BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

"UN ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA BAJO LA PERSPECTIVA DE COMPETITIVIDAD SISTÉMICA."

T E S I S

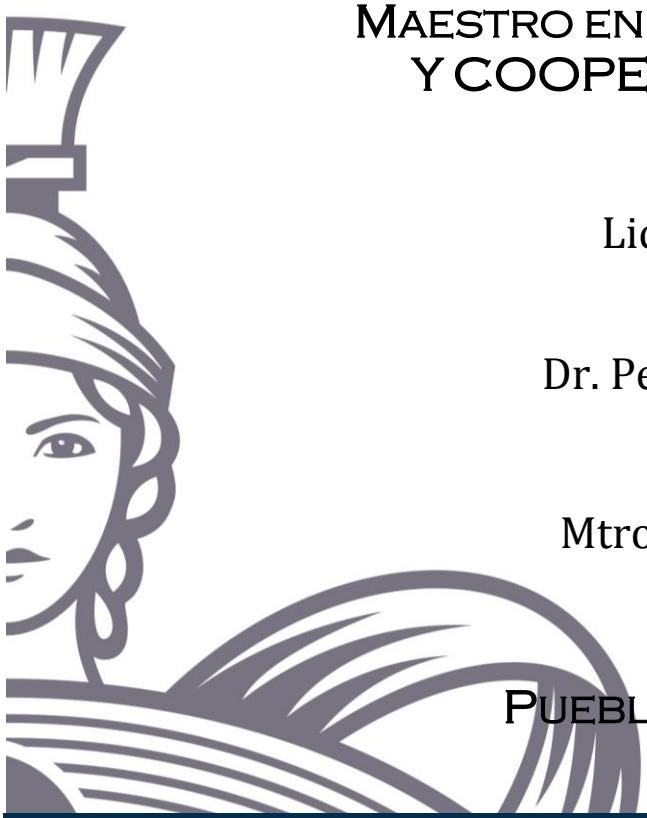
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN DESARROLLO ECONÓMICO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

PRESENTA:
Lic. Oscar Castillo Caballero

DIRECTOR DE TESIS
Dr. Pedro Macario García Caudillo

COMITÉ TUTORIAL:
Mtro. Juan Isaías Aguilar Huerta
Dr. Julián Paz Caldero

PUEBLA, PUE. NOVIEMBRE 2020



BUAP Facultad de Economía

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, quienes han apoyado cada una de las metas que me he planteado a lo largo de mi vida, manteniendo siempre los mejores deseos para mí.

A mis hermanos, quienes siempre han mantenido su apoyo en cada una de las labores que desarrollo.

A mis amigos, a quienes siempre considero parte importante de mi día a día.

A mi director de tesis el Dr. Pedro Macario, quien, mediante su experiencia y a pesar del panorama adverso, me ayudó a plantear la presente investigación.

A mis dos revisores el Mtro. Juan Isaías y el Dr. Julián Paz, quienes han nutrido la presente investigación por medio de sus oportunos señalamientos.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, institución que me brindó el apoyo necesario desde el principio hasta el fin de la maestría.

A todos ustedes, gracias.

RESUMEN

La descentralización de los servicios de salud en México, realizada durante la década de los noventas, modificó las condiciones estructurales del Sistema de Salud, transformándolo negativamente en un sector amplio, debilitado y desarticulado en todos sus niveles.

Desde entonces, los programas gubernamentales y políticas públicas de salud se abocaron al cumplimiento del artículo 4° constitucional por medio del fortalecimiento del Sector social y en miras de un Sistema de Salud Universal Neoliberal. Sin embargo, estas acciones no tuvieron la injerencia esperada en la mejora del sistema de salud, agravando así, la decadencia y desarticulación existente a escala nacional y estatal.

No obstante, ante la oportunidad de cambio que manifiesta el nuevo gobierno y la descentralización de los servicios de salud, es pertinente presentar este trabajo de tesis planteado desde la perspectiva del Desarrollo Económico hacia el Sector Salud del Estado de Puebla dentro del periodo 2012 – 2019, con el propósito de identificar las principales debilidades, amenazas, oportunidades y fortalezas del sector que, tomadas en cuenta dentro de la formulación de planes de cooperación, podrían dar impulso a este en la región.

El presente trabajo se divide en tres capítulos; el primero de ellos da revisión al enfoque teórico de competitividad sistémica y al contexto de los servicios de salud en México, con la finalidad de plantear una estructura analítica que logre integrar los diversos elementos involucrados dentro del sector.

El capítulo dos presenta un amplio análisis del sector salud conforme a la estructura planteada, lo cual permite dar paso al capítulo tres, en donde se exponen los principales resultados y se fortalece el nivel analítico Meso mediante la revisión de modelos de cooperación. Finalmente, el trabajo plantea una serie de reflexiones y conclusiones con la intención de rescatar elementos que aporten al fortalecimiento del sector.

ABSTRACT

The decentralization of health services in Mexico that took place during the 1990s, modified the structural conditions of the Health System, negatively transforming it into a broad, weakened and disjointed sector at all levels.

Since then, government programs and public health policies have focused on compliance with Article 4 of the Constitution by strengthening the Social Sector and with a view to a Neoliberal Universal Health System. However, these actions did not have the expected interference in improving the health system, thus aggravating the existing decline and disarticulation at the national and state levels.

Nevertheless, given the opportunity for change manifested by the new government and the decentralization of health services, it is pertinent to present this thesis work posed from the perspective of Economic Development towards the Health Sector in the State of Puebla within the period 2012 – 2019 in order to identify the main weaknesses, threats, opportunities and strengths of the sector which, considering the formulation of cooperation plans, could give impetus to this in the region.

This work is divided into three chapters; the first of which reviews the theoretical approach of systemic competitiveness and the context of health services in Mexico, in order to propose an analytical structure that manages to integrate the various elements involved within the sector.

Chapter two presents a broad analysis of the health sector according to the proposed structure, which allows us to move on to chapter three, where the main results are presented and the Meso analytical level is strengthened through the review of cooperation models. Finally, the work raises a series of reflections and conclusions with the intention of rescuing elements that contribute to strengthen the sector.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 – DESARROLLO, COMPETITIVIDAD SISTÉMICA Y SALUD. 1
1.1 DESARROLLO ECONÓMICO Y SALUD 1
1.2 DESARROLLO LOCAL Y REGIONAL: COMPETITIVIDAD SISTÉMICA..... 3
1.2.1 Acercamiento al enfoque de competitividad sistémica 5
1.2.2 Niveles Analíticos 8
1.2.2.1 Nivel meta o estratégico 9
1.2.2.2 Nivel macroeconómico 10
1.2.2.3 Nivel microeconómico 11
1.2.2.4 Nivel meso 12
1.3 SECTOR SALUD 15
1.3.1 Aproximación al sector salud 16
1.3.2 Cambios del sector en México, 1982 - 2019 17
1.3.3 Marco legal 22
1.3.4 Estructura nacional del sector salud 24
1.3.4.1 Otros factores involucrados en el área de la salud 27
1.4 PERSPECTIVA GENERAL 28

CAPÍTULO 2 – ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN PUEBLA 30
2.1 PRESENTACIÓN DEL SECTOR EN LA REGIÓN 30
2.1.1 Estructura en Puebla 31
2.2 CONDICIONES DE ECONOMÍA Y SALUD 35
2.2.1 Marco económico 35
2.2.2 Panorama de salud para el sector y la población 42
2.3 FACTORES MICROECONÓMICOS DENTRO DEL SECTOR 51
2.3.1 Radiografía del estado de puebla 51
2.3.2 Servicios de salud, manufactura y comercio. 53
2.3.3 Médicos y formación de profesionales 59
2.4 PLANEACIÓN, POLÍTICAS Y DEMANDAS SOCIALES 62
2.4.1 Planes de desarrollo estatal y nacional. 62
2.4.2 Visión crítica al seguro popular 65
2.4.3 Demandas sociales de salud 68

2.4.4 Los estragos neoliberales en el sector. 70
2.5 ASPECTOS GENERALES..... 72

CAPÍTULO 3 – PRINCIPALES RETOS DEL SECTOR EN EL ESTADO 73
3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 73
3.2 MODELOS DE COOPERACIÓN 78
3.2.1 Cooperación en clúster de salud..... 79
3.2.2 Cooperación en caso covid-19 83
3.3 REFLEXIONES Y CONCLUSIONES 86

BIBLIOGRAFÍA 89
ANEXOS 91

ÍNDICE ILUSTRATIVO

Cuadros

Cuadro 1.1. Variables e indicadores de la competitividad en el nivel meso…pág. 14

Cuadro 2.2. Participación porcentual del Sector Salud Nacional con respecto al PIB, 2018…pág. 41

Cuadro 2.3. Puestos de trabajo ocupados remunerados de salud Nacional por tipo de sector (unidades) 2017…pág. 41

Cuadro 2.4. Principales causas de muerte Nacional, 2012, 2015 y 2018, INEGI…pág.44

Cuadro 2.5. Principales causas de muerte Puebla, 2012, 2015 y 2018, INEGI…pág. 45

Cuadro 2.6. Financiamiento por institución durante el periodo 2012 – 2018…pág. 49

Cuadro 2.7. Actividades económicas del Ramo 62, Puebla 2014 y 2019…pág. 54

Cuadro 2.8. Principales estados de la república en producción de equipo médico 2014 y 2019…pág. 55

Cuadro 2.9. Ramo 3254 Fabricación de productos Farmacéuticos para el Estado de Puebla, 2014 y 2019…pág. 57

Cuadro 2.10. Comercio al por mayor y al por menor de artículos farmacéuticos y de cuidado de la salud, Puebla 2014 y 2019…pág. 58

Cuadro 2.11. Matrícula y egresados del área de la salud en Puebla 2015…pág. 60

Cuadro 2.12. Matrícula y egresado en Puebla para el área de la salud 2012 – 2019…pág.61

Gráficos

Gráfico 2.1. Crecimiento del PIB (% anual) México 2012 – 2019…pág. 36

Gráfico 2.2. Tipo de cambio (FIX) para el periodo 2012 – 2019…pág. 37

Gráfico 2.3. INPC índice general (% anual) 2012 – 2019…pág. 38

Gráfico 2.4. Gasto Social Países de la OCDE 2017…pág. 38

Gráfico 2.5. Gasto Público en Salud Nacional como % del PIB, serie 2003 – 2017…pág. 39

Gráfico 2.6. Puebla, Gasto Público en Salud por Agente financiador 2017…pág. 40

Gráfico 2.7. Puebla, Gasto Público en salud para la población sin seguridad social 2017… pág. 40

Gráfico 2.8. Pirámide Nacional de Población por género y edades, 2015…pág.43

Gráfico 2.9. Índice de envejecimiento Nacional, 2014 - 2030…pág. 43

Gráfico 2.10. Población Nacional según condición de afiliación 2015…pág. 47

Gráfico 2.11. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución a nivel Nacional, 2015…pág. 48

Gráfico 2.12. Población total según condición de derechohabiencia 2010 – 2015…pág. 48

Gráfico 2.13. Distribución porcentual del gasto de los hogares en bienes y servicios de salud Nacional 2018, INEGI …pág. 50

Gráfico 3.14. Proyección de Población a 2050 en Puebla según edad y sexo…pág. 75

Esquemas

Esquema 1.1. Niveles analíticos de Competitividad Sistémica…pág. 9

Esquema 1.2. Organización de la Ley General de Salud 2012 – 2019…pág. 23

Esquema 1.3. Estructura general del Sector Salud mexicano 2012 – 2019…pág. 25

Esquema 1.4. Análisis bajo la estructura de competitividad Sistémica…pág. 29

Esquema 2.5. Organigrama de la Secretaría de Salud de Puebla 2012 – 2019…pág. 33

Esquema 3.6. Análisis FODA del Sector Salud de Puebla 2012 – 2019…pág. 74

Esquema 3.7. Factores considerados dentro de la planeación…pág. 79

Esquema 3.8. Clúster Médico de Monterrey…pág.82

Esquema 3.9. Cooperación local COVID-19…pág. 84

Esquema 3.10. Cooperación internacional COVID-19…pág. 86

Mapa

Mapa 2.1. Servicios de salud y de asistencia social en Puebla 2014…pág. 53

Mapa 3.2. Clústeres de Salud en México 2019…pág. 81

CAPÍTULO 1 – DESARROLLO, COMPETITIVIDAD SISTÉMICA Y SALUD.

El objetivo del presente capítulo es abordar los conceptos y categorías teóricas que se utilizan a lo largo de la investigación, por lo tanto, este apartado se divide en tres ejes. El primero de ellos corresponde a la relación existente entre los términos "Desarrollo" y "Salud". El segundo, aborda la evolución de las teorías del desarrollo con el propósito de comprender el uso del enfoque teórico de "Competitividad Sistémica" así como sus Niveles Analíticos. Por último, el tercer apartado corresponde a una revisión concreta del "Sector Salud" en México en base a su definición, la historia, el aspecto legal y su estructura.

Es pertinente señalar que todo lo abordado en este capítulo corresponde a diversas definiciones y enfoques teóricos que son formulados bajo la lógica de la "Economía de la Salud" y la visión del "Desarrollo Económico".

1.1 DESARROLLO ECONÓMICO Y SALUD

La vinculación de los términos "Desarrollo Económico" y "Salud" sigue estando relacionada a visiones ambiguas que engloban al Desarrollo Económico como sinónimo de "acumulación de capital". Planteando, a partir de esto, que el Desarrollo Económico es el determinante de las condiciones de salud de una región y población.

No obstante, dicha visión inhibe la concepción de la salud como un campo multidisciplinario[1], y al mismo tiempo, regresa el término "Desarrollo Económico" a la discusión teórica de sus antiguas definiciones positivistas. Por lo cual, se invisibiliza los diversos campos de disputa social a los que está sujeto el derecho a la salud, así como a las amplias tareas y multidisciplinariedad existente dentro del campo del Desarrollo Económico.

[1] Con el surgimiento de la evidencia científica de esta multidimensionalidad, diversas disciplinas, sobre todo las pertenecientes al campo de las ciencias sociales, se complementan para dar explicaciones plausibles en torno a la salud. Prueba de ello es la aparición de las escuelas que buscan explicaciones culturales e históricas (Muñoz, 2011, pág. 170)

Ante esto, la presente investigación parte de la noción del Desarrollo Económico y la Salud como dos términos complementarios y no determinísticos[2], con el fin de comprender que la solución a problemáticas en materia de salud dentro de una región no está determinada sólo por las condiciones de desarrollo o subdesarrollo, sino por la diversidad de condiciones particulares, sociales, culturales, políticas, económicas y territoriales que presenta la región[3].

> Estando la tendencia del estado de salud de las poblaciones y sus determinantes indiscutiblemente relacionados con el bienestar y las condiciones de vida que la sociedad brinda a los individuos que la componen. De aquí la indisoluble vinculación entre desarrollo y salud: a la vez que esta es parte imprescindible del bienestar humano, depende en gran medida del contexto socio estructural en el que se desenvuelve. (Muñoz, 2011, pág. 168)

Sumando a esta vinculación planteada, ambos conceptos son retomados como resultados de procesos históricos y disputas sociales, que llevan consigo visiones de participación social, equidad y bienestar social, las cuales ponen al ser humano como el actor principal del Desarrollo.

> Como el hombre juega el papel más importante en ese desarrollo, ya que es quien define las características fundamentales de toda sociedad, el capital humano, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, debe ser la principal preocupación de quienes se interesen por el desenvolvimiento vital de un país. (Alvarez, 1963, pág. 535)

Al asumir al desarrollo económico como un factor influyente dentro del sector (más no determinante), se puede abordar una amplia gama de políticas, tareas, visiones, planeaciones y demás circunstancias que generen mejoras a las condiciones de salud de una población.

> El nivel de salud no está asociado exclusivamente con la disponibilidad de los servicios de salud, pues esta es un proceso complejo al cual afectan significativamente la disponibilidad de otros elementos como la alimentación, la vivienda y el ingreso de las familias. (Molina, Romero, & Trejo, 1991, pág. 229)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, señalan que la tarea primordial de una nación es la de fomentar la salud y el bienestar de las sociedades, por medio de garantizar una vida sana

[2] La evidencia empírica es clara respecto a que los países de bajos ingresos generalmente tienen una menor oferta de servicios de salud, así como un menor nivel de salud. Sin embargo, esta asociación está lejos de ser determinística. (Molina, Romero, & Trejo, 1991, pág. 229)

[3] Poniendo en evidencia la diversidad de sistemas de salud existente a escala mundial, así como programas y políticas particulares de cada región en materia de salud.

y promover el bienestar de todos y todas, para la construcción de una sociedad más próspera. No obstante, los países deben formular su propio camino hacia el desarrollo, reconociendo sus necesidades, carencias y recursos, con el fin de establecer metas y soluciones a la diversidad de problemáticas, en este caso, la salud.

En la actualidad, la salud de una nación o sociedad ya no solo se entiende como "la falta de una enfermedad" sino que se expande a una multidisciplinariedad de condiciones y necesidades de las poblaciones mundiales. La salud dentro de las ciencias sociales se nutre de un amplio margen de factores que acercan el panorama de esta a la realidad social, política y económica, de una región, volviendo aún más humano este sector y generando espacios de participación social en lucha del derecho a la salud y la mejora de las condiciones de los servicios de salud alrededor del mundo.

1.2 DESARROLLO LOCAL Y REGIONAL: COMPETITIVIDAD SISTÉMICA

Con el propósito de comprender la construcción histórica del término "Desarrollo" y esclarecer los orígenes del enfoque teórico de Competitividad Sistémica, en el presente apartado se realiza una breve síntesis de los principales cambios y postulados de las teorías del Desarrollo.

Como punto de partida se retoma el auge del término "Desarrollo", el cual se presentó después de la década de los 30s (la época de posguerra) en donde los economistas clásicos mantuvieron el dominio absoluto sobre este, usándolo principalmente en sus estudios teóricos como un sinónimo de crecimiento económico representado por medio del Producto Interno Bruto (PIB).

No obstante, trabajos como los de Amartya Sen dieron pie a la creación de un Índice de Desarrollo Humano[4] (IDH), el cual se presentó con nuevas perspectivas teóricas que acercaron al término "desarrollo" más al plano de las ciencias sociales. Pero fue hasta la época de los noventas, que se publicó el informe "An Agenda For Development", en el cual se definieron cinco dimensiones nuevas del término desarrollo, abriendo directamente la puerta a la multidisciplinariedad y a todo estudio que pudiera aportar a la noción y construcción de este.

[4] Desde el punto de vista conceptual el Índice de Desarrollo Humano (IDH) intenta ser una aproximación a la medición de los niveles de Desarrollo Humano de las personas en los distintos países

Actualmente, el "Desarrollo" se reconoce como un concepto de diversos enfoques holísticos, sistémicos y recursivos[5], de los cuales surgen nuevas líneas de investigación planteadas ante las condiciones generales de diversas economías y sectores sociales a escala mundial[6]. Por lo tanto, para la presente tesis compete abordar las definiciones específicas para los términos: Desarrollo Regional y Desarrollo Local. Dado que, de estas dos ramas del desarrollo, se sustenta el enfoque de competitividad sistémica.

En materia al Desarrollo Regional, se rescata que es entendido a través de tres dimensiones específicas: espacial, social e individual. Las cuales lo definen como:

> Un proceso de cambio estructural localizado (en un ámbito territorial denominado "región") que se asocia a un permanente proceso de progreso de la propia región, de la comunidad o sociedad que habita en ella y de cada individuo miembro de tal comunidad y habitante de tal territorio. (Boisier, 1999, pág. 8)

Con respecto a lo anterior, el desarrollo regional vela por la reconfiguración y evolución del territorio a mano de las sociedades e individuos, planteando una idea de progreso que promueve la remoción de barreras que impidan la evolución de cada miembro o comunidad. En este sentido, aun siendo un término no tan concurrido, da pie a recuperar la idea del espacio, del territorio y de la reciprocidad entre sociedad y territorio existente en estos procesos.

Por su parte, el Desarrollo Local se presenta como un término más extenso, caracterizándose por plantear la confrontación de los territorios ante la dinámica globalizadora.

> La reestructuración productiva que caracterizó a la economía internacional desde principios de los años setenta se ha completado, la revolución tecnológica e informática se ha consolidado, nuevas formas de regulación de las economías y la sociedad se han ido introduciendo en los países desarrollados y en aquellos en desarrollo (Vazquez-Barquero, 2000, pág. 7)

Los procesos mundiales, así como los procesos internos de un país, impulsan la idea de que lo local puede afrontar las situaciones inconvenientes o de precariedad, a través de la creación de mecanismos de cooperación o de políticas enfocadas a espacios determinados que

[5] Se reconoce en el desarrollo un concepto complejo, profundamente axiológico, multidimensional, constructivista, cualitativo en su esencia e intangible por consecuencia (Boisier, 1999)
[6] Desarrollo regional, Desarrollo Territorial, Desarrollo Local, Desarrollo Endógeno, Desarrollo Descentralizado, Desarrollo De arriba para abajo, etc.

no desconocen su entorno. Por esta razón, cabe señalar que lo local se presenta como un concepto relativo a un espacio más amplio[7].

De hecho, el auge del enfoque de Desarrollo Local cobra relevancia con la entrada del modelo neoliberal, el cual creó un sin fin de cambios estructurales en ámbitos políticos, sociales, económicos y administrativos. Ante esto, lo "Local" se presenta como el mecanismo principal para afrontar los procesos de transformación:

> Desde principios de los años ochenta se produce un profundo cambio en la política económica, cuando los actores locales y regionales inician acciones encaminadas a incidir sobre los procesos de crecimiento de las economías locales. Se inicia, así, la política de desarrollo local que constituye una respuesta de las comunidades locales a los desafíos que presentaba el cierre de empresas, la desindustrialización y el aumento del paro. (Vazquez-Barquero, 2000, pág. 17)

Lo anterior no es solamente en términos de industria, sino en políticas, organización social, cultural, etc. Por lo tanto, en esta investigación se retoma al Desarrollo Local como la línea principal de la investigación, planteándose a través del enfoque de competitividad sistémica, con el fin enfrentar de manera efectiva la globalización y las brechas de desarrollo existentes, potencializando el establecimiento de vínculos entre la industria y la sociedad con las políticas sociales, económicas y empresariales.

1.2.1 Acercamiento al enfoque de competitividad sistémica

Dentro del análisis de los diversos procesos de desarrollo local y regional, surge la propuesta teórica denominada "Competitividad Sistémica", la cual, se presenta como un enfoque amplio y definido que le permite ser adaptable a las condiciones particulares de cada región, para el desarrollo local, mediante la coordinación de actores sociales y grupos de interés.

Esta propuesta teórica es retomada principalmente del trabajo que lleva por nombre "Competitividad Sistémica", el cual fue publicado por el Instituto Alemán de Desarrollo en 1995. En ese estudio, se describe con exactitud los elementos básicos que respaldan el enfoque teórico, en primera instancia se define el término "Competitividad Sistémica" como:

> Medidas engranadas entre sí que apuntan a objetivos concretos desde cuatro niveles del sistema meta, macro, micro y meso, y se basa también en un concepto pluridimensional de conducción

[7] No se podría analizar lo local sin ver las condiciones de un municipio, departamento, región o nación.

> que se compone de competencia, diálogo y toma conjunta de decisiones y que incluye a los grupos importantes de actores. (Esser, Hillebrand, Messner, & Meyer-Stamer, Competitividad Sistémica, 1995, pág. 2)

Es importante el peso dado, al reconocimiento del enfoque teórico como "un concepto pluridimensional"[8], también, es necesario rescatar que este enfoque ahonda más allá de las teorías clásicas de economía, ya que se agregan los niveles Meta económico y Meso económico al análisis los cuales dan apertura al diálogo y coordinación con actores sociales y políticos, acercándose así, a las teorías de desarrollo local y regional.

Dado lo anterior, la autora Katina Bermeo (2018) aclarar también, que el enfoque se diferencia de la teoría económica tradicional ya que "Mientras que en la teoría económica tradicional la riqueza de las naciones se basaba en la dotación de factores, en la teoría economía moderna son las elecciones estratégicas las que conforman el entorno competitivo de una nación. (pág. 2)"

Por otra parte, Juliana F. (2005) abona una perspectiva más incluyente a este enfoque con la interacción de varios actores de manera organizada, no solo para el bienestar de un sector, sino para el bienestar de una nación:

> La competitividad de un sector de actividad económica se basa en el patrón organizativo de la sociedad en su conjunto, los parámetros de relevancia competitiva y la interacción entre ellos, que es, en última instancia; la interacción que genera ventajas competitivas para la Nación. (Ferrer, 2005, pág. 150)

Esta premisa de integración social determina que el enfoque teórico de competitividad sistémica no es exclusivamente un enfoque empresarial, ya que, permite abordar sistemas productivos o de servicios que involucran un sinfín de actores sociales, así como, problemáticas sociales.

Es necesario aclarar que esta teoría se formula, en un principio, a partir de los modelos económicos encaminados al libre mercado, sin embargo, a diferencia de otros modelos tecnócratas, esta teoría es adaptable a cambios en materia política, económica y social. En este

[8] El cual también aboga por el diálogo con actores y agentes involucrados dentro del sistema analizado

sentido, se identifica que su propuesta principal es la de generar un consenso común que permita encaminar los análisis hacia el desarrollo de los sectores o economías.

Por lo anterior, las investigaciones realizadas después de 1995 se basaron en la ampliación del enfoque teórico, caracterizándose por ya no tomar en cuenta como primicia la aplicación de modelos económicos de libre mercado, sino, en la identificación de elementos necesarios para dar impulso a sus sectores.

> Hoy se incorporan factores de tipo organizativo e institucional, ligado a la configuración del aparato productivo nacional, o las interconexiones entre sectores y actividades económicas, a la calidad de las relaciones entre los agentes y a la infraestructura física y tecnológica con la que operan. (Ferrer, 2005, pág. 152)

Este enfoque teórico reconoce que los países subdesarrollados presentan estructuras heterogéneas[9], así como problemáticas diversas, sin embargo, esta situación no debe ser impedimento para lograr el desarrollo de sus sectores, ya que los países más competitivos encuentran en estas estructuras sus potencialidades.

> Solamente una orientación básica común permite emprender procesos de búsqueda colectiva que a su vez posibilitan aproximarse al nuevo patrón genérico de desarrollo industrial y crear instituciones públicas e intermedias aptas para configurar los niveles macro y micro. Este proceso avanzará sin embargo a ritmos diferentes en función de las estructuras socioculturales de cada sociedad cuya transformación es lenta. (Esser, Hillebrand, Messner, & Meyer-Stamer, 1995, pág. 3)

Para que esta orientación básica suceda, se identifican dos grandes elementos que son mencionados como los principales ejes que moverán el desarrollo del sector o nación bajo el enfoque de competitividad sistémica, el primero de ellos es el establecimiento de cuatro niveles analíticos y el segundo es la vinculación de diversos elementos pertenecientes a los sectores analizados.

Cabe señalar que uno de los fines máximos que presenta el enfoque, es el de lograr el establecimiento de políticas locales y nacionales consensuada a partir de la participación de la situación planteada por los cuatro niveles analíticos (específicamente, el mejor manejo de estos),

[9] Más adelante, dentro del mismo estudio del enfoque, se reconocen a países que han vivido procesos de desarrollo e impulso de sus sectores productivos, sin embargo, se mencionan como casos extraordinarios.

todo esto con el fin de establecer los parámetros que guiarán a un desarrollo de los sectores locales.

El enfoque de competitividad sistémica se vuelve pertinente para establecer la relación entre Desarrollo Económico y Salud, partiendo de un sector multidimensional con necesidad de desarrollarse en términos del derecho a la salud. Por otra parte, al involucrarse con aspectos sociales, se vuelve fundamental el análisis en materia de participación, cooperación y coordinación de diversos actores sociales dentro del sistema, lo cual, sin duda, establecerá el fortalecimiento del sector.

1.2.2 Niveles Analíticos

El enfoque teórico de competitividad sistémica se caracteriza por vincularse con aspectos culturales y sociales de un territorio, teniendo como primicia que existen sistemas complejos y adaptativos dentro de la economía, en los cuales, se involucran un sinfín de actores que influyen directa e indirectamente en el funcionamiento de los diversos sectores.

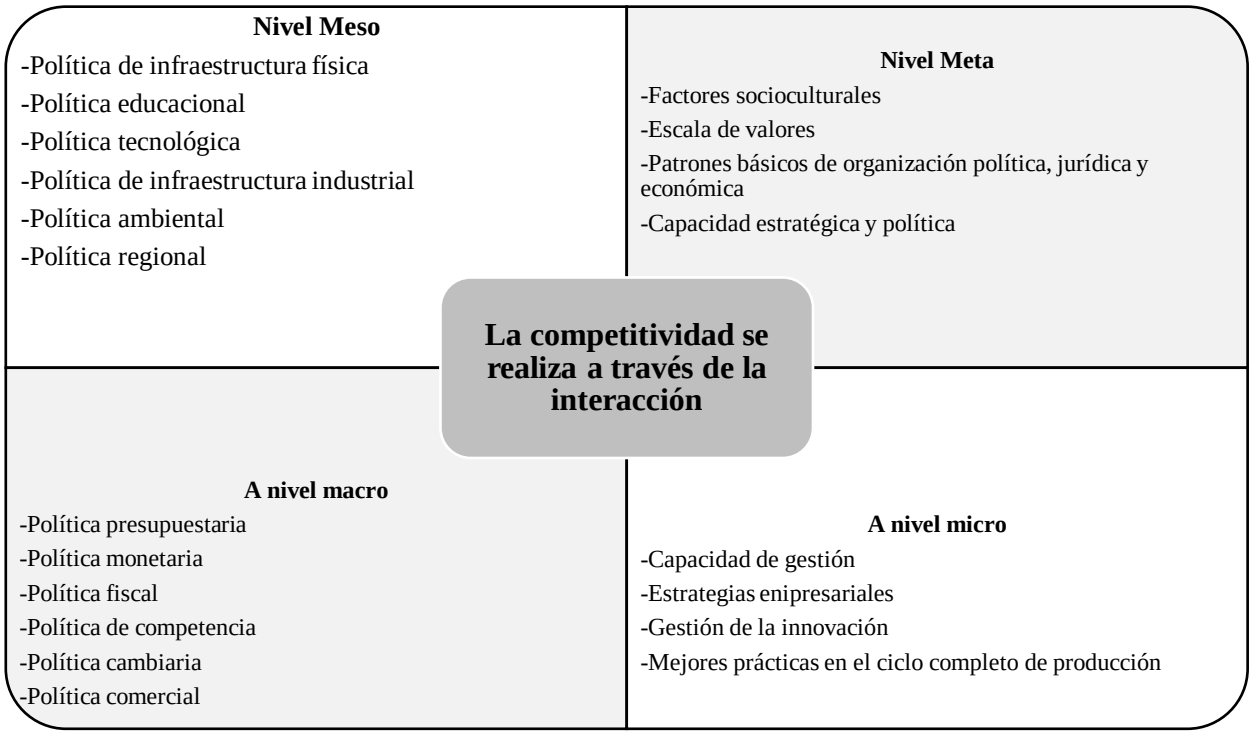
Para lo anterior, el enfoque se define con cuatro niveles analíticos, que al ser los más básicos, pueden verse nutridos de otras visiones. El primero de ellos es el nivel meta, el cual debe presentar estructuras que promuevan la competitividad, el segundo es el nivel Macro quien debe generar condiciones que ejerzan claridad a las empresas y economía en general. El tercero de ellos es el nivel meso, en donde se debe fomentar el desarrollo de participación por parte del estado y actores sociales.

Finalmente, el nivel micro, en el cual se debe buscar eficiencia, calidad, flexibilidad y rapidez de reacción por parte de las empresas que conforman el sector. En este sentido se presenta la necesidad de una colaboración y articulación mutua de estos elementos para encaminar los sectores al desarrollo (Esquema 1.1, ver pág. 9).

Dentro de esta investigación se pretende retomar los cuatro niveles analíticos que propone el enfoque de competitividad sistémica, con el fin de identificar dos cosas principalmente. La primera de ellas es la importancia de ese nivel analítico dentro de la estructura de agentes propuesta dentro del sector salud, y en este sentido, las recomendaciones que hacen los autores respecto al mejor funcionamiento y orden dentro de cada nivel.

Esquema 1.1

Niveles analíticos de Competitividad Sistémica



Fuente: Elaboración propia en base a Ferrer (2005)

1.2.2.1 Nivel meta o estratégico

El nivel Meta se presenta como el primer nivel analítico en la perspectiva de Competitividad Sistémica. En este se resalta principalmente las estrategias de integración de la sociedad con estructuras que impulsan la competitividad.

> La formación de estructuras a nivel de sociedad, como complemento de la formación de estructuras a nivel económico, eleva la capacidad de los diferentes grupos de actores para articular sus intereses y satisfacer entre todos los requerimientos tecnológico-organizativos, sociales, ambientales y los que plantea el mercado mundial. (Esser, Hillebrand, Messner, & Meyer-Stamer, 1995, pág. 4)

Para lo anterior, se señala que la gestión a nivel meta implica un consenso acerca del modelo de orientación al mercado y al mercado mundial, trazando rumbos concretos para los intereses del presente y futuro. Por esto, la visión principal señala que debe existir una separación entre las instituciones y actores, con el fin de beneficiar el crecimiento individual de las organizaciones para el proceso de aprendizaje.

Para esta investigación y de acuerdo con el periodo de investigación, se parte de la existencia de un modelo neoliberal que busca o busco teóricamente, esta separación, sin embargo, se debe aclarar que, en la actualidad, la separación no es cuestión de privatización o mercantilización[10], sino en sentido de no interrumpir y respetar los procesos que cada uno de los actores llevan.

Por esta razón, también se entiende al nivel meta como el integrador de cuestiones culturales, de valores y de una organización política – económica, que dan como resultado, la capacidad de generar estrategias para el desarrollo de los sectores o economías. En este sentido se recomienda que exista una orientación y disposición al diálogo entre los actores del sistema.

1.2.2.2 Nivel macroeconómico

El nivel macroeconómico se plantea como el segundo nivel analítico dentro del enfoque de competitividad sistémica. Este aborda la relevancia que tiene para una economía, el hecho de mantener las variables macroeconómicas estables[11] con el fin de generar mercados eficientes, tanto de factores, como de bienes y capitales.

> La existencia de mercados eficientes de factores, bienes y capitales es clave para una asignación eficaz de recursos. Esta es una condición allí donde el concepto de gestión es pluridimensional y apuesta por la competencia, la cooperación y el diálogo social a fin de canalizar las potencialidades nacionales y desarrollar así la capacidad necesaria para operar con éxito en el mercado mundial. (Esser, Hillebrand, Messner, & Meyer-Stamer, 1996, pág. 42)

En esta parte se señala a los déficits presupuestarios y al déficit de la balanza de pagos como los principales generadores de inestabilidad macroeconómica. Con respecto al déficit presupuestario, señala que puede llegar a generar inflación, limitar créditos y frenar la inversión. En este sentido cabría señalar las condiciones económicas a la par, de las condiciones generales nivel de salud pública, lo cual permitirá tener un panorama completo de la situación económica y de salud.

[10] Esto se resaltaría como una diferencia a la visión neoliberal original del enfoque de competitividad sistémica publicado en 1995 y que será adecuada para entender los procesos de descentralización que cada estado ha presentado.

[11] Como lo mencionan los autores: Las experiencias de los años setenta y ochenta han demostrado que la inestabilidad del contexto macroeconómico perjudica de un modo sustancial la operatividad de estos mercados, ejerciendo asimismo un efecto negativo sobre el crecimiento de la economía (Esser, Hillebrand, Messner, & Meyer-Stamer, 1995, pág. 5)

El déficit en la balanza de pagos hace referencia principalmente en la característica del modelo que se abre a una economía mundial, en este sentido se dice concretamente que, al tener un tipo de cambio[12] sobrevaluado, se puede tener un aumento de la deuda externa, lo que debilita en forma constante la actividad inversionista nacional al tiempo que entorpece la importación de bienes de capital.

Cabe señalar que el enfoque reconoce ampliamente que existen economías en las que estos déficits han fracturado fuertemente la estabilidad y crecimiento de las economías nacionales, por esta razón, se señala que es necesario el apoyo de reformas[13] en materia de política fiscal, presupuestal, así como monetaria y cambiaria.

Por otra parte, se necesitan reformas estructurales paralelas a estas, como lo son reformas del sector económico estatal, el desarrollo de un sector financiero efectivo y una reforma de política comercial exterior. Ante esto, cabe recuperar el señalamiento hecho al gasto público, en el cual:

> Al aplicar medidas para reducir el gasto público es preciso abstenerse del recurso político más simple que es el de reducir las asignaciones del Estado para educación, salud, infraestructura física y otros rubros. A fin de no debilitar las bases de crecimiento futuro, las medidas de consolidación deben dedicarse en primer término a los gastos consuntivos, a suprimir privilegios para determinados grupos de interés y a medir los alcances de la gestión pública. (Esser, Hillebrand, Messner, & Meyer-Stamer, 1995, pág. 7)

Es fundamental la disposición del sector político, el cual dará impulso a las medidas técnicas establecidas, promoviendo el consenso y aprobación de las reformas de tipo fiscal, laboral, sindical, educativa, financiera o energética.

1.2.2.3 Nivel microeconómico

El nivel microeconómico es plantado como el tercer nivel analítico de este enfoque, en dicho nivel se señalan las problemáticas a las que se enfrentan las empresas de los diversos

[12] El tipo de cambio no es por consiguiente un precio entre tantos otros, sino más bien la variable estratégica que determina si una economía nacional está o no en condiciones de crear las condiciones macroeconómicas básicas para establecer industrias competitivas a nivel internacional. (Esser, Hillebrand, Messner, & Meyer-Stamer, 1995, pág. 9)

[13] El concepto de gestión es pluridimensional y apuesta por la competencia, la cooperación y el diálogo social a fin de canalizar las potencialidades nacionales y desarrollar así la capacidad necesaria para operar con éxito en el mercado mundial. (Esser, Hillebrand, Messner, & Meyer-Stamer, 1996, pág. 42)

sectores productivos de una economía, es decir; las nuevas exigencias a las que deben adaptarse y reorganizarse dentro de su entorno inmediato. Se plantean tres planos de acción, los cuales, combinados, representan una salida innovadora a sus limitantes[14].

El primero de ellos es la organización de la producción, esta consiste en acotar los tiempos de producción existentes en cada empresa, con esto se pretende una reestructura a sus cadenas de producción y sistemas de almacenamiento. El segundo plan de acción es el referido a la organización del desarrollo del producto, en este se trata de reestablecer la separación existente entre, desarrollo, producción y comercialización del producto, con el fin de mejorar cada una de las áreas y se vuelvan más competitivas.

El tercer y último plano es sobre la organización y las relaciones de suministro, en esta se resaltan las relaciones con los suministros para acotar el tiempo dentro de la cadena de insumos[15]. Ante esto se señalan dos partes fundamentales, la primera de ella es la cooperación que debe existir entre estas empresas, esto queda muy bien acotado a la pertinencia del presente estudio, en el cual se busca exponer casos de clúster o de cooperación interempresarial[16] existentes en el área de la salud, como medios para lograr la integración y desarrollo del sector.

La segunda parte, hace referencia al reconocimiento del territorio y las virtudes de este que pueden incidir en los procesos productivos de una empresa, algo relacionado completamente con las teorías de desarrollo local y regional.

1.2.2.4 Nivel meso

Este nivel se presenta como el más importante dentro del enfoque de competitividad sistémica, dado que aborda las políticas generadas por los sectores público, privado y social[17], que están involucrados dentro de un sistema productivo determinado. El nivel Meso es, en primera instancia, un problema de organización y gestión, el cual, se soluciona a través de eficientes estructuras institucionales y de promoción a la capacidad de interacción, relacionado estrechamente con actores públicos y privados.

[14] Como lo señala la lectura, dichas salidas buscan ir más allá de las teorías que dictaban la automatización del Taylorismo
[15] Se propone usar programas como el "Just-in-Time"
[16] La cooperación interempresarial se presenta como un nuevo enfoque de la empresa, donde se fortalecen los vínculos tanto con áreas específicas como ventas, diseño o marketing, hacia suministros o competidores del sector.
[17] Además, se presenta la interacción entre empresa e institución, lo que genera capacidad de innovación en el ámbito científico, desarrollo tecnológico y de producción.

> Los efectos acumulativos de aprendizaje y las innovaciones van de la mano con la formación de redes de colaboración interempresarial a nivel micro y con relaciones de cooperación tanto formales como informales entre las empresas y los conjuntos de instituciones relacionados con los clúster; la creación de esos conjuntos institucionales constituye la médula de toda política local activa (Esser, Hillebrand, Messner, & Meyer-Stamer, 1995, pág. 13)

Es importante mencionar que el nivel meso surge como respuesta a las teorías de competitividad existentes, ya que se plantea como una visión crítica que no deja de fuera la relevancia de los factores acumulativos de conocimiento, así como la cultura y la gestión en diversos ámbitos, reconociendo que:

> Los casos exitosos de la economía mundial revelan la existencia de un amplio margen de acción para llevar a cabo políticas que fortalezcan la competitividad de las localizaciones industriales. Y ese margen de acción se sitúa entre dos extremos: el intervencionismo y el laissez-faire limitado [18] a establecer las condiciones generales del funcionamiento económico (Esser, Hillebrand, Messner, & Meyer-Stamer, 1995, pág. 14)

Este nivel analítico se nutre de aspectos sociales y de organización, proponiendo que las políticas aplicadas a nivel de Infraestructura, educación, tecnología, medio ambiente, región, industria y de comercio, sean construidas por los diversos actores de una economía o sector económico, lo cual se presentaría como la mayor clave de la competitividad que una región puede desarrollar.

En general durante la definición de este nivel, se presentan diversos ejemplos en los que se recalca la importancia de generar estructuras para la participación y construcción de las políticas. De hecho, cobra mucha importancia los factores que hacen referencia a políticas de descentralización y la construcción de diversos clústeres de producción.

La versatilidad del nivel analítico meso económico, da entrada a la adaptación del enfoque de competitividad sistémica a diversos sectores productivos de una economía, es decir; dicho enfoque nació siendo parte de un análisis de desarrollo de una región, no obstante, puede ser retomado para diversos sectores, los cuales tengan como objetivo el fomento al desarrollo a

[18] Es importante señalar que este reconocimiento del enfoque aclara que: aunque el enfoque se haya formulado dentro de la lógica del libre mercado, no obedece al pie de la letra lo dictado por teorías neoliberales. Por otro lado, se hace una crítica a esas visiones económicas tan tajantes y se trata de reconfigurar una teoría que sea adecuada para las condiciones particulares de cada región.

través de políticas y organización entre una diversidad de agentes que se involucren dentro de ellos.

En la actualidad, la investigación del nivel meso ha cobrado gran relevancia en los diversos trabajos de análisis de competitividad sistémica que se realizan; como ejemplo de lo anterior, el proyecto denominado "Hacia la competitividad de la Pyme Latinoamericana" realizado por Saavedra (2014), clasifica variables e indicadores que determinan el nivel de competitividad de un sector a nivel meso, los cuales, son retomados para su abordaje dentro del presente análisis (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1
Variables e indicadores de la competitividad en el nivel meso

Variables	Indicadores
Competitividad del sector	• Número de unidades económicas • Valor de las remuneraciones • Valor de la producción • Inversión • Número de empleos
Infraestructura física	• Obra Pública
Infraestructura educacional	• Instituciones de educación • Escolaridad • Matrícula, egresos e ingresos
Tecnología	• Índice de innovación • Centros de investigación • Programa estatal de ciencia y tecnología
Infraestructura Industrial	• Formación bruta de capital fijo
Política de Inversión	• Inversión pública y extranjera
Oportunidades de Desarrollo	• Empleo • PIB per cápita • Pobreza • Factores poblacionales
Capacidad económica	• Aporte al PIB • Índice de competitividad

Fuente: Elaboración propia en base a (Saavedra, 2014)

En este sentido, muchas de las variables mencionadas dentro del enfoque de competitividad y sus niveles analíticos, serán referencia para la estructuración de la presente investigación, enfocándose principalmente al área del sector salud, el cual, está compuesto por una diversidad de actores que bien, pueden funcionar en forma cooperativa para la reestructuración e impulso de dicho sector.

1.3 SECTOR SALUD

Los servicios de salud de cada nación están precedidos de sus sectores de salud, los cuales se componen de diversos actores económicos, políticos y sociales[19] que influyen directamente en el comportamiento de los antes mencionados. Sin embargo, los análisis de este sector se amplían al profundizar los efectos que tiene esta gran industria a escala mundial sobre el desarrollo y bienestar de las sociedades.

Para poder lograr un adecuado entendimiento del sector salud, se vuelve necesaria una visión que permita entender al sector salud como: un agente involucrado en el manejo de políticas nacionales, un sistema amplio y complejo, así como un agente determinante del bienestar social.

Este sector cuenta con mecanismos de políticas y organización operacional que facilitan su coordinación, los cuales, son resultado de procesos sociales, territoriales y globales[20]. Al mismo tiempo, es reconocible que cada país cuenta con una definición en términos legales del sector salud, así como sistemas completamente heterogéneos, sin embargo, existen estándares internacionales que inciden fuertemente en la formulación y funcionamiento de estos sectores.

Es por esta razón que a continuación se presentan las principales definiciones generales a nivel internacional y nacional, respecto al sector salud. Posteriormente se aborda un recuento histórico breve, de los principales acontecimientos que han cambiado la estructura de salud a nivel nacional, con el fin de dar un preámbulo a la estructura que presentó el sector salud en

[19] Esto gira un poco con la idea planteada por Palencia (2011) quien señala que el nivel de riqueza nacional no es un requisito previo para avanzar hacia la cobertura universal ya que países con niveles similares de gasto sanitario han alcanzado niveles mucho mayores en materia de salud respecto a sus inversiones y esto tiene que ver con los diversos actores que influyen dentro de este.

[20] El sector salud además de ser un aspecto clave en la generación de calidad de vida de las personas y del capital humano, los cuales incrementan la productividad, es a su vez un importante consumidor y productor de bienes. Es también un sector con múltiples imperfecciones de mercado lo que aumenta el riesgo de no ser eficiente en los procesos de producción de la salud (Marie, Arreola-Ornelasa, & Escandón, 2007, pág. 94)

México, es decir; las principales secretarías, instituciones y sectores que influyen en los servicios de salud.

Todo lo anterior, con el fin de aclarar la situación del sector salud en México, y por qué ha funcionado bajo los parámetros de las tres grandes instituciones, así como los planes de desarrollo que se establecieron durante el periodo estudiado.

1.3.1 Aproximación al sector salud

Después de la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el panorama de postcrisis que la segunda guerra mundial dejó, se firmó el decreto para la aprobación de la creación de la Organización Mundial de la Salud[21] (OMS), la cual entró en vigor[22] como un agente regulatorio a nivel mundial encargado (en sus primeros años) de combatir las enfermedades y epidemias que se presentaban en esos tiempos.

Actualmente la OMS funciona como un actor regulatorio a nivel internacional, es responsable de desempeñar las funciones de liderazgo de los asuntos sanitarios a nivel mundial, para esto, se da a la tarea de organizar agendas de investigación en salud, establecer normas y prestar apoyo técnico a los países.

La Asamblea Mundial de la Salud es el máximo eje rector de la OMS y está compuesta por representantes de todos los países, seis oficinas regionales y la Sede, que se encuentra en Suiza. El personal de la OMS trabaja en todo el mundo asesorando a los ministerios de salud sobre cuestiones técnicas y de servicios de prevención, tratamiento y cuidado en todo el sector de la salud, es decir; los parámetros de la OMS se han convertido en sus estándares internacionales para el fomento de prácticas de prevención y desarrollo de sus sectores de salud nacional.

La OMS señala la definición del término “sistema de salud”, la cual se presenta como:

> Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que

[21] Página de internet: https://www.who.int/es
[22] El día 7 de abril de 1948

> respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (OMS, 2005)

A nivel continental, y como representante de OMS, se encuentra la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien presenta una definición casi similar a la proporcionada por la OMS, sin embargo, incluye algunos aspectos nuevos que son necesarios rescatar, como el consumo de bienes y servicios para proteger y promover la salud:

> El sector salud se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son proteger y promover la salud de individuos y grupos de población. Las actividades que estas instituciones y actores desarrollan están orientadas a promover, prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos, investigar y capacitar en salud (OPS, 2005, pág. 8)

Estas definiciones planteadas anteriormente, dan claridad al entendimiento del sector salud a nivel nacional[23], el cual presenta instituciones y actores involucrados en la prestación de los servicios de salud, así como redes de vínculos entre diversos sistemas dentro del mismo sector. Lo anterior lleva al entendimiento de que el sector salud en México se comporta como un sistema amplio y complejo, dirigido principalmente por los ejes rectores del sistema, que son los gobiernos y políticas públicas.

Un sistema de salud planteado en los términos internacionales anteriormente mencionados es el que se presenta en general a nivel nacional, funcionando principalmente como un sistema que genera servicios de salud, recursos, financiamiento y gestión. Por lo tanto, se hace necesario implementar en los análisis una visión dinámica del sector, que destaque los cambios que se dan con el paso del tiempo, así como el conjunto de valores, conocimientos, habilidades, organización, recursos y tecnologías, actitudes e intereses de las instituciones y actores que conforman ese sector.

1.3.2 Cambios del sector en México, 1982 - 2019

Varios han sido los cambios y reformas que han movido la estructura del sector salud en México a lo largo de su historia[24]. No obstante, el presente apartado se limitará a realizar un

[23] Cabe la aclaración de que México, al acoplar sus medidas de salud a las planteadas por la OMS, sigue los mismos parámetros de definiciones planteadas con anterioridad

[24] Se tiene un mayor registro de las modificaciones a partir de la promulgación de la constitución de 1917

breve resumen histórico de las reformas y mecanismos implementados durante los últimos 40 años dentro del sector salud mexicano. Específicamente, se toma en cuenta el periodo neoliberal[25], que comprende desde la promulgación de la reforma de salud en los años ochenta, hasta las últimas modificaciones presentadas en el gobierno de Enrique Peña Nieto.

La implementación del modelo neoliberal en México, durante los primeros años de la década de los ochentas, estableció una visión del desarrollo hacia lo global por medio de reformas estructurales que tendieron a la apertura de las economías al mercado mundial, así como a la reducción de la participación estatal dentro de una economía nacional.

> La fórmula clave que amalgama las reformas neoliberales fue aplicar dosis sucesivas, corregidas y aumentadas de "apertura al exterior, privatización y desregulación en todas las actividades económicas". Siempre se nos dijo que eran reformas supuestamente "inevitables e imprescindibles" para pagar las deudas de los bancos y del Estado, sanear las finanzas públicas, estabilizar los precios, mejorar la eficiencia general, aumentar la competitividad y recuperar el crecimiento económico. (Álvarez, 2018, pág. 42)

En 1983 se decretó la adición al párrafo tercero del artículo 4° constitucional, el cual convirtió en derecho y obligación del estado, el exigir y brindar protección a la salud. Dicha enmienda consagró este derecho como una garantía social, estableciendo las bases de la posterior Ley General de Salud, que constituyó el código sanitario en 1984. Dicha ley es un parteaguas en la compresión legal del sector salud en la actualidad.

Del mismo modo, se modificó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en la cual se señaló que los servicios de salud quedaban sectorizados y se dispuso que la Secretaría de Salud sería la dependencia encargada de coordinar estos servicios en cuanto a planeación, cooperación y evaluación.

Mediante la Ley General de Salud se establecieron las bases del Sistema Nacional de Salud y a la conformación de lo que ahora conocemos como Secretaria de Salud. Cabe resaltar la importancia de este periodo ya que fue ahí donde se estableció, casi en su totalidad, las

[25] Las reformas neoliberales llegaron a México al calor de la grave crisis de la deuda externa que vivimos en 1982-1983, al comienzo del régimen de Miguel de la Madrid. Esas reformas cambiaron de ropaje, pero mantuvieron la misma lógica, a lo largo de más de tres décadas (Álvarez, 2018, pág. 41)

condiciones en las que se dirigiría el sector salud a nivel nacional y estatal durante los próximos cuarenta años.

A partir de 1988, la descentralización de los servicios de salud se presentó como un fenómeno paulatino con la intensión de generar una organización más concreta, la cual fomentaría[26] una mejor coordinación por parte de la ahora rectoría de salud, en dimensiones Nacionales – Estatales. Para lo anterior, el Subcomité de Salud y Seguridad Social del comité de Planeación de Desarrollo serviría como coordinador para esta etapa de descentralización.

> Esta etapa se caracteriza por el esfuerzo descentralizador de los servicios a la población abierta, y en materia de modernización administrativa y legislativa de la salud, por medio de la simplificación y racionalización de las infraestructuras, procedimientos y sistemas de gestión, así como la aplicación de nuevos ordenamientos para la descentralización efectiva. (Lopez, 1993, pág. 439)

El nuevo modelo económico empezó a permear las estructuras del sector salud en México, por medio de la formulación de discusiones para reformar al sector mediante la reestructuración de los programas nacionales y la disminución del gasto público destinado a salud.

> Parte central del proyecto de reducir las funciones del Estado afectando el gasto social se gestó y desarrolló bajo la pauta de desmantelar la infraestructura pública, con el argumento de que los servicios sanitarios y los servicios sociales son, en rigor, actividades netamente económicas y, por eso, deben quedar sujetas a las leyes del mercado. (Álvarez, 2018, pág. 93)

Dado lo anterior, en México comienza a forjarse una fuerte política[27] en materia de programas de salud, disminuyendo así, la inversión en instituciones de mayor jerarquía y concentrando sus esfuerzos a zonas periferias, como lo fue el caso del periodo de Salinas de Gortari, en el cual Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) fueron puestos en marcha como programa recomendado por la Organización Panamericana de la Salud para la ampliación de los servicios de salud a zonas periféricas.

[26] Esta parte se da un poco en base a la lógica del modelo neoliberal de quitar fuerza al estado nacional sobre los sectores productivos o de servicios más importantes.
[27] La cual continúo evolucionando durante los siguientes sexenios, cambiando de nombre a los programas sociales y volviéndose cada vez más raquíticos en su accionar.

Este accionar quedó más establecido durante el sexenio de Zedillo, quien basó su sexenio en el Plan Nacional de Desarrollo, en este se propuso incrementar la infraestructura, la continuación de la descentralización de los servicios de salud, el establecimiento del programa de municipios saludables, el paquete básico de servicios de salud, cambios en los esquemas de vacunación y la creación de la Comisión de Arbitraje Médico y la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales.

Durante este mismo sexenio, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) presentó riesgos en materia financiera, ya que tenía muy poca capacidad de inversión y el sistema de pensiones se hallaba en peligro de no poder operar eficientemente, por lo cual, el gobierno se vio forzado a generar una Reforma a la Ley del Seguro Social, que incluyó una mayor aportación de recursos públicos para su sostenimiento. Esta reforma se presentó como la primera gran reforma del IMSS en los tiempos modernos.

La descentralización y la reforma del IMSS para este periodo se vieron acompañadas del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) dirigido a la población del medio rural. El programa combinó el esquema de apoyos monetarios con incentivos financieros dirigidos al capital humano. La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) junto con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la SEP, el IMSS y los gobiernos estatales, colaboraron con la aplicación del nuevo programa social denominado PROGRESA.

El nuevo milenio representó un arduo trabajo en la reestructuración del sector salud, empezando por el año 2001, en donde se modificó la Ley del Seguro Social, en esta se obligó al Consejo Técnico del IMSS a presentar un informe anual en búsqueda de transparencia y modificación al manejo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Hablando de dicho régimen. Ángeles, Diaz, Córdoba y Palencia (2011) mencionan que la reforma presentada en 2004 aborda que: independientemente de cuales sean las condiciones de jubilación para las contrataciones que se realicen después de la entrada en vigor de la reforma, ya no deberá generarse un pasivo laboral no respaldado por activos financieros, y el fondeo del pasivo laboral que en su caso se origine ya no será con cargo a los recursos del IMSS antes señalados.

Al entrar en vigor la Ley del Seguro Social en 2004, es establecido el denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) el cual estaría bajo la tutela de la Secretaría de

Salud. El establecimiento del SPSS se presentó como el mayor "avance" en términos de políticas públicas de salud, ya que esta parte del sector salud, sería la única en la que el gobierno federal dedicaría sus esfuerzos en materia de regulación e inversión.

Durante la administración de Felipe Calderón se presentó una reforma al ISSSTE, quien era la última de las tres grandes instituciones de salud que debía adaptarse ante la precariedad presentada por el sistema de salud mexicano. En dicha reforma se abordó el fortalecimiento de financiamiento colectivo hacia la institución, algo semejante a la reforma del IMSS aplicada años anteriores. Por otra parte, en este mismo sexenio, se intensificó el fortalecimiento del ahora denominado Seguro Popular.

No obstante, la descentralización de los sistemas de salud trajo consigo rupturas internas dentro del mismo sistema, así como la reducción del financiamiento y el debilitamiento del sistema público de salud. Ante la entrada al nuevo sexenio de gobierno, el de Enrique Peña Nieto. Las discusiones en torno a los servicios de salud no se hicieron esperar, específicamente desde dos posturas, la primera de ellas es la que conlleva a la privatización de los servicios de salud mediante un sistema universal.

> Propone que la reforma introduzca la competencia y el mercado en este sector al igual que en el resto de la economía. O sea, es la expresión en salud de la economía neoclásica y la ideología neoliberal ya que introduce la mercantilización en este ámbito cuya importancia económica se explica por el alto porcentaje del PIB que le corresponde. Para ello opta por el aseguramiento con múltiples administradores de fondos/compradores de servicios y proveedores de los servicios y la canalización de cuantiosos subsidios fiscales para sostenerlo (Laurell, 2012, pág. 1)

El gobierno de Enrique Peña Nieto mantuvo las políticas sociales en materia de fortalecer, mediante el financiamiento, al Seguro Popular. Las demandas sociales que se presentaron durante este periodo tuvieron su origen en las movilizaciones de los trabajadores de la salud, específicamente, de los enfermeros y médicos.

La reforma a la salud llevada a cabo en 2016 determinó que el gobierno federal se enfocaría a expandir el financiamiento del Seguro Popular, dejando de lado las demandas sociales en materia de salud y los problemas que se presentaban ya dentro de la misma institución.

El último movimiento dentro del sector salud durante este periodo neoliberal, se dio también en 2016, con la publicación de una "Iniciativa de Decreto Presidencial" para modificar la Ley General de Salud, en el capítulo que se refiere al papel de la CONAMED, la cual buscó llevar la relación médico-paciente-enfermera hacia ámbitos judiciales, generando la confianza de los usuarios o derechohabientes hacia las y los trabajadores de la salud[28].

A finales del año 2018, la entrada al poder por parte de Andrés Manuel López Obrador planteó un nuevo panorama político-económico, donde las visiones de privatización y políticas neoliberales no serían más la guía del gobierno. El plan de gobierno involucró el fortalecimiento de la inversión y trabajo en las instituciones más importantes a nivel nacional, rectificando el camino hacia la salud Pública.

En 2019, el primer gran cambio llegó al denominado "Seguro Popular", el cual pasó a ser el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), definiéndose que, a diferencia del antecesor, en este instituto la atención se volvió totalmente gratuita en el primer y segundo nivel, es decir en los centros de salud y hospitales generales. No obstante, la descentralización del sector permitió que varios Estados de la república tomarán la decisión de no aceptar la adecuación a este sistema. Por último, durante el transcurso de 2020, la inversión al Sector Salud se potencializa, ya que la pandemia de COVID-19 obligó a la modificación de todos los presupuestos y al mantenimiento obligado del sector en México.

1.3.3 Marco legal

La rectoría de los servicios de salud en México está establecida en la Secretaría de Salud nacional, la cual encabeza el presidente de la república, no obstante, los procesos de descentralización vividos en la década de los noventas generaron el establecimiento de 32 autoridades máximas dentro de la salud. Es decir; cada estado tiene libertad de manejar sus sectores de salud bajo los parámetros establecidos a nivel nacional (secretaría de salud y de la república). Para el sector salud nacional, son tres parámetros los que incumben en materia legal:

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: publicada en el diario oficial de la federación el 5 de febrero de 1917.

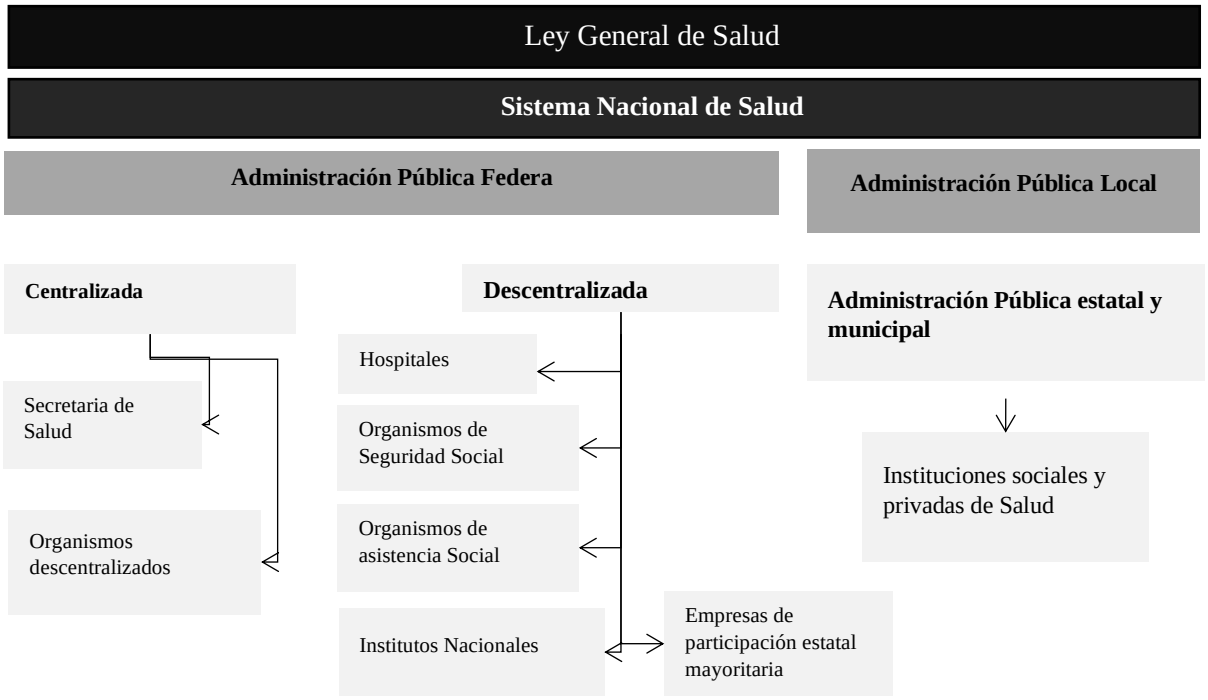
[28] Este fue tomado como una medida para recriminar las demandas de las movilizaciones de salud que se dieron tras el movimiento #YoSoy17.

- La Ley General de Salud: publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 establece los parámetros de funcionamiento del sector salud en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal: publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 1976 y de la cual la Secretaría de Salud sigue las normas establecidas en materia de financiamiento y administración.

La constitución mexicana establece dentro de los artículos 4°, 73° y 132° todo lo relacionado en materia de derechos de salud. Derivada de estos artículos, especialmente del 4° constitucional, aparece La ley general de Salud, la cual determina la administración del sector salud en los siguientes bloques: la administración Pública Federal y Local (Esquema 1.2).

Esquema 1.2

Organización de la Ley General de Salud 2012 - 2019



Fuente: Elaboración propia en base a (Chavez & Padilla, 2013)

Dentro de la administración pública federal se puede encontrar el factor de descentralización de los servicios de salud, que corresponde a hospitales, organismos de seguridad social, de asistencia social, institutos nacionales y en específico a todo el sector privado. Por su parte, la centralización corresponde solo a la Secretaría de Salud y a organismos propios de ella que están descentralizados. La administración pública local reconoce a las

administraciones estatales y municipales, así como a sus instituciones sociales y privadas de la salud.

1.3.4 Estructura nacional del sector salud

A nivel general se puede lograr identificar dos grandes bloques que conforman al sector salud mexicano[29]: sector público/social y al sector privado. Ambos sectores se relacionan con un sinfín de elementos y cadenas de insumos[30] que trabajan al margen de la Secretaría de Salud (Esquema 1.3, ver pág. 25).

El sector público comprende dos vertientes, la primera es la "Seguridad social" que atiende principalmente a los trabajadores asalariados y jubilados, la segunda es el "Seguro Popular de Salud" (INSABI a partir de 2019) que da servicio básico a cualquier persona sin cobertura médica. Las instituciones que conforman la Seguridad Social son: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros[31].

Las instituciones antes señaladas prestan sus servicios también para cubrir parte de lo que ofrece el Seguridad Pública Social[32] (SPS) por medio de la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El IMSS cuenta con un régimen obligatorio y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y el seguro de guardería entre otros.

El ISSSTE por su parte, da atención a todos los empleados del gobierno, los pensionados y jubilados, cuentan con un conjunto de beneficios similares a los que ofrece el IMSS. Su seguro

[29] Cabe la aclaración de que: En este apartado se realiza un acercamiento a la estructura de salud presentada durante el periodo 2012 – 2018, ya que algunos de los organismos aquí presentados han cambiado de nombre e incluso se han incluido nuevos, no obstante, para criterios de la investigación, solo se retoman los establecidos en el periodo antes señalado.

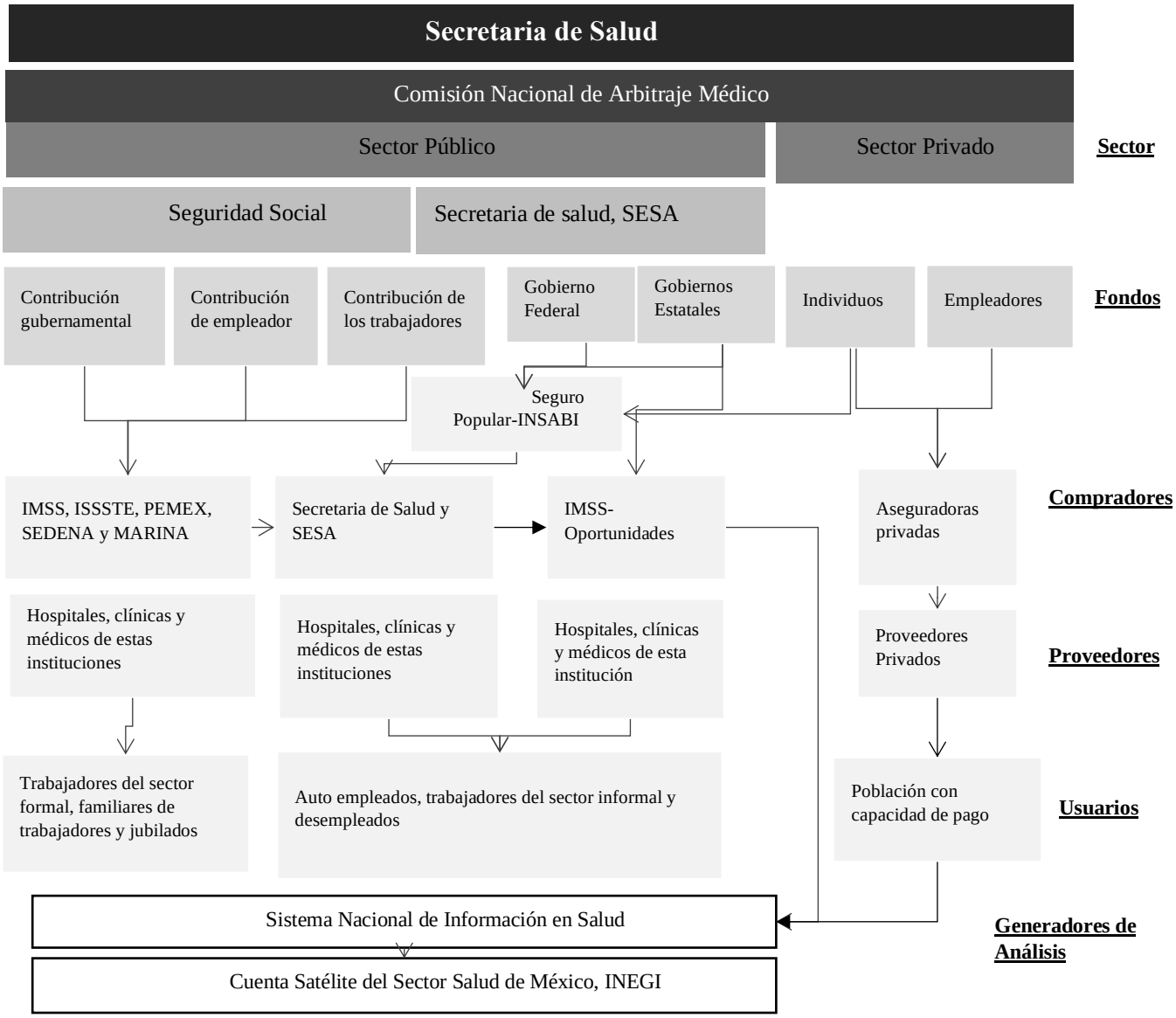
[30] Dichos elementos solo serán retomados a partir del análisis del nivel meso que propone el enfoque de competitividad sistémica.

[31] Surge posteriormente diversas instituciones como los servicios universitarios hospitalarios o como El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

[32] Para el periodo abordado, será señalado como Seguro Popular (SP)

de salud garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, de rehabilitación física y rehabilitación mental.

Esquema 1.3
Estructura general del Sector Salud mexicano 2012 - 2019



Fuente: Elaboración propia en base a (Gómez, y otros, 2011)

Por parte de PEMEX, SEDENA y SEMAR, sus asegurados cuentan con beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE, incluyendo atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles; cobertura farmacéutica y de rehabilitación; seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.

El “Seguro Popular de Salud”, que es conocido durante este periodo como “Seguro Popular” (ahora INSABI) es dirigido a la población que cubre la Secretaria de Salud y SESA, la cual es atendida en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El Seguro Popular se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares (esta parte fue modificada en 2019 con el fin de que las familias ya no dieran cuotas individuales), y compra servicios de salud para sus afiliados a la Secretaría de Salud y a los SESA.

La población no asegurada que atiende el SESA recibe los servicios ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones en las grandes ciudades. El IMSS-O como parte de este conjunto de atenciones, ofrece servicios sobre todo en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. El sector privado comprende a todas las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, dirigen su atención al mercado de población con altos ingresos.

Dentro de este sistema, también existen comisiones e instituciones que tratan de regular ciertas problemáticas que se desenvuelven dentro del sector. Por esta razón existe La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) quien juega el papel de resolver problemas entre usuarios y prestadores de servicios derivados de atenciones médicas o malas prácticas. También se puede encontrar a la Comisión Nacional de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).

En materia de datos y estadísticas se presenta El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) quien lleva el control de información referida a nacimientos, muertes, casos de enfermedad, recursos financieros, recursos humanos, recursos materiales, infraestructura y servicios.

El SINAIS tiene varios subsistemas como parte de su estructura organizacional, como lo son: el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y el Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud. Por otra parte, la Secretaría de Salud cuenta con 12 Institutos Nacionales de Salud y diversos centros de investigación del IMSS, en donde se lleva a cabo este tipo de investigaciones también,

respaldados por una institución clave en investigación como lo es el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Para la generación de análisis económicos, el desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud, los programas prioritarios, y los servicios personales y de salud pública y la Rendición de Cuentas, existen dos fuentes fundamentales en las cuales se basa esta estructura de salud: la Dirección General de Información en Salud que está bajo la rectoría de la Secretaría de Salud y el INEGI el cual rige sus análisis, principalmente bajo los estándares Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte 2013.

1.3.4.1 Otros factores involucrados en el área de la salud

La estructura del sector salud, mencionada en el apartado anterior, aborda las principales instituciones y organismos que giran en torno a los servicios de salud en México. Dicha estructura se presenta como el eje oficial y fundamental del sector, no obstante, es necesario recalcar que el sector es un sistema amplio y complejo[33].

El enfoque de competitividad sistémica señala que, dentro de un sistema productivo (en este caso el sistema de servicios de la salud), se pueden identificar factores sociales, territoriales, políticos, tecnológicos y económicos, que influyen directamente al desarrollo del sector, ya sea en materia de: población, empresas, trabajadores o insumos para los servicios de salud (por mencionar algunos). Y que, a su vez, dentro de la relación de estos factores se pueden focalizar más fácilmente las ventajas y oportunidades de la región y sector analizado.

De una manera un poco independiente a la SSA, El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta una Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) que comprende el conjunto de bienes y servicios dedicados a la prevención, rehabilitación y mantenimiento de la salud.

El INEGI, a través del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN) 2018, clasifica los servicios de la salud en el sector 62 como Servicios de Salud y Asistencia Social, este sector comprende unidades económicas dedicadas a proporcionar

[33] Esta definición se basa en múltiples estudios en materia del sector salud, sin embargo se trata de tener presente la siguiente determinación establecida por Toro Palacio y Ochoa Jaramillo: Se sugiere pensar en la salud y en la prestación de servicios en el sector como sistemas complejos adaptativos, y proseguir el diálogo con la naturaleza sirviéndonos de la nueva racionalidad y estrenando modelos mentales e instrumentales (Toro-Palacio & Ochóa-Jaramillo, 2012, pág. 164)

servicios de cuidados de la salud y asistencia social. Es pertinente aclarar que varias de estas no se ubican dentro de las instituciones de salud pública, por lo cual se pueden identificar unidades económicas del sector privado como: laboratorios, clínicas, consultorios dentales, etc.

El Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) reconocer dentro de las industrias manufactureras a las unidades económicas de fabricación de equipo y material para uso médico, dental y para laboratorio. También se reconoce al comercio al por menor y al comercio al por mayor dentro de la compra y venta de insumos y materiales de farmacia u ortopédicos.

Por otra parte, también se reconoce que dentro del sector salud existen sindicatos de trabajadores del área de la salud, colegios y ONG, comandados por expertos del área de la salud, quienes se encuentran en constantes diálogos e investigaciones para el mejoramiento de las problemáticas presentadas dentro del sector en regiones determinadas,

El sector de la educación, específicamente las universidades, se presenta como el principal generador de mano de obra calificada para el sector, así como un eje clave en la innovación e investigación de esta área. Las comunidades de pueblos originarios presentan también un sector a incluir dentro del apartado de cooperación ya que son grupos vulnerables y al mismo tiempo nuevos agentes que, de acuerdo a sus organizaciones, van volviendo más amplia la labor del sector.

1.4 PERSPECTIVA GENERAL

El presente capítulo abordó de una manera amplia las teorías de Desarrollo con el fin de adaptar el enfoque de Competitividad Sistémica al análisis del Sector Salud del estado de Puebla. A la par, se realizó una revisión a la evolución histórica del sector, así como a sus múltiples definiciones y cuestiones legales, buscando un acercamiento al estudio de este.

Todo lo anterior permitió el entendimiento del sector como un sistema amplio y complejo, en el cual se involucran diversas instituciones y actores en un territorio para el funcionamiento de los servicios de salud.

Por lo tanto, es pertinente cerrar este apartado con la exposición de un esquema formulado a partir de los cuatro niveles analíticos que propone el enfoque de competitividad sistémica, adaptados al sector salud del estado de Puebla (Esquema 1.4, ver pág. 29).

Esquema 1.4

Análisis bajo la estructura de competitividad Sistémica

Nivel analítico	Puntos que revisar
Nivel Meta	• Estructura de la Secretaría de Salud Estatal • Estructura del sector a nivel público-privado • Políticas y programas de salud • Reconocimiento de diversos actores
Nivel Macro	• Marco económicas del País: Reformas estructurales, PIB, INPC, Tipo de cambio, Gasto social en OCDE, Gasto Público en salud, % del sector al PIB, Puestos de Trabajo en salud. • Marco de salud a nivel Nacional y Estatal: Demografía, Mortalidad, Pobreza, Afiliación, Financiamiento, Gasto en Hogares
Nivel Micro	• Industria Manufacturera - Ramo 3391 • Servicios de salud – Ramo 62 • Comercio – Insumos y farmacias • Colegios y ONG • Sindicatos • Universidades • Personal Médico en el Estado • Comunidades
Nivel Meso	• Planes de desarrollo – Salud • Visiones críticas de la salud y el Seguro Popular • Movimientos y Demandas Sociales • Modelo económico: neoliberalismo

Fuente: Elaboración propia en base a los niveles analíticos del enfoque de competitividad Sistémica 2020

CAPÍTULO 2 – ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN PUEBLA

En el presente capítulo se aborda un análisis de los cuatro niveles analíticos establecidos por el enfoque de competitividad sistémica (nivel meta económico, nivel macroeconómico, nivel microeconómico y nivel meso económico), con el fin de reconocer las condiciones generales en las que encuentra el sector salud en Puebla.

Para la revisión de estos niveles analíticos se implementa el uso de estadísticos representados por medio de tablas, gráficos, mapas, esquemas y demás herramientas. Cabe señalar que dicha información es recabada a partir de informes o cuentas de diversas instituciones oficiales, correspondiente al periodo de tiempo 2012 – 2019, tanto a nivel nacional como estatal.

2.1 PRESENTACIÓN DEL SECTOR EN LA REGIÓN

El presente apartado aborda el nivel analítico "meta-económico" propuesto por el enfoque de competitividad sistémica[34], con el fin de identificar los parámetros generales en los que se desarrolla el sector salud en el estado de Puebla, es decir; los esquemas de organización y las estructuras existentes, así como el reconocimiento de las limitaciones legales, estructuras y demás variables pertinentes que permitan aclarar el panorama en materia del sector dentro del estado.

Los servicios de salud en México están precedidos por el sector salud. El cual se presenta como un sistema amplio y complejo[35], conformado por dos grandes bloques: el sector público y el privado. Dichos bloques, se ven rodeados de un sinfín de actores[36], instituciones y variables

[34] Como menciona Bermeo (2018) Este nivel contiene: Factores socioculturales, Escala de valores, Patrones básicos de organización, Política, jurídica y económica, Capacidad estratégica y política

[35] No se puede cuestionar el avance del conocimiento sanitario y de todas las ciencias relacionadas, ni que el enfoque sistémico ha coadyuvado al progreso de la humanidad. Sin embargo, sigue habiendo preguntas científicas aún sin respuesta, perplejidades hasta ahora no abordadas ni explicadas desde la perspectiva clásica. Se han encontrado algunas respuestas en la nueva ciencia de la complejidad, campo al que nos referiremos en forma general, con potencial aplicación específica al sector de la salud (Toro-Palacio & Ochóa-Jaramillo, 2012, pág. 161)

[36] El establecimiento de estos mismos se puede encontrar en el capítulo 1 apartado 1.2.4

que determinan las condiciones en las que se reproduce el sector a escala nacional, regional (en algunos casos) estatal y municipal[37].

El funcionamiento de los servicios de salud a nivel nacional está basado en lo establecido por la ley general de salud, la cual se desarrolla a partir de los artículos 4°, 73° y 132° de la constitución mexicana y lo establecido dentro de la Ley General de Salud. El sector salud está regido por la secretaría de salud que, en orden jerárquico, establece su estructura de la siguiente forma: el presidente de la república como la máxima autoridad sanitaria del país, seguido por el consejo de salubridad general, por abajo se encuentra el secretario de salud y, por último, los gobiernos estatales[38].

Al ser un sector descentralizado, los gobiernos estatales tienen un margen de acción que les permite establecer y administrar sus servicios de salud de acuerdo a las necesidades y particularidades que presenten, esto, sin dejar de acatar las condiciones generales que establece la Secretaría de Salud a nivel nacional, así como la reglamentación de cada una de las instituciones presentes en el sector.

2.1.1 Estructura en Puebla

A nivel regional, las estructuras de los sectores de salud suelen ser más amplias que la visualizada nacionalmente, esto se entiende dada la condición de descentralización que tiene el sector, la cual dota de capacidad a los estados de generar mecanismos de organización y coordinación locales – municipales, para la protección y cuidado de la salud pública en sus territorios.

El sector salud en Puebla, replica la estructura del sector a nivel nacional y la nutre por medio de otras secretarías e instituciones encargadas de problemáticas particulares del estado, referentes al cuidado y protección de la salud. Para explicar las condiciones estructurales en las que se desenvolvió el sector salud en el estado de Puebla durante el periodo 2012 – 2019, es pertinente la revisión de cuatro puntos principales:

[37] Del CEESES se rescata una visión más crítica en la definición del sector la cual apunta a que: El sector salud de México es complejo y fragmentado y ofrece una protección incompleta y desigual a la población, lo cual además limita la continuidad en la atención (CEESES, 2010, pág. 19)

[38] Cabe señalar que, los gobiernos municipales, no presentan una fuerte injerencia para el sector, ya que las instituciones públicas y privadas responden al orden de las instituciones regionales/estatales, así como al gobierno estatal, por ende, el papel de estos gobiernos queda en la generación de condiciones necesarias para el cuidado y prevención de la salud.

- La planeación dentro del sector: planes de desarrollo y coordinación
- La coordinación de la Secretaría de Salud Estatal
- El nivel público/privado: reconocimiento de instituciones pública y privadas que actúan en el estado
- Las nuevas condiciones de competitividad: reconcomiendo de diversas variables que nutren al sector.

La primera parte de esta explicación corresponde a la planeación del sector en el estado de Puebla, para esto se tiene que reconocer que, durante los últimos gobiernos nacionales y estatales, todas las acciones previstas en materia de salud (inversión, infraestructura, financiamiento, atención, etc.) se suscriben en los planes de desarrollo económico que son presentado al inicio de cada periodo de gobernanza[39].

Durante el periodo de tiempo 2012 - 2018, Puebla tuvo dos gobernadores: Rafael Moreno Valle Rosas (2011 – 2017) y José Antonio Gali Fayad (2017 – 2018), quiénes fueron los encargados directos a nivel estatal, de establecer las condiciones en las que se desarrolló el sector salud, así como los servicios de salud.

Para el periodo 2018 – 2019, las condiciones políticas en Puebla fueron condicionadas por el fallecimiento de la gobernadora Martha Érika Alonso Hidalgo a pocos días de su toma de protesta, por lo cual, se estableció un interinato en Puebla que concluyó en la toma de posesión del Gobernador Luis Miguel Gerónimo Barbosa Huerta el primero de agosto de 2019, tras un periodo de elecciones.

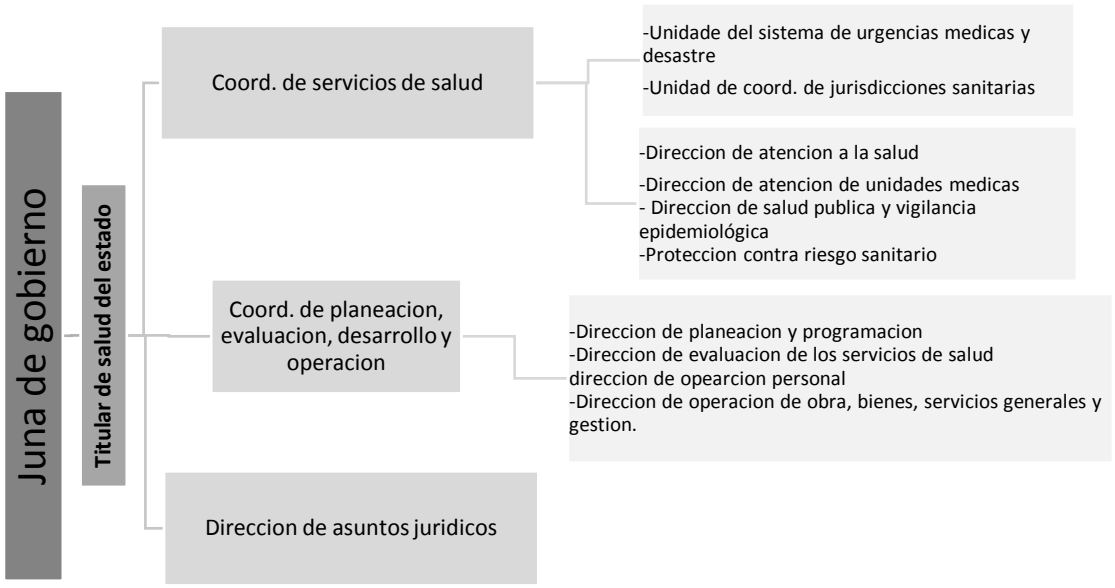
Por dicha situación, resultan casi nulas las modificaciones estructurales hechas para el área de la Salud durante el año 2019, específicamente por parte del Gobierno Estatal. Por lo tanto, la revisión de las siguientes condiciones se basará a partir de lo establecido durante el periodo 2012 – 2018, asumiendo la continuidad de estas durante el año 2019. Cabe señalar que la importancia del Gobernador Estatal radica en su papel como máxima autoridad sanitaria del Estado. Ya que, al ser un sector descentralizado, cada región toma, a partir de sus condiciones, la decisión en materia de políticas y administración del sector.

[39] Cabe señalar que, en México, existen estados que no solo se organizan a partir de los planes de desarrollo, sino que, al contar con otro tipo de estructuras, empresariales o sociales, como los clústeres de salud, tienden a realizar su planeación en otros sentidos.

Durante el periodo establecido, la planificación de los servicios de salud fue realizada por medio del Plan Estatal de Desarrollo y los Programas Sectoriales de Salud (anexo A), los cuales, no estuvieron apartados de la planificación del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud Federal. Aunado a esto, se presentó un programa Anual de Servicios de salud, en donde se reiteró las principales problemáticas y metas a cumplir.

Para Puebla, la Secretaría de Salud del Estado se establece como el máximo eje rector de los servicios de salud en la entidad y está coordinada por la honorable junta de gobierno, encabezada por el gobernador de puebla y el titular de salud del estado (Esquema 2.5)

Esquema 2.5
Organigrama de la Secretaría de Salud de Puebla 2012 - 2019



Fuente: Elaboración propia en base a los organigramas de la secretaría de salud 2018

Con respecto al sector público y privado dentro de los servicios de salud del sector, se puede decir que estos sectores se encuentran por debajo de la Secretaría de Salud. Por parte del sector público, se puede reconocer que las instituciones que ofrecen sus servicios de salud se regionalizan y que al igual que a nivel nacional, las instituciones que mayor cobertura presentan a nivel estatal son: IMSS, ISSSTEP y Seguro Popular.

El ISSSTE da servicios en el estado de Puebla y se deriva de este el ISSSTEP quien se presenta como institución estatal. Por su parte el IMSS se reconoce regionalmente como Delegación Estatal Puebla IMSS. Por otra parte, los servicios como el Seguro Popular o los

centros de atención de las fuerzas armadas [40] y Pemex son catalogados como unidades regionales/estatales.

En general, las unidades médicas que son pertenecientes a estas instituciones cuentan con directores generales que son los encargados de establecer la coordinación con el resto de las unidades de dichas instituciones a nivel regional. Que a su vez tienen relación directa con la institución a nivel estatal. Por otra parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral (DIF) y la Cruz Roja, se presentan como delegaciones estatales. Los hospitales universitarios, son presentados como locales totalmente y dependen ampliamente de la universidad.

Cabe mencionar que la intención de regionalizar las instituciones del sector público es, en teoría, mejorar las condiciones administrativas y de cobertura que tienen, sin separarse nunca, de lo establecido por cada una de las instituciones a nivel nacional y estas a su vez por el sector salud comandado por la Secretaría de Salud.

En lo que compete al sector Privado, se pueden identificar grandes diferencias de las estructuras a nivel nacional, ya que existen un sinfín de nuevos servicios pertenecientes al área de la salud, más allá de los hospitales privados que tienen coordinación con la Secretaría de Salud. Esta parte resulta relevante ya que Puebla puede contar o generar servicios que en otros estados del sur del país no se encuentran.

Es pertinente señalar que en Puebla hay una diversidad de actores involucrados en el área de la salud, como lo son: laboratorios, especialistas, asociaciones, clínicas, farmacéuticas, y empresas encargadas del suministro a nivel comercio y manufactura, etc. Por otra parte, el estado cuenta con universidades públicas y privadas que dan cabida a una gran cantidad de estudiantes del área de la salud.

El estado presenta grupos vulnerables como las personas del sector informal, desempleados, población en extrema pobreza y se añade un aspecto que pocas veces se toma en cuenta dentro de la planeación de los servicios de salud, que son los pueblos originarios que se encuentran ubicados dentro del territorio de poblano ya. Es sin duda, esta demanda social de los servicios de salud quien también tiene un peso específico en el comportamiento y organización del sector salud en el estado.

[40] En este caso, la marina no tiene instalaciones en el estado de Puebla.

2.2 CONDICIONES DE ECONOMÍA Y SALUD

En el presente apartado aborda el nivel analítico macroeconómico[41], el cual se presenta como una revisión de las variables económicas que permite entender las condiciones generales en las que se desenvuelve el sector salud en México. No obstante, en este apartado se vuelve pertinente nutrir al nivel analítico con una visión no solo económica, sino descriptiva en materia de salud, con el fin de generar un panorama más amplio para la investigación.

2.2.1 Marco económico

El regreso al poder por parte del Partido Revolucionario Institucional en 2012 no representó como tal un cambio económico en el modelo neoliberal, ya que la idea central de la reducción del estado en aspectos económicos se fortaleció por medio de diversas reformas estructurales.

Tras la toma de poder del presidente Enrique Peña Nieto, se logró firmar un acuerdo común entre diversos partidos políticos denominado "Pacto por México", el cual representó, entre otras cosas, la organización y coordinación por parte de diversas bancadas políticas para el impulso de reformas estructurales, de las cuales se esperaría generar un impulso en materia de producción y crecimiento que se vería reflejado en variables como el PIB, empleo, tipo de cambio e inflación.

> El "Pacto por México", un gran acuerdo político entre los principales partidos en el Congreso que se originó por la voluntad explícita de cambiar de fondo al país que, en 2012, permitió la creación de un paquete de 11 Reformas Estructurales que persiguen tres grandes objetivos: 1) elevar la productividad del país para impulsar el crecimiento económico, 2) fortalecer y ampliar los derechos de los mexicanos y, 3) afianzar el régimen democrático y de libertades. (SRI, 2016, pág. 1)

La ejecución de las reformas energética, de competencia económica, de telecomunicaciones, la hacendaria, la financiera, la laboral, la educativa, la nueva ley de amparo y el político electoral, permitieron al gobierno plantear un panorama de rápido crecimiento que

[41] Incluye la vinculación de la estabilización económica y liberalización, con la capacidad de transformación. Compuesto por las condiciones macroeconómicas estables, particularmente una política cambiaria realista y una política comercial que estimule la industria local (Bermeo, 2018, pág. 6)

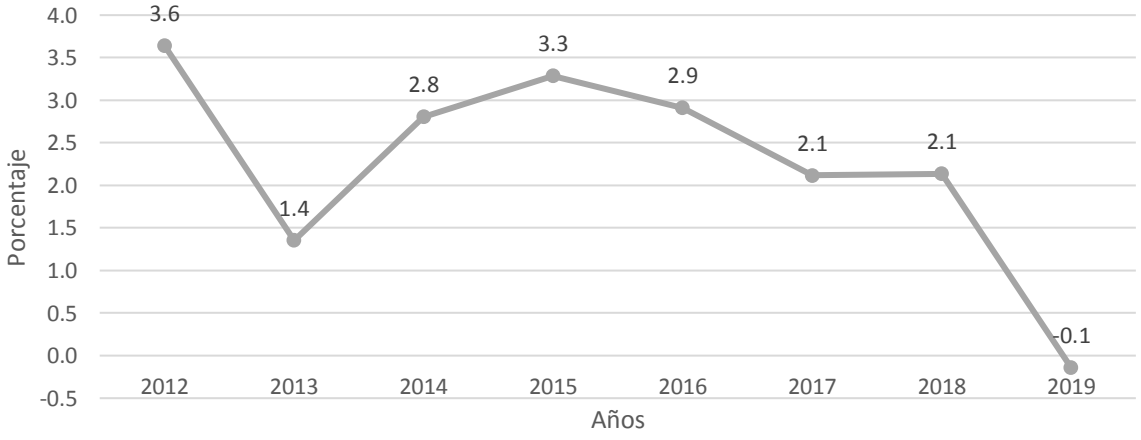
se vería reflejado en porcentajes del PIB de 5.3%, superando la máxima histórica durante los veinte años anteriores de aproximadamente 2.5%.

Sin embargo, esta situación no ocurrió de acuerdo a como se había planeado, ya que los beneficios esperados por dichas reformas no llegaron a rebasar el 60% de lo esperado, generando condiciones semejantes a las presentadas por gobiernos pasados y poniendo en juicio la aplicación de reformas estructurales y de fondo, la crítica al modelo económico.

Según el Banco Mundial, el porcentaje del crecimiento del PIB anual nacional, en el cual se puede apreciar que en promedio durante el sexenio se logró el crecimiento del PIB de 2.6% reflejando una disminución del crecimiento a partir del año 2016. Dicha situación afectó al grado de encontrarse en números negativos durante el primer año del mandato del presidente Andrés Manuel López Obrador (Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1

Crecimiento del PIB (% anual) México 2012 – 2019



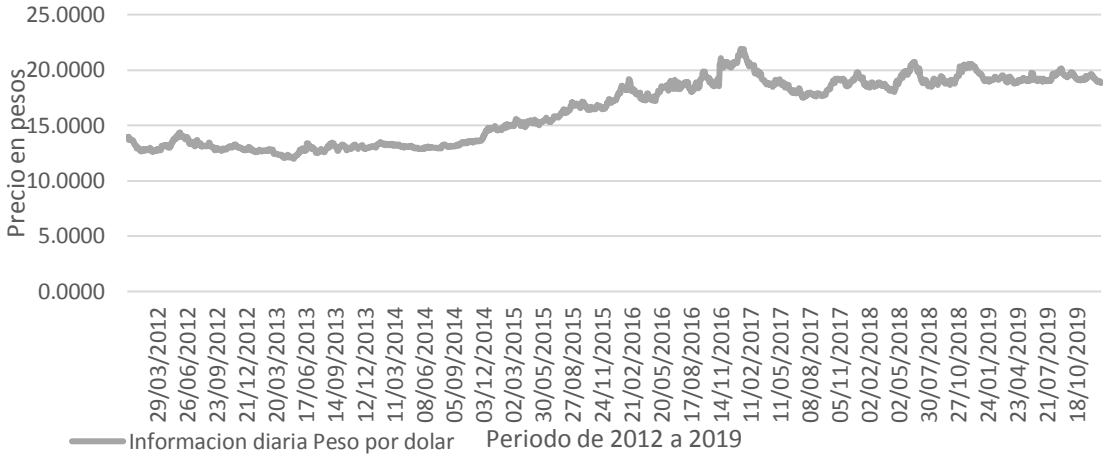
Fuente: Elaboración propia en base a las cuentas nacionales del Banco Mundial 2020

Es evidente que las condiciones productivas nacionales se fueron a la baja durante este periodo, no obstante, habrá que tomar en cuenta que la economía mexicana se enfrentó durante sus últimos años a la renegociación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) lo cual detuvo sustancialmente la comercialización y producción de diversas industrias. De hecho, esta situación fue arrastrada hasta mediados del año 2020 en el que se logra reactivar el Tratado Comercial.

La teoría de competitividad sistémica señala que una economía sana y competitiva presenta condiciones de tipo de cambio controladas y estables, no obstante, esta situación no fue la ideal en el país durante el periodo analizado, ya que el Banco de México reportó que las condiciones de tipo de cambio fueron perjudiciales para la economía mexicana, las cuales pasaron de ser entre 12 y 14 pesos por dólar, a precios históricos que rebasaron los 20 pesos por dólar, logrando su estabilidad de 18 pesos por dólar hasta el año 2019 (Gráfico 2.2).

Gráfico 2.2

Tipo de cambio (FIX) para el periodo 2012 – 2019

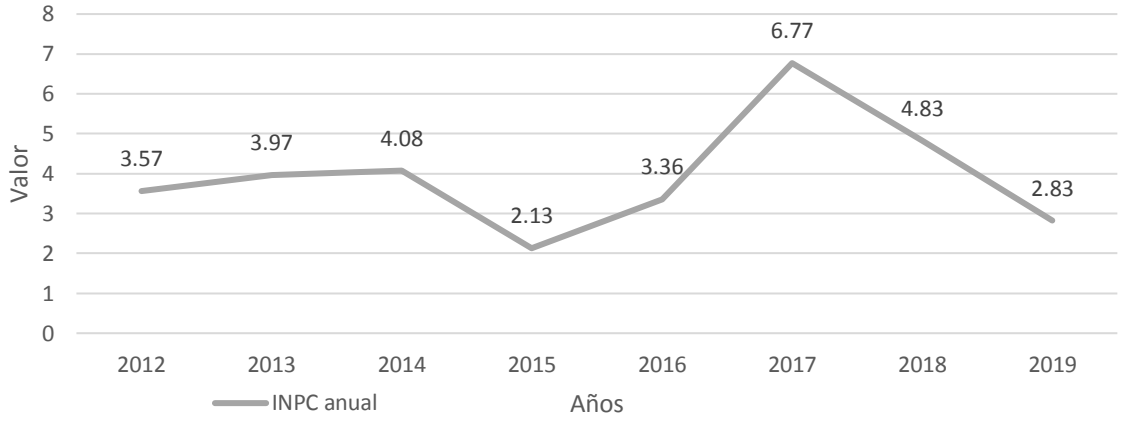


Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el Sistema de información económica del Banco de México 2020.

Una situación fue verdaderamente difícil para la economía nacional, ya que implicó un encarecimiento en la importación de mercancías e insumos. Las recomendaciones de la teoría de competitividad sistémica son claras ante una economía con políticas neoliberales, no obstante, el esfuerzo por mantener estas variables en control no aplicó como tal durante el gobierno, por lo cual podemos ver un comportamiento que no es ajeno a las siguientes variables a analizar.

Al igual que el tipo de cambio, el efecto inflacionario es una de las variables económicas que deberían mantenerse en control, no obstante, durante el periodo analizado, dicha variable fue sumamente inestable y afectó directamente el bolsillo de los ciudadanos. Como lo marca el Banco de México a partir del año 2017 la inflación se elevó hasta 6.77%, sin embargo, en general el promedio inflacionario fue de 5.2%, algo que supera a la meta que se estableció para ese periodo, la cual rondaba con un máximo de 3% (Gráfico 2.3, ver pág. 38).

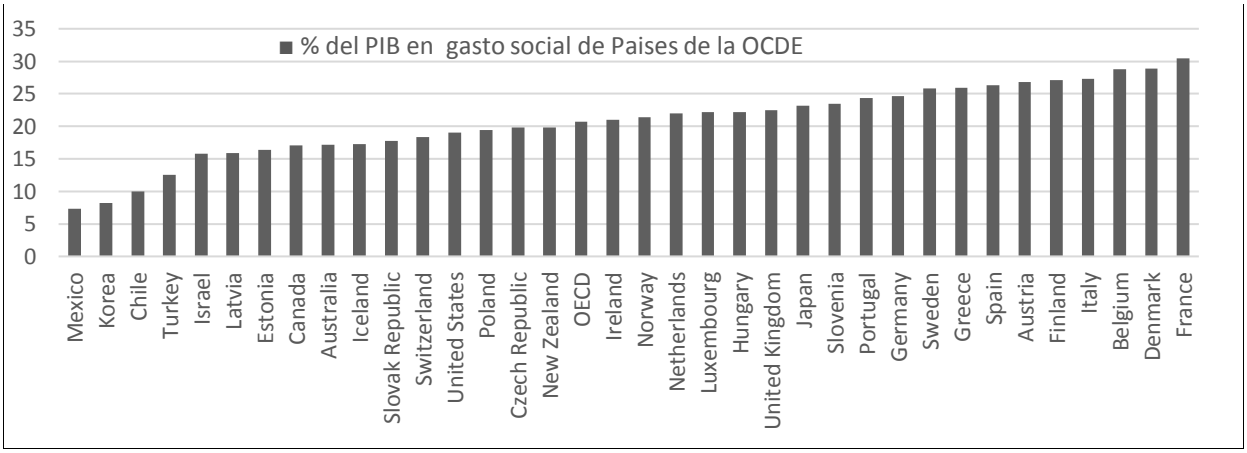
Gráfico 2.3
INPC índice general (% anual) 2012 – 2019



Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el Sistema de información económica del Banco de México 2020.

Aunado al PIB, inflación y tipo de cambio, una de las condiciones económicas que señala el enfoque teórico como deseables, es la reducción del gasto por parte del gobierno en actividades no esenciales, lo cual generaría una concentración del gasto del gobierno en actividades o sectores esencialmente de índole social. No obstante, según los datos de la OCDE en materia del gasto público social, México ocupó el último lugar dentro de los países miembros de la organización (Gráfico 2.4).

Gráfico 2.4
Gasto Social Países de la OCDE 2017



Fuente: Elaboración propia en base a la cuenta presentada por OCDE como Gasto público social 2017

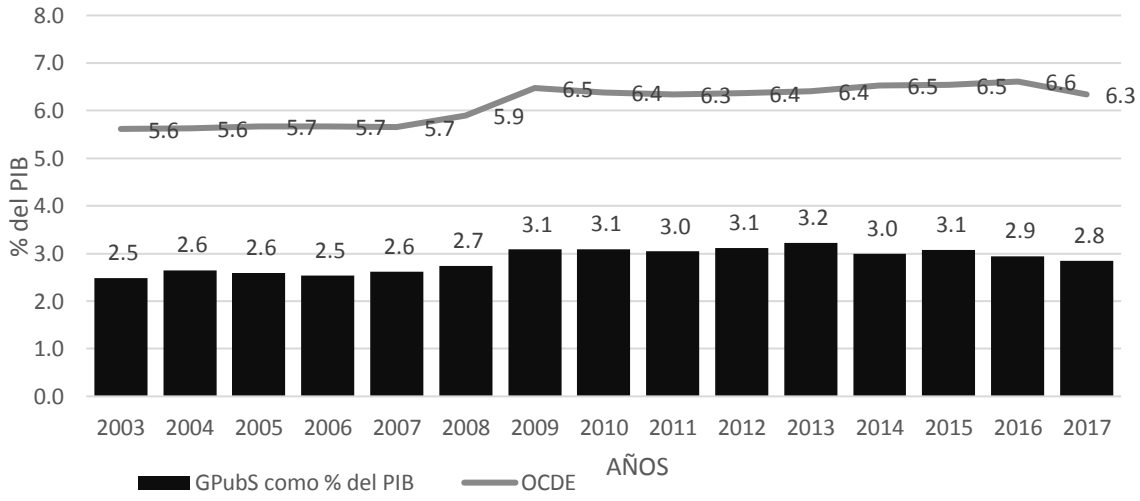
La OCDE señala que el gasto social representa en promedio el 21% del PIB de los países, en este aspecto, Francia es el país que mayor gasto como porcentaje del PIB, pues tiene un

30.4%, por su parte, países de América como Estados Unidos, Canadá y Chile, tienen el 19%, 17% y el 10% respectivamente, sin embargo, México ocupa el último lugar con un 7.3%.

Por su parte, la Secretaría de Salud federal publica una cuenta del Gasto en Salud, en dicha información se tabulan diversos tipos de ingresos y condiciones que presenta la seguridad pública y privada. En dicha cuenta se estima que el Gasto Público en Salud a escala Nacional (Gráfico 2.5), se mantuvo rondando un 3% del PIB y cabe señalar que gran parte de este financiamiento se dirigió al Seguro Popular.

Gráfico 2.5

Gasto Público en Salud Nacional como % del PIB, serie 2003 - 2017

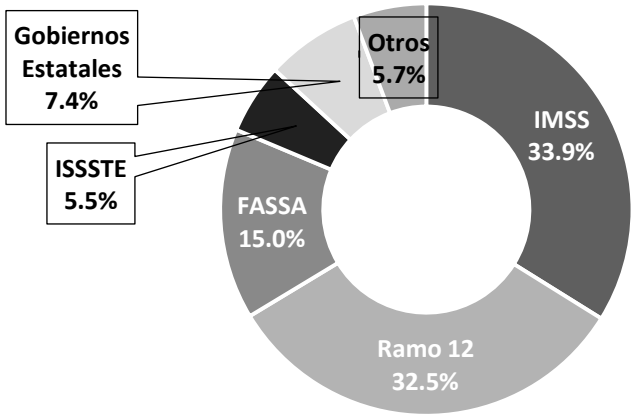


Fuente: Elaboración propia en base a la Secretaría de Salud, Gasto en Salud en el Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2020.

Por su parte, para el año 2017 en Puebla, el gasto público en salud se concentró principalmente en el IMSS y el ramo 12 que corresponde a todos los programas Federales y Estatales en materia de atención a la salud (Gráfico 2.6, ver pág. 40). Además, el gasto público en salud para la población sin seguridad fue financiado en Puebla, mayormente por los recursos federales, a través de los diversos programas y el financiamiento al Seguro Popular (Gráfico 2.7, ver pág. 40)

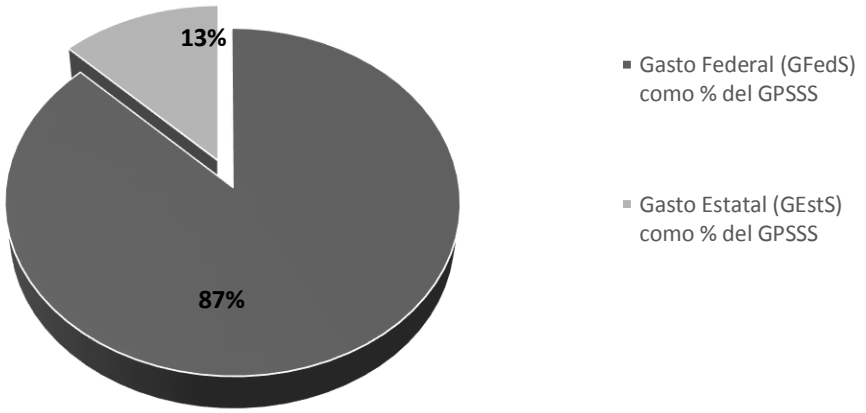
Entendiendo que los servicios de salud pueden generar una aportación a la economía nacional, es decir; considerarse un sector económico. Se da revisión del porcentaje del PIB que genera el Sector Salud a nivel nacional, esto por medio del sistema de cuentas nacionales que presenta INEGI, con cierre al año 2018.

Gráfico 2.6
Puebla, Gasto Público en Salud por Agente financiador 2017



*OTROS incluye el gasto ejercido de las Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSES), SEDENA, ISSFAM, SEMAR, PEMEX y el Programa IMSS-Prospera.
Fuente: Elaboración propia en base a la Secretaría de Salud, Gasto en Salud en el Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2020.

Gráfico 2.7
Puebla, Gasto Público en salud para la población sin seguridad social 2017



Fuente: Elaboración propia en base a la Secretaría de Salud, Gasto en Salud en el Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2020.

La participación porcentual del Sector Salud Nacional con respecto al PIB fue de 5.7% (Cuadro 2.2, ver pág. 41), una cifra realmente baja, entendiendo que a escala mundial los servicios de salud suelen ser parte de las necesidades básicas de la población. Parte de este porcentaje respecto al PIB se encuentra en los servicios hospitalarios, valores del trabajo no remunerado y en los bienes y servicios conexos. Por debajo de estos tres se encuentran los servicios médicos de atención ambulatoria y la administración de la salud pública.

Cuadro 2.2

Participación porcentual del Sector Salud Nacional con respecto al PIB, 2018

	Participación porcentual respecto del PIB Nacional	Distribución Porcentual
PIB ampliado del sector salud	5.7	100
PIB de actividades económicas del sector salud	4.1	71.9
Impuestos a los productos netos de subsidios del sector salud	0.2	3.4
Servicios médicos de atención ambulatoria	0.9	16.4
Servicios hospitalarios	1.1	19.6
Centros y residencias para el cuidado de la salud	0.04	0.6
Actividades auxiliares del cuidado de la salud	0.05	0.8
Administración de la salud pública	0.4	6.4
Fabricación de bienes para el cuidado de la salud	0.2	4.3
Bienes y servicios conexos	1.2	20.3
Valor del trabajo no remunerado en cuidados de salud	1.6	28.1

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas Nacionales de INEGI 2018

La cuenta de oferta total del sector salud (anexo B) señala que la oferta y utilización se concentra en los servicios hospitalarios, la fabricación de bienes para el cuidado de la salud y los bienes y servicios conexos. También, la cuenta de Utilización total del sector salud por tipo de bien o servicio (anexo C) indica que la Fabricación de bienes para el cuidado de la salud genera la mayor demanda interna dentro del país.

Cuadro 2.3

Puestos de trabajo ocupados remunerados de salud Nacional por tipo de sector (unidades) 2017

Concepto	Total	Sector público	Sector privado
Total, del sector salud	2,204,897	1,120,200	1,084,697
Servicios médicos de atención ambulatoria	464,936	321,767	143,169
Servicios hospitalarios	655,343	508,098	147,245
Centros y residencias para el cuidado de la salud	42,019	3,599	38,420
Actividades auxiliares del cuidado de la salud	58,586	216	58,370
Administración de la salud pública	222,545	222,545	0
Fabricación de bienes para el cuidado de la salud	195,292	0	195,292
Bienes y servicios conexos	566,178	63,975	502,203

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas Nacionales de INEGI 2018

Los puestos de trabajo ocupados dentro del sector (Cuadro 2.3), señala que gran parte de trabajadores se concentró en los servicios hospitalarios y ambulatorios, en conjunto con los bienes y servicios conexos. No se presentan en general, una gran diferencia entre el sector

público y el privado, las únicas diferencias son en materia de bienes y servicios conexos con la administración de la salud pública.

2.2.2 Panorama de salud para el sector y la población

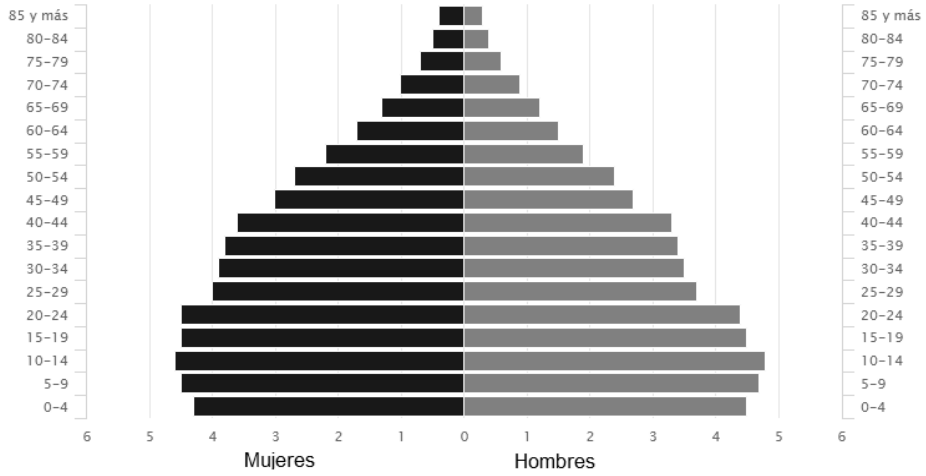
A continuación, se da revisión a las condiciones generales de salud pública a las que se enfrentó México durante el periodo establecido. Lo anterior se hace por medio de los indicadores que proporciona INEGI y la Secretaría de Salud, los cuales son: población, causas de muerte, derechohabiencia y financiamiento.

En materia de población, según la Encuesta Intercensal de Población que presenta INEGI 2015, señala que a nivel nacional durante 2010 la población total de México fue de 112, 336,538 habitantes, de los cuales 5, 779,829 habitantes pertenecían al estado de Puebla (anexo D). Por otra parte, para el año 2015, INEGI señala que en México había un total de 119, 938,473 habitantes, de los cuales 6, 168,883 corresponden al estado de Puebla; posicionándose este, como el quinto estado de la república con mayor población a nivel nacional. Por último, se estima que, durante el año de 2019, México alcanzó un total de 125 millones de habitantes, es decir, 6 millones de habitantes más que en 2015.

La encuesta intercensal plantea, a partir de sus datos, la pirámide poblacional nacional para 2015, en esta se muestra un incremento en la población joven (Gráfico 2.8, ver pág. 43) lo cual permite entender que gran parte de la población en México está conformada por jóvenes de entre 10 y 24 años, seguida por un el sector de la población que se encuentra entre los 25 y 45 años.

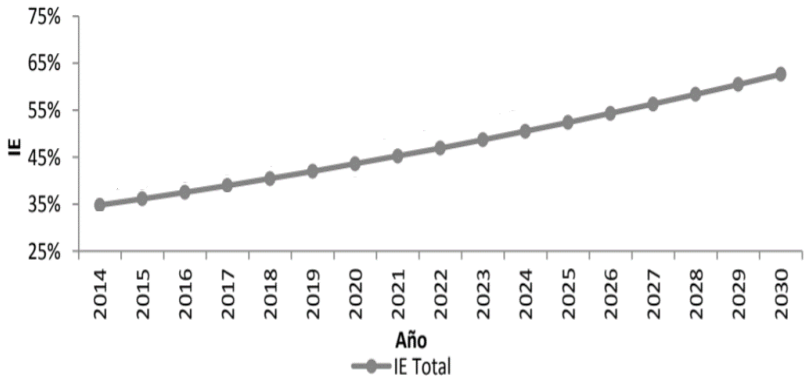
Estas condiciones poblacionales implican un gran reto futuro para el sector salud, ya que son, precisamente estos jóvenes, quienes elevarán la demanda de servicios y cuidados en materia de salud, específicamente durante el periodo en el que esta población entre en la etapa adulta. En materia de esta última, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) presenta un análisis prospectivo de la población en México, y destaca por medio del Consejo Nacional de Población (CONAPO) el índice de envejecimiento nacional estimado para 2030, en el cual se observa un crecimiento esperado del 63% en materia de población adulta mayor por cada cien menores de 15 años, para el año 2030 (Gráfico 2.9, ver pág. 43).

Gráfico 2.8
Pirámide Nacional de Población por género y edades, 2015



Fuente: Retomado de la Encuesta Intercensal de Población 2015 pirámide poblacional, INEGI.

Gráfico 2.9
Índice de envejecimiento Nacional, 2014 - 2030



Fuente: Retomado del Análisis prospectivo de la población de 60 años en adelante de SEDESOL (2017)

Esta constante curva ascendente que se logra identificar en el índice de envejecimiento elaborado por CONAPO y expuesto en el análisis de SEDESOL, indica el cambio que empieza a vivir México en materia de edad en su población[42]. En este sentido se reitera que: la salud se vislumbra como una de las necesidades básicas de las próximas generaciones, ya que la edad adulta de un ser humano es por condiciones naturales, la edad en la que más se demandan servicios y cuidados de salud.

[42] La CONAPO señala que, el Estado, debe garantizar las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores.

En materia de mortalidad, varios autores del área de la salud señalan un fenómeno particular que se ha presentado durante los últimos años alrededor del mundo, en donde las enfermedades infecciosas[43] se ven superadas por las enfermedades crónico-degenerativas, afectando directamente el comportamiento en materia de mortalidad. En México, el crecimiento de la población y los estilos de vida, han ido modificando la estructura de padecimientos en la salud, por lo cual, la problemática en materia de salud social se intensifica al desarrollarse como un proceso evolutivo de cambios constantes.

Las campañas de salud a mediados del siglo pasado estaban concentradas en medidas sanitarias dirigidas a padecimientos de tipo infecciones transmisibles, problemas reproductivos y problemas de desnutrición, los cuales eran las principales causas de muerte. No obstante, en los últimos años las enfermedades no transmisibles y las lesiones accidentales están dominando las causas más constantes de muerte en la población mexicana, ocupando el foco de atención de las autoridades sanitarias[44].

Cuadro 2.4
Principales causas de muerte Nacional, 2012, 2015 y 2018, INEGI.

No	Año y causa de muerte		
	2012	**2015**	**2018**
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
3	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
4	Accidentes	Accidentes	Enfermedades del hígado
5	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Agresiones
6	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
7	Agresiones	Enfermedades pulmonares	Accidentes
8	Enfermedades pulmonares	Agresiones	Influenza y neumonía
9	Influenza y neumonía	Influenza y neumonía	Enfermedades pulmonares
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Insuficiencia renal	Insuficiencia renal

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de INEGI y su cuenta Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido 2020.

[43] Según el Banco Interamericano de Desarrollo: Enfermedades que incluyen infecciones bacterianas, víricas y parasitarias transmitidas por diversas vías y con manifestaciones clínicas que son igualmente diversas.
[44] Cabe señalar que: las enfermedades de tipo infecciosas y problemas de desnutrición pasaron a ser denominados "enfermedades de rezago", las cuales son consideradas por la OMS como condiciones de marginación dentro del país.

Dentro de los estadísticos de las Principales Causas de Mortalidad (Cuadro 2.4, ver pág. 44), INEGI indica que entre el periodo 2012 – 2018 las dos principales causas de muerte a nivel nacional son en materia de enfermedades del corazón[45] y diabetes[46], lo anterior es seguido por tumores malignos, enfermedades del hígado y altercados en materia de agresiones y violencia. Por lo tanto, las principales causas de muerte en México son a razón de enfermedades crónico – degenerativas.

Por su parte, el estado de Puebla presenta un comportamiento semejante al Nacional (Cuadro 2.5), en donde las enfermedades del corazón, la diabetes y los tumores encabezan el listado de las principales causas de muerte. Cabe señalar que existe un muy bajo índice de muertes registradas como agresiones y una tendencia constante de condiciones relacionadas con problemas respiratorios.

Cuadro 2.5
Principales causas de muerte Puebla, 2012, 2015 y 2018, INEGI.

No	Año y causa de muerte		
	2012	**2015**	**2018**
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
3	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
4	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
5	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
6	Enfermedades cerebrovasculares	Accidentes	Accidentes
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Influenza y neumonía
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Influenza y neumonía	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
9	Influenza y neumonía	Insuficiencia renal	Agresiones
10	Insuficiencia renal	Ciertas afecciones en el período perinatal	Insuficiencia renal

Elaboración propia en base a los datos de INEGI y su cuenta Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido 2020.

[45] En el caso de los padecimientos del corazón, se encuentra que es la primera causa de muerte en el mundo, esta enfermedad es resultado de obstrucciones o el estrechamiento de las arterias, provocado principalmente por las excesivas grasas animales, el sobrepeso, el tabaquismo, la hipertensión arterial, falta de actividad física y la diabetes.
[46] La diabetes se caracteriza principalmente por los altos niveles de glucosa en la sangre, esta enfermedad se produce principalmente por la mala alimentación, cuestiones genéticas y sedentarismo.

En materia de pobreza, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) a través de sus estadísticos en materia de Pobreza Nacional, estima que para los años 2008 y 2018 en México el 44.4% y 41.9%[47] de la población, respectivamente, se encuentra en situación de pobreza, destacando que la mayor agravante en esta situación son las carencias sociales, que a su vez, están determinadas por un conjunto de variables en las que cobra relevancia el acceso a la seguridad social y a los servicios de salud.

A escala estatal, los índices de pobreza (anexo E) estiman que para 2018, el 58.9% de los poblanos se encuentra en situación de pobreza, siendo un total de 8.6% quienes se encuentran en pobreza extrema, y el 23% de población se encuentra en condiciones de vulnerabilidad por carencias sociales[48].

Con respecto a lo antes mencionado, la mayor carencia social que indica el CONEVAL para el estado de Puebla tiene que ver con la seguridad social, ya que se estima que para 2015, el 71.3% de la población no contaba con seguridad social, esto coincide con las estimaciones y datos proporcionados por la Secretaría de Salud a nivel estatal en materia de derechohabiencia.

Para Puebla, se estima que el 18.9% de la población carece como tal de servicios de salud, 27% carece de servicios básicos de vivienda, 24% carece de acceso a alimentación y 21.9% se encuentra en rezago educativo (anexo F).

Es importante recalcar que esta situación nacional y estatal en materia de pobreza y carencia de servicios de salud, es resultado de los procesos históricos, económicos y políticos que ha vivido el país durante los últimos años, reflejando a escala internacional como parte de las condicionantes que ubican a México en el subdesarrollo.

En materia de derechohabiencia, es el mismo INEGI quien presenta información sobre derechohabientes afiliados a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como la población usuaria a servicios médicos según tipo de institución, esto específicamente para el periodo 2010 – 2015. Estos estadísticos están respaldados por la Encuesta de Población y

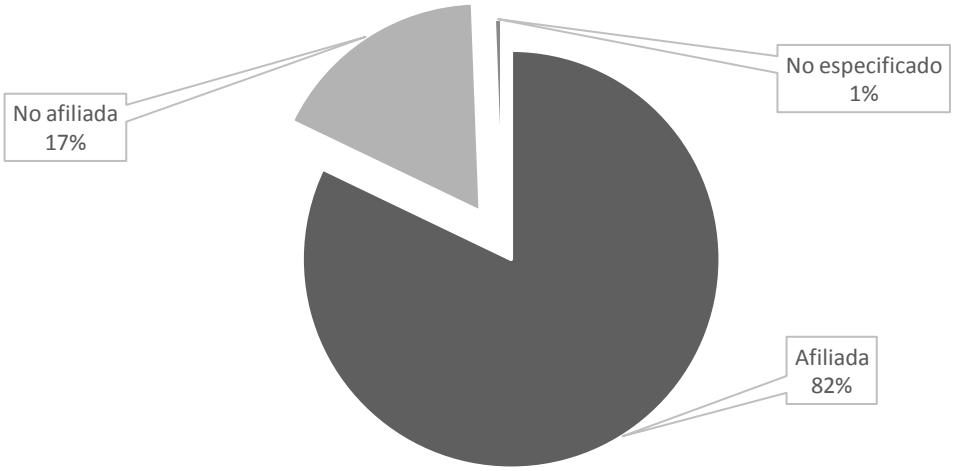
[47] Esto determina que para 2018 existe un aproximado de 52.4 millones de habitantes en condiciones de pobreza en México

[48] Cabe mencionar que los datos establecidos por CONEVAL no deben de ser apartados de las condiciones laborales y económicas que se presentaron durante el sexenio estudiado, ya que aun habiendo diferentes condiciones en materia estadística con respecto al año 2008, la situación presentada en materia social y económica para el año 2018 es otra, no obstante, dichos datos son un parámetro que estima la situación del estado.

Vivienda 2010 y por la Encuesta Intercensal de Población 2015. En este sentido, según INEGI durante 2015 (Gráfico 2.10), el 82% de la población total en México estuvo afiliada a algún tipo de servicio de salud, específicamente en tres instituciones: IMSS, ISSSTE y Seguro Popular.

Para el caso de Puebla, es la Secretaría de Salud Estatal, quien, a través de sus datos abiertos del Gobierno Estatal, publica información referente al número de población con y sin derechohabiencia de servicios de salud en el estado. En este sentido, para el año 2015 la Secretaría de Salud Estatal señala que existieron en el estado un total de 1, 796,795 personas con y 4, 397,041 personas sin. Cabe mencionar que para el año 2018 la cantidad de población en porcentaje se mantuvo.

Gráfico 2.10
Población Nacional según condición de afiliación 2015



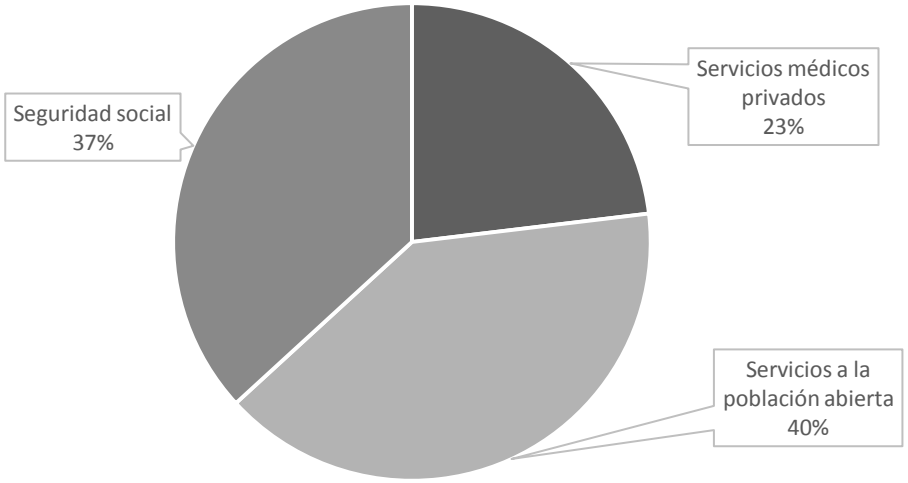
Fuente: Elaboración propia en base a Derechohabiencia, INEGI 2015

Es pertinente señalar que los datos anteriores no son tan específicos respecto a las instituciones y la población derechohabiente, por lo cual se vuelve necesario retomar los estimados generales con los que trabaja INEGI en materia de derechohabiencia a nivel nacional.

Un promedio general entre los datos del 2010 y 2015 de INEGI (anexo G), estima que de la población con derechohabiencia, el 39.2% se encuentra afiliada al IMSS mientras que el 49% al Seguro Popular. En este sentido se presenta que 37% de la población a nivel nacional, cuentan con seguridad social, mientras que 23% con servicios privados y el 40% con servicios generales a la población, como lo es el seguro popular (Gráfico 2.11, ver pág. 48).

Gráfico 2.11

Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución a nivel Nacional, 2015

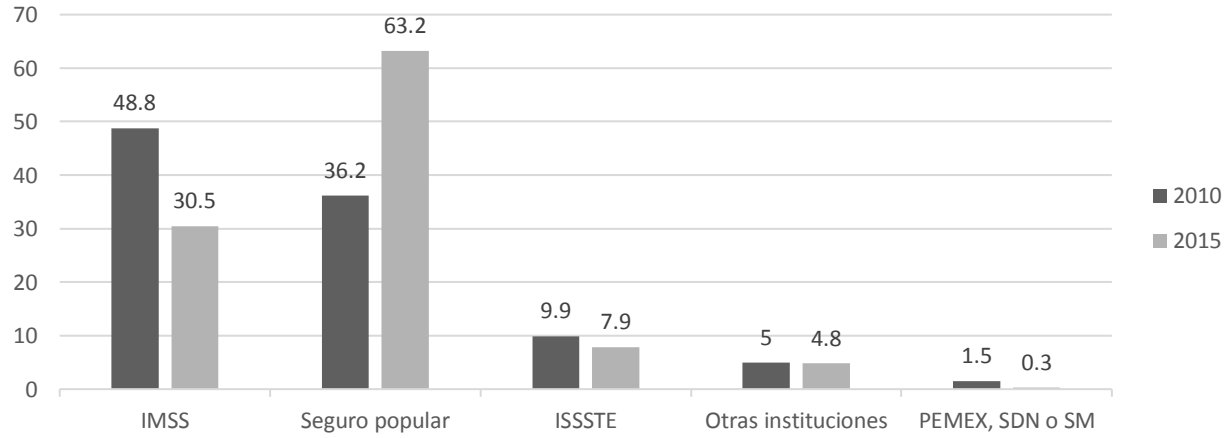


Fuente: Elaboración propia en base a Derechohabiencia, INEGI 2015

Presentando estos datos en términos de instituciones y de población con derechohabiencia, INEGI señala que el IMSS vio disminuido el número de derechohabientes durante el periodo 2010 – 2015, en contra parte, para el mismo periodo, se incrementó el porcentaje de población suscrita al Seguro Popular (Gráfico 2.12), mientras que el ISSSTE y demás instituciones, nos presentaron grandes variaciones entre los años analizados.

Gráfico 2.12

Población total según condición de derechohabiencia 2010 - 2015



Fuente: Elaboración propia en base a Derechohabiencia, INEGI 2015

Respecto a lo anterior, se puede identificar que son tres las instituciones más importantes a nivel nacional en materia de servicios de salud: IMSS, Seguro Popular e ISSSTE. Por lo cual,

en materia de financiamiento, se vuelve pertinente dar revisión a su estructura, aclarando que esta misma corresponde al periodo 2012 – 2018 ya que, durante el primer año del gobierno de Andrés Manuel López Obrador, se modificó el financiamiento del Seguro Popular ahora INSABI, sin embargo, algunos Estados aún presentan disparidades con este sistema de salud.

Cuadro 2.6
Financiamiento por institución durante el periodo 2012 – 2018

Seguro	Aportadores		
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS	Estado (cuota social)	Patrón (cuota patronal)	Empleado (cuota obrera)
	13.9 % de un salario mínimo	13.9 % de un salario mínimo más 6% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo	13.9% de un salario mínimo más 2% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo
Seguro de salud del ISSSTE	Estado (cuota social)	Dependencias (aportación patronal)	Empleado (cuota del trabajador)
	13.9% de un salario mínimo	7.375% de sueldo básico	2.75% del sueldo básico
Seguro Popular de Salud	Estado (cuota social)	Gobierno estatal/gobierno federal	Familia (cuota familiar) *
	13.9% de un salario mínimo	1.5 veces la cuota social más cuota solidaria estatal .5 veces la cuota social	Proporcional a la condición socioeconómica

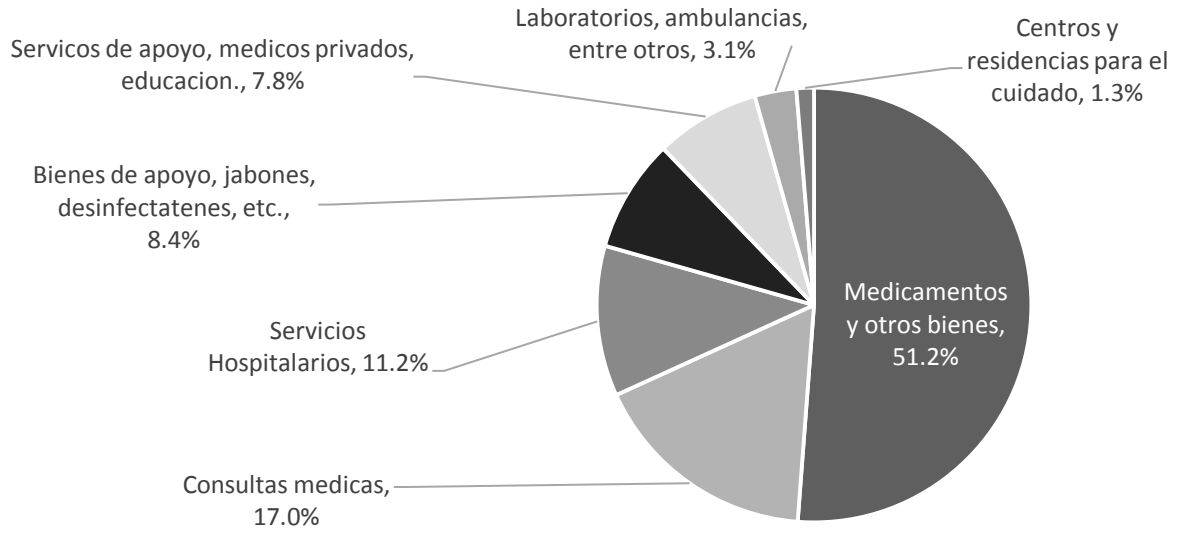
Fuente: Elaboración propia en base a (Gómez, y otros, 2011)
*Este apartado desaparece para algunos estados a partir de la entrada en vigor del INSABI

El IMSS es financiado principalmente por sus derechohabientes, el ISSSTE recibe más aportaciones de parte de las dependencias a las que otorga servicio y el seguro popular es financiado por los gobiernos estatales y federal, así como por cuotas determinadas de los pacientes de acuerdo a su situación (Cuadro 2.6). Estas condiciones de financiamiento se replican a nivel estatal y nacional, por lo cual no existe una diferencia en esos niveles, además, es importante señalar que esta forma de financiamiento es resultado de varios sexenios anteriores.

En materia de gasto de los hogares en bienes y servicios de salud (Gráfico 2.13, ver pág. 50), el INEGI señala que para 2018 el gasto de los hogares en bienes y servicios de salud se distribuye principalmente en medicamentos, consultas médicas, servicios hospitalarios y los bienes de apoyo, entre otros.

Este tipo de indicadores deja ver el alcance comercial del sector farmacéutico, así mismo la precariedad de los servicios de salud públicos, ya que, la población desembolsa parte de su salario para cuidados de salud ya sea en medicinas, consultas, etc. Ante esto, también cabe señalar que en la cuenta "Ingresos y Gastos de los Hogares" que presenta INEGI para 2018, se generaliza entre los deciles de población, el gasto en salud.

Gráfico 2.13
Distribución porcentual del gasto de los hogares en bienes y servicios de salud Nacional 2018, INEGI



Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas Nacionales de INEGI 2018

Como última parte de este análisis, se añade los señalamientos internacionales y generales que proporciona la OCDE en su Balance de Indicadores de Salud México, para el año 2017. Dicho organismo identifica que las condiciones actuales de obesidad y diabetes en el país generan un panorama complicado:

> Ubicada en poco más de 33%, la tasa de obesidad de adultos de México es la segunda más alta en la OCDE y mucho mayor que el promedio de la Organización de 19.4%. Además, 35% de los adolescentes de 12 a 19 años tienen sobrepeso u obesidad. Por otra parte, el consumo de frutas es uno de los más bajos en la OCDE. La obesidad constituye un reconocido factor de riesgo para muchas enfermedades crónicas (OCDE, 2017, pág. 3).

Por otra parte, señala las condiciones precarias en las que se encuentra el país con respecto a la atención médica y resalta la crítica respecto al funcionamiento general del sector al cual lo describe como un sector fragmentado, ineficiente y con una baja tasa de gasto en salud.

2.3FACTORES MICROECONÓMICOS DENTRO DEL SECTOR

Como parte del nivel analítico microeconómico, se da revisión a factores empresariales e institucionales que confluyen en la generación de los servicios de salud a nivel estatal[49]. En este sentido, el análisis se restringe al reconocimiento de proveedores, unidades médicas, unidades económicas, especialistas, industrias y servicios, que existen a lo largo del territorio poblano[50]. Por lo tanto, los ejes claves de este análisis tienen que ver con los servicios de salud, el comercio y la manufactura, que se identifican a través de tres ramos del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN):

- (31-33) Industrias manufactureras – específicamente el ramo 3391
- (43 – 46) Comercio al por mayor y comercio al por menor – principales comercializadoras de insumos y farmacéuticas
- (62) Servicios de salud y de asistencia social – hospitales, clínicas, laboratorios, etc., tanto a nivel público como a nivel privado.

Cabe señalar que la visión económico-administrativa por la que se guía esta investigación, así como el entendimiento del sector y sus ramas desde las definiciones de la OMS, permite integrar al análisis la creación de equipo e insumos para el área de la salud, con la finalidad de fomentar el consumo interno y reducción de gastos.

Por otra parte, se incluye dentro de este análisis el aspecto de universitarios en el área de la salud para el estado de Puebla, es decir; universidades, centros de estudios y de especialidades. Los cuales dan un panorama alentador en materia de formación de mano de obra calificada para el sector.

2.3.1 Radiografía del estado de puebla

El estado de Puebla colinda con un total de 7 estados, los cuales son: Guerrero, Oaxaca, Hidalgo, Morelos, Estado de México, Veracruz, Tlaxcala. Tiene una estructura carretera de la cual se destaca la conexión establecida entre la zona sur y centro del país. Al mismo tiempo,

[49] Este nivel contiene, Capacidad de gestión, Estrategias empresariales, Gestión de la innovación, Mejores prácticas en el ciclo completo de producción, Integración en redes de cooperación tecnológicas, Logística empresarial, Interacción de proveedores y productores (Bermeo, 2018, pág. 6)

[50] Esto a razón del escaso trabajo hecho en materia de la denominada "economía de la salud" para el estado de Puebla, lo cual ha generado un desconocimiento de las condiciones económicas del sector a nivel estatal.

históricamente Puebla se ha presentado como una ciudad enlace entre el puerto marítimo de Veracruz con la Ciudad de México.

El estado cuenta con un total de 217 municipios divididos en 7 regiones, teniendo entre estos municipios a la capital estatal, la cual se presenta como una de las 4 principales ciudades a nivel nacional y la principal ciudad de la zona metropolitana Puebla – Tlaxcala. En este sentido, según CONAPO 2015, Puebla cuenta con tres zonas metropolitanas, las cuales son: Teziutlán con 131,786 habitantes, Tehuacán con 344,603 habitantes y el caso particular de la zona Puebla-Tlaxcala con un total de 2,941,988 habitantes.

En dichas zonas metropolitanas se encuentra gran parte de la industria y servicios que se producen en Puebla. Según el censo económico de INEGI 2014 en su cuenta PIB por Entidad Federativa (PIBE) Base 2013, el PIB estatal representa el 3.16% del PIB total nacional, colocando a Puebla en el noveno lugar en materia de su aportación al PIB nacional. Esto generado principalmente por la industria manufacturera en materia de: electrónicos y transporte; alimentos; productos del petróleo e industria química y del hule; equipo de computación e industria metálica básica.

En esa misma cuenta PIBE a nivel entidad federativa se señala que, en Puebla, para el año 2014 los servicios de salud y asistencia social general el 2.4% del PIB estatal, por su parte la manufactura de equipo médico el .15% del PIB estatal, el comercio al por mayor y el comercio al por menor el 7.5% y 9.6% respectivamente, mientras que los servicios educativos aportan el 5.8%.

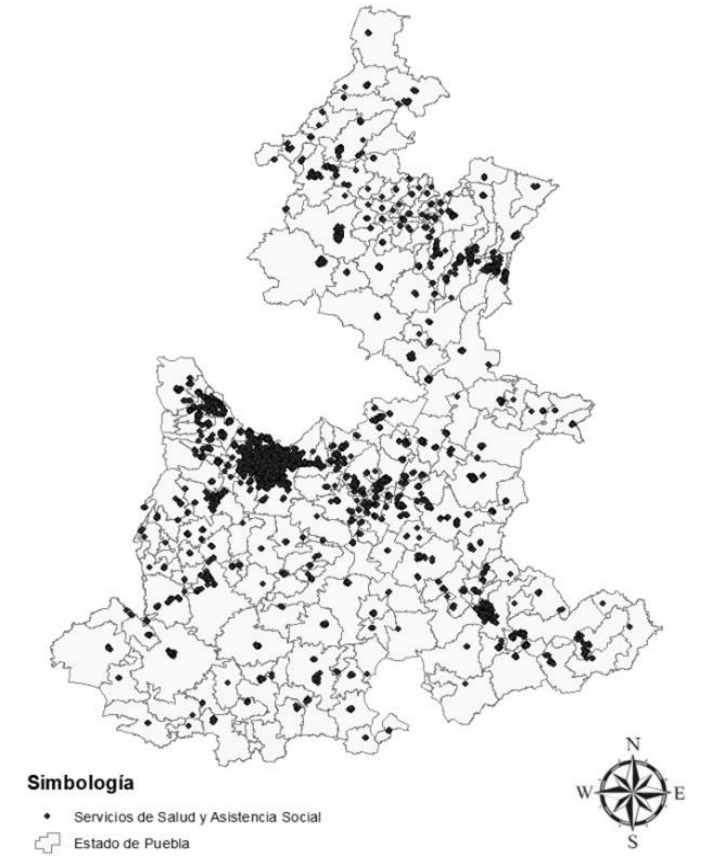
En materia de habitantes, el censo de Población y Vivienda de INEGI 2010 estima que, en Puebla, el 72% de la población es urbana y el 28% de la población es rural, también se estima que 8 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir.

Finalmente, el atlas de los pueblos indígenas de México del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), señala que en el estado de Puebla se ubican principalmente 7 pueblos indígenas: Mazateco, Mixteco, Nahua, Otomí, Popoloca, Tepehua y Totonaco. Distribuidos en el norte y sur oriente del estado y caracterizándose por contar con índices altos de carencias sociales. Dicho reconocimiento de estos pueblos originarios resulta pertinente por contar con un área de la salud denominada “Medicina alternativa”, de la cual, en México existe una amplia gama de trabajos, pero pocos de ellos tomados en cuenta en la planeación de políticas públicas.

2.3.2 Servicios de salud, manufactura y comercio.

El Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016 de la Secretaría de Salud indicó que el Estado de Puebla tiene un estimado de 2.2 unidades médicas por cada 10 mil habitantes, lo cual lo ubica por arriba de la media nacional, pero por debajo de los estándares internacionales dictados por la OMS. Por otra parte, el Estado ocupa el octavo lugar a nivel nacional en número de unidades de hospitalización por cada 100 mil habitantes, sin embargo, se posiciona por debajo de la media nacional en materia de número de camas, ya que cuenta con 9 de estas por cada 10 mil habitantes.

Mapa 2.1
Servicios de salud y de asistencia social en Puebla 2014



Fuente: Elaboración propia en base a Censo Económico 2014 INEGI.

Lo anterior no resultan ser cifras alentadoras en primera instancia, ya que no cumplen las exigencias básicas que son establecidas por organismos como la OMS en materia de atención médica e infraestructura, no obstante, para ampliar dicho panorama de unidades relacionadas al

área de la salud en el Estado, se retoman los censos económicos 2014 – 2019, en materia de unidades económicas (UE) para el ramo 62 "servicios de salud y asistencia social"[51].

Según los censos económicos 2014 y 2018, Puebla contó con un total de 8,197 UE y 9,730 UE respectivamente, colocándose, así como el séptimo lugar a nivel nacional en materia de UE de servicios de salud, por debajo de la Ciudad de México, el Estado de México, Jalisco, Guanajuato, Veracruz y Michoacán. Añadiendo a esto que la distribución dichas UE se encuentra principalmente en los municipios que conforman parte de la Zona metropolitana Puebla – Tlaxcala (Mapa 2.1, ver pág.53).

El municipio de Puebla (ciudad capital del estado) concentra el mayor número de unidades en este ramo, seguido por Tehuacán, San Martín Texmelucan, Atlixco y San Pedro Cholula. En este sentido, se reconoce que dentro de la ciudad de Puebla existe el mayor mercado en materia de servicios de salud. En contraparte, desde el censo económico 2014 se logra identificar a 63 municipios dentro del estado que tienen entre 3 y 10 UE, mientras que señala a 80 municipios más que tienen entre 11 y 30 UE. Lo cual es señal de la disparidad en materia de servicios dentro del territorio poblano.

Cuadro 2.7
Actividades económicas del Ramo 62, Puebla 2014 y 2019

Actividad Económica	2014			2019		
	UE	Personal ocupado	Producción bruta total MDP	UE	Personal ocupado	Producción bruta total MDP
Consultorios médicos	3,107	5423	631.031	3351	6755	1017.896
Consultorios dentales	2,383	3424	296.119	2940	4671	581.298
Otros consultorios para el cuidado de la salud	712	1592	156.628	1328	2824	350.626
Centros para la atención de pacientes que no requieren hospitalización	14	134	44.804	51	431	155.696
Laboratorios médicos y de diagnóstico	776	2379	489.222	926	2926	975.264
Servicios de enfermería a domicilio	15	18	0.553	16	31	2.091
Servicios de ambulancias, de bancos de órganos y otros servicios auxiliares al tratamiento médico	27	255	24.036	38	867	105.357
Hospitales	113	4343	1284.234	117	4051	2114.245
Residencias de asistencia social y para el cuidado de la salud	68	684	53.023	90	983	85.744

Fuente: Elaboración propia en base al censo económico 2014 y 2019 INEGI

[51] Unidades público-privadas en materia de: hospitales, consultorios médicos, consultorios dentales, etc.

Al subdividir el ramo 62 para el estado, se identifica a los consultorios médicos como mayoría en términos de UE, seguido de los consultorios dentales y los laboratorios. En materia de hospitales se logra identificar un total de 113 y 117 UE tanto generales como de especialidades para 2014 y 2019 respectivamente (Cuadro 2.7, ver pág. 54).

Es pertinente resaltar que durante el sismo que sufrió la Ciudad de Puebla en 2017, colapsó el Hospital General de San Alejandro del IMSS, uno de los hospitales más grandes en Latinoamérica, el cual dotaba a la región de 400 camas para el cuidado y tratamiento de diversas enfermedades.

Como ya se argumentó al inicio de este apartado, las definiciones de la OMS y la Economía de la Salud, identifican dentro de los sistemas de salud a los proveedores y creadores de equipo médico como una rama que, encaminada al consumo interno y desarrollo científico, podría aportar en el desarrollo del sector. Por su parte, el enfoque teórico de Competitividad Sistémica permite la integración de este apartado como una parte fundamental de insumos dentro de la cadena de servicios.

Por lo tanto, en lo que compete a la manufactura, la cuenta satélite del sector salud de México para 2013 señaló que, el origen de los bienes y servicios del sector salud se distribuye como: 81.1% de origen nacional, 6.2% provienen del resto del mundo y 12.7% representa el valor del margen de comercio y transporte (anexo H). Lo cual indica que gran parte de los bienes necesarios para los servicios de salud son producidos en territorio nacional.

Según los censos económicos 2014 y 219, en el ramo 3391 (fabricación de equipo no electrónico y material desechable para uso médico), México cuenta con una amplia diversidad de UE dedicadas a la fabricación de equipos para la salud como: prótesis, jeringas, productos dentales, implantes, aparatos respiratorios, etc.

Dentro de lo cual, los estados que destacan en esta producción son Ciudad de México, Estado de México, el estado fronterizo de Baja California quien se presenta como el más fuerte por contar con el clúster más importante en este ramo, mientras que el estado de Puebla se mantuvo en el séptimo lugar de este listado (Cuadro 2.8, ver pág. 56).

Es de suma importancia reconocer a este sector como un sector potencial a desarrollar, según PROMEXICO[52], alrededor de 655 empresas registraron exportaciones a Estados Unidos, Irlanda y Francia, provenientes de los estados de: Baja California, Chihuahua, Tamaulipas, Sonora, Nuevo León y Distrito Federal.

PROMEXICO señala que el clúster de Baja California representa casi el 33% de las exportaciones totales del sector. En general, México se posiciona como el noveno exportador de dispositivos médicos a nivel global y el primero en América Latina[53] siendo Estados Unidos su principal consumidor.

Cuadro 2.8

Principales estados de la república en producción de equipo médico 2014 y 2019

2014				2019			
Entidad	**Unidades económicas**	**Personal ocupado total**	**Producción bruta total (millones de pesos)**	**Entidad**	**Unidades económicas**	**Personal ocupado total**	**Producción bruta total (millones de pesos)**
Ciudad de México	361	3320	1358.576	Ciudad de México	399	4342	3243.68
México	216	4115	4400.909	México	290	5701	5863.176
Baja California	170	42226	9944.437	Baja California	188	67566	22112.26
Jalisco	133	4091	2888.602	Jalisco	147	5815	4749.451
Guanajuato	123	568	115.943	Guanajuato	100	708	222.755
Veracruz	103	172	18.46	Veracruz	100	494	238.685
Puebla	96	1337	696.268	Puebla	96	1215	678.577
Chihuahua	87	26760	6545.434	Chihuahua	88	41216	13318.81
Michoacán	77	286	53.729	Michoacán	77	345	62.995
Sonora	76	13984	2319.76	Nuevo León	75	2552	959.431

Fuente: Elaboración propia en base al censo económico 2014 y 2019 INEGI

Existe también, una coordinación establecida con cámaras empresariales (como Cámara Nacional De La Industria Farmacéutica y La Cámara Nacional de la Industria de Transformación) y proyectos gubernamentales en materia de inversión y planes de desarrollo para el sector. En Puebla la estructura productiva y las condiciones de la manufactura podrían permitir el establecimiento de un conjunto de empresas que funcionen en materia de clúster para la producción de material y equipo médico. Esto con miras al mercado nacional e internacional.

[52] Programa gubernamental encargado de promover la atracción de inversión extranjera directa y las exportaciones de productos y servicios 2015

[53] Exportan principalmente diversos dispositivos médicos como: jeringas, agujas, vendaje y catéteres.

La realidad para el estado en 2014 señala que la mayoría de UE de este ramo están ubicadas en la Ciudad de Puebla, seguido por mínimos establecimientos en Cholula, Cuautlancingo, San Martín y Tehuacán.

Otra parte importante dentro del sector es la industria dedicada a la fabricación de productos farmacéuticos, en dicha industria se ubican grandes empresas y consorcios a escala global como: Merck, Boehringer Ingelheim, Bayer, Pfizer, Baxter, Eli Lilly Company y Novartis, entre otras. En los últimos años, México se ha posicionado como uno de los próximos países emergentes en materia de medicamentos, con un alto crecimiento en materia de los productos farmacéuticos y similares[54], ubicándose las principales productoras en estados como: la Ciudad de México, Jalisco, Estado de México, Puebla y Michoacán.

> México es el segundo mercado más grande de América Latina en la industria farmacéutica, y es un importante productor de medicinas de alta tecnología, incluyendo antibióticos, antinflamatorios y tratamientos contra el cáncer, entre otros. Asimismo, 14 de las 15 principales empresas a nivel internacional se encuentran ubicadas en el país, por lo que México se ha posicionado como uno de los principales centros manufactureros del sector a nivel mundial (SE, 2013, pág. 13)

Puebla contó para 2014 con un total de 33 UE en materia de producción de productos farmacéuticos y 45 UE para 2019 (Cuadro 2.9) ocupando así, el cuarto lugar a nivel nacional con industria farmacéutica, por debajo de la Ciudad de México, Jalisco y el Estado de México. Todo regulado por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Mientras que para 2019, el número de UE incrementó a 45.

Cuadro 2.9

Ramo 3254 Fabricación de productos Farmacéuticos para el Estado de Puebla, 2014 y 2019

Año	UE	Personal ocupado total	Producción bruta total (millones de pesos)
2014	33	2253	3658.907
2019	45	2439	5755.158

Fuente: Elaboración propia en base al censo económico 2014 y 2019 INEGI

[54] El envejecimiento poblacional, el mayor acceso a los servicios de salud en los países en desarrollo y el crecimiento de la clase media han aumentado la demanda de productos farmacéuticos y el gasto gubernamental en el sector salud. Estos factores han impulsado el continuo crecimiento de la industria farmacéutica a nivel global. (SE, 2013, pág. 5)

Este ramo 3254 casi duplican en materia de personal ocupado al área de equipo médico y al mismo tiempo, la producción bruta total es seis veces mayor a la de equipo médico. Por lo tanto, se reconoce la fortaleza de este sector ante la producción de equipo médico.

Con respecto al sector comercio, se encuentran dos ramas, al por mayor y al por menor, que ubican la venta de aparatos e insumos para el servicio o cuidado de la salud, tanto por parte de empresas-hospitales-clínicas como por familias. La clasificación del sector comercio al por menor se define como unidades económicas dedicadas al comercio al por menor de medicamentos, productos naturistas y complementos alimenticios para consumo humano, así como al comercio al por menor especializado de anteojos, lentes de contacto y sus accesorios, y artículos ortopédicos. Contando principalmente a las farmacias con y sin minisúper.

Por su parte, el comercio al por mayor de productos farmacéuticos se define como las Unidades económicas dedicadas principalmente al comercio especializado de medicamentos alópatas, homeopáticos y naturistas para consumo humano, los cuales son principalmente comerciados a clínicas, consultorios y hospitales.

En materia de unidades económicas del comercio al por mayor, se identifican 86 UE y 86 UE para los años 2014 y 2019 respectivamente, distribuidas principalmente en el municipio de Puebla, seguido por San Andrés Cholula, Tehuacán y Teziutlán. Por su parte el comercio al por menor, cuenta con un total de 4318 UE y 5214 UE para 2014 y 2019 respectivamente, las cuales, no se ubican en todos los municipios del Estado, siendo el municipio de Puebla quien alberga el mayor número de UE (Cuadro 2.10).

Cuadro 2.10
Comercio al por mayor y al por menor de artículos farmacéuticos y de cuidado de la salud, Puebla 2014 y 2019.

Año	Actividad Económica	UE	Personal ocupado total
2014	comercio al por mayor de productos farmacéuticos	86	1191
2014	comercio al por menor de artículos para el cuidado de la salud	4,318	12323
2019	comercio al por mayor de productos farmacéuticos	81	1617
2019	comercio al por menor de artículos para el cuidado de la salud	5214	15988

Fuente: Elaboración propia en base al censo económico 2014.

2.3.3 Médicos y formación de profesionales

El estado de Puebla se caracteriza por contar con una amplia gama de oferta educativa en el área de la salud. La Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) indica que, durante 2015[55] las carreras con mayor matrícula y egresados en Puebla fueron: medicina, estomatología, enfermería y fisioterapia (Cuadro 2.11, ver pág. 60).

Añadiendo que de 2012 a 2019, Puebla incrementó considerable en su matrícula para carreras del área de la salud, así como el número de egresados, viendo el cambio más sustancial de 2015 a 2018 (Cuadro 2.12, ver pág. 61). No obstante, la cantidad de rechazados para el área de la salud aún sigue siendo un tema que tratar y que en 2019 fue eje clave del proyecto estatal denominado "Universidad de la salud".

Los indicadores en materia de trabajadores y especialistas que dan atención al sector salud en Puebla son críticos y se ubican por debajo de la media nacional, ya que, por parte de la Secretaría de Salud y su Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016, se señala que en el estado existieron[56]

- 6 trabajadores del área de la salud por cada 1,000 habitantes[57]
- 10 médicos generales por cada 10,000 habitantes[58]
- 7 médicos especialistas por 10,000 habitantes[59]
- 25 enfermeras por cada 10,000 habitantes[60]

Es puntual señalar que, las condiciones precarias en términos de salarios y contratos afectaron fuertemente a los trabajadores especialistas del área. Aunado a esto, se reconoce la mala distribución de médicos en zonas rurales y urbanas, ubicando más especialista en las ciudades que en el campo. Por otra parte, cabe resaltar la labor de las autoridades e instituciones educativas, de no solo invertir para formar cuadros, sino de integrar a esos egresados al sector profesional.

[55] Se retoma dicho año con el fin de coincidir entre la revisión de los censos económicos y los datos expuestos por la Secretaría de Salud y su Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016
[56] Datos por debajo de la media nacional.
[57] Profesionales de la salud que están en contacto con el paciente.
[58] Médicos en contacto con el paciente, incluyendo generales, familiares, pasantes de medicina, internos de pregrado, y residentes.
[59] Excluyendo a los odontólogos y odontólogos especialistas.
[60] Incluye todos los grados de enfermería.

Cuadro 2.11

Matrícula y egresados del área de la salud en Puebla 2015

	Matrícula Hombres	Matrícula Mujeres	Matrícula Total	Egresados Total
Puebla total salud	**10,333**	**20,611**	**30,944**	**2,858**
Cirujano Dentista	55	69	124	24
Curso Complementario De La Licenciatura En Enfermería	1	33	34	0
Licenciatura En Ciencias De La Nutrición	20	59	79	7
Licenciatura En Ciencias Farmacéuticas	6	23	29	2
Licenciatura En Cirujano Dentista	55	103	158	14
Licenciatura En Enfermería	617	2,781	3,398	370
Licenciatura En Enfermería (Curso Complementario)	7	182	189	192
Licenciatura En Enfermería Y Obstetricia	250	1,037	1,287	190
Licenciatura En Estomatología	1,371	2,987	4,358	206
Licenciatura En Farmacia	53	81	134	22
Licenciatura En Fisioterapia	1,960	3,802	5,762	288
Licenciatura En Fisioterapia Y Rehabilitación	179	258	437	61
Licenciatura En Ingeniería Biomédica	48	36	84	0
Licenciatura En Medicina	3,776	4,660	8,436	538
Licenciatura En Medicina Familiar Y Comunitaria	67	106	173	0
Licenciatura En Medicinas Alternativas Y Complementarias	38	76	114	15
Licenciatura En Médico Cirujano	72	133	205	9
Licenciatura En Nutrición	236	735	971	100
Licenciatura En Nutrición Clínica	101	492	593	0
Licenciatura En Nutrición Institucional	3	12	15	0
Licenciatura En Nutrición Y Ciencias De Los Alimentos	16	176	192	37
Licenciatura En Nutrición Y Dietética	4	14	18	0
Licenciatura En Nutrición Y Tecnología De Los Alimentos	26	47	73	1
Licenciatura En Odontología	308	575	883	131
Licenciatura En Podología	16	38	54	13
Licenciatura En Terapia Física	488	1,243	1,731	409
Licenciatura En Terapia Física Y Rehabilitación	36	49	85	5
Licenciatura En Terapia Ocupacional	6	37	43	24
Médico Cirujano Y Partero	266	232	498	43
Nutrición Humana Y Dietética	9	19	28	6
Profesional Asociado En Imagenología	60	99	159	7
Técnico Superior Universitario En Paramédico	67	69	136	28
Técnico Superior Universitario En Terapia Física	89	330	419	101
Técnico Superior Universitario En Urgencias Médicas	7	3	10	6
Técnico Superior Universitario En Urgencias Médicas	20	15	35	9

Fuente: Elaboración propia en base a ANUIES 2015

Cuadro 2.12
Matrícula y egresado en Puebla para el área de la salud 2012 - 2019

Ciclo escolar	Matricula	Egresados
2012 - 2013	20592	1765
2013 - 2014	23392	2332
2014 - 2015	26690	2661
2015 - 2016	30944	2858
2016 - 2017	34280	3415
2017 - 2018	39370	4022
2018 - 2019	39384	4131

Fuente: Elaboración propia en base a ANUIES 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019

Como anexo a este apartado y reconociendo su lugar dentro de este sistema estatal, se vuelve necesario mencionar que, así como institutos y trabajadores, existen una diversidad de organizaciones que giran en torno al sector en Puebla. En este sentido, según el catálogo de Organizaciones de la Sociedad Civil que proporciona el Gobierno del Estado para 2018, en Puebla hay un estimado de 101 organizaciones dedicadas a temas del cuidado y prevención de la salud, las cuales dan apoyo a personas en situaciones de vulnerabilidad o alguna discapacidad.

En materia sindical sólo las instituciones públicas tienen presencia de estos, por una parte, está el Sindicato Nacional de Trabajadores del ISSSTE, otro es el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social Sección I Puebla, la Secretaría de Salud del estado de Puebla también cuenta con un sindicato, el Sindicato Nacional De Trabajadores De La Secretaría De Salud, SNTSA SEC. XXV PUEBLA.

En el sector privado principalmente, no existe una organización del tipo "Cámara de la Industria Textil", pero sí existen pequeños colegios a lo largo del estado de Puebla, que funcionan principalmente en el municipio de Puebla.

Los dos Colegios más importantes para puebla son el Colegio mexicano de Terapeutas Profesionales y el Colegio de Endodoncia del Estado de Puebla. Sin embargo, también se encuentra el Colegio De Médicos Generales Del Estado De Puebla, A.C., la Asociación Nacional de Médicos Generales y Familiares A.C., El Colegio De Medicina Familiar Del Estado De Puebla, A. C., El Consejo De Medicina General Del Estado De Puebla, entre otros.

2.4 PLANEACIÓN, POLÍTICAS Y DEMANDAS SOCIALES

Como última parte de este capítulo, se aborda el análisis del nivel meso[61], en el cual se encuentran una diversidad de políticas generadas a partir de consensos e interacciones con diversos agentes del sistema analizado. Para el caso específico del sector en Puebla, este nivel analítico se resume en: lo hecho por el gobierno estatal en materia de planeación hacia la salud y, en la visión crítica del sector formulada por diversos actores.

Como lo menciona la "Económica de la Salud" [62], el sector no es únicamente la Secretaría de Salud, sino, todo un encadenamiento de suministros, trabajadores, empresas, inversiones, ahorros, programas públicos y políticas económicas, en este sentido, el Estado Mexicano debe articularse para cumplir con la obligación establecida dentro del artículo 4° constitucional referente a la salud, el cual representa el máximo objetivo a lograr.

Sin embargo, a escala internacional, México también presenta el reto de lograr lo establecido en materia de salud por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la OMS, quienes a través de su agenda 2030[63], señalan que los países en vías de desarrollo deben ampliar su cobertura de salud de manera universal, con objetivos fijos sobre la pobreza y la disminución de desigualdades sociales[64], ya que se entiende que la salud es esencial para el desarrollo sostenible.

2.4.1 Planes de desarrollo estatal y nacional.

Los planes de desarrollo, estatales y nacionales, son desde hace varios sexenios, el camino a seguir de los gobiernos en materia de objetivos y acciones que se establecen para guiar su labor ante la nación, en diferentes aspectos como: pobreza, economía, educación, salud, etc.

[61] Este nivel se presenta como la parte relevante del nivel analítico y contiene una diversidad de políticas como: infraestructura física, educacional, tecnológica, ambiental, política regional, etc.
[62] La Economía de la Salud es una disciplina científica que aborda temas tan amplios como el financiamiento, producción, distribución y consumo de bienes y servicios que satisfacen necesidades del campo de la salud bajo los principios de la eficiencia y la equidad. Esta disciplina estudia la oferta y la demanda de los servicios de salud, así como las condiciones económicas de la política de inversión sanitaria en los diferentes modelos de provisión de salud (Gálvez, 2003, pág. 1)
[63] Específicamente el apartado 3
[64] Se hace señalamiento de otros problemas como: desigualdades económicas y sociales, la rápida urbanización, las amenazas para el clima y el medio ambiente, la lucha continua contra el VIH y otras enfermedades infecciosas, y los nuevos problemas de salud, como las enfermedades no transmisibles

El Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 expuso la necesidad de atender las problemáticas del país en salud mediante los siguientes objetivos:

- Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población
- Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente
- Asegurar el acceso a los servicios de salud
- Ampliar el acceso a la seguridad social
- Proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna

La ampliación al acceso de la seguridad social, así como el "aseguramiento" de estos servicios, corresponden directamente a lo establecido por el artículo 4° constitucional, sin embargo, no hay que dejar de un lado que esta situación se desenvuelve en un entorno económico de políticas neoliberales[65], por lo cual, las políticas en salud durante el periodo se limitan en lo general al Seguro Popular a nivel Federal y Estatal[66]. Por otra parte, en Puebla, el Plan de Desarrollo (2013), formuló siete aspectos en materia de salud:

- Reorientar el enfoque de los servicios de salud hacia la promoción del cuidado de la salud, y la prevención de riesgos y daños.
- Fortalecer la capacidad de respuesta a la demanda ciudadana por servicios integrales de salud.
- Garantizar y consolidar el acceso universal a los servicios de salud de toda la población.
- Brindar servicios de atención oportuna a la salud que protejan a la población.
- Mejorar las condiciones de salud de la población más vulnerable, que vive en pobreza y migración.
- Transformar los servicios de salud y mejorar la calidad de atención a las personas.
- Asegurar la sustentabilidad del sistema de salud estatal.

Al mismo tiempo, el Programa sectorial de salud 2013 – 2018 (2013) cruza estos objetivos con los siguientes puntos que se vieron reflejados en los diversos programas implementados a nivel estatal:

[65] Se pretende reducir el papel del estado en muchos ámbitos no productivos, como las necesidades sociales.
[66] En este caso, se le dio prioridad a la cobertura e inversión, bajo la idea de un modelo integrador y universal, el cual lograría hacer frente a la carencia de medicamentos, personal y equipo médico

- Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
- Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
- Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
- Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud
- Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

Ante esto, se puede decir que las instituciones del sector, así como los suministros, servicios privados, medicina alternativa, gasto, inversión y trabajadores, quedaron fuera los objetivos planteados, concluyendo que este tipo de planes de desarrollo poco ayudaron a dar impulso al sector, ya que solo fueron encaminados al área de unidades médicas de primer nivel, acercamiento a la salud infantil y eficiencia de afiliación al seguro popular.

Cabe señalar que estos objetivos se ponen en consenso con el Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla (COPLADEP), que dentro de sus actas involucra a algunos hospitales privados y algunos directores de instituciones públicas. Lo cual evidencia la falta de planeación conjunta en materia de cámaras empresariales, farmacéuticas, universidades, sindicatos, trabajadores, institutos autónomos, OSC, colegios de profesionistas, encargados municipales y principalmente, la integración de la voz popular que se hace presente mediante las demandas sociales en materia de necesidades de salud.

> La carga heredada de un sistema de salud precarizado por años no es de solución fácil ni rápida, y transformar ese sistema de salud no es solo un asunto técnico esencial, sino una tarea que requiere el involucramiento proactivo, en esa transformación, de los trabajadores de la salud y de las comunidades mismas, es decir, que asuman y defiendan esa transformación como propia, lo que constituye un reto inédito y fundamental de genuina participación social en este proceso (ALAMES, 2020, pág. 1)

Lo anterior se entiende por medio de dos puntos, el primero señala que esto no es un problema totalitario del estado o región, sino de la estructura nacional que se siguió con respecto a una visión privatizadora y comercializadora de los servicios de salud (la implementación de la visión hacia la Seguridad Universal). El segundo punto va en materia de que Puebla no cuenta

con un área fuerte que vincule los diversos actores que la "economía de la salud" reconoce como parte de la producción de servicios de salud.

Tal y como lo marca el enfoque de competitividad sistémica, las mejoras y ventajas de la región se encuentran en ese diálogo, cooperación y coordinación con diversos actores que confluyen con el sistema o economía, cosa que Puebla no ha fomentado y que podría ser un primer paso hacia el fortalecimiento del sector.

> Lo complejo de una política pública de salud es concebirla porque prácticamente son innumerables sus componentes como: la manera de financiar, la estructura administrativa, el marco jurídico, la cobertura, la calidad de los servicios, la utilización eficaz de los avances científicos y tecnológicos y muchos otros conceptos más. (CEESES, 2010, pág. 5)

En lo que respecta al Plan Nacional de Salud 2019 – 2024 encabezado por el gobernador Miguel Barbosa, se planteó asumir en su totalidad al INSABI como punto de partida para toda política y ley que competa al área de la salud[67]. Por lo tanto, se formularon tres grandes ejes a nivel Estatal:

- La implementación de la Atención Primaria a la Salud.
- La conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)
- La articulación de acciones al interior del sector salud y con otros sectores gubernamentales.

Rescatando la inversión en materia de infraestructura y el reconocimiento a las leyes que provengan desde la federación[68]. Añadiendo que, a diferencia de los planes anteriores, en este si se abordan temas como población vulnerable y la participación de pueblos originarios.

2.4.2 Visión crítica al seguro popular

Si los planes de desarrollo y esfuerzos hechos desde la federación en materia de salud fueron encaminados hacia el fortalecimiento del seguro popular durante el periodo 2012 - 2018, se vuelve pertinente dar revisión a las posturas de a este sistema de salud bajo visiones objetivas

[67] A escala nacional, no todos los estados asumieron en su totalidad al INSABI en el manejo de sus políticas.
[68] Esta situación solo es indicador de la coordinación directa que se pretende entablar desde el nivel Federal al Estatal.

y críticas del sector, con el fin de comprender un poco el panorama presente de dicho sector social.

Desde la década de los noventa, México afrontó un panorama adverso para los servicios de salud y sus instituciones, las cuales vivieron rupturas internas tanto a nivel federal como a nivel estatal, agravadas por el modelo neoliberal y sus reformas estructurales. Ante esa situación, el derecho a la salud se convirtió en un campo de disputa económica, social, ideológica y política entre diversos actores sociales, instituciones, partidos políticos y capitales, lo cual no ha permitido poner claridad a la reconstrucción del sistema de salud en México, permitiendo que la desigualdad dentro de este y la descomposición, siga permeando a nivel nacional y estatal.

> Por una parte, son las fuerzas políticas y los partidos u organizaciones políticas, con sus respectivos planteamientos ideológicos; y, en segundo lugar, los agentes económicos en salud. Estos últimos, a su vez, pueden dividirse en dos grupos: el complejo médico industrial más tradicional (la industria farmacéutica y las empresas médicas) y, por otro lado, las aseguradoras, que son la fuerza económica emergente en los proyectos neoliberales (Laurell, 2018, pág. 2)

Para el año de 2012, el sistema de salud mexicano presentó la latente necesidad de contar con un proyecto gubernamental (estatal y federal) enfocado directamente a la subsanación del sistema de salud mexicano. Sin embargo, la entrada en vigor del paquete de reformas estructurales dejó claro que el camino a la privatización de varios sectores no era negociable y si una opción adecuada para "rescatar" dichas industrias.

El plan del Gobierno Federal en conjunto con la Secretaría de Salud para el periodo 2012 - 2018, fue el fomento de un Sistema Universal de Salud que acatará las recomendaciones de diversas instituciones internacionales en materia de cobertura de servicios de salud y que lograría cubrir las obligaciones del estado formuladas en el artículo 4° constitucional.

La idea del Sistema Universal de Salud, por medio del Seguro Popular, se concretó en los trabajos como planes de desarrollo y el gasto social en salud. Así como en la firma del Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud en 2016. En el cual, la concepción administrativa del Seguro Popular fue inspirada en un modelo de salud aplicado también en EUA, que, disfrazado de una reforma financiera para asegurar los servicios de salud

a más población con riesgo financiero, oculta una separación de funciones que termina por quitarle poder a las Secretarías de Salud.

No obstante, esto significa la reducción del gasto en salud para otras instituciones como IMSS e ISSSTE[69], dejando cada vez más a la deriva la responsabilidad que tiene el gobierno para con estos sectores.

> Las políticas más importantes en salud se han enfocado en incrementar el financiamiento en salud y en ampliar la cobertura de afiliación al Seguro Popular con la intención de proteger a la población sin seguridad social contra el riesgo financiero y lograr la cobertura universal. El financiamiento en salud ha aumentado aceleradamente en los últimos 10 años. Entre 2000 y 2012 el gasto público total aumentó en 81.7%, a favor de la población sin seguridad social (CEESES, 2010, pág. 7)

Ante esta situación, la política de impulso al Seguro Popular no rindió los frutos esperados, ya que este servicio no logró contar con las instalaciones propias para brindar atención médica, al mismo tiempo, dentro del servicio se estipula que solo se cubrían 294 intervenciones divididas en 1807 diagnósticos, 618 procedimientos, 633 medicamentos y 37 insumos específicos que puedes localizar en nuestro Catálogo Universal de Servicios de Salud[70] (CAUSES), mientras que instituciones como el IMSS o el ISSSTE no presentan como tal una limitación en materia de atención[71].

Por parte de los trabajadores, el elevado presupuesto destinado al Seguro Popular jamás se vio en mejorar las condiciones laborales del personal de salud, pues se llevó a que la contratación fuera a través de la subcontratación, dejando en manos de otros la situación laboral de los trabajadores de esta institución, los cuales, además, deberían afrontar la falta de equipo y las condiciones precarias de trabajo en centros de salud de diversos municipios[72].

La Cobertura Universal de Salud condiciona el paradigma nacional del sector salud como un sector público y lo plantea como problemas individuales de cada habitante.

---

[69] Las reformas de pensiones tanto del IMSS y del ISSSTE, que debilitaron fuertemente a dichas instituciones.
[70] El CAUSES fue la guía que se implementó con una visión futura en materia de privatización y homogenización de los servicios de salud en México.
[71] Al momento de necesitar una intervención que no cubriera el padecimiento el Seguro Popular subroga el servicio a un particular.
[72] El caso de Puebla refleja esta situación en el hecho de contar con diversas estructuras del seguro popular, abandonadas o en funcionamiento bajo condiciones limitadas.

> Está centrado en la atención a la enfermedad de la persona; con ello, se desplazan las acciones de salud pública hacia una concepción donde el bienestar social es responsabilidad de la familia, que debe procurarse a través del mercado. En este modelo hay dos aspectos importantes a marcar: uno es que, implícitamente, esa atención médica a la persona desplaza todo el andamiaje de la salud pública y colectiva [...] El otro aspecto importante es que generalmente las acciones de salud pública son desplazadas hacia organismos específicos del gobierno (Laurell, 2018, pág. 182)

Solamente un Sistema Único, Público y Universal de Salud se interpondrá directamente a un modelo de Cobertura Universal de salud, y es a razón de esa propuesta, en que las políticas y planes en materia de salud deberían girar, con el único fin que es el bienestar social en materia de salud para la población. Siendo tarea pendiente para los nuevos gobiernos de la denominada Cuarta Transformación.

De hecho, las políticas planteadas a partir del nuevo gobierno federal apuntan a un fortalecimiento del INSABI (antes Seguro Popular) y al rescate de instituciones como el IMSS y el ISSSTE, bajo la lógica de retomar al sector salud como un sector público a nivel nacional. Lo cual, vislumbra un nuevo camino para el sector alejado de los principios de la privatización.

2.4.3 Demandas sociales de salud

El enfoque de Competitividad Sistémica se distingue de diversos modelos económicos por el hecho de implementar dentro de sus análisis a la participación social, en este sentido cabe entender la noción de Hart (1993) quien señala a dicha participación como la capacidad para expresar decisiones que son reconocidas por el entorno y que afectan a la vida en comunidad. Por esta situación, es pertinente para el trabajo dar una revisión a las demandas sociales presentadas durante este periodo, rescatando principalmente las propuestas de solución expuestas.

Los movimientos sociales de los trabajadores de la salud en México, se presentó como la mayor exposición de diversas problemáticas que se presentaron en el sector durante los últimos años. El primer movimiento social por abordar se dio en 2014, el llamado “movimiento #YoSoy17” nació tras las órdenes de aprehensión contra 16 médicos que fueron señalados por negligencia médica en Guadalajara. Dicho movimiento se focalizó en un principio, en defender a los compañeros afectados, señalando la situación laboral precaria en la que se ofrecen los

servicios médicos. El llamado de este movimiento se replicó a nivel nacional, generando movilización en muchas de las ciudades del país, sin embargo, las demandas no fueron resueltas y el movimiento vio condicionada su continuación.

El segundo movimiento social se dio de igual manera durante 2014, ya que se realizan modificaciones en materia laboral para la enfermería, sin tomar en cuenta la participación de especialistas en el área y cerrando toda brecha al diálogo, lo cual generó inconformidad entre enfermeras y enfermeros que dieron pie a la formación del Movimiento Nacional de la Enfermería Operativa de la Secretaría de Salud Federal.

Este movimiento trascendió al grado de sentar las bases de la Asamblea Intergremial de Enfermeras, Trabajadoras Sociales y Terapistas Rehabilitadores Físicos (AIGETT) la cual, a su vez, dio pie a la Asamblea Nacional de Enfermeras y Enfermeros de México (ANEM). A partir de esta, se creó un Pliego de Demandas, el cual entró en debate mediante mesas de discusión, las cuales fueron evadidas por las autoridades. El crecimiento de dicha movilización premio la ampliación de estas demandas, las cuales se enlistan a continuación:

- Demandas vinculadas a la reconfiguración del panorama contractual del sector salud, en donde se encuentran condiciones precarias de trabajo.
- Demanda de transparencia en las políticas del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA)
- Demanda por el suficiente suministro de medicamentos, material de curación, instrumental y equipo de trabajo, que garanticen la calidad del servicio de salud.
- Demanda de establecimiento de mesas de trabajo para la atención y solución de la problemática a través del diálogo público.
- Demanda garantías de no represión ni hostigamiento
- Demanda procesos más ágiles y eliminación de la burocracia, tanto a nivel central como intermedio
- Exigencia de una reforma que mejore el sistema de atención
- Demanda el cese de la desarticulación de la seguridad social y cambios regresivos a los regímenes de jubilaciones y pensiones
- Demanda en materia de regulación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

- La necesidad de ejercer el derecho a un servicio oportuno y de calidad, ya que la afiliación a un sistema o instituto no garantiza el cubrimiento de este derecho.

Cabe señalar que para resolver estas problemáticas se requiere de dos ejes principalmente: las relaciones intergubernamentales y la participación de los demandantes. Sin embargo, durante el sexenio 2012 -2018 no se establecieron más canales de participación y los existentes[73], se presentaron condicionados a un difícil acceso o en el peor de los casos, bloqueados.

Como ejemplo de lo anterior se retoman las mesas de diálogo entabladas con los movimientos de Médicos y Enfermeras, las cuales fueron descartadas inmediatamente por cuestiones burocráticas y por no representar los intereses del gobierno en turno. Esto implicó, limitar la posibilidad de tomar en cuenta las demandas sociales.

Agravando más esta situación, durante 2016 se publicó una "Iniciativa de Decreto Presidencial" para modificar la Ley General de Salud en el capítulo que se refiere al papel de la CONAMED, la cual buscó llevar la relación médico-paciente-enfermera hacia ámbitos judiciales, generando la confianza de los usuarios o derechohabientes hacia las y los trabajadores de la salud. Lo anterior como una medida para recriminar las demandas de las movilizaciones de salud que se dieron tras el movimiento #YoSoy17.

Ante lo ya expuesto, cabría la reflexión del papel y responsabilidad del Estado para el respaldo, consideración y solución a las demandas sociales en salud, en la reconfiguración de este importante sector y miras de su rescate.

2.4.4 Los estragos neoliberales en el sector.

El neoliberalismo no solo se presentó en México como un tecnicismo económico, sino como toda una estructura que modificó cada uno de los rincones de la vida pública del país. Sus políticas plantearon, durante casi cuatro décadas, la disminución de la intervención del Estado en diversos sectores públicos y sociales, con el objetivo de focalizar los esfuerzos de este, en el aparente control de las variables macroeconómicas y el crecimiento. Sin embargo, el verdadero impacto de dicho modelo se vio reflejado en el rezago y la decadencia social que trajo consigo

[73] Se puede considerar al modelo neoliberal en sí y todo su motor de estructuras como una de las formas para invisibilizar a las demandas sociales en la toma de decisiones en el sector salud, y más bien solo tomar en cuenta al mercado para configurar este sector.

el establecimiento del individualismo, el consumismo y el "libre mercado" como forma de vida para la sociedad mexicana.

Varios fueron los sectores afectados por los movimientos estructurales y las dinámicas empresariales que se implantaron a lo largo del periodo neoliberal en México. En el caso del sector salud, estas afectaciones se vieron representadas por medio de una constante lucha política y social causada por el objetivo neoliberal de establecer la mercantilización de los servicios del cuidado y atención a la salud, esto mediante la individualización de los problemas de salud y el deterioro de las principales instituciones públicas del país.

Cabe señalar que el neoliberalismo se introdujo de una manera paulatina en el sector, pero con resultados contundentes. Muestra de ello es la descentralización de los servicios de salud, la fractura interna de sus instituciones, las reformas al IMSS e ISSSTE, el manejo de las pensiones, las condiciones laborales[74] y el programa de Salud Universal representado por el Seguro Popular[75].

Sin embargo, al ser un Sector Público, construido a partir de diversos movimientos sociales, financiado principalmente por el pueblo mexicano y defendido en los últimos años por los trabajadores del sector, resultó ser una tarea compleja el concretar la privatización neoliberal de los servicios de salud en México como último fin. En contraparte a esa situación, el neoliberalismo dejó al sector debilitado en materia de personal médico, instalaciones, condiciones laborales, equipo médico, acceso a servicios, problemas administrativos, desorganización institucional, baja calidad de atención y poco desarrollo científico.

Ante esta situación, es de suma importancia recomponer los estragos neoliberales dentro del sector, con la finalidad de restablecer a la salud como un derecho constitucional que se nutre de la participación social y el principio de solidaridad.

En 2018, la entrada al poder por parte de Andrés Manuel López Obrador no sólo representó un cambio político, sino un giro económico basado en la lucha constante en contra de la corrupción y la mala distribución de las riquezas. El discurso dado en la cámara de diputados el 1ro de diciembre de 2018, por el ahora presidente mexicano, se concentró en la

[74] Representadas principalmente en las demandas sociales de los trabajadores abordadas en el apartado 2.4.3
[75] Descrito con mayor claridad en el apartado 2.4.2

idea de cancelar el modelo neoliberal en vísperas de transformar y rescatar la economía mexicana y con ella, la vida social del país.

Bajo esta perspectiva es necesario retomar la idea general del rescate de uno de los sectores público y social más importantes a nivel nacional en base a los enfoques solidarios, participativos y cooperativos, con el propósito de combatir círculos viciosos como los provocados por el lucro, la corrupción y la especulación

Mucho se tendrá que trabajar de la mano con diversos sectores de la sociedad, entre ellos, los trabajadores del área de la salud, así como los derechohabientes, la multidisciplinariedad y principalmente, la población en general. Ya que el sector no puede seguir siendo un ente apartado de los demás sectores del país (la educación, el trabajo, etc.) y de las necesidades en salud de la población mexicana.

2.5 ASPECTOS GENERALES

El análisis realizado en este capítulo muestra que el Estado de Puebla tiene un sistema desarticulado y por debajo de la media nacional. También se logra identificar que, a escala regional, no se cuenta con una política en materia de salud para la cooperación y coordinación de diversos agentes del sector.

La construcción de un Sistema Universal bajo la lógica Neoliberal permeó fuertemente durante el último sexenio federal, al grado de presentarse directamente en los planes de Desarrollo de Puebla por medio de la inversión en infraestructura del Seguro Popular, pasando por alto las demandas sociales y las condiciones precarias del servicio.

No obstante, la revisión hecha a lo largo del capítulo permite identificar una gran cantidad de elementos que hacen pensar en el rescate y fortalecimiento del sector. Es por esta razón que a continuación se da pie a la revisión de las principales fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que tiene el sector estatal, basados en el enfoque teórico de competitividad sistémica que promueve al nivel analítico Meso, como la parte fundamental del impulso de un sector.

CAPÍTULO 3 – PRINCIPALES RETOS DEL SECTOR EN EL ESTADO

En el presente capítulo se exponen los resultados obtenidos a partir del análisis del sector salud del estado de Puebla, bajo el enfoque de competitividad sistémica, con el propósito de rescatar sus principales fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades dentro de la región.

Posteriormente se aborda una breve revisión de dos modelos cooperativos en salud (clúster de salud en Monterrey y modelo nacional contra el COVID19) con la finalidad de resaltar la coordinación entre diversos actores y sectores involucrados en el ámbito de la salud, cumpliendo así, el objetivo establecido por el enfoque de competitividad sistémica respecto al fortalecimiento del nivel MESO.

Finalmente, como última parte del capítulo y de la tesis, se formulan una serie de conclusiones y reflexiones generales en materia del desarrollo económico, el derecho a la salud y el impulso al sector Estatal.

3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente apartado se da revisión a los resultados del análisis realizado en el capítulo dos, los cuales son expuestos bajo la herramienta FODA que es adaptada a los niveles analíticos abordados (Esquema 3.6, ver pág. 74). Esto permite identificar las principales características internas y externas del sector en una matriz cuadrada, exponiéndose lo anterior en cuatro grandes rubros: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

Al mismo tiempo y con el fin de complementar o dar una mejor lectura al análisis tipo FODA, se formula un listado de diversos puntos relevantes para el sector en Puebla, con la finalidad de volver más explícitas las condiciones que existen dentro del sector.

Es pertinente recalcar, que estos resultados son parte de los objetivos propuestos para esta investigación y que se pretenden complementar con las visiones cooperativas que se plantean posteriormente.

Esquema 3.6

Análisis FODA del Sector Salud de Puebla 2012 - 2019

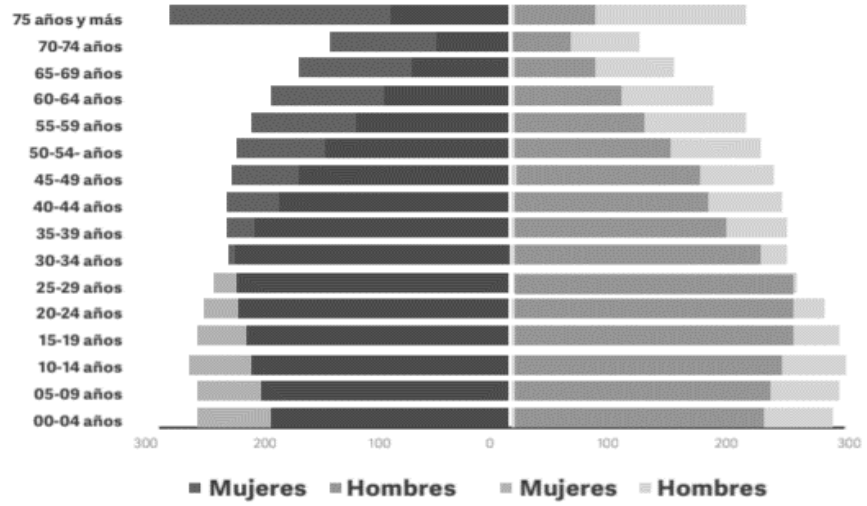
Amenazas	Fortalezas
Meta: -La descentralización ha provocado fracturas institucionales y de gobierno **Macro:** -Problemáticas de inestabilidad y desaceleración económica durante el último sexenio -La demografía indica un aumento en el índice de envejecimiento a nivel Nacional y Estatal. -Dentro de las carencias sociales en México resalta el acceso a la seguridad social y acceso a los servicios de salud **Micro:** -No existe una estrategia que vincule los diversos elementos del sector salud (manufactura, servicios, trabajadores, comercio, etc.) **Meso:** -No hay participación social y ciudadana activa -Conflictos sociales con trabajadores -Políticas en salud dirigidas sólo al Seguro Popular y atención en primera instancia	**Meta:** -La descentralización dota de capacidad al Gobierno Estatal para formular sus propios programas y políticas en salud. -La adopción de los principios del INSABI establece entre otras cosas, la coordinación entre el Estado y la Federación para el periodo 2018 - 2024 **Macro:** -Puebla se posiciona como un estado importante en materia de: infraestructura, industria y zonas metropolitanas -Ciudad de Puebla una de las cuatro más importantes **Micro:** -Lugar 7° en unidades médicas de salud -Existe gran producción de equipo médico y productos farmacéuticos -Gran cantidad de farmacias y proveedores -Amplia gama de universidades y carreras de la salud -Existen colegios de especialistas, OCS y sindicatos. **Meso:** - Visiones multidisciplinarias
Debilidades	**Oportunidades**
Meta: -El sector se concentró en el trabajo de instituciones públicas del sector social. **Macro:** -Las tres primeras causas de muerte en el estado son: diabetes, enfermedades del corazón y tumores. -En Puebla el 71% de la población no cuenta con seguridad social y 19% carece de servicios de salud -Bajo gasto social en salud -El mercado de Medicamentos Nacional **Micro:** -Baja infraestructura hospitalaria, hay 2.2 unidades médicas y 9 camas por cada 10 mil habitantes -Escasez de personal médico (enfermeras, especialistas, doctores, etc.) -Aunque ha incrementado la matrícula de sus universidades aún existen rechazados para el área de la salud **Meso:** -Programas y planes muy sectorizados -Escasez de análisis y material bibliográfico	**Meta:** -El sector se enfrenta a un cambio político y de modelo económico a nivel Nacional -Regresar al sector al ámbito de lo Público **Macro:** -Renegociación del Tratado comercial con EUA y Canadá - Alto gasto de hogares en medicamentos y consultas (política vs negocio) **Micro:** -En Puebla existen diversos pueblos originarios -La ciudad de Puebla puede ser motor de impulso para el desarrollo del sector -Las Unidades médicas se concentran en la ZM Puebla – Tlaxcala -Por su población, alta demanda de servicios médicos y de salud **Meso:** -Aprovechar la baja integración multisectorial -Intenciones de formar un clúster de salud

Fuente: Elaboración propia en base a la herramienta analítica FODA y a la estructura del enfoque teórico de competitividad sistémica 2020

La gran demanda de servicios por parte de la población:

El crecimiento de la población del estado puede ser identificado como un gran reto futuro, ya que, entre mayor población, mayores servicios se demandan; tanto a nivel público como privado. Sin pasar por alto que, según la proyección de población 2050 (Gráfico 3.14) el envejecimiento de la población va en aumento, lo cual plantea un país de población adulta y con un patrón grave de enfermedades crónico-degenerativas, abriendo el panorama a una mayor necesidad de servicios de salud de diversa índole, dentro del estado.

Gráfico 3.14
Proyección de Población a 2050 en Puebla según edad y sexo.



Fuente: Retomado del programa sectorial de salud 2019-2024

Diversidad de servicios de salud públicos y privados:

Puebla cuenta con una amplia variedad de servicios médicos. Por parte del sector público y social, el estado cuenta con unidades nacionales y regionales de instituciones como: IMSS, ISSSTE, INSABI, PEMEX, IMSS-Oportunidades, SEDENA, las cuales, generan sus propios servicios y demandan una gran cantidad de insumos y mano de obra. Cabe señalar que el gobierno estatal de Miguel Barbosa plantea los lineamientos del INSABI como el parteaguas hacia las políticas de salud con el fin de generar una coordinación a nivel Federal por medio de la Secretaría de Salud.

Del sector privado se puede rescatar la presencia de grandes hospitales y consorcios médicos, así como una amplia gama de consultorios dentales, laboratorios y una diversidad de

clínicas especialistas en el cuidado de la salud. Los cuales han crecido alejados de un programa que los ayude a unificarse para generar un gran bloque de servicios privados en el Estado.

La ciudad de Puebla como motor de desarrollo:

El estado de Puebla tiene la ventaja de contar con la ciudad de Puebla, la cuarta más importante a nivel nacional y la pieza clave de la zona metropolitana Puebla – Tlaxcala. La infraestructura carretera, de comunicación y de servicios básicos, apuntalan a la ciudad como un punto clave para el comercio, los servicios y la manufactura, por lo cual debería posicionarse como el eje clave en la generación de políticas de cooperación o planes empresariales dentro del sector.

La generación de equipo médico y farmacéutico:

La importancia de la fabricación de equipo médico en diversos clústeres de salud ha posicionado a esta rama de la manufactura como un agente económico importante dentro de la economía nacional, así como en el desarrollo científico y empleo de los Estados, bajo la lógica de la reducción de costos. Sin embargo, a escala mundial, el índice de innovación se presenta como un agente importante que involucra tanto a la inversión en Investigación y Desarrollo, con el fin de vincular diversos ámbitos en el avance tecnológico.

> Por suerte, están surgiendo nuevamente la I+D y la innovación en materia de salud, lo cual podría contribuir a remontar la baja de la productividad en innovación observada en los últimos decenios en la industria farmacéutica. Esas innovaciones se dan en múltiples dimensiones, lo que incluye la ciencia básica, el desarrollo de medicamentos, la prestación de servicios y los modelos de organización y funcionamiento (OMPI, 2019, pág. 15)

En este sentido, Puebla cuenta con producción de equipo médico y farmacéutico, que, a razón de las negociaciones del tratado comercial con Norteamérica, podría generar nuevos planes productivos o de cooperación, que le ayuden a consolidarse a escala estatal, nacional e internacional.

La aportación de los pueblos originarios del Estado:

Es indudable que México cuenta con una inmensa cantidad de pueblos originarios que han sido apartados de la vida pública del país a partir de la ejecución de múltiples reformas y políticas neoliberal, no obstante, se reconoce, por medio de cuentas como la de “Medicina

Alternativa" de INEGI, la existencia de otro tipo de organizaciones en materia de Salud, principalmente medicina tradicional de pueblos indígenas.

La visita generada por el subsecretario de salud Hugo López Gatell a la Sierra Nororiental de Puebla durante la pandemia de Covid-19 en 2020, abrió el panorama para la integración y reconocimiento de otras formas tradicionales de la Medicina. Rescatando desde esta perspectiva la importancia de los programas de salud de cooperativas como TOSEPAN TITATANISKE ubicadas en Cuetzalan Puebla, la cual, en palabras propias del subsecretario "sería analizada y tomada en cuenta en la formulación de un plan estratégico a nivel federal para las zonas más alejadas y marginadas del País".

Esta situación es entendida como parte del proyecto nacional del gobierno federal, sin embargo, es una tarea ardua y constante que deberá ser ejecutada en todos los niveles de gobierno e institucionales, no obstante, representa una oportunidad el considerar este tipo de organizaciones como promotores de programas federales.

Cambio de modelo político y económico 2018:

El cambio de gobierno a nivel nacional como estatal se pueden considerar siempre como una oportunidad a nuevas ideas, una forma de administrar y entender los servicios de salud basados en el derecho constitucional y en la creación de un sistema solidario, participativo y humano dentro del estado.

> En la medida en que la inversión en salud permita a la población acceder a servicios equitativos, eficientes y de buena calidad, se alcanzará un "círculo virtuoso" con el cual se mejorará la competitividad y avanzará hacia un mayor desarrollo económico, social y humano. De lo contrario, un sistema de salud inequitativo, ineficiente o de poca calidad empuja hacia un círculo vicioso y resta productividad y competitividad a una nación (Marie, Arreola-Ornelasa, & Escandón, 2007, pág. 99)

El gobierno de la cuarta transformación ha planteado la recuperación de la salud como un sector público, en base a programas que fomentan la integración y coordinación de diversos ámbitos, siendo la pandemia de Covid-19 el mayor reto en inversión y cuidado que tiene en el presente el sistema de salud mexicano.

El reconocimiento e Integración de actores sociales:

El estado de Puebla cuenta con una amplia gama de colegios de especialistas, así como sindicatos y ONG, quienes plantean visiones críticas y de trabajo para el sector. Estos actores pueden ser considerados piezas fundamentales en la creación o fomento de políticas para el cuidado y protección de la salud, sin embargo, esto no solo compete al ámbito local, sino que, a escala Federal, deberá ser un parteaguas para la reformulación del sector.

Por otra parte, es pertinente reconocer el trabajo de las Organizaciones Civiles en el Estado, ya que estas han cubierto un vacío existente en materia de cuidados para la salud que las instituciones públicas han creado a lo largo de los últimos 30 años, por lo cual se vuelve un punto estratégico para el estado de Puebla la consideración de estos agentes. Es cierto que, en miras de la regulación financiera, la política de cuarta transformación ha afectado este sector, no obstante, la coordinación no se ha negado y por lo mismo, es fundamental trabajar con organizaciones realmente comprometidas con su labor.

La Cooperación como un motor para el sector:

Los retos para el sector son muchos, no obstante, se requiere de una gran suma de esfuerzos por diferentes actores ya que, no es utópico pensar en un proyecto que tome en cuenta las características antes analizadas para dar impulso al sector salud del estado de puebla, mediante una coordinación y cooperación política, económica y social.

Los trabajos multidisciplinarios o el fomento a la participación por parte de diversos agentes del sector deben ser integrados a un plan de trabajo, tratando de superar la constante crítica existente a la cooperación.

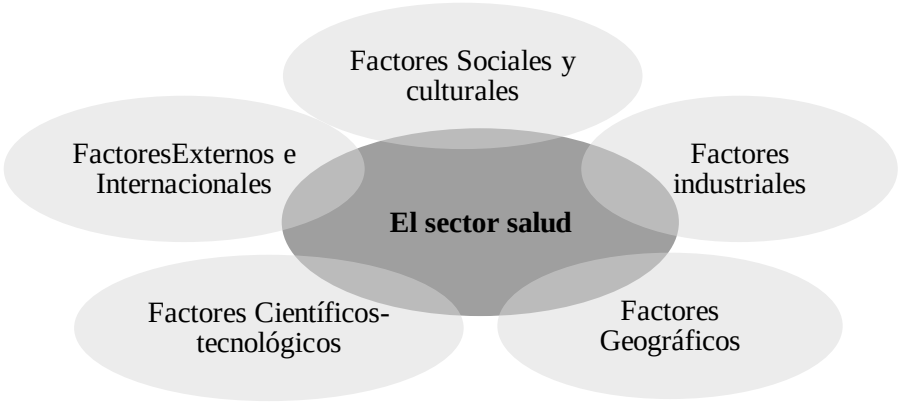
3.2 MODELOS DE COOPERACIÓN

La característica principal del enfoque de competitividad sistémica es el establecimiento de un nivel analítico meso, en el cual se fomenta la relación y cooperación entre diversos agentes de un sector con la intención de formular políticas públicas y programas de desarrollo con visiones participativas que abonen al crecimiento del sector. Así es que, con el fin de profundizar con esta lógica del enfoque teórico, se plantea la revisión de modelos de cooperación existente dentro del sector a escala nacional.

> La desarticulación del aparato productivo puede ser superado si los agentes económicos abordan la senda de la cooperación, esto significa que en el nivel meso se defina una política institucional orientada a fomentar la educación técnica y académica, el mejoramiento de la infraestructura nacional, el desarrollo de la ciencia y tecnología. (Benavides, Muñoz, & Parada, 2004, pág. 135)

Por otra parte, cabe mencionar que, a partir de los postulados del Desarrollo Regional y Local, se comprende la necesidad de reconocer a diversos factores involucrados dentro del funcionamiento del sector (Esquema 3.7), por lo tanto, los modelos de cooperación abordados a continuación se caracterizan por tener un enfoque solidario y participativo entre los sectores Públicos y privados, tomando en cuenta a los gobiernos como promotores y líderes de estos.

Esquema 3.7
Factores considerados dentro de la planeación.



Fuente: Elaboración propia en base a las teorías de desarrollo local y territorial 2020.

En un mundo globalizado, la competitividad depende de la productividad, en la cual se combinan tres recursos claves: humanos, de capital y naturales. En el caso de los recursos humanos, los insumos como la salud y la educación juegan un papel preponderante para alcanzar una mayor productividad y, por ende, realzan la capacidad competitiva de un país; por lo tanto, una vía para lograrlo es realizar las inversiones en salud, en forma incluyente y equitativa (Marie, Arreola-Ornelasa, & Escandón, 2007, pág. 98)

3.2.1 Cooperación en clúster de salud

El primer modelo para revisar es el propuesto por la OMS denominado "Clúster de Salud Nacional". El cual, pretende lograr la coordinación dentro de un sistema de salud en materia de: datos, atención, personal, insumo y financiamiento. Por lo cual se hace necesario la revisión, en primera instancia, del término Clúster.

La noción de Clúster para Porter (1999) hace referencia a la concentración geográfica de empresas e instituciones de un campo concreto, unidos por rasgos comunes y complementarios entre sí, con visión verticales en las cadenas de valor, donde se incluyen proveedores e industrias auxiliares y lateralmente, tecnología y sectores relacionados. Al mismo tiempo, dentro de estos, se puede localizar el uso de políticas públicas para asociar los diversos sectores entre sí.

En este sentido, el Clúster de salud propuesto por la OMS, cuenta con una visión ampliada del sector salud en donde se pone en juego la cooperación de diversos sectores y actores para lograr objetivos, prioridades y estrategias en común. Esta visión se entiende como la formación de alianzas efectivas entre actores humanitarios en salud a nivel nacional e internacional.

> El Clúster de Salud a nivel de País debe servir como un mecanismo para que las organizaciones participantes trabajen juntas en una alianza para armonizar esfuerzos y utilizar los recursos disponibles eficientemente dentro del marco acordado de objetivos, prioridades y estrategias, para beneficio de la(s) población(es) afectada(s). Esto incluye evitar las brechas y/o las redundancias en los recursos (humanos y financieros) y en la respuesta humanitaria internacional en salud (OMS, 2011, pág. 28)

La OMS señala que un clúster de salud debe contar con los siguientes principios básicos dentro de su funcionamiento, asumiendo en lo general, que cada sector salud cuenta con diversas estructuras de funcionamiento:

- Ser inclusivo ante la diversidad de agentes
- Complementar y fortalecer las estructuras y procesos de coordinación existentes
- Tener objetivos realistas
- Hay que asegurar que todos los socios del grupo tienen algo que ganar
- Aprender de experiencias pasadas
- Asegurar la transparencia en todas las actividades del Clúster y en el uso de los recursos.

Dado lo anterior, en México se puede identificar a la fecha, la existencia de 10 clústeres de salud, impulsados principalmente por la iniciativa privada en cooperación con sectores públicos. Dichos clústeres están encaminados principalmente al negocio del Turismo Médico y están ubicados en los estados de Tijuana Baja California, Monterrey, Chihuahua, Sonora, Tamaulipas, Guanajuato, Ciudad de México y Jalisco (Mapa 3.2, ver pág. 81).

Mapa 3.2
Clústeres de Salud en México 2019.

Fuente: Retomado de la Asociación de Turismo Médico de Quintana Roo

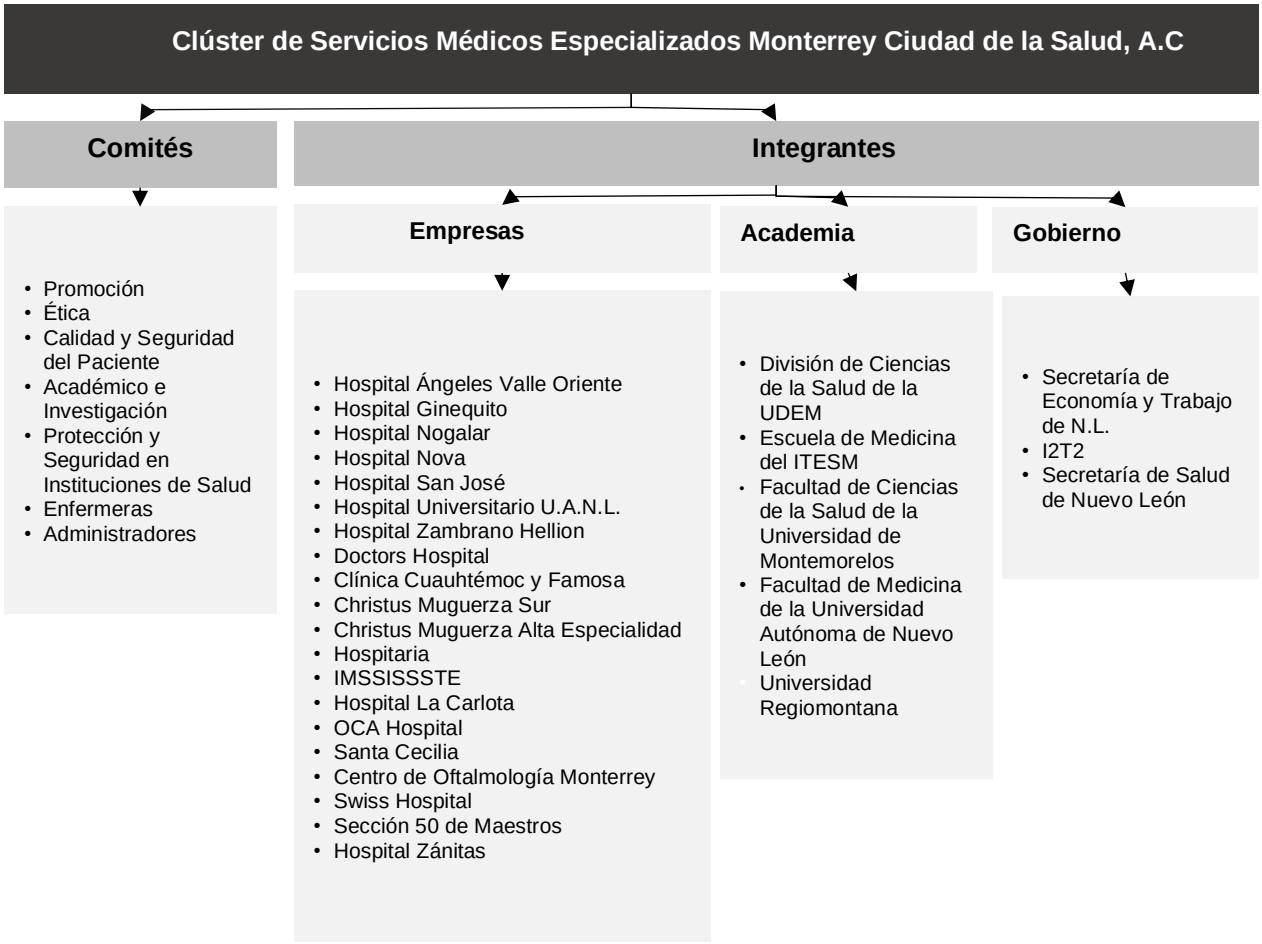
Para analizar uno de ellos, se toma la muestra de Nuevo León (Esquema 3.8, ver pág. 82), un estado fronterizo e importante a nivel nacional, en el cual se consolidó un clúster de salud en 2006 con el objetivo de impulsar las cooperaciones entre instituciones de salud, públicas y privadas, en conjunto con universidades y gobierno estatal, a fin de mejorar la oferta y el desarrollo de su sector salud, encaminado principalmente al turismo médico.

Dentro de sus participaciones al desarrollo del sector están los planes de generar estrategias de tecnología de información, promover certificación de unidades hospitalarias hacia el turismo médico, fomento a programas de investigación e innovación y el fortalecimiento de programas de educación con el fin de capacitar al personal del sector.

En Nuevo León se han generado una infraestructura y las capacidades necesarias para ofrecer servicios especializados de salud a través de unidades privadas. Esta área ha alcanzado su consolidación y actualmente atrae a pacientes de diversas regiones. Además, genera empleos de alta calificación, tanto en las unidades hospitalarias como en empresas proveedoras de bienes

y servicios de alto valor agregado. Existe en el estado un clúster de servicios médicos especializados y ciencias de la salud (N.L. & CONACYT, 2015, pág. 76)

Esquema 3.8
Clúster Médico de Monterrey



Fuente: Elaboración propia en base al Clúster de Servicios Médicos Especializados Monterrey Ciudad de la Salud, A.C

En Puebla, la intención de formar un Clúster de salud con visión al Turismo Médico ha sido planteada por diversos inversionistas y grupos de hospitales, así como sectores educativos. Sin embargo, no se ha logrado concretar esta participación, ya que se requiere de un arduo trabajo en diversos sectores públicos y privados, así como la integración de diversas visiones multidisciplinarias y participaciones sociales.

Sin embargo, los trabajos que sean encaminados a la participación de diversos actores dentro de la formulación de planes de desarrollo para el sector siempre serán piedras angulares para un futuro impulso del sector en la región.

> El camino para la creación de un clúster de turismo médico en Puebla todavía parece largo y lejano; sin embargo, el presente trabajo es una referencia de las variables a considerar para que esto suceda. Y es que para lograr que la Angelópolis alcance la posición que hoy día poseen Jalisco y Medellín, el principal componente a detonar es la integración de los actores que deben conformar el clúster. Sin esta vinculación, la generación de un clúster de turismo médico se vislumbra bastante complicada (Casolco, Mateos, & Ochoa, 2015, pág. 26).

3.2.2 Cooperación en caso covid-19

Durante diciembre de 2019, surge en Wuhan, China, el virus SARS-CoV-2, causante de lo que a la fecha se conoce como la pandemia de coronavirus COVID-19, la cual ha puesto en jaque a los mejores sistemas de salud alrededor del mundo.

El reto en México no fue menos, pues en materia de pocos meses, el gobierno federal tuvo que ejecutar un Plan Nacional de Salud en Contra del COVID-19 bajo la perspectiva de lograr una epidemia controlada que no rebase en ocupación, la capacidad real de los servicios de salud con los que cuenta el sector, los cuales son resultado de la desfragmentación y precariedad existente a lo largo de las últimas décadas dentro del sector salud[76].

Dicho Plan Nacional, tuvo como primicia la cooperación entre diversos sectores, con la finalidad de lograr una coordinación entre la sociedad y el gobierno para el fortalecimiento de sector salud y los servicios necesarios para afrontar la pandemia, mediante:

-Promoción y prevención de la salud	-Vigilancia epidemiológica
-Diagnósticos de laboratorio	-Atención Médica
-Regulación Sanitaria	-Política Fiscal
-Capacitación y trabajo	-Evaluación

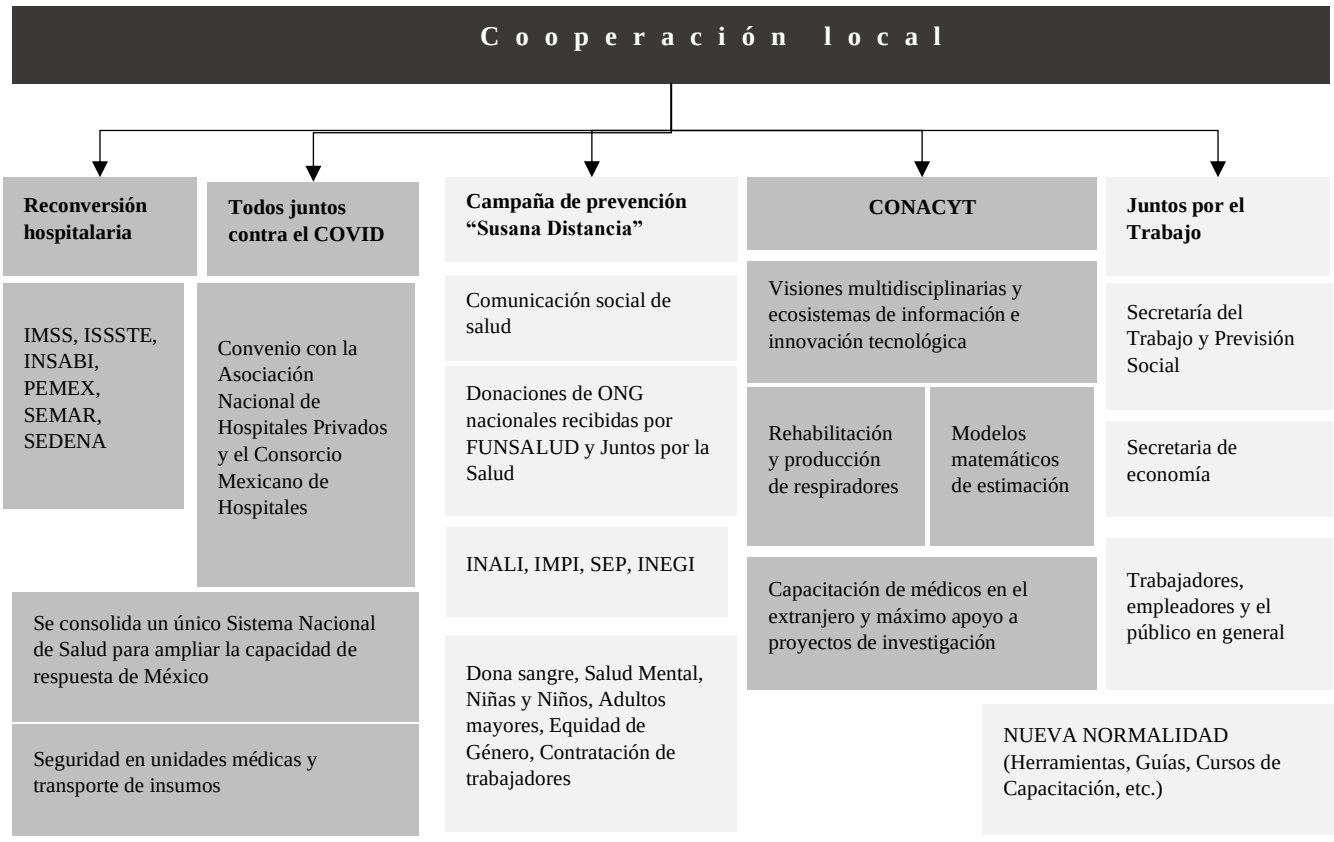
Por esta razón, la primera tarea del plan consistió en hacer frente a la necesidad de aparatos respiratorios, estructuras hospitalarias, servicios no esenciales del cuidado de salud, equipo de protección personal, insumos, gestión administrativa, médicos especialistas, enfermeras para el cuidado y atención y el fomento a la promoción y prevención de la salud. No obstante, las bases sentadas en este Plan Nacional permitieron diversificar las tareas de

[76] Déficit de casi 200 mil profesionales de la salud, falta de equipo médico, organización administrativa, etc.

cooperación al grado de poder identificar dos esquemas dentro de este: la Cooperación Local y la cooperación Internacional.

Dentro de la cooperación local (Esquema 3.9) el gobierno estableció coordinación con empresas, instituciones gubernamentales, industrias manufactureras, industria de comercio y de informática, así como trabajo con el sector privado de salud, Organizaciones No Gubernamentales y centros científicos.

Esquema 3.9
Cooperación local COVID-19



Fuente: Elaboración propia en base al programa "Todos juntos contra el COVID" 2020

Entre los logros de este plan se puede identificar cinco aspectos, el primero de ellos aborda la coordinación establecida por parte de todas las instituciones públicas en México, presentándose esto como un gran avance histórico, ya que uno de los problemas principales del sector es precisamente la desfragmentación de estas instituciones a nivel nacional y estatal[77]. El segundo aspecto corre a cuenta de la integración del sector privado al plan del Sistema Único

[77] Al inicio de la pandemia México contaba con 3552 camas de terapia intensiva, las cuales se lograron incrementar a la diversidad de los planes de cooperación a un total de 11634 en diez semanas.

Nacional de Salud, en el cual se pretende usar todos los recursos disponibles para afrontar dicha Pandemia.

El tercer aspecto es con relación a todo lo hecho en materia de secretarías gubernamentales y ONG, en términos del programa "Susana Distancia" implementado por la Secretaría de Salud. El cuarto aspecto corresponde a lo hecho en materia de Ciencia y Tecnología, en donde el CONACYT tuvo un relevante papel en colaboración con el sector salud, pues se encargó del diseño de modelos matemáticos de estimación que guiaron los decretos y políticas en materia de salud, también se da el reconocimiento a la rehabilitación y construcción de respiradores y el fuerte impulso de programas de investigación contra el COVID-19.

El quinto y último aspecto tiene que ver con lo relacionado en materia de trabajadores, empresarios y población en general. Donde se puso en coordinación, diálogo y negociación, una diversidad de temas como lo fueron: Programa de nueva normalidad, programas de crédito, despidos, aspectos salariales, ingresos, etc.

Como ya se mencionó, el aspecto de cooperación y coordinación no se restringió al aspecto local, también se hizo en materia internacional (Esquema 3.10, ver pág. 86), ya que, al ser una Pandemia, todos los países presentan fortalezas y debilidades que solo por medio del comercio y cooperación pueden ir sanando. En este sentido, el programa de cooperación internacional mexicano puede ser identificado por medio de tres aspectos regidos bajo normativas de la AMEXCID.

El primero de ellos hace referencia a las estrechas relaciones de cooperación gubernamental/comercial con países como EUA, Canadá y China, con quienes se establecieron puentes comerciales en materia de equipo médico y desarrollo científico. El segundo aspecto corresponde a las instituciones y ONG presentadas a escala internacional con injerencia en diversos países, como lo son OMS, OCDE, UNICEF, Agencias de Cooperación, IASC, Banco mundial, entre otros.

Como última parte se identifica el trabajo en comunicación social, ya que, se estableció un vínculo para diversas empresas especializadas en el ramo de redes sociales y comunicación, con lo cual se logró trabajo conjunto con programas de movilidad, creación de aplicaciones y divulgación de información preventiva.

Este aspecto es de suma importancia, ya que un trabajo tan arduo en materia de comunicación social podría considerarse ajeno al ramo de la salud, no obstante, fue de suma importancia para los gobiernos y sociedad, dejando claro que: la cooperación es un camino para el fortalecimiento del sector salud con una visión solidaria y humana.

Esquema 3.10
Cooperación internacional COVID-19

Fuente: Elaboración propia en base al programa "Todos juntos contra el COVID" 2020

3.3 REFLEXIONES Y CONCLUSIONES

Es una realidad que, en México, el derecho constitucional a la salud ha entrado en una constante disputa política, económica y social; influenciada directamente por la lógica económica-internacional que promueve la mercantilización de diversos aspectos sociales y de salud. Lo anterior genera que en México se formulen reformas y planes de desarrollo encaminados a la disminución del gasto social (cuestión que se pretende cambiar con la entrada del nuevo gobierno en 2018) provocando así, condiciones precarias dentro de los servicios de salud.

Ante esto, el Desarrollo Local plantean una visión encaminada al fortalecimiento de los territorios mediante el autorreconocimiento de sus necesidades y virtudes, entendiendo que; cada región cuenta con una diversidad fortalezas y oportunidades que, al ser tomadas en cuenta, podrían ser potenciales motores de desarrollo del sector frente a un mundo globalizado. Bajo

este panorama, el fortalecimiento de los sectores de salud regionales, al estar descentralizados, se establecen como una pieza clave en la planeación bajo una visión solidaria y cooperativa.

En Puebla la rehabilitación de hospitales y la baja inversión, son parte del cúmulo de problemas a los que se afronta el sector, sin embargo, el estado con diversas áreas de oportunidad y fortalezas, que bien trabajadas, pueden llevar a posicionar al estado como un modelo nacional a seguir en materia de salud. Para esto, es necesario crear una visión solidaria que logre resanar las deficiencias del sector en el territorio.

Esto no queda ahí, ya que la formulación de un plan con visión humana y solidaria podría abonar al debate nacional en materia del fortalecimiento del sector salud, entendiendo que el sector presenta fortalezas y oportunidades que no han sido evaluadas y tomadas en cuenta en las planeaciones. Por lo cual, será necesario empezar a pensar en que a nivel estatal se pueden establecer las siguientes condiciones para el debate nacional con el fin de dar impulso al sector salud mexicano y la lucha por el bienestar social.

De acuerdo a lo anterior, se plantea a continuación una serie de propuestas y acciones a realizar para el fortalecimiento del Sector Estatal:

- Es necesario dar impulso a estrategias económicas, respecto al empleo, la producción y la estabilización macroeconómica del País, con el fin de generar condiciones que beneficien el funcionamiento de los diversos sectores dentro de la economía estatal. Esto planteado a partir del enfoque teórico de competitividad sistémica y la estabilidad económica que requiere una nación para desarrollarse.
- Es fundamental reconocer y establecer mecanismos de cooperación entre los distintos niveles de secretarías, sectores públicos, privados y sociedad, con el fin de dar un giro a la desarticulación que vive el sector salud en México e inclusive, se podría dar entrada a la discusión en materia técnica de la centralización de los servicios de salud.
- Se requiere garantizar mecanismos de transparencia para esclarecer la toma de decisión y el consenso entre la diversidad de sectores y actores, encaminados directamente a la participación.
- A escala global, la salud es considerada un tema abierto a múltiples aportaciones científicas, por lo tanto, el sector en Puebla requiere un mayor fomento al trabajo multidisciplinario y académico.

- La Economía de la Salud identifica como una parte esencial a los proveedores e innovadores dentro del sector, por lo tanto, es pertinente dar impulso al ramo manufacturero con el fin de poder producir equipo médico más barato y de origen local.
- Puebla ha iniciado en 2020 un programa universitario para ampliar la matrícula en el área de la salud, no obstante, sigue siendo pertinente señalar que se requiere inversión en formación de cuadros para el sector salud, a nivel público y privado. Ya que el crecimiento demográfico ubica al sector como uno de los más demandados a nivel nacional durante los próximos 40 años.
- Uno de los grandes temas que se mencionan dentro del ámbito administrativo y que teorías como la de Desarrollo Regional respaldan, es la identificación de zonas metropolitanas como puntos de gran concentración de población, por lo tanto, hace falta una revisión en materia de programas y políticas metropolitanas, que permitan dar un paso más allá de la simple descentralización de los servicios de salud actual.
- En base a reformas de carácter social, se puede desarrollar los debates y la evaluación en torno a la descentralización del sistema de salud mexicano, lo cual es una tarea pendiente después de 20 años.

Por último, es pertinente señalar que la pandemia de COVID-19 ha mostrado las debilidades y limitaciones de todos los Sistemas de Salud alrededor del mundo, por lo cual, es un momento crucial para los gobiernos y sectores de salud que pretenden fortalecer sus lazos cooperativos, entendiendo que este problema de salud mundial puede ser solo el inicio de un difícil panorama futuro para las naciones y sus sociedades.

BIBLIOGRAFÍA

ALAMES. (2020). *Perspectiva de ALAMES sección México Ante la crisis actual por la Covid-19.* México: Mesa directiva.

Alvarez, A. J. (1963). La salud y el desarrollo económico. *Salud Pública de México*, 535-536.

Álvarez, B. A. (2018). *Cómo el neoliberalismo enjauló a México. El contexto de los siglos xx y xxi y la alternativa de un ecosocialismo democrático.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ángeles, S. A., Diaz, L. A., Cordova, G. A., & Palencia, E. C. (2011). *El sistema de salud en México perspectiva histórica, evolutiva y de globalización.* México: Instituto de Investigación Económica y Social Lucas Alamán.

Benavides, S., Muñoz, J. J., & Parada, G. A. (2004). El enfoque de Competitividad Sistémica como estrategia para el mejoramiento del entorno Empresarial. *Economía y sociedad, Universidad de Costa Rica*, 119-137.

Bermeo, K. (2018). La competitividad sistémica de la MIPYME manufacturera en el nivel micro: caso de la fabricación de muebles de madera, Ecuador. *Small Business International Review*, 1-15.

Boisier, S. (1999). *Desarrollo (local): ¿De qué estamos hablando?* Santiago de Chile: Mimeo.

Casolco, S., Mateos, E. L., & Ochoa, C. H. (2015). Hacia la creación de un clúster de turismo médico en la ciudad de Puebla: un análisis de variables estratégicas. *Administración del Desarrollo Regional y Sustentabilidad* (pág. 28). Durango: Universidad Juárez del Estado de Durango.

CEESES. (2010). *Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud.* México: CONEVAL.

Chavez, C. J., & Padilla, A. M. (2013). *Administración Pública Y Políticas De Salud.* México: Porrúa.

Esser, K., Hillebrand, W., Messner, D., & Meyer-Stamer, J. (1995). *Competitividad Sistémica.* Berlín: Instituto Alemán de Desarrollo.

Esser, K., Hillebrand, W., Messner, D., & Meyer-Stamer, J. (1996). Competitividad Sistémica: nuevo desafío para las empresas y la política. *Revista de la CEPAL*, 39-70.

Ferrer, J. (2005). Competitividad Sistémica. Niveles analíticos para el fortalecimiento de sectores de actividad económica. *Revista de Ciencias Sociales*, 149-166.

Gálvez, G. A. (2003). Economía de la Salud en el contexto de la salud pública cubana. *Cubana Salud Pública*, 14.

Gómez, D. O., Sesma, S., M. Becerril, V., M. Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 220-232.

Laurell, A. C. (2012). Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. *Conferencia Asa Cristina Laurell "Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos"* (págs. 1-34). Ecuador: Organización Panamericana de la Salud.

Laurell, A. C. (2018). Tiempos de resistencia. Por el derecho a la salud. (N. González, & C. Nin, Entrevistadores)

Lopez, A. F. (1993). Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud. *Salud Pública de México*, 437-439. Obtenido de http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5682/6224

Marie, K. F., Arreola-Ornelasa, H., & Escandón, C. P. (2007). La competitividad, la salud y el sector salud: una nueva vertiente del paradigma de economía y salud. *Gaceta Médica de México*, 93-100.

Molina, S. R., Romero, V. R., & Trejo, R. J. (1991). Desarrollo Económico y Salud. *Salud Pública de México*, 227-234.

Monroy, M. M. (2016). *El concepto clúster, ¿expectativas creadas o realidades posibles? : el caso Medellín, Colombia.* Buenos Aires: CLACSO.

Muñoz, M. S. (2011). Salud y Desarrollo en el Contexto Latinoamericano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 168-174.

N.L., G., & CONACYT. (2015). *Agenda Estatal de Innovación.* Nuevo León: Conacyt.

OCDE. (2017). *Health at a glance 2017: OECD Indicators.* Paris: OCDE.

OMPI. (2019). Índice mundial de innovación 2019, una vida sana para todos: el futuro de la innovación médica. *OMPI REVISTA*, 1-20.

OMS. (2005). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de ¿Qué es un sistema de salud?: https://www.who.int/features/qa/28/es/

OMS. (2011). *Guía del Clúster de salud.* Francia: Organización Mundial de la Salud.

OPS. (2005). *Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos.* Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Ortega, O., Reynaldo, Y., & Somuano, V. M. (2015). El periodo presidencial de Felipe Calderón Hinojosa. *Foro internacional vol.55 no.1* , (págs. 5-15).

Puebla, G. d. (2013). *Plan de Desarrollo de Puebla 2013 - 2017.* Puebla: Gobierno Estatal.

Puebla, G. d. (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018* . Puebla.

Saavedra, G. M. (2014). *Hacia la determinación de la competitividad de la PyME Latinoamericana.* México: UNAM Publicaciones Empresariales FCA Publishing.

SE, S. d. (2013). *Industria Farmacéutica.* México: ProMéxico.

SEDESOL. (2017). *Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante.* México: Gobierno de México.

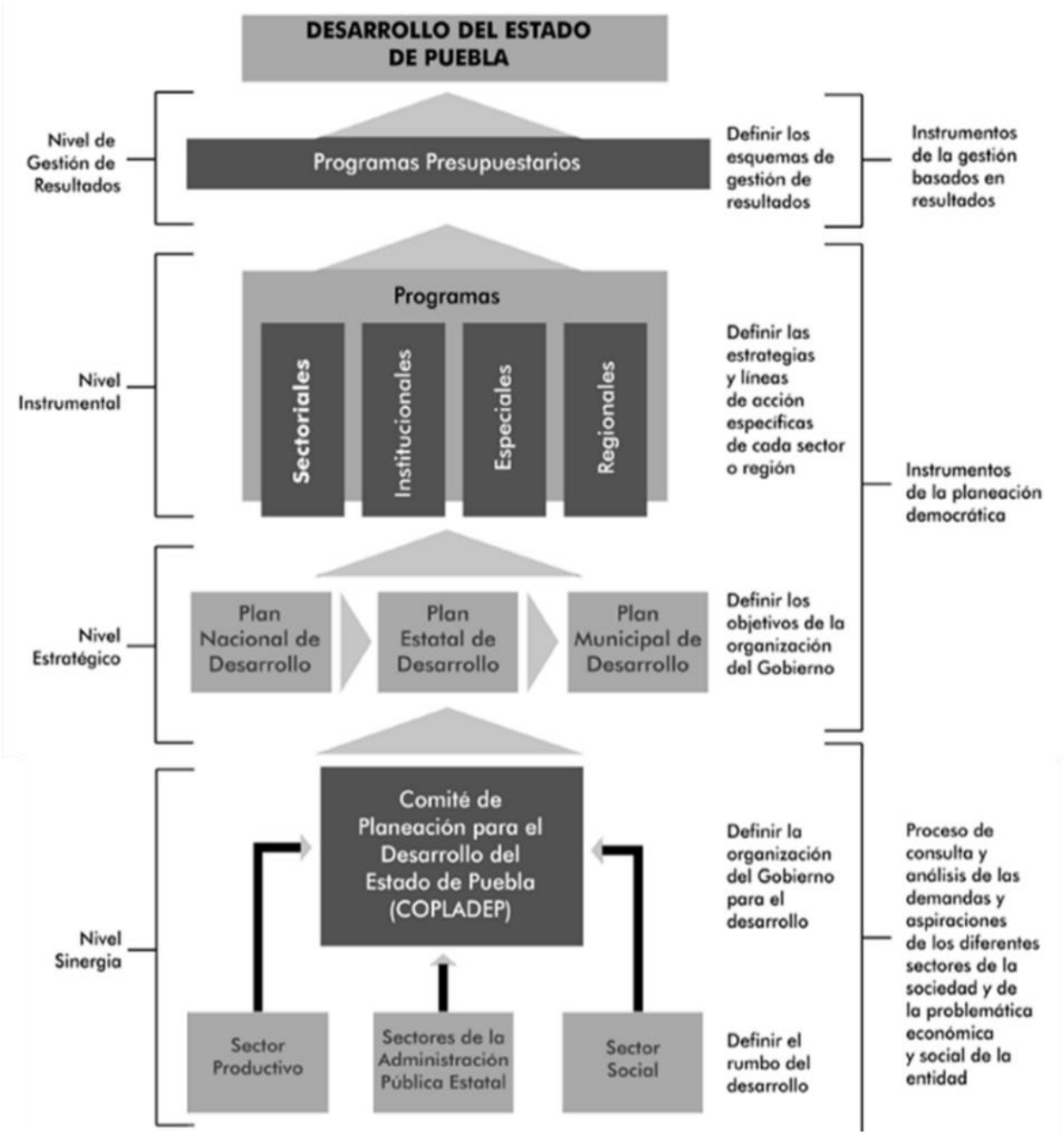
SRI, S. d. (2016). *Reformas Estructurales Para Transformar a México.* México: Gobierno de México.

Toro-Palacio, & Ochóa-Jaramillo. (2012). Salud: un sistema complejo adaptativo. *Panama Salud Pública*, 161-165.

Vazquez-Barquero, A. (2000). Desarrollo Endógeno y Globalización. *Revista Latinoamericana de Estudios Urbanos Regionales*, 2-28.

ANEXOS

Anexo A – *Modelo del sistema Estatal de Planeación Democrática 2013 - 2017*



Fuente: Retomado de Actualización del Programa Sectorial de Salud 2011 – 2017 Puebla

Anexo B – *Oferta total del sector salud por tipo de bien o servicio (millones de pesos a precios corrientes 2018)*

Concepto	Producción a precios de mercado	Importaciones CIF	Margen de comercio y distribución	Oferta y utilización
Total, del sector con la frontera ampliada	1,807,975	234,460	210,763	2,253,198
Total, de actividades económicas del sector salud	1,429,765	234,460	210,763	1,874,987
Servicios médicos de atención ambulatoria	310,897	0	0	310,897
Servicios hospitalarios	439,711	0	0	439,711
Centros y residencias para el cuidado de la salud	17,248	0	0	17,248
Actividades auxiliares del cuidado de la salud	21,449	0	0	21,449
Administración de la salud pública	114,434	0	0	114,434
Fabricación de bienes para el cuidado de la salud	256,439	130,637	148,333	535,408
Bienes y servicios conexos	269,587	103,823	62,430	435,840
Valor del trabajo no remunerado en cuidados de salud	378,210	0	0	378,210

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas Nacionales de INEGI 2018

Anexo C – *Utilización total del sector salud por tipo de bien o servicio (millones de pesos a precios corrientes 2018)*

Concepto	Demanda intermedia	Consumo privado	Consumo de gobierno	Otros1/
Total, del sector con la frontera ampliada	263,366	948,195	735,173	306,464
Total, de actividades económicas del sector salud	263,366	569,985	735,173	306,464
Servicios médicos de atención ambulatoria	577	95,835	214,485	0
Servicios hospitalarios	710	74,871	364,130	0
Centros y residencias para el cuidado de la salud	0	11,981	5,266	0
Actividades auxiliares del cuidado de la salud	3,334	17,999	116	0
Administración de la salud pública	0	0	114,434	0
Fabricación de bienes para el cuidado de la salud	147,381	280,399	0	107,628
Bienes y servicios conexos	111,365	88,899	36,740	198,836
Valor del trabajo no remunerado en cuidados de salud	0	378,210	0	0

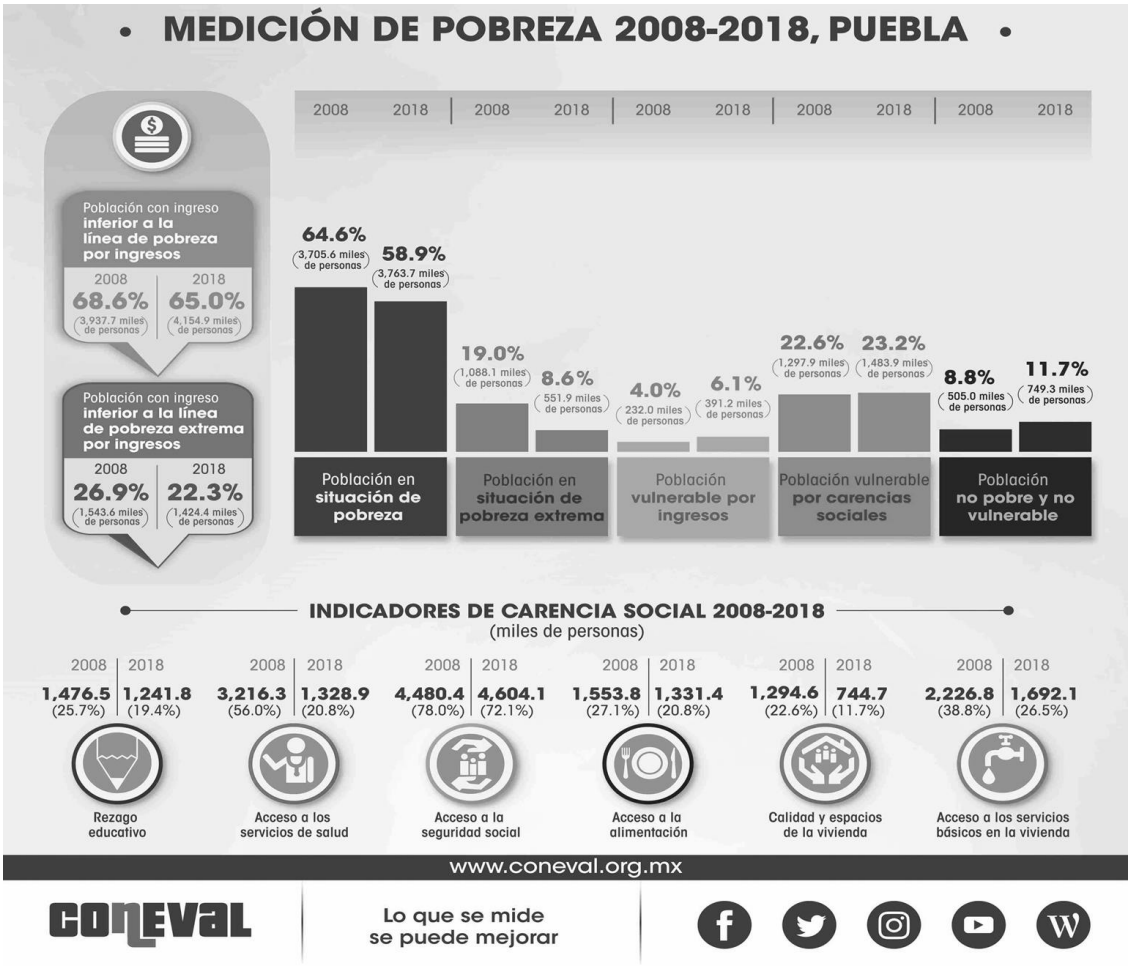
Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas Nacionales de INEGI 2018

Anexo D – *Número de habitantes por estados y a nivel nacional, 2010 y 2015.*

Entidad federativa	Habitantes	
	2010	2015
Estados Unidos Mexicanos		119,530,753
Aguascalientes	1,184,996	1,312,544
Baja California	3,155,070	3,315,766
Baja California Sur	637,026	712,029
Campeche	822,441	899,931
Coahuila de Zaragoza	2,748,391	2,954,915
Colima	650,555	711,235
Chiapas	4,796,580	5,217,908
Chihuahua	3,406,465	3,556,574
Ciudad de México	8,851,080	8,918,653
Durango	1,632,934	1,754,754
Guanajuato	5,486,372	5,853,677
Guerrero	3,388,768	3,533,251
Hidalgo	2,665,018	2,858,359
Jalisco	7,350,682	7,844,830
México	15,175,862	16,187,608
Michoacán de Ocampo	4,351,037	4,584,471
Morelos	1,777,227	1,903,811
Nayarit	1,084,979	1,181,050
Nuevo León	4,653,458	5,119,504
Oaxaca	3,801,962	3,967,889
Puebla	5,779,829	6,168,883
Querétaro	1,827,937	2,038,372
Quintana Roo	1,325,578	1,501,562
San Luis Potosí	2,585,518	2,717,820
Sinaloa	2,767,761	2,966,321
Sonora	2,662,480	2,850,330
Tabasco	2,238,603	2,395,272
Tamaulipas	3,268,554	3,441,698
Tlaxcala	1,169,936	1,272,847
Veracruz de Ignacio de la Llave	7,643,194	8,112,505
Yucatán	1,955,577	2,097,175
Zacatecas	1,490,668	1,579,209

Fuente: Elaboración propia en base a Censo de Población y Vivienda 2010 y encuesta intercensal de población 2015 INEGI.

Anexo E - *Medición de Pobreza 2008 – 2018, Puebla, CONEVAL*



Fuente: Retomado de CONEVAL 2020 Indicadores de pobreza para el estado de Puebla

Anexo F – *Indicadores de carencias sociales 2015, Puebla.*

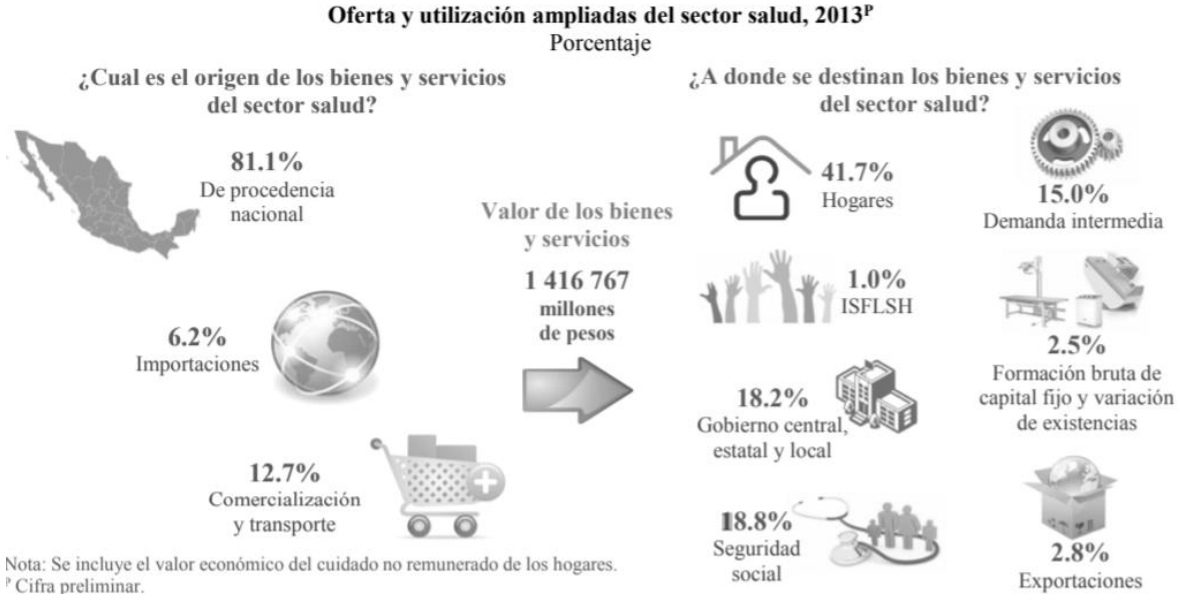
Fuente: Retomado de CONEVAL 2020 Indicadores de carencia social para el estado de Puebla

Anexo G – *Promedio del periodo 2010 y 2015*

	2010	2015	Promedio del periodo 2010 - 2015
IMSS	48.8	30.5	39.2
Seguro popular	36.2	63.2	49.9
ISSSTE	9.9	7.9	7.7
Otras instituciones	5	4.8	4.8
PEMEX, SDN o SM	1.5	0.3	1.2

Fuente: Elaboración propia en base a la cuenta de salud INEGI 2015

Anexo H - *Oferta y utilización ampliada del sector salud para 2013.*



Fuente: Retomado de la Cuenta Satélite del Sector Salud INEGI 2013

BUAP

Oficio No. SIEP-051/2020
Asunto: ***Autorización de impresión***

Lic. Oscar Castillo Caballero
Alumno de la Maestría en Desarrollo Económico y
Cooperación Internacional
P R E S E N T E

Por este conducto reciba un cordial saludo, asimismo y de la manera más atenta hago de su conocimiento que se autoriza la impresión de su trabajo de TESIS titulado:

"UN ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA BAJO LA PERSPECTIVA DE COMPETITIVIDAD SITEMÁTICA."

Toda vez que ha presentado la liberación del asesor de Tesis y la comisión revisora se ha pronunciado en el mismo sentido.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su atención, quedo de Usted.

A t e n t a m e n t e
"Pensar bien, para vivir mejor"
H. Puebla de Z., 10 de noviembre de 2020

Dra. Fabiola Aguilar Cruz
Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA · FACULTAD DE ECONOMÍA · SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO · 1578 ·

c.c.p.- Archivo
D'FAC/cmtp

Facultad de Economía
Av. San Claudio y 22 Sur, Col. San Manuel, Ciudad Universitaria, Puebla, Pue. C.P. 72570
01 (222) 229 55 00 Ext. 5605, 7843 y 7806

Asunto: **Termino de Dirección**

Dr. Pedro M. García Caudillo
Coordinador de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional
P R E S E N T E

Me permito comunicarle que he cubierto la asesoría de la TESIS de Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional del:

LIC. CASTILLO CABALLERO OSCAR

Titulada:

"UN ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA BAJO LA PERSPECTIVA DE COMPETITIVIDAD SISTÉMICA."

Dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para ser revisado.

A t e n t a m e n t e
H. Puebla de Z., a 26 de octubre de 2020

Dr. García Caudillo Pedro Macario
Director

BUAP

Asunto: ***Término de revisión de tesis***

Dr. Pedro M. García Caudillo
Coordinador de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional
P R E S E N T E

Me permito comunicarle que he cubierto la revisión de la TESIS de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional, elaborada por el

LIC. OSCAR CASTILLO CABALLERO

Titulada:

"UN ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA BAJO LA PERSPECTIVA DE COMPETITIVIDAD SISTÉMICA"

Dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para poder ser sometido a impresión, por considerarlo satisfactorio.

A t e n t a m e n t e
H. Puebla de Z., a 05 de noviembre de 2020

Mtro. Aguilar Huerta Juan Isaías
Revisor

BUAP

Asunto: ***Término de revisión de tesis***

Dr. Pedro M. García Caudillo
Coordinador de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional
P R E S E N T E

Me permito comunicarle que he cubierto la revisión de la TESIS de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional, elaborada por el

LIC. OSCAR CASTILLO CABALLERO

Titulada:

"UN ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA BAJO LA PERSPECTIVA DE COMPETITIVIDAD SISTÉMICA"

Dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para poder ser sometido a impresión, por considerarlo satisfactorio.

A t e n t a m e n t e
H. Puebla de Z., a 05 de noviembre de 2020

Dr. Paz Calderón Julián
Revisor