la protección social en la salud

La utilidad de la metodología en el diagnóstico de la protección social en la salud

A ochenta años de la instauración del modelo de seguridad social, el uso de diagnósticos representa un gran mecanismo de investigación de los modelos de salud públicos, ya que permiten visualizar el contexto de la realidad sanitaria y otorgamiento de pensiones, en los distintos niveles hospitalarios del país, manejando redes urbanas y rurales que permiten direccionar el uso de los planes y programas de gobierno.

Esto siguiendo un esquema de panificación y evaluación del método y para realizar dicho diagnóstico, es importante aclarar que cuando se habla de seguridad social y salud, nuestras variables a evaluar serán distributivas, pues la salud como todo servicio público no es gratuita, aunque se mencione en los campos regímenes contributivos aportando cierta cantidad de ingresos para cubrir retiro, pensión y apoyo médico y los no contributivos que indican que el estado debe cubrir los gastos del retiro y la pensión, junto conciertas apoyos médicos sin dinero directo de los trabajadores.

Dicho esto, sabemos que por cualquier medio el estado encontrara los mecanismos para solventar las operaciones de sus planes y programas sociales, desde 1943 entendemos que la sanidad no puede desligarse de los valores sociales ya que esto evita que se cree una mentalidad de desarrollo sanitario esencial para la generación de un enfoque universal de protección social,

Esta teoría se refuerza cuando vemos la salud desde un enfoque institucional ya que redefine la dirección de los conceptos, salud, servicio y protección para

adaptarlos al programa o política pública que se requiera, visto desde un enfoque metodológico dichos conceptos surgen de las relaciones laborales como cotidianas y el uso del método es encargado de identificarlo.

La aleatorización en experimentos naturales del sistema de salud en apoyo de la protección social

Cuando se habla de cómo se trata o se brinda un servicio en programa de seguridad como protección social, suele ser común aprobarse con el método de aleatorización porque la salud como herramienta de análisis requiere constantemente comparaciones entre intervenciones y tratamientos.

Esto indica que la selección de grupos de estudio se genera al azar para no discriminar grupos económicos, esto bajo el contexto del sistema de salud nacional se presenta por medios naturales a través de los programas piloto que funcionan a través de dos marcos el primero a partir de un esquema normal o legal en donde el beneficiado ya tiene derecho por trabajar en una dependencia de privada o de gobierno a tener servicios de seguridad social, con la condición de que está obligado a registrar su aseguramiento y en ambas dependencias tanto ISSSTE como IMSS es necesario contribuir con un cierto porcentaje del sueldo.

El segundo caso es más interesante ya que se da bajo los esquemas de trabajadores independientes o informales en donde solo el IMSS reconoce que debe incorporarlos a un cuadro de seguridad social con todos los beneficios de los miembros asociados en teoría para mantener la protección en un contexto de evolución tecnológica.

A partir de esto en el mes de junio de 2023 los programas piloto de trabajadores independientes acumularon una muestra de 107,407 personas provenientes de la Ciudad de México, el Estado de México y Nuevo León, con un salario promedio que ronda entre un 281.71 pesos por día que provenían de historiales laboral previo y apenas adquirirían un servicio médico en su vida, dando se les la posibilidad de contribuir en su afiliación con lo que pudieran de su salario.

En cuanto como se contribuyó por genero observamos que casos formales las mujeres aportaron el 67% y los hombres el 33% en casos informales la situación se invierte cuando vemos que las mujeres generan un aporte porcentual de 42% mientras que los hombres contribuyen en 58%. (Catañeda, 2023)

Dicho esto, de la comparación de ambos esquemas se observó que hay una taza a la baja en la contratación de servicios de seguridad social en los esquemas formales ya que el sector necesita atenciones más complejas, en el caso de los esquemas independientes tenemos lo contrario ya que se solicitan estos seguros como consecuencia de darle cobertura a servicios básicos.

Una vez acumulado todos estos datos se entendió en las instituciones de salud plantean que para otorgar un mejor servicio médico y de seguridad social es necesario crear programas en donde los ciudadanos escogieran, que tanta cobertura de protección requieren recibir de acuerdo con el ingreso económico y actividades cotidianas a las que se enfrenta cada individuo o grupo de individuos (Familia) manteniendo el apoyo en casos específicos de alto, medio y bajo nivel de atención.

En cuanto la forma de brindar el servicio es igualitaria, equitativa y sin discriminación sosteniendo un esquema de atención que otorgue prioridades según las vulnerabilidades de la población, distribuido en adultos mayores, niñas y niños, mujeres, jóvenes y hombres.

Dicho esto, obtenemos que cuando se otorgan estos requisitos se habla de un sistema de seguridad social estable o positivo, caso contrario nos enfrentamos a una cobertura variable o negativa, ambas presentan un nivel de cobertura equivalente a su presupuesto, diferenciándose por el límite de apoyo médico y seguridad social que otorguen a sus afiliados.

Otro uso de las pruebas piloto del IMSS está en la consolidación de un sistema de seguridad beneficioso para las familias modificando un régimen de atención médica y pensionaria para orientarlo a un bienestar descentralizado el programa IMSS bienestar, otorgado apoyo universal esto es importante porque

indica un retorno de la protección social que se diferencia del conseguido por Estado de bienestar en materia de innovación tecnológica y nuevos procesos laborales que solicitan al país suministrar la industria y servicios requeridos.

El modelo matching en la construcción de una protección social para la salud

A partir de esta visión Institucional de los sistemas de salud y seguridad social toca ver como se genera el panorama regional sobre nuestros tratamientos médicos y administrativos, y para ello el modelo matching que genera búsqueda y emparejamiento es modelo de evolución preferente por organismos como la CEPAL, ya que la situación de México se mantiene relativamente equitativa con los retos que enfrenta Latino América, entre los más importantes que identifico dicha organización están la necesidad de un nuevo estilo de desarrollo regional, generar igualdad y sostenibilidad en los programas de salud pública y por ultimo controlar la ecuación Estado-Mercado-Ciudadanía-Medio Ambiente , todo junto representa una bomba de datos que se desenvuelve en la siguiente forma. (Bárcenas, 2022)

Primero un nuevo estilo de desarrollo maneja los procesos de digitalización del empleo, pensado en que las plataformas virtuales de empleo llegan américa latina en el año 2009 y comienzan su auge en el 2015, se genera un proceso de expansión en los trabajadores virtuales que tan solo por poner un ejemplo en plataformas delivery como Uber y Rappi en 2020 generaron 85 000 mil trabajadores nuevos durante el proceso de la pandemia por toda la región generando inversiones de hasta 2 millones de dólares por mes en cada país que usara dichos servicios , sin embargo en temas de salud y seguridad genera un problema de prestaciones ya que el trabajador se considera como socios de la empresa y no como empleados anulando sus prestaciones.

Esto obliga a los estados a tomar dos acciones la primera crear programas y seguros que se adapten a este cambio laboral para dar apoyo a este nuevo estilo de vida informal o la segunda alternativa está en obligar a las empresas virtuales a generar dichas prestaciones de servicio.

Segundo en cuanto la igualdad y sostenibilidad hacemos referencia al reconocimiento del Estado sobre el derecho de la salud y una pensión digna, aprovechando los recursos por medio de destrucciones creativas generado uso del recurso público para transformar los programas en medios innovadores y dominantes a favor de promover el avance de la seguridad social. distribuida de manera equitativa si se busca alcanzar la protección social, evitando dirigirnos a una destrucción simplemente destructiva que alenté nuestro desarrollo y coberturas de salud, medicamentos, seguros y pensiones.

Tercero en cuanto la ecuación Estado-Mercado-Ciudadanía-Medio Ambiente se reconoce que en los Estados latinos tenemos retos como el crecimiento tecnológico que significa nuevos procesos y técnicas para abordar y prevenir enfermedades, como el uso de la tecnología para agilizar trámites y administrar mecanismos de la seguridad social, como el registro de afiliación, la captura de datos del beneficiario o pensionado y la implementación de inteligencia artificial para asistencia, etc.

Además, este progreso se lleva a cabo en un entorno comercial no formal en las economías de América Latina y el Caribe, ya que, bajo el contexto de la pandemia según informa la organización internacional del trabajo

“En relación con el mercado de trabajo, la región de América Latina y el Caribe fue la más afectada a escala global en términos de horas trabajadas e ingresos laborales: la cantidad de horas trabajadas se contrajo 20,9 por ciento y los ingresos 19,3 por ciento en 2020. Por su parte, la tasa de ocupación promedio se redujo cerca de 6 puntos porcentuales entre 2019 y 2020, pasando de 57,4 por ciento a 51,7 por ciento, donde más de 26 millones de personas perdieron su empleo”. (Casali, 2021)

Generando un incremento en las actividades formales durante los años 2021 y 2022 esto genera la pérdida de varias coberturas de salud y seguridad social a lo largo de la región.

Para ello los gobiernos de Latinoamérica y el Caribe buscaron una solución en el incremento de las políticas de protección social para ello con el interés se dirigieron los subsidios y transferencia al apoyo de las familias, la infraestructura y en general desarrollo del sistema de salud pasando de un 3% del gasto en PIB insuficiente a un aumento del 4% en este sector buscando frenar la consecuencias inmediatas en magnitud de la crisis sanitaria.

Ahora con el encierro un hecho indiscutible es que las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) tomaron gran relevancia en todos los aspectos de la vida cotidiana introduciendo formando ciudadanía a través de la participación virtual y la educación en línea las autoridades obtuvieron el acercamiento con la población permitiendo expresar múltiples opiniones sobre nuestra salud y sistema de seguridad social y ecología alrededor de la región con ciertas deficiencias como los costos de internet , equipo y luz siendo causa de 17 millones de deserciones educativas en las región, en donde México ocupó 5 millones de deserciones y en el caso del empleo aunque no se generaron fenómenos como la gran renuncia, se usó a las tics como mecanismos de emprendimiento y asistencia remota de salud.

La diferencia en diferencias

Una vez retomando el cómo nos vemos desde las instituciones con quien nos igualamos en la región toca ver cómo estamos en comparación con el mundo en donde la Seguridad, la salud y la protección son retomadas por la política social que a su vez ocupa variables como disponible, accesible, suficiente y asequible.

Todo esto con el objetivo de poner como carácter central de los sistemas de salud a la protección social de la cual se emana el reconocimiento de todos los Estados al respetar y cumplir con el derecho universal a la vida y la salud.

Entonces con este objetivo en mente toca ver el panorama global sobre la protección social y es aquí cuando el gobierno con apoyo de investigaciones del ISSSTE arroja datos como que en el mundo existe 46.9% de la población que no tiene una protección social y en cuanto términos de PIB Global invertido en este

tema tenemos que se genera un gasto del 12.9% excluyendo la salud, en términos de infancia 26.4% no cuentan con dichos servicios.

En el tema laboral como al otro lado de la moneda, el 35,4 % de la población cuenta con una efectiva cobertura en caso de accidentes y enfermedades ocupacionales, 77.5 % de adultos mayores reciben pensión en vejes y 18.6 % de los trabajadores desempleados tiene cobertura efectiva frente al desempleo.

En este panorama se enfrentó la pandemia y ningún sistema de salud y protección tuvo la cobertura para detener su avance y mantener estables sus capacidades hospitalarias por lo que se habla de poco financiamiento para la protección sin contar de que nivel de país hablaríamos, se demostró en el COVID la falta de inversión y voluntad política para el desarrollo de los sistemas de salud con enfoque de protección social, después de la pandemia, uno de las prioridades es aumentar el gasto en protección social y en caso de mantenerse sobre la línea de la seguridad social manejar un nuevo programa de prevención epidemiológica.

Ante este caso la diferencias con México son alarmantes ya que, si el límite mínimo de inversión del PIB está cerca del 13% en protección, el país ocupa un 7.5% en el mismo rublo y de acuerdo con datos del Coneval el 52% de la población mexicana no cuenta con seguro social pese que 62.4% si tiene algún tipo de protección social por medio de los programas implementados en la actualidad, significando que no tenemos una buena cobertura de salud, pero estamos cubriendo esa deficiencia dando una cobertura de asistencia que pensado a largo plazo genera un alto costo público.

En cuanto a los temas infantiles, el 23.4 % de las niñas reciben prestaciones de protección social, el 35.4 % reciben dicha cobertura efectiva y, en cuanto a la vejez, el 100 % reciben apoyo social en gran parte por la pensión universal de adultos mayores, por último, solo el 6 % de los trabajadores desempleados mantiene protección efectiva contra el desempleo. (Social, 2020)

Con estos datos entendemos que, si el mundo no tiene grandes avances en el desarrollo de la salud y la protección social, México todavía se queda bastante

atrás, generando una brecha enorme por mejorar, teniendo como acciones inmediatas el aumentar los recursos, tener voluntad política y replantearnos la distribución de los insumos hospitalarios.

3.3. Objetivos del sistema nacional de salud

Mejoramiento de las condiciones de salud y seguridad social en la población

En capítulos anteriores hemos hablado del plan nacional en cuanto su perspectiva de la salud en favor de la población en funciones teóricas de operación, trasladado a la realidad genera dos retos que alertan a las instituciones que brindan dicho servicio.

El primer postulado se genera una crítica donde en México a través de los años sufrimos un debilitamiento del aparato de seguridad social que no permite alcanzar una protección social estable esto como producto de la mala gestión de los gobiernos conservadores y neoliberales que dejaron que el sistema poco a poco se desgastar, de esto se entiende que por parte del gobierno hay un reconocimiento de desinterés político y económico que genera los problema de abasto, administración y falta de inversión en infraestructura de médica, en este caso estamos de acuerdo en que existe el problema, pero consideramos que más allá del espectro político mexicano, el conflicto se gestó en el diseño del sistema de salud que favoreció el progreso la propia seguridad social.

Esto se debe a que en sus inicios en el año de 1943, la seguridad social genero controversias en los sectores obreros y campesinos que rechazaban la idea ya que al hablar de seguridad social solo se enfocaba en unos cuantos y no en toda la población evidentemente dejando el camino para desarrollo los intereses económicos ya que es contributiva y políticos ya que es obligatoria si no fuera así no es seguridad social y esto hace que en la actualidad se señalan como un fracaso o se impopular por ello no se habla de su avance incluso a 80 años de su creación.

En cuanto porque se sigue considerando como una opción en el desarrollo de salud Estatal, esto se debe a la introducción del concepto prevención que emerge de la seguridad y permite que las instituciones se blinden para prevenir enfermedades o controlarlas, sin embargo, su fusión más común está en blindar los

salarios ya que las pensiones y los seguros de vida son vistos con más interés en los programas que la propia salud, esto como producto de juntar la alteraciones económicas con las instituciones públicas.

En la segunda propuesta el Gobierno de mexicano propone continuar con un modelo de liberalización económica la que es disparatado retornar al modelo como sustitución de importaciones entendido por que el mundo contemporáneo no es el mundo de los años 1950's y no se pude afrontar los desafíos de salud de la actualidad con programas destinados para otras enfermedades y tratamientos, la parte que genera conflictos es la de continuar con un modelo anacrónico y parcharlo para parecer innovador intentando espera que todo cambie.

Ahora visto desde el enfoque del plan sectorial de salud entendemos que el objetivo del gobierno es alcanzar la universalidad de la cobertura de salud y protección social para ello tenemos que bordear obstáculos como lo son la descentralización de la salud pública, sustitución de modelos como administración de fondos, compra y prestación de servicios, corrección de la inestabilidad de afiliados principalmente en el IMSS.

Para enfrentar dichos obstáculos el programa se plantea 5 objetivos, el primer caso se trata de garantizar el servicio médico al que no goza de una seguridad social respaldado con los insumos e infraestructura necesaria para que el aparato hospitalario no colapse.

El segundo caso hace referencia al incremento en la eficiencia y efectividad de los procedimientos de cuidado y apoyo en materia de salud, haciendo referencia al proceso administrativo que como trabajador y beneficiario se tiene que recibir.

En el tercer caso, tras cubrir las necesidades inmediatas de infraestructura que requiere la salud, se plantea aumentar la capacidad humana de esta para cubrir las necesidades hospitalarias, centradas en la atención de las comunidades marginadas según sus intereses de salud.

El cuarto caso garantiza el financiamiento eficaz para potenciar los programas de salud y ampliar su alcance.

Por último, el quinto caso es mantener el enfoque integra de la prevención en de la salud esto con la finalidad de disminuir los riesgos epidemiológicos que

generan el aumento de la mortalidad en la población, esto con interés de no volver a una crisis como la pandemia de Covid-19.

La desigualdad en la salud

En México, el derecho a la salud se estableció como un derecho consolidado a partir de la década de los ochenta, aún con esto enfrentamos desigualdades sanitarias que atacan todas las áreas de la seguridad y protección social que como efecto inmediato no permite el correcto tratamiento de enfermedades crónicas que son la primera gran pandemia del sistema de salud que enfrentamos incluso dantes que el COVID-19.

Esto es importante porque actualmente dichas enfermedades son las que ponen en jaque al sistema nacional de salud por ejemplo pensando en el número de muertes que genero la diabetes, las enfermedades renales y los síndromes metabólicos en 2019 contamos que se generaron cerca de 597 mil 638 defunciones y en la actualidad se sabe que la tendencia va en aumento siendo que al día 400 personas mueren por enfermedades relacionadas con la diabetes, solo por comparar en los años que duro la pandemia de acuerdo al registro de gobierno se dieron 334 mil 336 defunciones.

Ahora en cuanto su relación con la desigualdad encontramos que estados como Oaxaca, Chiapas y Guerrero muestran mayor vulnerabilidad en el tratamiento de dichas enfermedades y según la última actualización Organización Mundial de la Salud los principales factores de fallecimiento en estos Estados están derivadas de dichos síndromes “generando afecciones neonatales (productoras de discapacidad a mediano o largo plazo). deficiencias alimentarias, infecciones respiratorias y cardiopatías isquémicas (paraos cardiacos que derivan en infartos)” (Ghebreyesus, 2020). En el mismo año se encuentra que la relación de muertos con respecto a la clase social y región y en contando que el 56% de las enfermedades mortales en el país se da en dicha zona mencionada y el 68% de la población del sur habla una lengua indígena.

La desigual salud no es un tema talmente económico, trata de injusticias como la educación preventiva que al no extenderse en el país llega a grupos

segmentados por la lengua, también se habla de que no hay un desarrollo equitativo de la ocupación y pese a los avances de género en las mujeres, así que se pretende implementar políticas sociales para mejorar la educación y nivel socioeconómico considerando el bienestar de la comunidad indígena y afroamericana que goza del mismos derechos a la salud que cualquier ciudadano.

Tratar este tema desde una perspectiva que no excluye a nadie, nos capacita para abordar la problemática de la protección social de manera efectiva. Esto implica que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar que todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica o situación económica, tengan acceso a una atención médica básica de alta calidad. Esto es crucial en la lucha contra la desigualdad.

Y como objetivos para combatir la desigualdad se genera la recopilación y análisis que permite que los datos de salud desglosados por grupos demográficos y socioeconómicos sean esenciales para identificar las áreas donde las desigualdades son más pronunciadas y pasemos al punto dos que la creación de programas que fortalezcan la atención primaria.

En dicha atención se enfoca la prevención y el tratamiento temprano, siendo clave para abordar las desigualdades en la salud. Invertir en la formación y contratación de profesionales de la salud en áreas desatendidas y mejorar la infraestructura de atención cubriendo temporariamente el problema.

Con dicho tiempo pasamos a la segunda fase que es la creación de programas de salud inclusiva ya que las políticas de salud se diseñen de manera que aborden específicamente las desigualdades en la salud. Esto puede incluir programas de seguro de salud universal.

Por último, tenemos el involucramiento de las comunidades en la elaboración de planes y toma de decisiones relacionadas con la salud puede ayudar a identificar las necesidades locales y garantizar que las soluciones sean culturalmente apropiadas.

Implementación de la tecnología en la salud y protección social

Un objetivo indispensable para el desarrollo de una nación sin dudarlo es su innovación tecnológica, ya que a través de ella los Estados logran satisfacer las

necesidades de un mundo en constante avance científico que se ubica en su cuarta revolución industrial, con nuevos mecanismos de empleo que exigen a sus trabajadores conocer lo mínimo posible de tecnología para conseguir un empleo o resisarlo con eficacia y eficiencia desde la comodidad del hogar o algún puto del globo.

La tecnología toca puntos de la vida cotidiana, pero en salud hablamos del uso tecnológico cuando hay cualquier intervención en favor de la salud el impacto es positivo, ya que ayuda a precisar diagnósticos, mejorar y dar atención remota, a tender mejor a los pacientes con los nuevos mecanismos de salud y extender lo más posible la vida de los ciudadanos.

Comenzando con el aspecto de información para los médicos y especialistas en protección social resulta bastante útil estar informados de cual quiere enfermedad, procedimiento y datos poblacionales para diseñar estrategias de atención y control epidemiológico, claro siempre teniendo la mejor información que internet y las bases de datos te pueden brindar, en este apartado el avance y discusión se centra en El uso de las IA para investigación, manejo de información y atención a las afiladas y los afilados.

En esta discusión entra la poco ético que pude ser el hacer uso de estas herramientas para trabajos de investigación desacreditando los esfuerzos de otros académicos para adquirir nuevos conocimientos en la materia, por otro lado, el uso de inteligencia artificial recorta tiempos y filtra información para adquirir mejores conocimientos específicos.

En cuanto el tratamiento se permite procedimientos quirúrgicos y microscópicos para reducción y precisión de las intervenciones medicas através de la robótica Vinci Xi demostró en el centro médico ABC las capacidades mínimamente invasivas con las que un robot se pude operar en favor de la salud y solo con controles parecidos al de un videojuego.

El seguimiento de las enfermedades y la atención es un tema que la tecnología busca cubrir pues pensando en que no se pueda asistir a un consultorio o las condiciones de la enfermedad no permitan el acercamiento entre prestador de servicio, médico y paciente contamos con las tecnologías de la información y la

comunicación que posibilitan la realización de consultas virtuales, mantener un historial clínico en la nube, mantener sistemas de expedientes digitales para diagnósticos de seguimiento y por ultimo caer en problemas de transparencia e inequidad al permitir hacer tramites de manera cada vez más fácil de acceder para la población.

Pese a todo lo beneficios que supone la tecnología aún tenemos múltiples problemáticas con su apoyo y desarrollo generando se presenta atreves de la brecha digital, falta de interoperabilidad, falta de equipo y regulación eficiente.

En cuanto al alcance digital encontramos que, aunque el gobierno reporte mediante el instituto federal de telecomunicaciones y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía que el 78.6 % de la población que representa a 93.1 millones de mexicanas y mexicanos conectados a Internet, sin embargo, también es cierto que el mismo IFT reporta un aumento del 70 % en los reclamos por el servicio que genera el desaprovechamiento de la red o la baja.

Ahora tocando el tema interoperabilidad hacemos referencia a la falta de sistemas o páginas que otorguen un registró medico conectado entre todos los proveedores de salud pública y privada permitiendo mantener los mismos seguimientos de salud pese al cambio de afiliación.

Con los avances médicos se genera un sinfín de herramientas, medicamentos y equipos que pueden ser tanto de calidad como benignos para la seguridad de los pacientes y para ello entra el tema de la regulación que aparte de verificar la viabilidad de los productos que se consumen para la salud también enfrenta dos problemas operativos,

De esto se obtiene que no hay medicamento por que no existe el recurso económico que sustente el gasto del hospital improvisando y el caso dos existe el producto y se está generando el gasto para atacar el problema sin embargo no llega a los anaqueles por intermediación, perdidas o mal control de calidad, y esto pese que se trata con capacitación también es falta de interés en el gasto ya que al medirse como caro pude generar la ilusión de inviabilidad en los proyectos de protección social dejando de lado el costo que pude generar a futuro.

Los retos ambientales

El ambiente y la salud están estrechamente relacionados. La preservación y cuidado del entorno natural son esenciales. para mantener la salud humana y prevenir una serie de problemas de salud graves. Asimismo, es crucial enfrentar los retos medioambientales a nivel mundial, como el cambio climático y la disminución de la diversidad biológica, para asegurar un porvenir saludable para las próximas generaciones.

Dicha relación se encuentra en cada aspecto de la vida por ejemplo El terreno desempeña un papel en la propagación de enfermedades infecciosas. Los cambios en el ambiente, como la degradación de los ecosistemas y la urbanización, pueden influir en la aparición y diseminación de enfermedades transmitidas por vectores, tales como el Zika y el dengue.

En caso de la salud mental Un entorno natural y saludable puede generar efectos beneficiosos en el bienestar mental de las personas pese a que se abandona mucho este aspecto.

En las relaciones más comunes tenemos que La degradación de la biodiversidad y la pérdida del ecosistema pueden afectar la disponibilidad de alimentos nutritivos y seguros.

En cuanto los químicos obtenemos que la exposición a productos químicos tóxicos en el ambiente, como pesticidas, productos químicos industriales y contaminantes en el suelo, puede aumentar el riesgo de cáncer, daño neurológico y otros problemas de salud.

El acceso a agua limpia y segura es esencial para prevenir enfermedades transmitidas por el agua, como el cólera y la disentería, y por el aire la situación es peor ya que a contaminación del aire, que incluye la presencia de partículas finas, gases tóxicos y otros contaminantes, puede traer impactos negativos a la salud respiratoria y cardiovascular de las personas.

Y pese a toda esta información se continua con los procesos de deterioro del medio ambiente mexicano demostrando que no es la falta de información lo que genera el descontrol, generando el objetivo de construcción de normas solidas que establezcan control de calidad del recurso ambiental sumando energías limpias.

La prevención como fortalecimiento de la cobertura de salud

Ya hemos vistos que con el avance de la seguridad social como se introduce a nuestro sistema de salud el concepto de prevención haciendo referencia a las estrategias y medidas generadas para evitar o reducir el impacto de todo tipo de crisis o emergencia nacional que afecte nuestra cobertura de salud, uso de pensiones y ahorros algo esencial para proteger los sectores vulnerables de la población, toca objetivos clave para su desarrollo nacional y es aquí donde se consideran varios aspectos para brindar dicha prevención en favor de la seguridad.

La primera preocupación del gobierno al manejar la prevención está en mantener niveles estables de seguridad laboral y económica el primer caso hace referencia a la creación de empleos para reducir la informalidad de los trabajadores y después mantener la cobertura de salud frente las enfermedades y accidente que se pueden generar en el ambiente laboral esto se consigue a través de programas de fomento al empleo como jóvenes construyendo el futuro, capacitación laboral para el bienestar , empléate o empleos verdes y segundo atreves de los seguros de ISSSTE o IMSS, tercero manejo pensiones como la universal de adultos mayores y cuarto subsidios a la familia con becas o apoyos.

- 1) En el caso económico se busca prevenir la pobreza o las inseguridades económicas como la falta de bienes y servicios atacando este problema con seguros para el desempleo y apoyos alimentarios.
- 2) En el segundo caso para generar dicha prevención tenemos cobertura a los riesgos sociales y educación en el primer tema se entiende que la seguridad social va más allá de la salud y pensiones por primera vez aborda temas como la violencia doméstica, la explotación infantil, el abuso de sustancias y la violencia contra las mujeres e indígenas, viendo como mecanismo de socialización a la educación que va encaminada a informar a la población sobre mecanismos para hacer valer sus derechos y obligaciones como también aprender a mantenerse seguros y saludables frente a estas problemáticas.

Por último, como tercer caso de prevención tenemos la recopilación de datos y la prevención de personas discapacitadas y que tenemos que brindar espacios que generen inclusión a pese el estado de salud y en cuanto a la recolección de

datos médicos permite prever el desarrollo de enfermedades que deriven en una discapacidad o una enfermedad terminal.

3.4. Programas, financiamiento y recursos

Historia del financiamiento de la seguridad social en México

Para abordar el financiamiento de la seguridad social en México es necesario retroceder a analizar varias décadas atrás, explicar los cambios significativos a lo largo de la historia contemporánea y los cambios a las respuestas de las necesidades cambiantes de la sociedad y los desafíos económicos.

A comienzos del siglo XX, entre 1900-1940, México enfrentaba numerosos desafíos en materia de seguridad social; como lo menciona Claudia De la Fuente “En la etapa del Porfiriato se dio el crecimiento de la industrialización, con lo cual la clase trabajadora seguía requiriendo de un régimen de seguridad social, que no existía” (Morales, 2018)

El estallido de la Revolución Mexicana generó una urgente necesidad para atender las necesidades de los trabajadores y sus familias. A lo largo de este periodo se establecieron las primeras instituciones de seguridad social a nivel local y regional, a raíz de las necesidades de los ciudadanos mexicanos surgió la necesidad de crear un sistema nacional que buscara unificar y dar respuesta a los mexicanos.

Ante esta necesidad es que en 1943 durante el sexenio de Manuel Ávila Camacho es que se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (Véase subtema 3.1) el cual se convirtió en el principal organismo, mismo que no solo se encargaba de dar atención a la salud, sino, de las pensiones; y con el tiempo prestaciones económicas, servicio de guardería, servicios funerarios y de rehabilitación.

El financiamiento del IMSS es debido a cuatro principales fuentes de ingresos, como lo son: Aportaciones de los trabajadores: los trabajadores que se encuentran afiliados al IMSS cada mes realizan una contribución, descontado de sus salarios. Dicha contribución se calcula como un porcentaje de su salario base de cotización; Aportaciones de los patrones: Los empleadores realizan contribuciones al instituto en nombre de sus empleados, dichas aportaciones son

adicionales a los salarios de los trabajadores; Aportaciones del gobierno: de misma forma el gobierno federal aporta fondos al IMSS para completar su financiamiento, estos fondos pueden provenir del presupuesto federal y se utilizan para cubrir las prestaciones y servicios, especialmente para los grupos de población que no cotizan directamente al IMSS; y la última fuente de ingreso sería, a través de inversiones, multas, recargos y otros ingresos no relacionados con las cotizaciones y contribuciones.

Durante las décadas de 1950 y 1960, el IMSS tuvo una expansión significativa, amplió su cobertura y servicios para incluir a más afiliados. En 1959, se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (véase subtítulo 3.1), el cual buscó atender a los empleados del sector público. El financiamiento de esta institución es con las contribuciones tripartitas, es decir, los trabajadores, empleadores y el gobierno, son las principales fuentes económicas del ISSSTE, financiamiento al igual que el IMSS dichas fuentes tienen el mismo procedimiento de aportaciones.

La crisis económica que impactó al país en la década de 1980 representó un impacto significativo a los sistemas de seguridad social en el país. La crisis estuvo marcada por una serie de factores como: los altos costos, la deuda externa, la caída del precio del petróleo, la inflación y la devaluación del peso mexicano, contribuyeron a la insuficiencia de recursos los cuales llevaron a una serie de reformas con la finalidad de hacer frente a la crisis en los sistemas de seguridad social.

Ante el aumento de la deuda externa, el gobierno tuvo que destinar gran parte de sus ingresos para pagar los intereses y amortizaciones de la deuda, lo que significó la reducción de los fondos disponibles para los programas dedicados a la seguridad social del país. La reducción del financiamiento afectó gravemente la calidad, disponibilidad de recursos y la expansión de los programas de seguridad social en México.

La inflación durante este periodo redujo en gran medida el poder adquisitivo de los salarios y pensiones de los trabajadores. Esto significó que las prestaciones de seguridad social se volvían insuficientes para cubrir las necesidades básicas de los beneficiarios. Al mismo tiempo la inflación trajo el aumento del desempleo en

México, esto quiere decir que, cuando la cantidad de trabajadores contribuyentes a los sistemas disminuyó, afectó de igual forma la capacidad del sistema de financiar sus programas. Ambos aspectos se tradujeron en la disminución del financiamiento a los sistemas de seguridad social.

Durante la crisis el gobierno tuvo que realizar recortes en el gasto público, los cuales afectaron a las pensiones, programas de salud entre otros servicios de seguridad social. La reducción en el gasto público evidenció las debilidades que el sistema de pensiones tenía, la insuficiencia de los recursos disponibles para financiar las pensiones y falta de sostenibilidad a largo plazo se volvieron aún más evidentes ante la crisis.

“Las políticas neoliberales en el instituto se hicieron presentes con el llamado proceso reestructurador del IMSS que supuso una política eficientista basada en un “hacer más con menos”, reducción del presupuesto gubernamental, aumento de cobertura, deterioro salarial, desabasto de equipo y medicamentos, sobre carga de trabajo entre otros” (Martínez M. O., 2004)

Como respuesta ante la crisis económica que afectó al país, el gobierno mexicano optó por implementar una serie de reformas en los siguientes años. En 1995, se implementó el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) para fortalecer los fondos de pensiones, individualizando las cuantías, diversificando las inversiones, mejorando la regulación y transparencia, establecer contribuciones obligatorias y voluntarias, y ofrecer opciones de portabilidad y flexibilidad. En el mismo año, se promulgó una nueva Ley del IMSS que buscaba mejorar la eficiencia y calidad de los servicios. Estas reformas buscaron construir un sistema de pensiones más sólido y sostenible que permitiera a los trabajadores acumular ahorros significativos para su jubilación.

A partir de año 2000 y hasta la actualidad, 2023, México continuó implementando reformas en el sistema de seguridad social, se promovieron cambios en el sistema de salud. Se buscaba garantizar la sostenibilidad económica a largo plazo, pero al pasar el tiempo se han hecho evidentes nuevos desafíos. Se empezaron a requerir nuevas medidas para combatir la informalidad laboral y ampliar la seguridad social.

La historia del financiamiento de la seguridad social en México se presenta con avances y desafíos, que, a lo largo del tiempo, el país ha buscado mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos a través de sistemas de seguridad social sólidos. Sin embargo, la sostenibilidad financiera y la adaptación a las cambiantes dinámicas demográficas continúan siendo temas importantes para el futuro. El financiamiento adecuado y la eficiencia en la gestión de estos programas serán cruciales para garantizar que la seguridad social siga siendo un pilar fundamental del bienestar en México.

El financiamiento de acuerdo con el Plan sectorial de salud

El Plan Sectorial de Salud en México es un documento que establece las estrategias, políticas, objetivos y metas a seguir en el ámbito de la salud en México. Este plan es fundamental para orientar las acciones del gobierno federal y sus dependencias en el sector salud, así como coordinar los esfuerzos de los diferentes actores involucrados en la atención médica y la promoción de la salud en México.

En el gobierno actual, denominado como de la Cuarta Transformación, el Plan Sectorial de Salud tiene como objetivos prioritarios; la universalidad de los servicios públicos, extender la eficiencia, efectividad y calidad de los procesos de atención a la salud, ampliar la infraestructura de las organizaciones, asegurar que las estrategias, programas y medidas en el ámbito de la salud sean efectivas, y dar prioridad al manejo de enfermedades.

En relación con el primer objetivo, la universalidad de los servicios públicos, el gobierno de “la 4T” buscó alinear las políticas de salud, garantizando atención médica gratuita para todos los mexicanos en el año 2024, incluyendo medicamentos y exámenes clínicos, a través del IMSS BIENESTAR. Para lograrlo es el gobierno buscó integrar instituciones y fortaleciendo los mecanismos. Como lo señaló el secretario de Salud, Jorge Alcocer Varela, “las principales acciones a realizar incluyen brindar servicios médicos y medicamentos gratuitos a la sociedad, hacer cambios legales y estructurales para atender las necesidades y otorgar servicios con calidad y equidad, hasta lograr la universalización” (Varela, 2019)

Se impulsa un enfoque comunitario de salud y la capacitación de promotores de salud en regiones marginadas. También se busca mejorar la producción y distribución de medicamentos e insumos sanitarios mediante un sistema de control y mantenimiento preventivo. Algunas de las estrategias que quiso implementar el gobierno fueron, establecer políticas de protección social y medicina general, la implementación de programas universales y la gratuidad gradual de la atención pública.

El objetivo que buscó extender la eficiencia, efectividad y calidad de los procesos de atención a la salud, se enfocó en transformar los procesos y modelos de atención médica en el sistema de salud, pasando de una estructura burocrática a un enfoque integral centrado en las personas para mejorar la experiencia de la atención médica. De igual forma, también buscó mejorar la gestión de medicamentos, promover un uso adecuado y abordar la mala prescripción médica.

En colaboración con el IMSS y el ISSSTE para planeo complementar los servicios médicos y abordar la falta de instalaciones en ciertas regiones. Además, se enfatizó la necesidad de definir nuevos indicadores de seguimiento y evaluación que consideraran aspectos como la organización comunitaria, la capacitación del personal y el abasto de medicamentos.

El tercer objetivo buscó restaurar y expandir las capacidades de trabajadores e infraestructura en el Sistema Nacional de Salud, alineándose con la visión de los objetivos antes mencionados. En relación con la expansión de las capacidades de trabajadores, buscó homogeneizar las modalidades de tratamiento, evaluó las necesidades del personal y fomento la capacitación y formación. La expansión de las infraestructuras buscó dar mayor atención a las zonas con alta marginación y comunidades pobres.

Asegurar estrategias, programas y medidas en salud buscaban mejorar la salud y el bienestar de la población, abordando desafíos de salud pública, promoviendo la prevención, la regulación sanitaria, la alimentación saludable y balanceada, la salud sexual y reproductiva y la coordinación intersectorial. Se

enfaticó la necesidad de una reorganización en el sistema de salud y una mayor coordinación entre diferentes niveles de gobierno y sectores.

Considerandos los principales objetivos del Plan Sectorial de Salud en México 2018-2024, surge la necesidad de explicar cómo el gobierno financia su Plan Sectorial de Salud. Las principales fuentes de financiamiento provienen del presupuesto federal que se asigna a la secretaria de Salud, cuotas de seguros de salud, donaciones de organizaciones y contribuciones de los usuarios de los servicios de salud.

El Plan Sectorial de Salud 2018-2024 establece que el gobierno federal se comprende a aumentar el presupuesto para la salud en un 2% anual real. Esto se traduce en un aumento de 1000,000 millones de pesos en el presupuesto de la secretaria de Salud. El 15 de diciembre de año 2022 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la autorización del presupuesto para la secretaria de Salud para el año 2023, autorizando un total de \$209,616,406,086. (Martínez, 2022)

Las finanzas Institucionales

En el gobierno de la cuarta transformación impulsó reformas en finanzas institucionales, para mejorar la eficiencia y la transparencia del sistema financiero y promover el acceso a los servicios financieros para los mexicanos.

Las reformas financieras en este ámbito tuvieron como objetivo en 2019 fortalecer la estabilidad financiera y fomentar la competencia en el sistema financiero. Esto se logró mediante la creación de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV) como un órgano autónomo, la reducción de la concentración en el sistema financiero y la promoción de la inclusión financiera.

La reforma del Sector de Pensiones se centró en mejorar las pensiones de los trabajadores mexicanos. Para ellos, se inició el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y se separaron las Administradora de Fondos para el Retiro (AFORES) de los bancos. Además, se implementó un sistema de cuentas individuales para los trabajadores, lo que permitió una gestión más eficiente de sus ahorros para el retiro.

La reforma de la Banca de Desarrollo buscó redirigir el papel de la banca de desarrollo hacia el apoyo a las micro, pequeñas y medianas empresas (MIPYME). Para Lograrlo, se llevaron cabo acciones como la fusión de bancos de desarrollo, la creación de un nuevo banco enfocado en las MIPYMES y la reorientación de los recursos de la banca de desarrollo hacia sectores productivos, contribuyendo así al crecimiento económico y la generación de empleo en México.

El presupuesto de salud en las comunidades

El presupuesto para la salud en las comunidades es utilizado para financiar diferentes servicios, como, Atención Médica primaria, la cual incluye consultas médicas, servicios de enfermería y medicamentos; atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, los cuales serían las vacunas, tratamientos de enfermedades crónicas y control de enfermedades infecciosas.

El presupuesto para la salud en las comunidades es un componente muy importante del sistema de salud en México. Este presupuesto ayuda a garantizar que las personas en las comunidades de zonas marginadas o pobras tengan acceso a servicios médicos de calidad. El objetivo principal es promover la salud y el bienestar de las comunidades y prevenir enfermedades.

En el año 2019, su publicó en el Diario Oficial de la Federación la creación del entonces Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) para sustituir al Seguro Popular, mismo que llevaba en operación desde el 2004. La creación del INSABI busco brindar atención médica gratuita a los mexicanos que no contaran con seguridad social. Sin embargo, el 01 de junio del año 2023, el Diario Oficial de la Federación publicó el acuerdo desaparición del Instituto de Salud para el Bienestar, transfiriendo los recursos, administración y beneficiarios al IMSS-BIENESTAR.

De acuerdo con el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2023, asignó \$107,216.5 millones de pesos al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y asignó \$20,628.2 millones de pesos para IMSS-BIENESTAR. Sin embargo, la gran diferencia en el presupuesto de las instituciones no frenó la desaparición del INSABI. (Competitividad, 2022)

Financiamiento en las pensiones

El financiamiento de las pensiones en el gobierno de la cuarta transformación se basa en un sistema mixto diseñado para garantizar la seguridad financiera de los ciudadanos durante su jubilación. Este sistema combina dos componentes: el ahorro individual y el apoyo del Estado.

El ahorro individual se realiza a través del Sistema de Ahorro para el Retiro, que es un sistema de cuentas individuales en el que los trabajadores depositan una parte de su salario. Los recursos de las cuentas individuales son administrados por más Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), que invierten esos recursos en instrumentos financieros.

El apoyo del estado implica que, a través de políticas y programas específicos, proporciona contribuciones complementarias a las cuentas de ahorro individual de los trabajadores. Estas contribuciones pueden proporcionarse según diversos criterios, como el nivel de ingresos, la edad o el historial de cotizaciones. El propósito principal de esta intervención es garantizar que las personas enfrenten dificultades económicas o no puedan acumular suficientes ahorros tengan un respaldo financiero adecuado para su retiro.

Las pensiones apoyadas por el Estado son mediante las instituciones de seguridad social, como el IMSS e ISSSTE cuentan con pensiones mínimas Garantizadas, las cuales están determinadas con base al salario mínimo general de la Ciudad de México. Asimismo, el monto se actualizará anualmente en febrero de cada año conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor. (IMSS, Acercando el IMSS al ciudadano , s.f.)

3.5. Perspectivas del sector y desafíos

Los desafíos Globales de la salud y la protección social

Se espera que la tendencia tecnológica genere la transformación del sector salud, pero con dicho desarrollo debemos avanzar en nuevos mecanismos de protección

social que permitan reconocer las prestaciones en el contexto virtual de los trabajadores evitando el panorama informal mundial.

El desafío global del envejecimiento de la población es el envejecimiento, ya que aumenta la necesidad de servicios de atención médica, tiene que ir acompañado de buenos sistemas de pensiones para ello, hay que planear la cobertura con anticipación para evitar el fin de este apoyo, pero también hay que ver oportunidades en este envejecimiento, pues el estudio médico debe avanzar en geriátrica y tecnología de asistencia.

Otro caso que no podemos dejar atrás es la adopción en sistemas de salud electrónica es que tienen el potencial de mejorar la eficiencia, la coordinación de la atención y la seguridad del paciente digitalizando la salud.

Desde la pandemia entendemos que la prevención llegó, pero tiene que mantenerse para formar nuevos sistemas de medicina preventiva que promuevan estilos de vida que promuevan la salud y posibiliten la detección temprana de enfermedades graves, pandémicas o de deterioro mental y físico.

En nuestro sistema hay otro reto de atención a la salud de los migrantes para mantener su protección y seguridad social frente al país donde se encuentre recordemos que gran parte del desarrollo nacional viene de remesas y contribuir a la obtención de seguros y atención médica puede apoyar a la migración a la política nacional.

También la salud mental es un tema destacable ya que con el confinamiento dichas enfermedades prosperaron volviéndose una carga importante no solo para México sino también el mundo moderno en general, aunque el verdadero reto está en generar un reconocimiento y atención integral a los padecimientos mentales.

Por último, el cambio climático es un tema que tampoco podemos descuidar ya que somos vulnerables a los impactos directos e indirectos de los cambios drásticos en nuestro ambiente debido a nuestra naturaleza de adaptación, por ello la insistencia de tomar medidas de mitigación ambientales que permiten combatir la propagación de enfermedades vectoriales como lo fue la reciente pandemia de 2019 y garantice la seguridad alimentaria.

Estrategias de la política pública en la salud

Comprendiendo el panorama global con anexiones y los objetivos del país entendemos que para el desarrollo de una política pública tenemos que tocar diversos puntos enumerados de la siguiente forma: 1. implementación del seguro universal, 2. Fomento de la investigación médica-ambiental, 3, educación y entrenamiento del personal en el ámbito de la protección social, 4. Desarrollos de atención primaria y secundaria. 5. Financiamiento sostenible, 6. Asociación pública y privada.

Así, lo desglosaríamos así, cuando hablamos de la implementación del seguro universal sabemos que no es una idea innovadora, ya que la propia cuarta transformación gira su estrategia de salud en este concepto la diferencia se ubica en el tratamiento, por ejemplo, mientras se menciona la universalidad se otorgan los programas como lo que fueron INSABI y lo son como IMSS-Bienestar, al otorgar programas para sectores específico se pierde de la afiliación.

Ha esto le anexamos el caso de mantener un solo historial bien diseñado para todas las instituciones que presten el servicio de salud o incluso se hable de unificar servicios y otorgar coberturas personalizadas para que todos reciban lo mismo aportando con lo que se ajuste su sueldo o salario obligatoriamente.

En el segundo caso referente a la investigación médica funciona bajo la lógica de que el Financiar dicho el progreso médico y colaborar con instituciones académicas y científicas para avanzar en el conocimiento médico y desarrollo tratamientos más efectivos genera la tecnología y las técnicas necesarias para no depender de los insumos de países del primer mundo.

En el tercer caso de capacitación del personal de enfermeros, administrativo y médicos lo dividimos por su relación con el paciente y trabajador, y el actualizar su campo para aprovechar los recursos de la innovación sin perder cápsulas que afectan directamente al desarrollar una protección social como el mantener un empleo.

En el cuarto caso tiene que ver con la construcción de infraestructura necesarias para atender los casos de las comunidades tanto rurales como

marginales y a la para atender las necesidades locales de cada estado atreves del otorgamiento de medicamento y equipos de asistencia.

El quinto caso se establece un sistema de financiamiento de la atención médica que sea sostenible a largo plazo y que se base en principios de equidad fiscal recordemos que ningún proyecto ve a la luz sin el capital suficiente y la razón por la que se ve como penúltima opción es por qué se hace una evaluación al inicio para invertir presupuesto, pero la realidad modifica mucho el costo por ello aún con los programas implementados se tiene que hacer reajustes y vigilancia para evitar salirse del control en los gastos.

Por último, quizás la propuesta más polémica es la asociación pública y privada ya que se presta para interesarse del mercado que pueden no ser útiles para el desarrollo de la protección social pero la verdad es que mientras se viva en un mundo capitalista esta relación se presentara de todas formas lo importante es como tratarla en este caso mediante programas de responsabilidad social que no generen interés financiero se puede adquirir inversión para financiar infraestructura e investigación médica.

Otro caso en el que el sector privado tiene que intervenir directamente es en el control de los problemas ambientales ya que tienen la responsabilidad de restaurar la destrucción ambiental en consecuencia de los procesos de producción descuidados, promoviendo un ambiente sostenible no solo con educación sino también a través de la inversión en energías limpias y reducción de contaminantes emitidos, la creación de tecnología que haga sincronía con el ambiente en vez de dañarlo, mantener colaboración con organizaciones de prevención natural, promover entre los proveedores de la cadena de suministros el ambiente sostenible, etc.

Claro que todo esto siempre se piensa en un ambiente idealizado, en el caso en que no se siga la norma y estas medidas no se puedan obtener por medio de la iniciativa privada o la persuasión y dialogo de esta, es responsabilidad de los Estados el hacer valer la Responsabilidad corporativa social y está legitimado para tomar cualquier medida siempre y cuando no se siga la normativa abandonando su posición proteccionista en favor del bienestar universal.

La política social en favor de la construcción de protección social.

Cuando se generan las estrategias de la política social en la protección las condiciones cambian pese que se mantiene la idea de un seguro universal nos vamos a enfocar en requisitos como educación y formación.

Para ello pasamos del enfoque de Gaudi Eggertsson que nos menciona que la institución es el principal engranaje que contrala todo desarrollo social atreves del contrato, el establecimiento de la normativa y las expectativas salariales que enfocan a la salud a un régimen de seguridad social en donde solo basta con educar para prevenir.

A un reajuste del pensamiento de Marshall y Sarmiento que, por un lado, se coloca el concepto de ciudadanía para mantener un equilibrio entre lo económico, político y social que genere los derechos mínimos para garantizar la elevación de la vida, y por el otro se tenga una relación entre Estado de bienestar e instituciones de esta relación nace una política que favorece a la población ya sea por cubrir sus demandas y garantizar sus derecho o por otro lado consolidar a relación pueblo y estado fortaleciendo el carácter democratizador y con ello la fuerza del Estado.

Esto consideramos que se puede reajustar de dichos postulados es primero que los derechos mínimos desaparezcan y pasen a la categoría de universales, acorde a las necesidades de la población, segundo en cuanto el avance de instituciones, consideramos que no es necesario en todo lo que el sistema de salud ya que limitar la moral y ética de la sociedad en favor de bienestar no siempre ha sido beneficioso para obtener la protección social y tener atenciones eficientes y eficaces, y mantenemos a la ciudadanía con el objetivo de formar a la población.

Para construir una política social, uno de los objetivos de la protección social es generar coberturas universales para ello la política social avanza en diferentes puntos considerando: 1. Monitoreo de lo aplicable, 2. Articulación entre política social y económica, 3. Consulta y participación especializada y ciudadana, 4. Reajuste o aprobación inclusiva, 5. comunicación y divulgación y 6. Evolución de Impacto.

El primer punto toma en cuenta que ya reconocimos el problema y por ello tenemos coberturas y programas de salud relativamente accesibles para la ciudadanía mexicana, sin embargo, esto no implica que sean eficientes o eficaces para ello la política social monitorea de manera continua la efectividad de sus proyectos para entender mejor la función de los programas pilotos y nacionales a través de la dirección general de planeación y desarrollo con el sistema nacional de monitoreo de infraestructura de salud.

El segundo caso mantiene la idea que sin financiamiento no existe política social de salud para ello los gobiernos enfrentan dos situaciones primero el reducir las barreras del financiamiento esto para mejorar el acceso a la atención médica tomando como medidas de política económica la reducción de copagos, deducibles y costos directos al paciente, a su vez la forma de mantener el financiamiento se da a través de los regímenes contributivos directos que hacen referencia al pago de impuestos de todos las mexicanas y los mexicanos e indirectos que aplica al quitarle un porcentaje de dinero al salario de los trabajadores, aquí la idea es mantener el financiamiento solo con la contribución directa.

El tercer punto habla de la importancia de involucrar expertos en la materia, afectados por los problemas del sector salud y a la ciudadanía y organizaciones que permiten incorporar diferentes perspectivas y asegurar que las políticas sean adecuadas y aceptables para los miembros relevantes en las decisiones del país.

El cuarto elemento indica que si los resultados del monitoreo marcan que la política social no se encamina a los resultados esperado siempre existe la posibilidad de cambiar los planteamientos que fallen de los programas , el reto en dicho reajuste en si no es el cambio sino la velocidad y el nivel de análisis con el que se genera dicho cambio no puede ser muy tardado debido a que el avance del mundo no permite esos retrasos y no puede ser poco investigado ya que destinamos el proyecto al fracaso, por lo tanto, reajustar implica la formulación de estrategias, programas y acciones concretas que se espera logren los objetivos establecidos en un lapso mediano de tiempo.

El quinto paso hace comprende la importancia de comunicar de manera efectiva la política social a la población y a todas las partes interesadas. Esto implica

difundir información sobre los objetivos, metas y resultados de dicha política, permite que el programa no se dé a malas interpretaciones y maneje erróneamente al redor de la política debe mantener un lenguaje inclusivo y debe considerar a las comunidades y sus lenguas evitando las costumbres para no chocar con los intereses de la salud en ejemplos como la reproducción y el cuidado del cuerpo.

Por último, el sexto punto referido a la evaluación del impacto indica que, antes de que una política social se implemente a gran escala, es importante realizar una evaluación de impacto para determinar si es viable y efectiva. Esto puede incluir pruebas piloto, simulaciones y análisis de costos y beneficios al redor del sistema de salud y sus instituciones que la representan, destacamos que la evolución es un proceso en todas las etapas de la construcción de política social en favor de la protección social de salud.

En resumen, la generación de políticas sociales es un proceso que involucra la identificación de problemas, la investigación, la formulación de políticas, la participación de múltiples partes interesadas, la implementación, el monitoreo y la evaluación continua. El objetivo final es abordar problemas sociales importantes y mejorar la calidad de vida de las personas algo que como vimos al comienzo del subtema no está muy alejado de los intereses de la protección social globales contribuyendo en su desarrollo tomando en cuenta el avance del tiempo.

Cambios en la cultura de sanidad, prevención y protección

A lo largo de 2000 a 2016, México mantiene una expansión en la política de prevención sanitaria, esto supuso una mayor participación de las autoridades en la vida cotidiana de la población, de acuerdo con lo que explica la doctora María Rosa Gudino Cejudo, esto se debe en el primer proceso de fortalecimiento al contexto de la cultura de campañas de vacunación que alrededor de:

”1925 hasta 1960 se manejaron por un enfoque desigual careciente de un sólido enfoque y marco legal.

Pero también fue un reto de integración en todos los niveles de la población existía un rechazo por el manejo de estos tratamientos ya sea por

desconfianza, resistencia al medicamento y temor que generaba su administración”. (Cejudo, 2016, pág. 4)

Para ello las campañas de vacunación primero se centraron en los funcionarios públicos y estudiantes que posteriormente incitaban a sus padres o familiares reproduciéndose en cadena que incluyo a vecinos, amigos y miembros comunidad, superando este proceso para los mexicanos esto significo el obtener control sobre el combate epidemiológico de enfermedades como el neumococo, hepatitis, Influenza, fiebre amarilla, difteria y recientemente el covid-19.

El segundo Proceso importante en el desarrollo de la cultura de sanidad es el reconocimiento de algunas de las enfermedades mentales en 1991 como producto del enfoque denominado medicina social, nacido en Europa del siglo XX, recordando que los primeros médicos que trataron la psique buscaban combatir la psicopatía generada principalmente por la revolución, pasamos a hablar de múltiples enfermedades mentales no necesariamente relacionadas con esta enfermedad como lo son la ansiedad, la depresión o la bipolaridad , entonces de acuerdo a doctor Andrés Ríos Molina “la medicina social y su relación de salud de la colectividad y calidad de vida dirigió a los médicos mexicanos a identificar la importancia de la higiene mental y su especialización” (Molina, 2018, pág. 64).

Hoy en día entendemos que el estudio de la salud mental es esencial para promover el bienestar individual y colectivo, prevenir trastornos mentales, garantizar el acceso a tratamientos efectivos y reducir el estigma en torno a las enfermedades mentales.

El tercer aspecto de la cultura se da en camino del desarrollo y control científico y tecnológico aquí los principales retos del México se encuentran en el traslado de los datos personales de los afiliados y personal médico al entorno virtual, principalmente en el ambiente del seguro debido a la desconfianza con ciber ataques y con ello obstaculizamos la interoperabilidad de en el uso de expedientes clínicos electrónicos y cuentas de seguro.

Sin embargo, destacamos algunos avances en la medicina mexicana como lo son: el avance de la cardiología convirtiéndose en el primer país en generar una operación de corazón abierto, implementación de la robótica en sus hospitales de categoría 3 con el modelo Da Vinci, el desarrollo de capsulas para administrar insulina de forma oral, el uso de tramítenos magnéticos transcraneales para tratar enfermedades cerebrovasculares como el Parkinson.

En cuanto el desarrollo de esta cultura podemos decir que aplica al prospera con bienestar humano y las revoluciones industriales en la actualidad ocupando las tecnologías de la cuarta revolución e investigando como aprovechar la transición a la quinta con el uso biológico de la impresión 3d.

La última cultura generada se relaciona con la prevención que educa e informa a la sociedad mexicana para reducir los riesgos de la exposición del ambiente, materiales químicos, mala nutrición y manejo de seguros, aquí el obstáculo se está invirtiendo campañas, infraestructura, programas de salud y entornos de seguridad y protección social.

Bajo este enfoque también se busca que la población obtenga confianza en las instituciones de salud y se anime a participar en los chequeos médicos por lo menos 2 veces al año, así como participar en las campañas de salud como se manejó en el tiempo de la vacuna, otro caso interesante es el de informar a las nuevas generaciones sobre la cultura financiera y el manejo de sus pensiones ya se para generar planes de pensiones hasta que mueras y no hasta que el estado decide que vas a vivir.

3.6. Conclusión:

Dicho lo anterior entendemos que los antecedentes del sector salud son fundamentales para comprender la evolución de los sistemas de atención médica en el país. Estos antecedentes a menudo reflejan las necesidades cambiantes de la población y los avances en la medicina. Un diagnóstico de la protección social en la salud revela las fortalezas y debilidades del sistema de atención médica en términos de acceso, calidad y equidad. Esto es esencial para identificar áreas de mejora y reforma.

Los objetivos del sistema nacional de salud son los pilares sobre los que se construye cualquier sistema de atención médica. En el país, estos objetivos pueden variar, pero incluyen la mejora de la salud de la población, la equidad en el acceso a la atención médica y la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

El programa de financiamiento y recursos es crucial para mantener y mejorar el sistema de atención médica. La asignación adecuada de recursos financieros y humanos es esencial para garantizar que el sistema de salud funcione de manera efectiva. Esto implica la identificación de fuentes de financiamiento sostenibles y la gestión eficiente de los recursos disponibles.

La perspectiva del sector de la salud debe ser dinámica y adaptarse a las necesidades cambiantes de la población y los avances en la medicina. Los desafíos en el sector de la salud pueden incluir el envejecimiento de la población, las emergencias de salud pública, la tecnología médica en constante evolución y la necesidad de garantizar la equidad en el acceso a la atención médica.

Conclusión general

En conclusión, es evidente que a lo largo de este proyecto hemos analizado diversas perspectivas de la salud, ya sea comenzando por, las instituciones públicas o privadas que han arrojado distintas características de los sistemas de seguridad y protección social en el Estado mexicano.

En cuanto a los principales elementos, podemos empezar por el Estado del cual entendemos que en sus distintas etapas de desarrollo mantuvo una relación con la seguridad y protección social acorde a los intereses de la época, la relación entre las polis, es decir, la ciudad o la comunidad, y la salud es de vital importancia. A lo largo de este texto, hemos explorado cómo la organización y las políticas de una sociedad pueden tener un impacto significativo en la salud en sus ciudadanos. Algo que observamos en el desarrollo del Estado moderno hasta la obtención del estado contemporáneo latinoamericano que presenta cambios en el pensamiento de la higiene, el cuidado de las enfermedades mentales, el desarrollo de las tecnologías de la cuarta revolución y la convivencia de la seguridad de su población y el manejo de los programas universales.

En conclusión, este apartado nos ha llevado a comprender los conceptos que han guiado la evolución de los programas sociales actuales y cómo han impactado en el panorama social del Estado mexicano a lo largo de su historia, persistiendo hasta el presente con el avance del gobierno de la cuarta transformación.

Además, hemos observado la posible continuidad o alternancia de estos conceptos en el contexto del desarrollo social, considerándolo como el resultado de la resolución de problemas estatales, como la desigualdad. A lo largo de este capítulo, se ha presentado un análisis histórico sobre el funcionamiento del Estado interventor, específicamente aplicado al caso de México, que ha construido programas centrados en la protección y seguridad social desde tres enfoques: el legal, el político y el económico.

Hemos entendido la importancia de la legalidad en la creación de programas sociales, la relevancia de la política en la legitimidad de su implementación, y la

necesidad de un financiamiento adecuado para desarrollar estrategias que no pongan en riesgo la economía mientras se persigue un modelo de protección y seguridad social. Estos son aspectos cruciales para comprender y abordar los desafíos y avances en el ámbito de la política social en México y en otros lugares.

Para recapitular, este capítulo ha profundizado en los conceptos fundamentales que han guiado la evolución de los programas sociales en México a lo largo de su historia, desde los albores de la nación hasta la actualidad bajo el gobierno de la cuarta transformación. Hemos explorado cómo el avance de los Estados ha dejado una huella significativa en el tejido social mexicano y cómo esto ha ejercido influencia en la concepción y desarrollo de programas destinados a la protección y seguridad social.

A lo largo de este análisis, hemos observado cómo conceptos legales, políticos y económicos han desempeñado un papel fundamental en la configuración de estos programas. Desde una perspectiva legal, se ha enfatizado la importancia de que las normas y regulaciones se basen en las leyes constitucionales del país y se orienten hacia la promoción del desarrollo humano, la salud y la propiedad. En el ámbito político, hemos considerado cómo se ha otorgado legitimidad a través de argumentos que justifican la intervención estatal en programas sociales, ya sea para promover el bienestar de la población o para otros propósitos. Por último, hemos destacado la relevancia crítica del financiamiento adecuado para diseñar estrategias que no socaven la economía y que permitan la implementación exitosa de modelos de protección y seguridad social.

Dentro del contexto de la cuarta transformación, hemos analizado detenidamente el Sistema de protección social en salud en México, que tiene como objetivo central mejorar el sistema de atención médica en el país, enfocándose en la inclusividad, la eficiencia y el bienestar de la población. Esto se traduce en el acceso universal a servicios de calidad, la protección financiera de los ciudadanos y la elevación de los estándares de atención médica.

Asimismo, hemos evaluado el panorama institucional, regional e internacional en el que se encuentra el sistema de salud mexicano, identificando áreas de progreso y desafíos que enfrenta. Se ha reconocido que la salud se considera una parte integral de la seguridad social.

Finalmente, este capítulo ha brindado una visión completa de la evolución de los programas sociales en México, subrayando su importancia en el bienestar de la sociedad y su estrecha relación con aspectos legales, políticos y económicos. Además, ha resaltado cómo estos programas han evolucionado hacia un enfoque más inclusivo y centrado en la salud y la protección social a medida que el país ha avanzado en su desarrollo.

Esperando no caer malas interpretaciones pese a este enfoque de investigación también hemos observado varias inconsistencias en el manejo de los programas del gobierno denominado de la cuarta transformación, como puede ser la desaparición de Instituciones como el INSABI que de alguna forma cambian el modelo, que presentaba un apoyo cuestionable pero funcional, de acuerdo con los programas piloto del IMSS, por prácticamente nada.

En cuanto cobertura pese a que se habla de la universalidad podemos decir que es cuestionable tan solo viendo la reducción de afiliado a IMSS- bienestar aun con el aumento de infraestructura que dicho programa mantiene.

Otro proceso cuestionable en el desarrollo del sistema de salud del gobierno de la cuarta transformación es la falta de transparencia en la administración de los recursos de salud y han expresado preocupaciones sobre la rendición de cuentas en el programa, pese a que se rinden cuentas, las páginas oficiales no son accesibles para que todos los sectores de la población puedan obtener información de procedimientos y financiamiento algo que suele dificultar un poco los procesos de investigación.

Otra situación que abordamos es el uso de los sistemas privados de la salud seguramente durante el transcurso de este proyecto generan la sensación apropiada de poca claridad, debido a que se genera incertidumbre con los pagos y

contratos, para apoyar lo que fue INSABI y ahora gestionado por el IMSS-BIENESTAR que se buscó reflejar en la redacción de este proyecto.

En cuanto el manejo de la prevención digamos que fue la parte más cuestionable de proyecto de la cuarta transformación por las diversas vulnerabilidades que destapo la pandemia, generando la sensación de un programa medico curativo y no preventivo y anti epidemiológico de cual quiera enfermedad durante la mitad del sexenio, tras superar la emergencia es claro que la atención hacia la prevención y desarrollo medico aumento, pero para reformular el sistema de salud 3 años no se consideran suficientes ya que se arrastran deficiencias de infraestructura, abasto de medicamentos y aumento del personal médico.

Ahora con bienestar real mente no tenemos un enfoque innovador de cómo manejar la salud pública pues mantenemos el enfoque de seguridad, apoyo a los grupos vulnerables y aun entre las comunidades más desafortunadas el apoyo llegaría a unos cuantos, por lo que hay un margen amplio de protección social que podemos abordar.

Dicho esto, que requerimos en la salud para mejorar un programa que requiere un enfoque integral y multifacético que aborde estos problemas como aspectos a solucionar ayudando a la mejora de la salud publica avanzando hacia un sistema de salud más eficiente, equitativo y sostenible. Además, es importante adaptar ciertas estrategias de la seguridad y la protección para cubrir las necesidades y realidades específicas de nuestro país y de alguna forma nuestra comunidad.

En cuanto la pregunta clave que da vida este proyecto existe o no continuidad, avance o retroceso en el proyecto de la cuarta transformación, podríamos decir que la continuidad si empre se mantuvo y se mantendrá en futuros gobiernos si mantenemos el enfoque de apoyo a unos cuantos, en tanto al avance bueno consideramos que se presentan las bases ideológicas y voluntad del Estado para transformar el sistema de salud, pero con voluntad no se pude generar avance significativo, requerimos de acciones, por lo tanto, consideramos que si hay una

transformación o progreso no se generara a través de este gobierno pues lo retos de la salud no son un interés de la agenda y eso lo deja claro el plan de desarrollo nacional y aun que lo fuera hay muchos huecos por cubrir.

Referencias

- Abal Medina, J. M. (2010). *Manual de ciencia política*. Eudeba.
<https://elibro.uam.elogim.com/es/ereader/bidiam/66239?page=104>
- Alfaro, S. D. (1984). Análisis de la ley general de salud. En S. D. Alfaro, *Salud Pública de México* (págs. 524-536). México: Salud pública.
- Alfaro, S.D. (1984). Análisis de la Ley General de Salud. En S.D. Alfaro, *Salud Pública de México* (págs. 524-536). México: Salud Pública.
- Anderson, P. (1979). *El estado absolutista*. Siglo XXI de España Editores.
- Arellano, O. L. (2021). Informe de gobierno : Secretaría de salud . En O. L. Arellano, *Secretaría de Salud* (págs. 1-30). México: Secretaría de gobernación.
- Astudillo Moya, Marcela. (2005). La coordinación fiscal en México: Logros y desafíos. *Problemas del desarrollo*, 36(141), 205-212. Recuperado en 23 de mayo de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-70362005000200010&lng=es&tlng=es.
- Bárcenas, Alicia.(2022) *La agenda 2030 del desarrollo sostenible: oportunidad para Latinoamérica*. Apartado: *Salud*. Editorial: CEPAL. Buenos Aires, Argentina. Pág. 23-27
- Cabrera, J. J. (20 de septiembre de 2017). *Panorama de la salud en las Fuerzas Armadas Mexicanas*. Obtenido de Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas: file:///C:/Users/vic19/Downloads/preditor,+Coordinador+de+++++++producci%C3%B3n,art-1_132_1996.pdf
- Cádenas, E. Z. (18 de Agosto de 2001). *Descentralización de los Servicios de Salud*. Obtenido de SITUA: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/descen_serv_salud.htm#

Cárdenas, E. Z. (18 de agosto de 2001). *Descentralización de los Servicios de Salud*. Obtenido de SITUA: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/descen_serv_salud.htm#

Casalí, P. (2021). *Panorama de la protección social en América Latina y el Caribe: Avances y retrocesos ante la pandemia*. Lima: Organización Internacional del Trabajo .

Cecchini, Simone y Martínez, Rodrigo (2011). *Protección Social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*, Libro de la CEPAL No. 111, Santiago de Chile.

Collazos, C. F. (2007). *El Estado de bienestar*. Buenos Aires: Universidad Aventista del Plata.

Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). *El sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnósticos de cierre*. CONEVAL. Ciudad de México, México

Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez. (16 de noviembre 2022) *Familia beneficiaria de Educación Básica, ¡Conoce todo sobre el tercer pago de 2022!* <https://www.gob.mx/becasbenitojuarez/articulos/familia-beneficiaria-de-educacion-basica-conoce-todo-sobre-el-tercer-pago-de-2022#:~:text=Ahora%20t%C3%BA%20y%20tu%20familia,Benito%20Ju%C3%A1rez%20de%20Educaci%C3%B3n%20B%C3%A1sica>.

Dantés, O. G. (2011). Sistema de salud de México. En O. G. Dantés, *Sistema de salud en México* (págs. 1-3). México: Salud Pública México.

Dantés, O. G., Sesma, S., En Ec, L., En Ec, M., Becerril, V. M., Soc., E., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (s/f). *Sistema de salud de México*. Org.mx. Recuperado el 5 de octubre de 2023, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

De la Fuente CG, González R. *El Instituto Mexicano del Seguro Social: fundación y reformas al Contrato Colectivo del Trabajo*. Dikê. 2018; 12(24): 33-54.

de las Finanzas Públicas, C. de E. (2023). *Evolución de los Servicios de Salud para la población abierta, del Seguro Popular al IMSS- Bienestar*. <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2023/notacefp0482023.pdf>

de Salud, S. (15 febrero de 2019). *Conoce el Proyecto de salud en la Cuarta Transformación*. <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/conoce-el-proyecto-de-salud-en-la-cuarta-transformacion?idiom=es>

De, S. (n.d.). *Proyecto de Presupuesto de Egresos De La Federación 2022 Análisis Funcional Programático Económico (Efectivo) (pesos)*. Gob. Recuperado de: https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/bzPX2qB5/PPEF2022/qgp8v2PM/docs/50/r50_gyr_afpefe.pdf

Díaz, G. V. (1991). Secretaría de Salud. *Salud y enfermedad en el medio rural de México*. México D.F., México. Secretaría de Salud, 1991. En G. V. Díaz, *secretaría de Salud. Salud y enfermedad en el medio rural de México*. México D.F., México. Secretaría de Salud, 1991. (págs. 413-21). México: LILAS.

Díaz, G. V. (1991). Secretaría de Salud. *Salud y enfermedades en el medio rural de México*. México D. F., México. Secretaría de Salud, 1991. En G.V. Díaz, *Secretaría de Salud. Salud y enfermedades en el medio rural de México*. México D. F., México. Secretaría de Salud, 1991. (págs. 413-421). México: LILAS.

DOF - Diario Oficial de la Federación. (n.d.-a). Gob.mx. recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690905&fecha=01/06/2023

DOF - Diario Oficial de la Federación. (n.d.-b). Gob.mx. recuperado de: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5551403&fecha=27/02/2019

DOF - Diario Oficial de la Federación. (n.d.-c). Gob. recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5674617

DOF - Diario Oficial de la Federación. (n.d.-d). Gob.mx. recuperado de:
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

Dussel, E. (1967). Capítulo segundo : época colonial de América Latina : (una nueva cristiandad : siglos. En E. Dussel, & E. Estela (Ed.), *Capítulo segundo : época colonial de América Latina : (una nueva cristiandad : siglos* (Vol. 2, pág. 32). Barcelona, Barcelona , España: Editorial Estela. Recuperado el 26 de Noviembre de 2022, de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20120131113138/3cap2.pdf>

Federación, D. O. (1943). *Ley del Seguro Social*. Ciudad de México .

Fernández, A. (2010). *Salud electrónica en América Latina y el Caribe:Avances y desafíos*. Santiago de Chile: CEPAL.

Fonasa. (2015). *Política de salud de migrantes internacionales*. Santiago de Chile: FONASA.

Francesco Marincola and Sten Lindahl. (2018). Translational medicine. 15 de noviembre 2019, de Encyclopædia Britannica. Encyclopædia Britannica, inc. Sitio web: <https://www.britannica.com/science/translational-medicine>

Franco G, Á., & Mejía O, L. M. (2008). La protección social y los derechos ciudadanos en América latina: una revisión narrativa. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(2), 223–230. http://www.scielo.org.co/scielo.php?lang=es&pid=S0120-386X2008000200013&script=sci_arttext

Ghebreyesus, T. A. (9 de diciembre de 2020). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Las 10 principales causas de defunción: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Gómez-Dantés O, Frenk J. Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Publica Mex*. 2019;

61:202-211. Disponible

en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10122>

Gómez-Dantés O, Frenk J. *Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud*. Salud Publica Mex [Internet]. 7 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10122>

Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. *Sistema de salud de México*. Salud Publica Mex 2011.

Gutiérrez, C. A. (2015). Hospital General de México. En C. A. Gutiérrez, *Hospital General de México* (págs. 4-6). México: Secretaría De Salud.

Gutiérrez, C. A. (2015). Hospital General de México. En C. A. Gutiérrez, *Hospital General de México* (págs. 4-6). México: Secretaría De Salud.

H. Junta Directiva del ISSSTE. (31 de Enero de 2022). *Marco Legal y Atribuciones ISSSTE*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/h-junta-directiva-del-issste#:~:text=Por%20ley%20publicada%20en%20el,seguros%2C%20prestaciones%20y%20servicios%20que>

H. Junta Directiva del ISSSTE. (31 de enero de 2022). *Marco Legal y Atribuciones ISSSTE*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/h-junta-directiva-del-issste#:~:text=Por%20ley%20publicada%20en%20el,seguros%2C%20prestaciones%20y%20servicios%20que>

Hernández Bello, A. (II.) & Rico de Sotelo, C. (II.). (2010). *Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. <https://elibro.uam.elogim.com/es/lc/bidiuam/titulos/123326>

Herrero Martín, J. B. y Martínez Abascal, V. A. (2014). Curso de derecho de la protección social. Madrid, Difusora Larousse - Editorial Tecnos. Recuperado de <https://elibro.uam.elogim.com/es/ereader/bidiuam/114259?page=2>.

Huesca, B. A. (26 de marzo de 2015). *Universidad Nacional Autónoma de México* .
Obtenido de Estados latinoamericanos:
[https://e1.portalacademico.cch.unam.mx/alumno/historiauniversal1/estados Latinoamericanos/creditos](https://e1.portalacademico.cch.unam.mx/alumno/historiauniversal1/estados-Latinoamericanos/creditos)

Huesca, B. A. (26 de Marzo de 2015). *Universidad Nacional Autónoma de México* .
Obtenido de Estados latinoamericanos:
<https://e1.portalacademico.cch.unam.mx/alumno/historiauniversal1/estados Latinoamericanos/creditos>

IMSS. (2012). Obtenido de
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf

IMSS. (2012). Obtenido de
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf

Instituto Mexicano de Seguro Social (n.d.). *¿Qué es la Pensión Mínima Garantizada?* Acercando El IMSS al Ciudadano.
<https://www.imss.gob.mx/pensiones/preguntas-frecuentes/que-es-la-pension-minima-garantizada>

Instituto Mexicano del Seguro Social (s. f.), *IMSS OPORTUNIDADES*, recuperado de:
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (sin fecha). *¿Qué es la Pensión mínima Garantizada?*.<https://www.imss.gob.mx/pensiones/preguntas-frecuentes/que-es-la-pension-minima-garantizada>

Instituto Mexicano para la Competitividad (10 octubre de 2023). *Recursos para la salud en México: Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2023*. En Centro de Investigación en Política Pública.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (3 de diciembre de 2021) *Comunicado de prensa núm. 713/21*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Pe rsDiscap21.pdf

Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (30 septiembre de 2022). *Comunicado de prensa núm. 568/22*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_A DULMAY2022.pdf

López Castañeda, Norma Gabriela (2023). *Primer Foro Interistitucional: La Realidad del Empleo y el Derecho a la Seguridad Social Solidaria en el Contexto del Siglo XXI*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

Lugones Botell, Miguel. (2002). Los retos culturales de la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(1), 110-112. Recuperado en 05 de octubre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000100019&lng=es&tlng=es.

Maquiavelo, N. (1999). *El Príncipe* (3a. ed.). Barcelona: Vosgos

Marrufo, R. A. (7 de Octubre de 2021). *Iniciativa que reforma el artículo 50 y adiciona el 52 BIS a la Ley General De Niños, Niñas y Adolescentes*. Obtenido de Ley General De Niños, Niñas: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/10/asun_4231338_20211012_1633623789.pdf

Marrufo, R. A. (7 de octubre de 2021). *Iniciativa que reforma el artículo 50 y adiciona el 52 bis a la ley general de niños, niñas y adolescentes*. obtenido de Ley General De Niños, Niñas:

http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/10/asun_4231338_20211012_1633623789.pdf

Martínez, F. M. (2022). *Calendario de Presupuesto Autorizado para el Ejercicio Fiscal 2023 del Ramo 12 por Unidad Responsable*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación.

Martínez-Gijón Machuca, M. Á. (Dir.), Arenas Viruez, M. y Álvarez Cortés, J. C. (2021). *Manual de derecho de la protección social*. 1. Madrid, Difusora Larousse - Editorial Tecnos. Recuperado de <https://elibro.uam.elogim.com/es/ereader/bidiuam/216965?page=25>.

México, G. d. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo*. En *Desarrollo sostenible* (págs. 40-43). México: Gobierno .

México, G. d. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo*. En G. d. México, *Desarrollo sostenible* (págs. 40-43). México: Gobierno.

Molina, Carlos Gerardo. (2000). *Modelos de Protección Social*. En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*. Washington.

NU.CEPAL. (1 de enero de 2010). *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes pag*.

Oficina de Coordinación de Asesores de la CNPSS. (25 de abril de 2018). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/que-hacemos>

Organización Panamericana de la Salud . (21 de junio de 2013). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Protección social en salud: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4180:2007-proteccion-social-salud&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Osorio, M., (2004). *El SNTSS. Veinte años en “defensa” de la Seguridad Social*. El Cotidiano.

PENSIONISSSTE. (n.d.). *Te explicamos el Régimen de Pensión de Cuenta Individual del ISSSTE*. Gob. recuperado de: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/te-explicamos-el-regimen-de-pension-de-cuenta-individual-del-issste?idiom=es>

Prensa (2017). Inauguran unidad de investigación en Cardiología. 15 de noviembre 2019, El Universal, Sitio web: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/inauguran-unidad-de-investigacion-en-cardiologia>

Presupuesto 2023 prioriza derechos y bienestar. (2022, diciembre 2). Gobierno CDMX. <https://gobierno.cdmx.gob.mx/noticias/presupuesto-2023-prioriza-derechos-y-bienestar/>

Robledo, Z. (22 de julio de 2020). *Gobierno de México*. Obtenido de Reforma a la Ley del Seguro Social de 2020 ha recuperado la esencia del sistema pensionario:

<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202207/367#:~:text=Con%20la%20reforma%20a%20la,asegur%C3%B3%20el%20director%20general%20del>

Robledo, Z. (22 de julio de 2020). *Gobierno de México*. Obtenido de Reforma a la Ley del Seguro Social de 2020 ha recuperado la esencia del sistema pensionario:

<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202207/367#:~:text=Con%20la%20reforma%20a%20la,asegur%C3%B3%20el%20director%20general%20del>

Rojas, A. S. (1985). El intervencionismo del estado en la economía. En A. S. Rojas, *Avances del derecho administrativo, económico y social* (págs. 1-75). Ciudad de México: INAP praxis.

- Rojas, A. S. (1985). El intervencionismo del estado en la economía. En A. S. Rojas, *Avances del derecho administrativo, económico y social* (págs. 1-75). Ciudad de México: INAP praxis.
- Sacristán, Cristina. (2018). Sobre Andrés Ríos Molina, Cómo prevenir la locura. *Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950. Historia mexicana*, 67(4), 1913-1919. <https://doi.org/10.24201/hm.v67i4.3579>
- Salazar Borrego, N., (2004). Mercado de trabajo e informalidad: repercusiones en la Seguridad Social Latinoamericana. *Gaceta Laboral*, 10(3), 299-321.
- Salazar Madera, Mario Alberto (2009). *A dos años de la reforma: ISSSTE*. Editorial: Cámara de Diputados. Ciudad de México, México. Pág. 1-29
- Secretaria de Bienestar (2017), *El Programa IMSS-Prospera contribuye a que más mexicanos tengan acceso a servicios de salud*, recuperado de: <https://www.gob.mx/bienestar/articulos/el-programa-imss-prospera-contribuye-a-que-mas-mexicanos-tengan-acceso-a-servicios-de-salud-136639>
- Secretaria de Bienestar. (02 enero 2023). *Comunicado 001.- del 4 al 10 de enero se realizará la dispersión de pagos, correspondiente al bimestre enero-febrero*. <https://www.gob.mx/bienestar/prensa/pension-de-personas-adultas-mayores-aumenta-a-cuatro-mil-800-pesos-bimestrales-ariadna-montiel>
- Secretaria de Bienestar. (16 de diciembre de 2022). *Comunicado 150.- Gracias a la inversión conjunta entre el gobierno federal y los gobiernos de los estados, ya suman 14 entidades con la pensión universal*. <https://www.gob.mx/bienestar/prensa/1-3-millones-de-personas-ya-reciben-pension-para-el-bienestar-de-las-personas-con-discapacidad-con-inversion-de-22-mil-mdp>
- Secretaría de Bienestar. (19 de agosto de 2022). *Pensión para el bienestar de las personas con discapacidad permanente*.

<https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/pension-para-el-bienestar-de-las-personas-con-discapacidad-permanente>

Secretaría de Bienestar. (s.f.). *¿Qué hacemos?* <https://www.gob.mx/bienestar/que-hacemos#:~:text=Reducir%20las%20brechas%20de%20desigualdad,para%20hacer%20productiva%20la%20tierra>.

Secretaría de Educación Pública (28 de agosto de 2022). *Boletín SEP no. 206 más de 29 millones de alumnos de educación básica, media superior y normales inicial ciclo escolar 2022-2023: SEP*. [https://www.gob.mx/sep/es/articulos/boletin-sep-no-206-mas-de-29-millones-de-alumnos-de-educacion-basica-media-superior-y-normales-inician-ciclo-escolar-2022-2023-sep?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20cifras%20preliminares,de%20Educaci%C3%B3n%20P%C3%ABlica%20\(SEP\)](https://www.gob.mx/sep/es/articulos/boletin-sep-no-206-mas-de-29-millones-de-alumnos-de-educacion-basica-media-superior-y-normales-inician-ciclo-escolar-2022-2023-sep?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20cifras%20preliminares,de%20Educaci%C3%B3n%20P%C3%ABlica%20(SEP)).

Secretaría de Salud (s. f.), *IMSS Solidaridad*, recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/informe_labores/2002/capitulo9.pdf

Secretaría de Salud . (17 de agosto de 2020). *Programa sectorial de salud 2020-2024*. Obtenido de Secretarial de Gobernación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0

Secretaría de Salud. (19 de octubre de 2020). *La fundación del Instituto Nacional de Salud Pública*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud Pública: <https://www.insp.mx/avisos/la-fundacion-del-instituto-nacional-de-salud-publica>

Secretaría de Trabajo y Previsión Social. (17 de enero de 2023). *Suma la Ciudad de México, 100 mil beneficiarios de Jóvenes Construyendo el Futuro*. <https://www.gob.mx/stps/prensa/suma-la-ciudad-de-mexico-100-mil-beneficiarios-de-jovenes-construyendo-el-futuro?idiom=es#:~:text=COMUNICADO%20Conjunto%20003%2F2023&te>

[xt=Cierra%20la%20primera%20jornada%20nacional,85%20mil%20beneficiarios%20del%20programa.](#)

Sen, A. (2000). *Introducción Política Social y Protección Social*. China : Revista Internacional .

Soberón-Acevedo Guillermo, Valdés-Olmedo Cuauhtémoc. Evidencias y salud: ¿hacia dónde va el sistema de salud en México? salud pública de México / vol.49, suplemento 1 de 2007
Disponibile en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4732/4580>

Sotelo, A. H. (2010). *Protección social en salud en América Latina y el Caribe*. Ottawa: Pontificia Universidad Javeriana.

Suaréz Coppel, Juan José (2014). *Petróleos mexicanos: atención preventiva*. Editorial: Auditoría de desempeño. Ciudad de México, México. Pág. 1-17

Titmuss, Richard (1987). *The welfare state and welfare society*. In *The Philosophy of Welfare*. London: Allen and Unwin, United Kingdom.

Torres Salcido, G., & López Panlagua, R. (1994). Programas de Bienestar Social y Legitimidad en México. *Estudios Políticos*, (5). <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484903e.1994.5.59600>

Ubasart-González, Gemma, & Minteguiaga, Analía. (2017). Esping-Andersen en América Latina: El estudio de los regímenes de bienestar. *Política y gobierno*, 24(1), 213-236. Recuperado en 13 de febrero de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-20372017000100213&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. Recuperado en 12 de enero de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006&lng=es&tlng=es.

Valera, C. M. (2013). La gestación y negociación de la ley, 2000-2004. En C. M. Valera, *México: la ley general de desarrollo social, 2003-2008* (págs. 8-15). México: CEPAL

Valera, C. M. (2013). La gestación y negociación de la ley, 2000-2004. En C. M. Valera, *México: la ley general de desarrollo social, 2003-2008* (págs. 8-15). México: CEPAL.