



Casa abierta al tiempo

Universidad Autónoma Metropolitana

Maestría en Estudios Organizacionales
Generación 2019-2021

TESIS

**“El sistema de salud pública mexicano frente al Covid-19:
retos y desafíos, desde la mirada de
los estudios organizacionales”**

Tesis para obtener el grado de Maestra en Estudios Organizacionales
Presenta:

María Alejandra Venegas Villascan

Director de tesis: Dr. Jorge Feregrino Feregrino
Lectora de tesis: Dra. María Teresa Magallón Díez
Lector de tesis: German Vargas Larios

Ciudad de México, diciembre del 2021

Handwritten signature and date:
04 - mayo - 22

Agradecimientos

A mi mamá **Ana María Villascan**, por ser mi soporte y mi gran compañera.

A mi hijo **Luis Alejandro Venegas**, por ser el motor de mi vida impulsándome a romper mis propios paradigmas, para caminar hacia el crecimiento día a día.

A mi hermano **Juan Antonio**, por su cariño.

A los seres que amo que se encuentran en el cielo, pero que han sido mi inspiración y mi fuerza espiritual, mi hermana **Angélica Venegas**, mi padre **Antonio Venegas** y mi abuela **Juana Velázquez**.

Al **Dr. Rodolfo Ondarza**, por su cooperación para esta investigación.

Al Dr. Jorge Feregrino F.

Dra. Tere Magallón Díez

Dr. Pedro Solís

Dr. German Vargas

Por su gran apoyo, orientación y dirección.

A todos mis profesores, mil gracias,

Dr. Antonio Barba

Dra. Rosa S. Arciniega

Dr. David S. Cruz

Dr. Ángel W. Vázquez

Dr. Alejandro Espinosa

Dr. Arturo Hernández

Dra. Giovanna Mazzotti

Dr. Pedro Solís

Agradezco infinitamente a mi alma máter la Universidad Autónoma Metropolitana, a los grandes profesores que me formaron en la Licenciatura en Psicología Social, al Posgrado en Estudios Organizacionales, al Gobierno de México y al CONACYT por la beca otorgada durante esta extraordinaria maestría.

Índice

Introducción	
El sistema de salud pública mexicano frente al Covid-19.....	4
Capítulo 1	
Globalización y modernidad: orígenes de los símbolos organizacionales del sistema de gestión pública	11
El modelo económico neoliberal como modelador de los símbolos organizacionales e institucionales.....	16
Salud pública, globalización y neoliberalismo	22
Gobernanza en el sistema de salud pública, bienestar y servicio público...	34
Capítulo 2	
El sistema de salud pública mexicano, globalización y gobernanza	47
Capítulo 3	
Caracterización del problema de estudio.....	68
Objetivos de investigación.....	69
Hipótesis.....	70
Metodología.....	72
Preguntas de investigación.....	74
Instrumentos de investigación.....	74
Entrevista.....	76
Cuestionario.....	78
Grupo de análisis.....	82
Capítulo 4	
Análisis de resultados	
Estudios organizacionales y sistemas de salud.....	83
Información recabada y hallazgos.....	88
Conclusiones.....	110
Bibliografía.....	114

Introducción

El sistema de salud pública mexicano frente al Covid-19

El sistema de salud se encuentra en un punto crítico ante los problemas originados por la crisis de la pandemia del Covid-19. Ante esto, los estudiosos organizacionales enfrentan retos para abordar y teorizar los fenómenos organizacionales que se imponen ante una revolución social, ecológica y económica sin precedentes a nivel mundial.

El motor impulsor de estos cambios sobre los diversos actores sociales y desde sus diferentes marcos de acción, aparece ante las alertas emitidas por la comunidad científica sobre el gradual adelgazamiento de la biodiversidad (Rodríguez, 2020). Estos problemas son productos de la hiperindustrialización de un modelo de mercado de competencia económica, socialmente contradictoria, donde la meta es la acumulación de la riqueza y el poder que deviene de esta.

Esto último, ha representado ser el conjunto de componentes que han condenado a la desaparición de ecosistemas fundamentales para la vida y equilibrio del planeta, los ecosistemas sobrevivientes, en este caso el humano, quedan en una marcada indefensión y fragilidad para enfrentar las amenazas de los agentes infecciosos como el virus SARS- CoV2. Pues bien, los daños colaterales han hecho su aparición de manera contundente sacudiendo al sistema capitalista. El futuro ha alcanzado a la humanidad, generando incertidumbre y desesperanza.

En México y los países en desarrollo la aplicación del modelo neoliberal ha limitado las oportunidades de desarrollo social de las comunidades más desvalidas a cambio de favorecer el enriquecimiento de las elites más poderosas. Un sistema de mercado modelador de una identidad social aspiracional de consumo, de clase, donde cada símbolo humano y colectivo se convierten en productos utilitarios y de negocio. De esta manera, la cultura ha sufrido dolorosas mutaciones, convirtiéndola en una “cultura de privilegios” (CEPAL, 2019), tras adoptar los valores del capitalismo neoliberal, naturalizando la concepción de la pobreza, la carencia de las necesidades humanas, como lo son la salud, la educación, la alimentación, la vivienda y un trabajo digno bien remunerado.

Tras este acentuado desajuste estructural, el sistema de salud pública en México ha sido vulnerado desde hace más de tres décadas gracias a las redes de poder neoliberales que han dominado la gestión sociopolítica y económica del país. La presente investigación, busca ser un espacio de análisis y reflexión sobre el principal reto al que se enfrenta el sistema de salud pública en México ante la llegada del Covid-19: la precariedad a la que fue sometido durante los sexenios el sistema de Salud. El Estado al modificar los procesos de gobernanza al implementar los procesos de privatización y concesión comercial, permitieron la aparición de una cultura de privilegio, y de corrupción. Durante este periodo, la base presupuestal de salud benefició a la tecnocracia, aniquilando la noble misión social que le dio origen en el año de 1943 con relación al derecho a la salud universal de los trabajadores y de la sociedad mexicana en su conjunto. Así pues, el objetivo es analizar la problemática del sistema de salud ante la pandemia Covid-19 en México desde la perspectiva

organizacional apoyándose en los contextos históricos, sociales, culturales, políticos y económicos, desde una perspectiva sistémica.

El objetivo es analizar el impacto de la gestión pública neoliberal del sistema de salud mexicano, sobre la identidad de los servidores públicos para comprender el carácter de las modificaciones en el carácter humano-social de las instituciones de salud pública en México.

Es sustancial conocer los factores simbólicos y estructurales, que se implantaron en el sistema y su gestión, a través de las reformas neoliberales que se instituyeron en la década de los años 80's en México. En el presente se identifican los factores históricos, económicos y organizacionales de este aparato neoliberal, que han traído consigo una compleja desigualdad social y un desequilibrio multidimensional a nivel global. Para dicho efecto, son estudiados los fenómenos que dan origen al neoliberalismo, como los son la modernidad y la globalización, a través del abordaje teórico de la ética de la liberación, para comprender los principios eurocéntricos en las reformas neoliberales.

Los ejes transversales del presente análisis, son los factores simbólicos de la dominación eurocéntrica, desde su dimensión organizacional, considerando el factor psicosocial donde intervienen los elementos de dominación en la dimensión humana y social, que se enfoca en enaltecer los símbolos utilitarios de la rentabilidad y eficiencia de la fuerza de trabajo y de los sistemas de producción, teniendo como resultado una cultura modelada por el sistema económico, siendo sus dispositivos más favorables, la configuración sociocultural, por medio de la globalización, el libre mercado, el discurso aspiracional del progreso, subordinando ante todos estos significados creados en el

inconsciente colectivo, los valores esenciales de la vida y sus derechos humanos, salvaguardados en la ética.

De manera que los ejes simbólicos de la política neoliberal a través de la globalización se insertaron en las diversas formas de organización socio-productivas del planeta. Una cultura hegemónica (Gamsci,1999) con elementos plásticos éticos, hechos a la ultranza del modelo económico, se posicionó después de la posguerra, y arrebató poco a poco los alcances de responsabilidad y bienestar social del Estado, para ceder el poder de decisión al capital privado, diseñando e institucionalizando políticas económicas y sociales globales, empeñando el desarrollo social a la suerte de los designios económicos. En 1982 el Estado abrió sus puertas a las reformas neoliberales alentadas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Institucional (FMI), cediendo a las prácticas organizacionales y procesos de gestión pública influenciados con el neoliberalismo, con sus sellos privatizadores e individualistas, transformando el sentido social del servicio público, en un vehículo de consolidación de intereses grupales e individuales de las elites oligárquicas, poseedoras del capital privado.

Así el sistema de salud pública mexicano, refleja en sus más íntimos procesos de gestión, en sus estrategias estructurales, así como en su misma cultura organizacional, la naturalización de la mercantilización de la salud, superponiéndola a los valores humanos y sociales. Entonces es necesario realizar un análisis sobre las implicaciones de la política neoliberal ante el Covid-19 y generando cambios en la organización socio-productiva impulsando valores individualistas y de alta competitividad y minimizando los símbolos éticos de cuidado de la vida, el sentido de la otredad, la solidaridad y la cooperación.

El presente estudio, pretende ocupar del enfoque crítico de los teóricos organizacionales, sociales y humanistas, que se han anticipado a los riesgos sociales de la imperante dinámica industrial y económica. De la misma manera, analizar las características organizacionales que se instauraron en la institucionalización de las reformas estructurales en el sistema de salud pública mexicano, las cuales tienen que ser miradas a partir de los lentes de los sistemas complejos adaptativos, y de los factores contingenciales que lo componen.

A través de los fundamentos teóricos metodológicos, el objetivo es reconocer el impacto modelador de las reformas estructurales en salud impulsadas por las políticas neoliberales, en las dimensiones éticas-simbólicas, organizacionales y culturales que constituyen la identidad del servidor público de la salud, así como identificar los fenómenos de gestión que fragmentaron la gobernanza en salud al interior del sistema, resultando en una crisis de salud pública exponencialmente visibilizada en la pandemia del Covid-19.

A partir de la perspectiva de los estudios organizacionales, el primer apartado de la presente investigación se aborda instrumentándose de la riqueza analítica que proveen sus diversos paradigmas de estudio (Burrell, G., & Morgan, G., 2006). Iniciando este ambicioso recorrido interdisciplinario desde la perspectiva humanista que acoge la comunión entre las diversas aportaciones de las ciencias sociales, para el entendimiento de la complejidad de los fenómenos organizacionales-sociales que se gestan al interior de la gobernanza en salud hasta comprender la configuración psicosocial-simbólica de la identidad colectiva e individual del eslabón más sensible del entramado constitutivo del sistema, el servidor público de la salud.

Por consiguiente, se retoma la interpretación sobre los fenómenos que ha traído consigo la globalización, principalmente impulsada por los símbolos discursivos de la modernidad dando como resultado formas de configuración cultural-organizacional en los mecanismos de gobernanza y administración pública en salud. Ante esto, es imprescindible comprender el modelo económico neoliberal como modelador del entramado cultural y simbólico en las estructuras organizacionales e institucionales del sistema de salud.

Es paso obligado profundizar en la dinámica configurativa de las reformas estructurales de la política neoliberal y sus dispositivos globalizadores en las dimensiones más sensibles de los sistemas de salud pública. De esta manera, reconocer la esencia de las estrategias de gestión organizacional que se han instrumentado, adentrándose transversalmente en todas las dimensiones de la gobernanza en salud, fragmentando las diversas instancias de la administración del sistema de salud pública, alejándose de sus propósitos sociales de bienestar, igualdad y de sus significantes éticos del servicio público.

En el segundo apartado, se continúa la dinámica reflexiva bajo la mirada crítica en particular en el sistema de salud pública mexicano ante los efectos globalizadores, el neoliberalismo, y la fragmentación de su gobernanza como resultado de las reformas estructurales, fenómenos que fueron evidenciados ante la crisis de la pandemia.

El capítulo tercero está dedicado a la metodología, misma que encuentra su marco explicativo bajo los sustentos teóricos de las representaciones sociales de la psicología social y de la etnometodología de la antropología social, para dar explicación al problema de estudio que tiene su origen en los elementos simbólicos, éticos y humanos

que constituyen la identidad del servidor público de la salud, ante el fenómeno modelador de la gestión neoliberal y la fragmentación de su gobernanza.

En el apartado cuatro, finalmente se lleva a cabo la confirmación de la hipótesis a partir de los hallazgos encontrados en la representación social de los profesionales de la salud en cuanto a los símbolos y valores atribuidos a su quehacer como servidor público. El análisis de la información recabada aportó conclusiones a través del lente teórico e interdisciplinario de los estudios organizacionales, con el planteamiento del problema de estudio fundado en la identidad neoliberalizada del servidor público de la salud ante una gobernanza en salud fragmentada por la política neoliberal, teniendo como consecuencia una marcada desigualdad social en salud, reflejada en el debilitamiento de las capacidades humanas y de infraestructura en la salud pública, que impacta en la precariedad formativa y laboral de los profesionales de la salud en México.

A partir de estos elementos de análisis, los resultados dieron cuenta de que la representación social de los profesionales de la salud, se ha forjado con los símbolos y significados en su quehacer diario de la iniciativa privada, un fenómeno de gestión que ha reconfigurado la interacción simbólica y estructural en las capas macro-meso-micro del sistema de salud pública mexicano, que a partir de su complejidad, estos bucles se han retroalimentado y fortalecido, consolidándose en una identidad colectiva e individual que hacen sinergia a los intereses del modelo neoliberal.

Capítulo 1

Globalización y modernidad: orígenes de los símbolos organizacionales del sistema de gestión pública

A través de una dialéctica global y regional, se pretenden descifrar los factores que propiciaron el neoliberalismo en América Latina y en México. Este proceso, constituye elementos de análisis para entender el origen del neoliberalismo, a partir de su instauración, durante el proceso de globalización, la cual solo puede ser entendida a partir de la comprensión de los fenómenos eurocéntricos que dieron causa a la modernidad (Dussel, 2006).

Una modernidad, concebida por el eurocentrismo a través de la colonización de los pueblos latinoamericanos, sobre los cimientos de una "...ética de la dominación [...]. Al imponerse hacia fuera, la modernidad inició sus propias disputas internas, que se tradujeron en la confrontación de dos proyectos, el basado en la razón instrumental y el mercado; y el basado en la razón de estado y la política". (Ibarra, 2010, p.159). Así pues, la conquista a través de mecanismos de dominación y sometimiento compenetró y configuró la cultura europea de la Modernidad. Por consiguiente, este diseño ideológico se impone en la concepción colectiva de la historia universal.

Los componentes de la conquista indiscutiblemente implicaron mecanismos violentos e inhumanos, ocultos bajo la investidura del discurso del desarrollo, así como de los principios justos de su esencia colonizadora. La globalización, representa ser un fenómeno alimentado por los sucesos de conquista, que se han creado e instaurado en la evolución histórica del mundo.

La globalización como el proyecto prometedor de la Modernidad, ha amparado sus principios en el rigor del mercado (Ibarra, 2010), un mercado orientado a direccionar lo organización económica globalizada para el fortalecimiento de la eficiencia ante los designios de la racionalidad instrumental y el capitalismo. De esta manera, la deificación de los sistemas productivos y de las ganancias sobre la vida y el bienestar social, se consolidan ante las causas supuestamente justas que sustentan el progreso de la humanidad. Así el dominio, edifica su imperio a partir de la organización económica del capitalismo.

“El auge del capitalismo del estado industrial ha cambiado la escala y el carácter de la globalización, y ha habido más cambios en el camino a medida que la economía global ha sido remodelada por aquellos a quienes Adam Smith llamó “los amos de la humanidad”, siguiendo su “vil máxima”: “Todo para nosotros y nada para otras personas” (Chomsky, 2020). Coincidentemente, la globalización es conceptualizada por estos intercambios asimétricos que han prevalecido en estos 500 años de conquista, el sometimiento del conquistador al conquistado adquirió los valores hegemónicos donde el centro de Europa se confirmó como el “eje del mundo” (Dussel, 2006).

Un hito que marcó el inicio de los modelos de organización modernos con base al método, es el de la división del trabajo de Adam Smith, el cual visualizó las formas de gestión de los sistemas de producción y sus elementos económicos constitutivos, augurando la primacía económica en base a la estrecha relación de la división del trabajo y las bondades de la tecnología. Su visión trastocó anticipadamente las propuestas weberianas sobre las dimensiones de dominio y poder a través de la

racionalidad instrumental, por medio del estatus que adquieren los trabajadores a partir del nivel de especialidad y resultados que brindan al ejercer su trabajo, logrando la eficiencia.

Así, la simbología humana de la modernidad se sustenta en “la separación cartesiana entre el alma y el cuerpo” (Dussel, 2006, p. 10) en función de la asimilación corporal humana como una máquina sometida a la acumulación del capital. Esta divergencia, se da entre el concepto de trabajo y su práctica, entre el proceso estratégico y la tarea operativa, por ello, la alusión al sentido cartesiano que sobresale en la dinámica de los sistemas de producción fabriles.

A la racionalidad instrumental, le correspondió gestionar los elementos para el sometimiento utilitario del trabajo, a través de los factores de gestión, ingeniería y destrezas técnicas, con directrices de control y de disciplina. La organización sienta sus bases de la mano con la evolución de la modernidad, adquiere gran relevancia en la Revolución Industrial, y su carácter instrumental se perfecciona con los preceptos de la administración científica de Frederick Taylor y las cadenas de producción de Henry Ford. El legado del capital así incorpora sus principios ontológicos cristalizándose en las formas de construcción organizacional y social en las culturas occidentales.

Este proceso de racionalización de la producción e industrialización trascendió desde el corazón mismo de las fábricas hacia la sociedad en su conjunto durante los dos últimos siglos. La separación cartesiana, entre el alma y el cuerpo, es uno de los símbolos más arraigados en la subjetividad de la Modernidad y sus dispositivos históricos de conquista, como lo es la organización misma del capitalismo amparada

en la división del trabajo, subordinando las capacidades humanas a las del maquinismo, y a las de la utilidad económica en términos de eficiencia y riqueza.

Estas máximas de la conquista capitalista, también se profundizaron en las formas de tejido político en las naciones, donde se reflejan los ideales burocráticos de Max Weber (2002) a través de la racionalización de los servicios gubernamentales (Dussel, 2006), siendo gestionados por instancias jerárquicas dominantes y legalmente reconocidas que ejercen dirección a la acción social. Con esto, toda fuerza de dirección o gobierno lleva implícita la dominación, pues sin ella no sería posible (Weber, 2002), el dominante y el dominado los cuales asumen su personalidad en la organización misma, su estructura, la interacción simbólica (Mead, 1972).

Entre dichos actores se conforman sus relaciones funcionales y meritocráticas, y la cultura organizacional total que se configura a partir de la conjugación de las dimensiones antes mencionadas. Ante esto, la burocracia ideal no es exclusiva de las organizaciones del Estado, sino que también toma su más amplia expresión en la organización de los sistemas de producción privados, como ejemplo, se encuentra la figura de la subvención laboral, a través del contrato de trabajo.

El desarrollo de la Modernidad, con los más arraigados valores de la organización del capital, herencia de las pautas de dominación eurocéntricas e imperialistas se caracterizaban por una competitividad humana impuesta a la fuerza de trabajo, donde el desarrollo de las capacidades humanas es alienado a la explotación, y supeditado a la apropiación de la acumulación del capital.

El entorno económico que se desarrolla en la revolución industrial moldea los subsistemas de producción y administración soportados por las premisas de la colonización, es aquí donde la división del trabajo en aras de la eficiencia reproduce la cultura hegemónica (Gramsci, 1999) de la conquista y la subyugación. Las formas de organización de la economía amparándose en la eficiencia, la utilidad, la tecnología, la expansión de los sistemas productivos, así como la simplificación de las actividades humanas en la producción y en los procesos comerciales, fueron concebidas a través de la racionalización de la vida humana, y en todos los ámbitos económicos, políticos, culturales y religiosos (Dussel, 2006) donde esta se expresa.

La organización de los procesos de producción convierte al ser humano en una extensión más de la maquinaria, doblegando y acuñando su identidad hacia el servicio de los intereses del capital, dando continuidad al “imperio de la razón occidental” (Ibarra, 2010). Ante todo, este pasaje histórico de la modernidad, en sus entrañas, la ética es un valor que ha mutado, hacia los fines de la racionalidad instrumental, haciendo a un lado sus principios esenciales de cuidado y respeto a la vida, así como a los derechos humanos que se desprenden de ella. De la lógica de explotación del capital, surge una ética plástica funcional que preserva las formas organizacionales globalizadas de los sistemas de producción y del mercado, justificando la desigualdad social a partir una visión reduccionista e individualista de las capacidades humanas, negando así la otredad ante la egolatría excluyente de la cultura capitalista.

A principios del siglo XX, los fundamentos del desarrollo económico capitalista, fincaron sus premisas en los modos de industrialización modernos norteamericanos, a partir de la trascendental propuesta productiva del taylorismo y el fordismo. Inició una

nueva era de organización del capital, partiendo de la gestión hiperracionalizada (Aguirre,2008) de la división del trabajo así como la producción en masa. Bajo la integración de elementos simbólicos y culturales del poder económico, con la compenetración política, social y organizacional en las instancias del capital privado, pero con alcances estratégicos de influencia y poder hacia el Estado. De esta manera los actores privados lograron conquistar el aparato dominante de la gestión pública y política de los gobiernos occidentales bajo las reglas del mercado.

El modelo económico neoliberal como modelador de los símbolos organizacionales e institucionales.

En el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, se establece un enfoque más humano al nuevo orden social, pues las sociedades emprendieron la búsqueda de significados coherentes con la paz, los derechos humanos y la libertad. Esta es una etapa coyuntural donde un grupo de intelectuales como Hayek y Röpke (Guillén, 2018), opositores al papel protagónico que jugaba el Estado como regulador de la economía y del motor social, aprovecharon la crisis ideológica de la guerra para institucionalizar una corriente cultural, abanderada de liberalismo, pero con principios esencialmente políticos y económicos. De esta forma surge en 1947 la Sociedad del Mont Pèlerin con el objetivo de construir un aparato neoliberal globalizador a través de la economía de libre mercado. De esta manera, las formas de gestión pública de los gobiernos, conforme al desarrollo económico neoliberal global, fueron alienadas y subordinadas a la cultura hegemónica neoliberal, normalizando todo sentido de privatización de la organización del Estado.

Gramsci (1999) identificó la hegemonía como las diversas formas en que las clases dominantes someten al proletariado. El poder subversivo de las clases dominantes no sólo tiene su cauce en el enriquecimiento económico, sino que también, ejercen todas las formas de poder a partir del control social, el cual toma efecto desde las dimensiones económicas y desde la política. Para lograr esta hegemonía se conjugan elementos humanos constitutivos como son su objetividad y su subjetividad. Uno de ellos, son los sistemas organizados y adoctrinados por el capitalismo, y que encarnan la dominación objetiva a través de la explotación y materialización de la fuerza del trabajo.

El otro modo de dominación las formas subjetivas a través del pensamiento colectivo, donde las clases dominantes imponen formas ideológicas, por consiguiente, la hegemonía se instala en la cultura, objetivándose e instrumentándose en las diversas construcciones organizacionales de la sociedad, donde se desarrolla el intelecto colectivo, como lo son la educación, la religión, y los medios de comunicación. Con esto, se gesta una cultura hegemónica (Gramsci,1997), que ejerce su acción configurativa y formativa en las tradiciones, costumbres, y toda la aglomeración simbólica y significativa que conforman la personalidad colectiva de las sociedades.

La cultura ha representado ser uno de los más trascendentes dispositivos de consolidación de la hegemonía capitalista. Gramsci, desde principios del siglo pasado, interpretaba los fenómenos de dominación capitalistas liberales, a través de la dinámica de organización e internacionalización de los sistemas de producción, soportándose en los métodos de gestión ingenieril del fordismo y de la administración

científica configurada por Taylor en 1911 donde prepondera un pensamiento único, integrando los ingredientes subjetivos que conforman la cultura.

Los designios liberales, asaltaron el imaginario de los pensadores sociales y revolucionarios como Gramsci, quienes observaron una nueva conquista civilizatoria mediante la organización e integración social, operando bajo una hegemonía lejana a los valores de bienestar social e igualdad.

El neoliberalismo ha propiciado la expansión y dominación de la sociedad industrializada, teniendo como resultado que las organizaciones absorban a las sociedades (Perrow,1919) mismas. Donde las diversas formas de constitución social representan ser variables dependientes, en función de una sociedad que ha sido absorbida por las organizaciones, alineándose al propósito neoliberal que descansa la responsabilidad de gestión y regulación del Estado en manos del capital y de sus intereses. El capitalismo neoliberal, está orientado a modelar una sociedad soportada en una cultura alineada al sistema económico, a través de los diferentes significados y símbolos que de manera mediática se instalan en el sistema. Ante esta dinámica, se desarrollan formas de configuración sociocultural (Grimson, 2007), implantando en la identidad un sentido común hegemónico, a partir de dispositivos organizacionales y sociales de poder, como lo son redes globales de influencia y socio-comunicación (Mato, 2007). Las estrategias de relación social-organizacional se entretajan en las culturas nacionales y organizacionales; en esta última, a través de símbolos de valor social como el trabajo y modelos aspiracionales de clase como la competitividad. La desmedida ambición e influencia profunda de libre mercado, ha llevado a la generación

de una cultura organizacional y social, cómplice y permisiva en la naturalización de fenómenos de desigualdad, discriminación, explotación, entre otras. (Venegas, 2020)

El modelo neoliberal utiliza la producción de ideas mediante instrumentos mediáticos, como lo son circuitos socio-comunicacionales impulsados por actores globales (Mato, 2007) , líderes de opinión en diferentes ámbitos, principalmente pensadores liberales e intelectuales de derecha que generan desde hace más de cincuenta años redes transnacionales de ideología, modelando un sentido común, interiorizándose en las culturas y las estructuras sociopolíticas, incentivados por asociaciones e instituciones como el Institute of Economic Affairs (IEA) y el Fondo Monetario Internacional (FMI).

Estos actores, a los que denomino globales, han impulsado tales ideas a nivel mundial tanto a través de sus propias actividades como de las de redes transnacionales de actores sociales cuya formación estimularon. Así, han logrado proyectar el sentido común (neo)liberal a un punto tal que, si no es el sentido común hegemónico de nuestra época, cuanto menos es el predominante; no sólo respecto de asuntos económicos, sino políticos y sociales en general. (Mato, 2007, p.23)

El neoliberalismo, representa ser un mecanismo de poder, un instrumento de manipulación y opresión social a partir del ámbito político, que obedece a las necesidades de un capitalismo. De esta forma se ha construido una narrativa de “generación de oportunidades de trabajo”, con un interés sobre “la mano de obra barata” y contextos laborales inhumanos a través de un mecanismo de configuración sociocultural, donde la premisa es la hiperproductividad que subyugan los derechos primordiales de los trabajadores (Venegas, 2020).

El egocentrismo del capitalismo fija símbolos de connotación instrumental (Ibarra, 2010) de forma globalizada, apropiándose del sentido intrínseco del ser humano y de los objetos que lo rodean a través de la estandarización de esquemas de comportamiento y habilidades que se encuadran en una cultura hegemónica. Esta última orientada a la competencia, normalizando las capacidades humanas al utilitarismo económico. Colectivamente, la representación social (Moscovici, 1979) de la excelencia humana se centra en la superación competitiva sobre el otro y contra el otro, reproduciendo el mercado de lo humano ante la lógica egocéntrica individual.

Las relaciones sociales y económicas que se desarrollan en la interacción simbólica de los individuos a través de una dinámica de intercambio consensuado de beneficios significativamente funcionales. El nocivo individualismo, y su sentido común hegemónico (Grimson, 2007) como legado del capitalismo, fijan como potenciales dispositivos, al triunfo y a la excelencia, para la constante búsqueda de su desarrollo personal y sobrevivencia, en un entorno competitivamente excluyente. Por lo tanto, la libre competencia económica se traduce en la libertad humana enganchada en la abundancia propia, anulando todo sentido de la otredad, y de la naturalizada desigualdad.

Ante los grandes valores del capitalismo y la modernidad, la globalización ha resultado ser la más contundente contradicción que la humanidad ha enfrentado, agudizándose ante el desarrollo de la política neoliberal operada desde el periodo de posguerra con la "...expansión y adaptación de cosmovisiones neoliberales invadiendo las ideologías rivales de conservadurismo y liberalismo social demócrata". (Plehwe, 2020, p.12)

Desde la perspectiva del análisis organizacional, los elementos de explicación sólo pueden ser concebidos desde la dualidad conceptual de la cultura y de la organización capitalista de los procesos de producción y de mercado. De acuerdo con lo anterior, la lógica de los fenómenos organizacionales que constituyen los sistemas públicos de administración y su transformación hacia modelos sustentados en la ética, sólo pueden ser entendidos a partir de los componentes psicosociales que el modelo económico ha implantado. Esto lo ha logrado a través de la cultura en el pensamiento colectivo de las naciones forjando un identidad colectiva la supremacía del “Yo corporativo” (Ibarra, 2007) .

Los procesos que caracterizan a este proceso son la desigualdad, la pobreza e invisibilización de los derechos humanos de los grupos más vulnerables de las naciones. La hiperindustrialización y la dinámica del mercado, representan ser los operadores del modelo, profundizando en el inconsciente colectivo, a partir de fetiches aspiracionales de clase y de prosperidad. De esta manera, una organización asimétrica (Dussel, 2006), productora de exclusión, donde los derechos básicos, como la salud, la educación, la alimentación, vivienda y un trabajo digno, representan ser sólo para unos cuantos.

La política económica neoliberal, se ha institucionalizado a través de las diversas formas organizacionales, en concreto estas superestructuras institucionalizadas (Goodin,1996) buscan controlar la conciencia colectiva e individual, generando pautas de acción social funcional en los diversos ámbitos de interacción. Por consiguiente, se moldean los comportamientos a través de los entornos institucionales, que como anteriormente ya se ha subrayado, se compenetra en la cultura.

Estos patrones, son abiertamente contruidos y dirigidos por las presiones políticas e institucionales que ejerce el modelo económico neoliberal, resguardando mecanismos transversales de influencia y dominio en la conciencia colectiva e individual. Así las estructuras organizacionales en los modelos de gestión de administración pública, han adquirido dispositivos de funcionamiento instrumental y cultural neoliberales en su constitución organizacional que obedece al beneficio de los intereses del capital, dejando a un lado el sentido social que les dio origen, y que inherentemente le corresponde por ser parte del Estado. Las prácticas privadas se han naturalizado e institucionalizado en los procesos clave organizacionales y operativos, por ejemplo: del sistema de salud mexicano.

Salud pública, globalización y neoliberalismo

El virus SARS-CoV2 o el Covid-19 dejó al descubierto la ausencia de una estrategia humana-ecológica del sistema económico, y muestra los problemas de desigualdad social de los pueblos más vulnerables. Esta crisis sin precedentes ha llevado a cuestionar los alcances sociales y operativos de los sistemas de salud a nivel mundial, desprendiéndose un gran número de muertes en todas las naciones. Si bien, la problemática del sistema de salud mexicano ante el Covid-19 será abordada a partir del reconocimiento de su evolución y metamorfosis desde que se institucionalizó en 1943, también amerita reconocer su capacidad resolutiva ante el actual gobierno y ante su constitución económica-social presente.

El análisis organizacional que orienta la presente investigación recurre a las causas económicas y políticas globalizadas que han generado la mayor desigualdad y desequilibrio en todas las capas de la sociedad a nivel mundial. Dicho proceso, sólo es posible deconstruyendo la evolución de las corrientes ideológicas dominantes que han vertido su estratégica configuración de las culturas occidentales, y de las estructuras de los servicios sociales y gestión del Estado como lo son los sistemas de salud pública.

Así pues, el fenómeno neoliberal en la contemporaneidad se ha posicionado desde la posguerra como la instrumentación del capitalismo y su globalización; ha forjado sus maniobras económicas centrándose en modelar la vida social a partir del diseño y posicionamiento de símbolos institucionales e ideológicos en los más recónditos espacios de expresión social. De esta manera, el neoliberalismo en el sector salud se inserta bajo las siguientes justificaciones estratégicas:

...Stein acredita al economista David de Ferranti como el impulsor del pensamiento neoliberal en el grupo de salud del Banco Mundial. Él señala diez artículos de Ferranti y sus colegas que escribieron para la Unidad de Salud, Nutrición y Población del banco entre 1981 y 1985, en Malawi, Nigeria, Argentina y Perú, donde ideas como "asequibilidad" y la "eficacia" se introdujeron en la toma de decisiones sobre atención de la salud. (Keshavjee, 2014, p.144)

Claramente los ejes organizacionales de la razón instrumental, son la base del planteamiento neoliberal de Ferranti, a través de la preocupación explícita de la "eficacia" justificada por una confusa causa de "asequibilidad" erróneamente enfocada

hacia un propósito social. Después de casi 40 años, de la puesta en marcha de estas reformas neoliberales en el sector salud en América Latina, impulsadas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), se cae en la cuenta, que sus más representativas justificantes efectivamente han sido eficaces y asequibles para potenciar el beneficio de los grupos que ostentan la producción de insumos y los servicios privados de salud en todos sus niveles sobre todo en el proceso de la desregulación del Estado.

De esta manera se permitió el desarrollo y concentración de la riqueza en las corporaciones productoras de insumos médicos y farmacéuticas a expensas de la mercantilización de la salud, un derecho humano que se convirtió en un producto del mercado globalizado. De esta manera , se transfiere la responsabilidad del cuidado del derecho humano a la salud del Estado a los ciudadanos y determinado por su poder adquisitivo.

Su argumento básico era que “un programa de salud es asequible si y solo si cada una de las partes que debe contribuir a financiar su operación en su escala de diseño son capaces y están dispuestos a hacerlo. . . [y] la asequibilidad es una necesidad condición necesaria para lograr un equilibrio eficiente en el uso de los recursos”, en respuesta a la brecha entre recursos y costos recurrentes, de Ferranti y sus colegas se centraron en la necesidad de realizar ajustes en las políticas para restringir participación del sector público en la salud al tiempo que aumenta las tarifas de los usuarios. (Keshavjee, 2014, p.144)

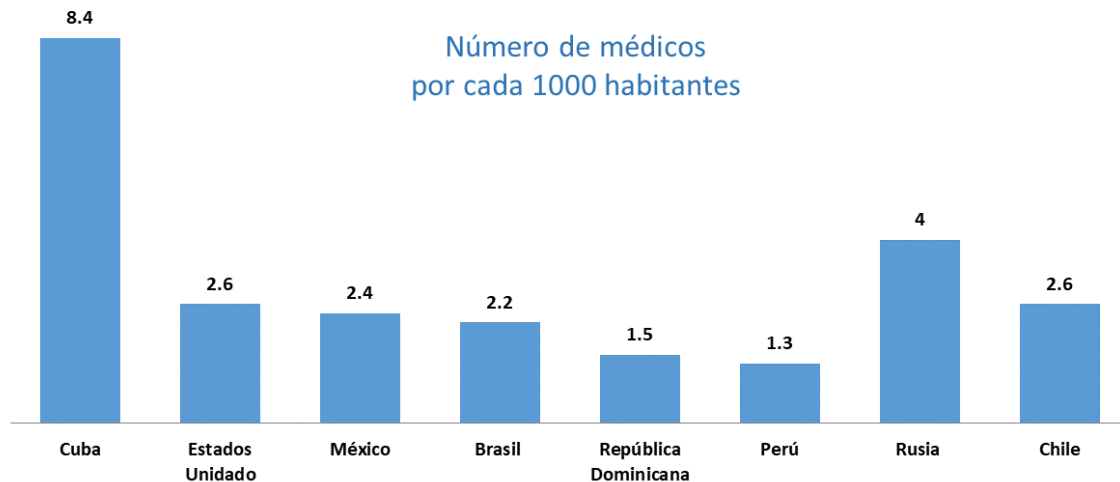
El neoliberalismo se institucionalizó (Goodin, 1996) a través de la figura del Banco Mundial y del FMI, pues dichos organismos promovieron las reformas en las políticas públicas y reformas de los gobiernos. Subordinando así, las demandas sociales de salud al proceso de empoderamiento del capital. Como resultado, se ha vulnerado el acceso de salud en general de los países subdesarrollados y en vías de desarrollo a nivel mundial. En consecuencia, los principios éticos y humanos de la salud se han perdido bajo el impulso de la libertad del libre mercado.

La profundización del modelo neoliberal fue logrado a través de la lógica del "...Análisis de costo-efectividad" para identificar intervenciones que producirían mayor mejora en el estado de salud, quería deshacerse del "innecesario" uso y desperdicio en el sistema." (Keshavjee, 2014, p.144). Se elimina la visión social de los organismos internacionales que instrumentaban las políticas públicas a nivel global, a partir de la intervención Organización de las Naciones Unidas (ONU), y su brazo en salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto afectó el desarrollo humano y la formación de los cuerpos profesionales de salud, para transformarla en un modelo de educación de elite y privilegio, con un enfoque estructural en la formación de médicos.

La evidencia en la gráfica 1 muestra el declive de los sistemas de salud a nivel mundial en las últimas décadas, representado por el déficit de médicos y personal de enfermería a nivel global. La información muestra el caso de Cuba, el cual destaca por ser la nación con el número más alto de médicos a nivel global, con 8.4 por cada 1000 habitantes, incluso duplicando a Rusia con 4 médicos por cada 1000 habitantes; ambas naciones superan 4 y 2 veces el caso de los Estados Unidos con 2.6 médicos por cada 1000 habitantes, y México con 2.4 médicos por cada 1000 habitantes. Estos

indicadores, dan cuenta del enfoque de los gobiernos por el fortalecimiento y desarrollo de políticas públicas en salud.

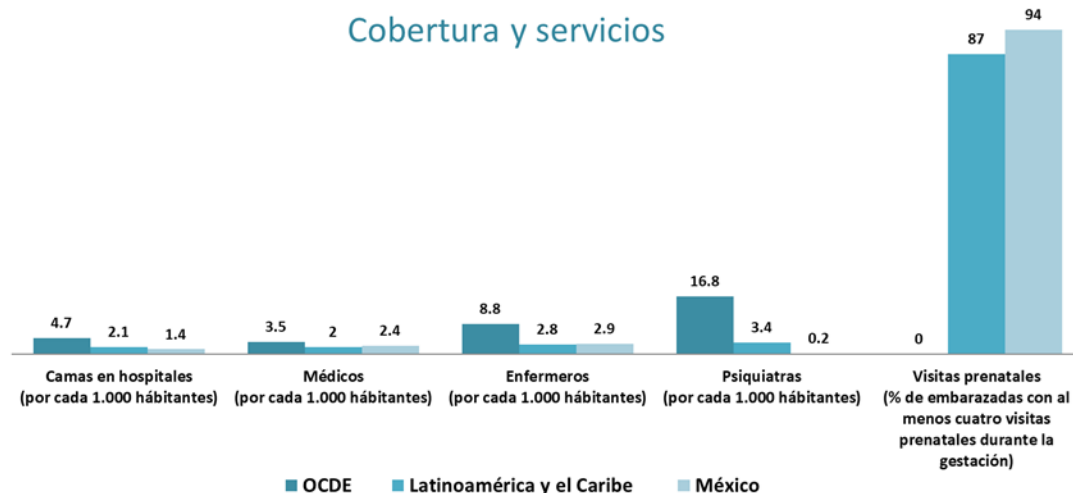
Gráfica 1. Médicos por cada 1,000 habitantes a nivel mundial



Fuente: elaboración propia con base a los datos del Banco Mundial <https://datos.bancomundial.org> (2021)

En el estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en alianza con el Banco Mundial (BM) en junio del 2020, analizó los indicadores sustanciales de salud de 33 países latinoamericanos y del Caribe (LAC), con el objetivo de argumentar para incentivar la inversión estratégicamente en salud pública ante la coyuntura de la emergencia del Covid-19. (Velázquez, 2020)

Gráfica 2. Cobertura y servicios de salud pública



Fuente: (OECD/ The World Bank, 2020), gráfico elaboración propia.

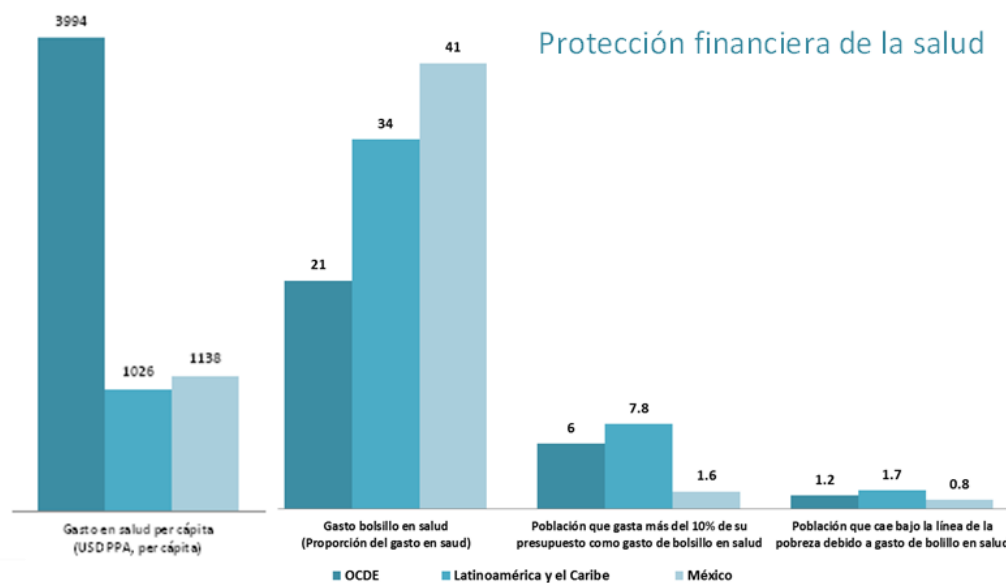
De acuerdo con los datos obtenidos en el presente análisis, se encontró que, en cuanto a cobertura y servicios de salud, México tiene 1.4 camas por cada 1000 habitantes (gráfica 2), esto lo ubica por debajo de los indicadores de LAC y de la OCDE. Respecto al personal de enfermería, los indicadores arrojaron que México tiene 2.9 por cada 1000 habitantes, en comparación con el promedio de los países de la OCDE que tienen 8.8 por cada 1000 habitantes. Dentro de estos mismos resultados, se encuentran un indicador preocupante para México, en el rubro de la salud mental, donde hay de 0.2 psiquiatras por cada 1000 habitantes, contra 16.8 en la OCDE y 3.4 en LAC.

Los hallazgos encontrados en el presente análisis por parte de la OCDE y el BM, es que gran parte de Latinoamérica como el Caribe, presentan “sistemas de salud fragmentados con subsistemas paralelos que tienen mecanismos múltiples y

superpuestos de gobernanza, financiamiento y provisión de servicios, lo que dificulta dirigir los recursos de manera eficiente.” (Velázquez, 2020). Por otro lado, se encontró que los sistemas de información de salud presentan altas inconsistencias estructurales, ya que, en 22 naciones, no contabilizan el 10% de las muertes en las bases de datos de mortalidad públicas. Otro hallazgo sobresaliente, es que el 42% de personas encuestadas en 12 países de LAC, opinaron que el sector salud se encontraba inmerso en problemáticas de corrupción de acuerdo con el Barómetro Global de la Corrupción.

Un indicador clave en salud, es el gasto en salud per cápita (gráfica 3) que los países derogan, en el caso de México es de 1138 dólares, lo que representa un 72% debajo de la media de la OCDE de 3994 dólares per cápita. Esto se traduce en alto gasto de bolsillo que lo mexicanos desembolsan, lo que representa 41% del gasto en salud.

Gráfica 3. Protección financiera en salud



Fuente: (OECD/ The World Bank, 2020), gráfico elaboración propia.

Lo anterior se ilustra en la siguiente gráfica de protección financiera en salud. La fragmentación observada en los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe posee características similares, pues en la mayoría, su gestión se organiza a través de los siguientes tres sectores:

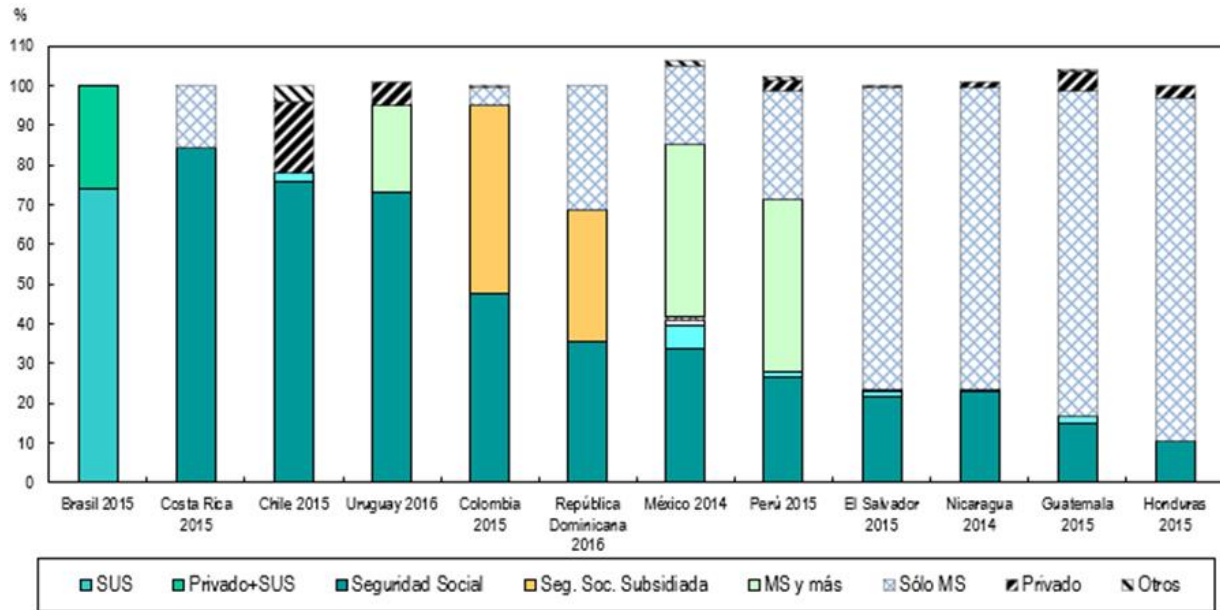
Sector público. Administrados por el Ministerio de Salud y financiados por impuestos generales.

Sector de seguridad social. Aseguradores públicos y / o privados financiados a través de contribuciones sociales y, en algunos casos, en parte por impuestos generales.

Sector privado. Pagado por los usuarios, prepago o en efectivo. (Velázquez, 2020).

Las condiciones laborales de gran parte de la población se encuentran dentro de la informalidad, por lo que este segmento no cuenta con una efectiva cobertura de servicios de salud. En el caso de México y Perú, más del 40% de su población se encuentran afiliados a los sistemas de salud pública dependientes de la Secretaría / Ministerio de Salud, ya sea en el Seguro Popular o el Seguro Integral de Salud, respectivamente, considerando los segmentos que son derechohabientes de la seguridad social y los seguros privados de salud.

Gráfica 4. Fragmentación que conlleva duplicación de funciones de gobernanza, financiamiento y provisión de servicios en países seleccionados de LAC, 2015.

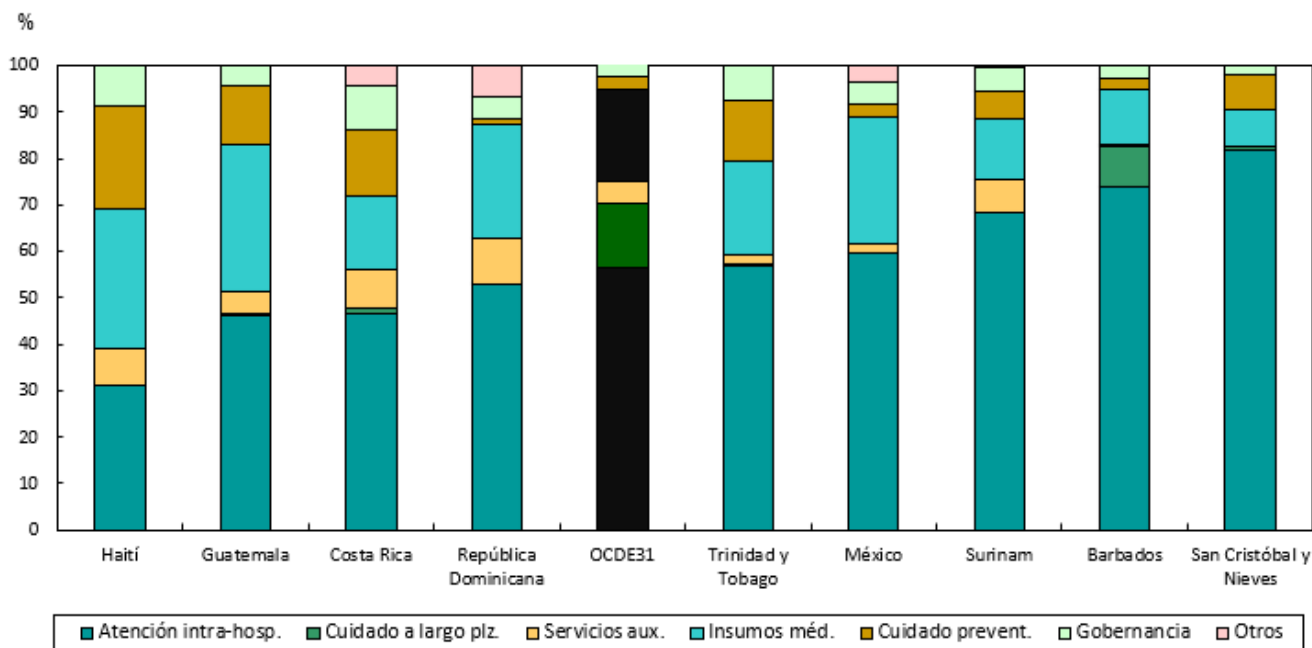


Nota: Los países pueden tener más del 100% de la población cubierta debido a la doble o incluso triple afiliación de parte de la población. SUS – Sistema Único de Salud en Brasil; Privado + SUS: doble cobertura de SUS más un seguro privado en Brasil; Seguridad Social – Costa Rica (Caja del Seguro Social), Chile (FONASA), Uruguay (FONASA), Colombia (Régimen Contributivo) y República Dominicana (Régimen Contributivo); Seguridad Social Subsidiada – Régimen Subsidiado en Colombia y República Dominicana; Ministerio de Salud Plus – México (Seguro Popular), Perú (Seguro Integral de Salud), Uruguay (afiliación gratuita a AUSSA); Sólo MS – Ministerio de Salud.

Fuente: OECD/The World Bank (2020, pag. 52)

Una conclusión de la OCDE, es que como resultado de esta división en los sistemas de salud se ha potencializado el malgasto de los recursos, así como se originan duplicidades en la gestión de los servicios y presupuestos, de la misma manera, estos escenarios se replican en los procesos de financiamiento de la salud. En México, se hacen evidentes los orígenes del malgasto, como consecuencia de la división de la estructura de gobierno en el sistema de salud, y la falta de transparencia en los procesos de adquisiciones y compras públicas. La suma de estos elementos, o la combinación de algunos, abren paso a las prácticas de corrupción al interior del sistema.

Gráfica 5. Desglose del gasto sanitario corriente por función asistencial.



Fuente: OECD/The World Bank (2020, pag. 54)

Existe una estrecha correlación entre el malgasto y la eficiencia del sistema de salud, esto se representa directamente entre un equilibrio de atención preventiva y atención curativa. En esta dicotomía, la medicina preventiva es esencialmente estratégica, pues su correcta instrumentación confluye en una fuerte disminución de costos en la atención a los pacientes y en la mitigación de riesgos de agravamiento en la salud de la población.

Ante lo anterior, un presupuesto bajo en prevención de la salud tendrá como consecuencia la imposibilidad de capitalizar de manera positiva la inversión asignada a este sector. Los indicadores de gasto en prevención para las naciones integrantes

de la OCDE oscilan entre el 1% y el 6%, en México es del 3%, paradójicamente el gasto para la atención intrahospitalaria es mucho más alto, siendo este del 59%.

Un propuesta de análisis desde una perspectiva económica-geopolítica, es la desarrollada por Alejandro Dabat y Alfonso Hernández (tabla 1), quienes observan la intensidad de propagación de la pandemia referenciada en la mortandad de los países neoliberales y los países con una economía mixta social-productivista (PEMSP), a través del modelo de explicación económica ante la crisis, “ ...la “inversión copernicana”, cambio de eje gravitatorio de la economía mundial, las implicaciones para la globalización, el sistema financiero internacional, la hegemonía a nivel global y se hace una prospectiva de las transformaciones por venir.” (Dabat y Hernández, 2020 p. 39).

Su análisis brinda una aportación al contrastar la tasa de mortalidad mucho más elevada de los países desarrollados, donde se esperaría que por su infraestructura y su capacidad económica, tuvieran un manejo eficiente ante la pandemia. Sin embargo, el resultado ha sido revelador, ya que existe una asombrosa brecha, donde el grupo de países desarrollados (PD) estudiados que obtuvieron un indicador de muertes por cada cien mil habitantes del 37.85%, mientras que el grupo de países con una economía mixta social-productivista (PEMSP) resultaron con un indicador del 1.46%.

Tabla 1. Contrastes ante pandemia Covid-19, 2020

Países Neoliberales					PEMSP				
	Contagios	Muertes	Población (miles)	Muertes c/100 mil habs.		Contagios	Muertes	Población (miles)	Muertes c/100 mil habs.
Total	5,267,452	339,949	7,778,107		Total	5,267,452	339,949	7,778,107	
1 EUA	1,608,298	96,283	331,800	29.02	China	84,081	4,638	1,403,426	0.33
2 UK	258,504	36,757	67,180	54.71	Rusia	335,882	3,388	146,712	2.31
3 Brasil	330,890	21,048	211,420	9.96	India	130,859	3,860	1,409,902	0.27
4 España	234,824	26,628	47,183	56.44	Corea Sur	11,165	266	51,781	0.51
5 Italia	229,327	32,735	60,346	54.25	Irán	133,521	7,359	83,914	8.77
6 Francia	182,018	22,218	60,962	34.20	Vietnam	324	0	97,591	0.00
7 Alemania	179,787	8,256	83,421	9.90	Malasia	7,185	115	33,488	0.34
8 Canadá	83,973	6,360	38,116	16.69	Singapur	31,068	23	5,750	0.40
9 Bélgica	56,810	9,237	11,554	79.95	Argentina	10,649	439	45,377	0.97
10 Países Bajos	45,265	5,830	17,458	33.39	Cuba	1,931	81	11,192	0.72
Total grupo	3,209,696	265,352	929,440	37.85	Total grupo	744,734	20,088	3,289,133	1.46
% Grupo	60.90%	78.10%	12.00%		% Grupo	14.10%	5.90%	42.30%	

Fuente: Alejandro Dabat y Alfonso Hernández, (2020), Tabla, elaboración propia.

De acuerdo con este hallazgo, los autores señalan que las prácticas nocivas de los sistemas económicos neoliberales limitan los procesos de fortalecimiento social y de gestión de sus políticas públicas en materia de salud. En contraste con los países con economías mixtas y socioproductivas donde se prioriza el bienestar social sobre la ganancia, una cultura solidaria con un sentido comunitario por sobre el individualismo estructural imperante orientado a la búsqueda de la competitividad y la riqueza. Los datos muestran los cambios en la dinámica económica, política y social y de esta forma en los procesos de gobernanza a nivel global.

Gobernanza en el sistema de salud pública, bienestar y servicio público

El sistema de salud pública representa ser uno de los ámbitos de gobierno estratégicos, y con mayor trascendencia en las estructuras de gestión pública tanto a nivel nacional como internacional. La dinámica organizacional del sistema, su desempeño, tienen impactos transversalmente multidimensionales en los diferentes sistemas de gobierno, así como son componentes profundamente sensibles de bienestar social y desarrollo económico. Por lo anterior, es primordial la comprensión de los fenómenos simbólicos y culturales que el neoliberalismo forjó en los sistemas de gestión públicos.

Esto es fundamental para comprender la transformación de los mecanismos gubernamentales hacia objetivos alineados en las premisas sociales de la ética, la igualdad, el bienestar y la preeminencia de los derechos humanos, de la totalidad de la población mexicana. Dicho análisis, requiere instrumentarse de los diversos enfoques teóricos organizacionales y sociales, que dan cuenta de la complejidad del sistema de salud, y que tienen su origen en los modelos de explicación desde la perspectiva humanista hasta los factores socioeconómicos y políticos, que han modelado las prácticas de gobernanza de los actores institucionales.

Ante lo anterior, es sustancial conocer el corazón del concepto gobernanza, y las diversas aristas que le brindan una representación simbólica prominente en el ámbito del servicio y la administración públicos. De acuerdo con las aportaciones de Kickbusch y Gleicher (2012), retoman la definición de gobernanza que desarrolló la comisión de Gobernanza Global, la gobernanza es:

... La suma de las muchas formas en que los individuos e instituciones, públicas y privadas, gestionan sus asuntos. Es un proceso continuo a través del cual se pueden acomodar diversos intereses en conflicto, y se pueden emprender acciones cooperativas. Incluye instituciones y regímenes formales facultados para hacer cumplir la normatividad, así como arreglos informales que personas e instituciones han acordado o consideran estar en su interés. (Kickbusch, Gleicher, p.16, 2012)

Uno de los elementos centrales de la gobernanza, es sin duda la cooperación entre los diversos actores estratégicos que juegan un papel protagónico en la conformación de las políticas públicas que se despliegan en los diversos ámbitos institucionales que integra el Estado, sin embargo, dentro del proceso de consolidación de acuerdos para la construcción de iniciativas y políticas, se encuentran principios simbólicos de poder e intereses, que están inmersos en los grupos y/o personas que sustentan el servicio público, por tal motivo, la consecución y claridad de los objetivos institucionales, que en primera instancia, deberían de obedecer al cumplimiento de las metas sociales a las que deben su misión de existir como organización, se han ido perdiendo.

La gobernanza en la gestión pública adquiere una marcada complejidad, pues sus cimientos se encuentran influenciados por diversos ingredientes políticos que atienden la mayoría de los países occidentales. En mayor o menor medida, las directrices de las políticas económicas neoliberales, y que, tras la falta de un genuino compromiso social, y una conciencia ética profesional del servicio público, las brechas entre las necesidades sociales y las instituciones gubernamentales se han ensanchado de manera desproporcional. Estos escenarios, imprimen mayor complejidad a los

sistemas de salud, ya que su misma naturaleza organizacional, conlleva relaciones heterogéneas e interinstitucionales que ejercen fuertes presiones a los sistemas y a las instituciones que los gestionan.

Los gobiernos deben de adquirir formas diversas de resolución para atender de manera eficiente y eficaz los retos que les impone la actual crisis social, económica, ambiental y humana, y que invariablemente convergen en problemas de pérdida de salud colectiva, de injusticia social, y del surgimiento de nuevos riesgos globales altamente preocupantes en salud, como lo es la pandemia del Covid-19, y otros fenómenos que, de la mano, alterarán la estabilidad social del planeta. Dentro de esta complejidad sistémica, las instituciones de salud requieren diseñar estructuras con dinámicas organizacionales abiertas y flexibles a los cambios constantes, preparadas para un rediseño de estrategias e innovación social, que posibiliten hacer frente a las exigencias sociales de salud.

En función de la responsabilización, de un verdadero compromiso e interés de construcción de políticas públicas orientadas a mitigar los riesgos en la salud de la población, así como para la disposición colectiva de construcción de un liderazgo con una profunda visión estratégica social, con un verdadero lente de la salud, resolución de problemas y toma de decisiones, el sistema tendrá la capacidad de fortalecerse, o como en el caso mexicano durante la política neoliberal, de debilitarse. Es por ello que las facultades adaptativas del sistema, representan ser elementos estratégicos clave, para su adecuado desempeño. Una buena gobernanza del sistema de salud entrelaza desde una condición sistémica, un conjunto de dimensiones tácticas en los diversos entornos, tanto locales, regionales, nacionales, internacionales y globales, los cuales

deben de ser tratados desde un análisis multidisciplinario, para el diseño de políticas, su evaluación, y procesos de intervención para su mejora.

Dentro de los desafíos y problemáticas que enfrenta la gobernanza de la salud pública, se encuentran los viejos paradigmas gubernamentales acompañados de estrategias monopolísticas que han disgregado la perspectiva social de la salud, hacia la periferia de su gestión, en lugar de mantenerla como el factor clave central, para la generación de iniciativas.

En este contexto, la interpretación y cauce que le brindan los grupos políticos al frente del poder, se alejan de la esencia de la responsabilidad estatal, con sustento en las premisas de equidad en la salud y justicia social. Es determinante para la buena gobernanza en la salud, la democratización en las instituciones, a través de mecanismos de apertura de una redistribución del poder en todas las capas de la estructura gubernamental, restringiendo la proliferación de intereses particulares.

La nueva gobernanza en la salud, sienta sus bases en mecanismos de acción conjunta por el bien común, a través de la generación de políticas de salud, que surgen de la cooperación y sinergias entre ámbitos no sanitarios, actores públicos y privados, y los ciudadanos, con un enfoque de formulación de políticas que trasciende los espacios especializados en salud, para ponderar los contextos cotidianos de las comunidades, y las premisas externas, que representan ser determinantes causales de la producción de los fenómenos de salud social que emergen, por lo que su explicación, se debe de abordar desde un marco social mucho más amplio.

El desafío en la salud pública se encuentra en su capacidad para adoptar enfoques innovadores de creación de políticas públicas, con alcances de retroalimentación macro, meso y micro, siendo igual de importantes las variables de salud y bienestar locales de las pequeñas comunidades, como las variables de las comunidades a nivel global e internacional. De la misma manera, las políticas deben de ser lo suficientemente fuertes, para poseer los principios de transversalidad e influencia hacia todos los ámbitos sociales e institucionales, siendo las políticas de salud un principio que debe de integrarse en todo orden de gobierno, como en la sociedad misma, y sobresalga una cultura con enfoque a la salud y al bienestar.

El shock sistémico, (Kickbusch, et.al.,2012) que se ha disparado a nivel global en todos los sistemas de salud gracias al Covid-19, se posiciona como un desafío de gobernanza sin precedentes, por lo que las estrategias de gobernabilidad imperantes se direccionan hacia políticas con una dinámica sinérgica de interconexión global, entre los grandes retos y oportunidades presentes, y los que se encuentran a la puerta de un futuro cercano. Las acciones para la solución a estos desafíos exigen ser asumidas desde una perspectiva de interdependencia, y a partir de su complejidad, adoptar enfoques sistémicos y de redes de colaboración en todos los niveles.

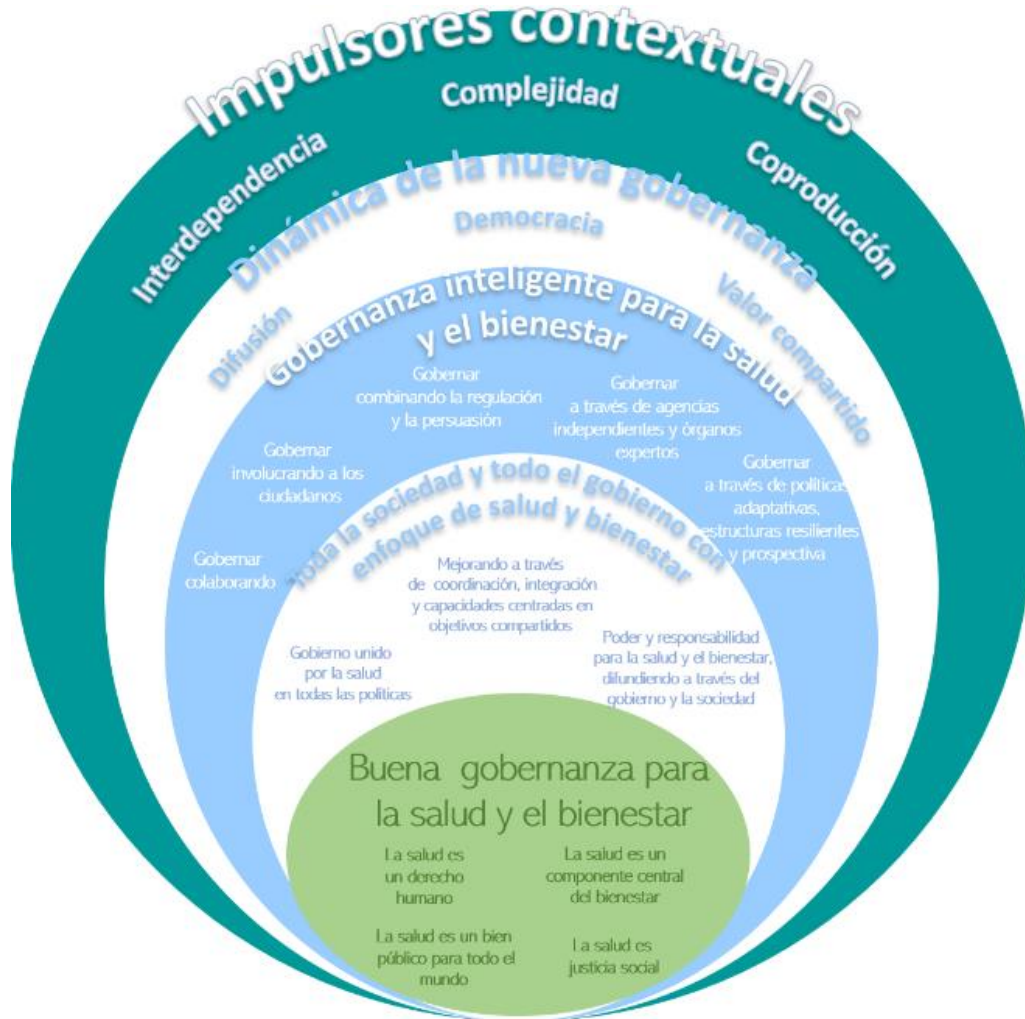
En consecuencia, al escalar de forma sistémica los esfuerzos, orilla a los actores que sustentan la responsabilidad política a salir de sus nichos de interés político. Como resultado, la gobernanza se permea y se comunica convirtiéndose en un modelo de gobierno del Estado con líneas políticas, a un modelo de gobernanza colectivo, impulsado por el eje democrático, para el bienestar común. Así pues, la gobernanza

moderna en la salud destaca por gestionar sus estrategias con un alcance multinivel, intersectorial y con un motor participativo, que devienen en un valor compartido.

De acuerdo con la investigación de Kickbusch, difundir la gobernanza del Estado a la sociedad, genera frutos para una gestión mucho más eficaz del Estado. En esta vertiente de la buena gobernanza para la salud, es sustancial identificar a la salud como una importante variable macroeconómica, por lo que también juega un papel crítico en la conformación de estrategias de los modelos económicos y de negocios. En consecuencia, las compañías deben construir sus estrategias a partir de los valores compartidos de salud y bienestar.

Figura 1. Gobernanza inteligente para la salud y el bienestar.

Gobernanza inteligente para la salud y el bienestar



Fuente: Kickbusch, et.al. (2012), gráfico elaboración propia

Una gobernanza inteligente para la salud (Figura 1) desarrolla sus explicaciones desde el enfoque de la teoría de la complejidad, por lo que el modelo de gobernanza para la salud del siglo XXI, descrito por la investigación de Kickbusch (2012) plantea la aportación de Fuerth sobre la teoría de la complejidad, la cual concede un análisis

realista sobre los flujos de los fenómenos en salud, así como sus formas interactivas. A partir de esto, la comprensión de los fenómenos desde la perspectiva humana, profundiza en la tesis de que cada componente se relaciona con la totalidad del sistema, situación que puede representar ser una importante resistencia o negación para las disciplinas ortodoxas, así como para las organizaciones fundadas en la rigurosidad burocrática.

La nueva gobernanza para la salud soporta su cauce analítico, desde los cimientos de comprensión de la teoría de la complejidad, lo que en la actualidad representa ser una valiosa perspectiva con sobresalientes elementos integrativos, así como el reconocimiento de una serie de procesos interdependientes dentro del sistema, que anuncian la compleja vitalidad de la suma de sus partes, y el trascendente rol que juegan para el fortalecimiento y retroalimentación del sistema. La teoría de la complejidad habilita para la visualización de los problemas, de las políticas y los resultados de estas, como factores de una dinámica interactiva constante. Sensibiliza sobre el potencial de los retos permanentes y los modos severos e intermitentes de los cambios. Permite comprender las causalidades no deseadas, que posan sobre la desolación de políticas construidas por marcos conceptuales rígidos y sobre una planeación inflexible.

Quién fortalece el análisis antes expuesto, es el Doctor Chad Swanson, Médico en Utah y Maestro de Salud Pública de Johns Hopkins, el cual ha desarrollado una serie de trabajos y aportaciones en cuanto a la importancia de aplicar un pensamiento de sistemas complejos, para la transformación y el cambio en la salud mundial. En sus hallazgos, presenta las debilidades en las que se han sumergido en los últimos años

a los sistemas de salud, y que confirman el anquilosamiento de los paradigmas médicos y científicos que han prevalecido a lo largo de su historia. De sus más destacadas reflexiones, se encuentran las siguientes críticas de: “el tratamiento médico domina las intervenciones de salud, la investigación en salud se concentra en enfermedades discretas, la educación para la salud se enseña en departamentos y carreras aislados.” (Swanson, 2017).

Lo que permite ver, que tanto las formas de gobernanza como la práctica médica que es donde se materializan los fenómenos de salud en la vida cotidiana de las comunidades, se sustentan por directrices guiadas y establecidas de la farmacología, centrando en este ámbito la solución a los padecimientos, un determinismo que encierra el quehacer de los especialistas en un conjunto de respuestas condicionadas y arraigadas por los diversos ámbitos disciplinarios que integran la medicina. Las capacidades de respuesta obedecen a una postura reactiva ante las problemáticas de la salud pública, haciendo a un lado la posición e intervención preventiva, que conllevan a las causas raíz de las manifestaciones de salud, limitando los horizontes de la investigación de la salud.

Una formación de la práctica médica y de la salud, encasillada en el análisis sintomatológico para curar con el soporte de su vademécum de medicamentos o su guía farmacológica. Como resultado, la práctica médica se ha convertido en proveedora y promotora de tratamientos farmacéuticos donde las premisas han sido invertidas, pues la salud se subordina a los intereses de las grandes corporaciones farmacéuticas, de insumos y dispositivos médicos. Donde los virtuales operadores del negocio son los médicos, los responsables de la gobernanza y gestión de la salud

pública. Esto es un ejemplo, del poder simbólico, ético y cultural, que ha distorsionado el alcance social de los profesionales de la salud, alejando su desarrollo médico de la intervención e involucramiento, y de las causas de los problemas críticos de la salud pública.

Como lo destaca Swanson, la configuración determinista del sistema de salud que ha prevalecido, se gesta desde el ámbito académico, ya que los profesionales de la salud son encuadrados en carreras por especialidades o padecimientos, que frecuentemente son impulsados por factores estructurales y de investigación de los imperiosos corporativos farmacéuticos, entre otros, y que marcan la agenda de la política económica y de salud, a través del discurso de la competitividad global. Así la expresión profesional de la salud representa ser una de las más atractivas para los negocios, integrando a dicha práctica, significantes de mercantilización de la salud.

Este planteamiento se enriquece ante la siguiente reflexión de Asa Laurell: “Las características esenciales de la cobertura universal de salud de América Latina son que la atención de la salud se mercantiliza mediante la introducción de una competencia que depende, a su vez, de la división pagador / proveedor...” (Laurell, 2018, p.1).

Como lo define la autora, los valores e ingredientes competitivos, focalizan a la salud en un contexto de mercado, representándola como un producto que adquiere una dinámica de precio y ganancia, supeditando el sentido social de la salud como un derecho humano universal a las reglas del poder económico. Siendo esta dinámica mucho más profunda en América Latina y en los países en vías de desarrollo, que han adoptado el modelo neoliberal.

Desde la mirada de los estudios organizacionales, en el presente análisis, se busca encontrar la causa raíz de las tendencias mercantilistas que prevalecen en la cultura organizacional, y que abrazan el quehacer de los profesionales de la salud, gracias a los valores y símbolos que han sido permeados a partir de las políticas económicas neoliberales en la gobernanza y gestión pública del sistema de salud público mexicano. Dentro del marco de la buena gobernanza para la salud, es fundamental retomar el valor ético de los servicios de salud pública, que juegan una dinámica interactiva e interdependiente, con las macro políticas económicas y sociales que prevalecen en la globalización.

De acuerdo a la gobernanza inteligente para la salud y del reconocimiento de destacados especialistas en el tema de la salud pública, los cuales reconocen a este ámbito como un sistema complejo adaptativo, el cual identifica a cada actor como un elemento vital del sistema, aplicando dicha lógica, los profesionales de la salud han sido potencialmente influenciados por las dinámicas de gobernanza del modelo neoliberal en las últimas décadas, por lo que la transformación del sistema y su gobernanza, implica la reconstrucción del sistema de valores y el contexto cultural donde fluyen los servicios y prácticas de salud pública, y por ende, del servicio público en el sistema de la salud.

Es trascendente comprender los componentes simbólicos y funcionales que caracterizan al servicio público, y la investidura que adoptan los profesionales de la salud pública como servidores públicos, así como los valores, responsabilidades y roles que juegan dentro del sistema y la dinámica de la gobernanza de la salud. Jean-François Chantal ha profundizado respecto a la complejidad que enfrenta el servidor

público, “la hegemonía de la empresa privada como modelo organizativo eficaz y del mercado como mecanismo de regulación de los intercambios han afectado profundamente no sólo nuestra visión de la acción pública, sino también las políticas, los programas, las estructuras y la cultura de las organizaciones estatales.” (Chanlat, 2002, p.3).

Con el modelo neoliberal, la modernización de los programas del sector público y los hilos ocultos privatizadores de las organizaciones del Estado, llevaron al replanteamiento del perfil del servidor público, apuntalando sus enfoques funcionales hacia principios de acción guiados por principios de gestión de la iniciativa privada y sus escuelas organizacionales, estableciendo directrices competitivas en las habilidades humanas y funcionales en el servicio público, incorporándose así la nueva gerencia pública. A través de esta nueva corriente, la construcción de los procesos de gestión pública se posicionó con los tintes y valores simbólicos de las estrategias organizacionales y eficiencia impuestos por la dinámica económica del mercado.

Esta nueva cultura organizacional adoptada, orientó la interacción simbólica de los servidores públicos hacia su objeto final, los ciudadanos; alterando el eje rector social de esta relación, hacia una interacción donde los símbolos del clientelismo y la ganancia preponderaron, tanto en los determinantes individuales de actuación de las estructuras de gobierno, como en los objetivos de la dirección estratégica de actuación y trabajo en las instituciones gubernamentales.

El isomorfismo institucional de la iniciativa privada trascendió a los cimientos culturales y estructurales de la gestión pública, representándose en procesos simbólicos de gerencialismo, y adquiriendo lenguajes, modelos y formas de planeación estratégica,

así como herramientas aplicables a la medición y métricas equiparables a los modelos eficientistas, preponderantes en el marco competitivo de las modas de gestión global.

Capítulo 2

El sistema de salud pública mexicano, globalización y gobernanza

El sistema de salud pública mexicano, como la totalidad del aparato de administración pública de México han sufrido las deficiencias de una política económica neoliberal, misma que se perdió en el paraíso de las buenas intenciones, a merced de la arraigada oligarquía mexicana, y de los ambiciosos grupos políticos, quienes desmantelaron los pilares de un sistema de salud impulsado desde 1943 a través de su nacimiento con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y subsecuentemente con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como la Secretaría de Salud. Uno de los valiosos pilares del modelo de salud pública en México, es el que dio origen a su constitución en 1943, que se gestó desde 1935 por el presidente Lázaro Cárdenas.

Su gobierno se distinguió por transformaciones sociales, con el distintivo de una política democrática y para fortalecer el desarrollo social del país mediante estrategias, como el derecho a la educación en todos los niveles, la reforma agraria, e impulsó la constitución de organizaciones sindicales en beneficio de los obreros.

Reconocer los elementos simbólicos de los cimientos de las instituciones de salud mexicanas, es primordial para identificar su misión, aun cuando esta haya trascendido

a la metamorfosis sociopolítica del país en su historia hasta el presente 2020. Estos ideales sociales, representaban los grandes pilares del sistema de salud de los mexicanos, de las grandes conquistas laborales de los trabajadores y el derecho a la salud social. En paralelo, ante estas transformaciones sociales en materia de salud, se crearon el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como la Secretaría de Salud (SSA).

Después de cuatro décadas de desarrollo en el sistema de salud mexicano, en 1982 inicia la aplicación de la política neoliberal en México en el sistema de salud.

La política neoliberal en salud modela el sistema sanitario a través de varios ejes: reconfiguración del financiamiento, privatización de lo público, selectividad de intervenciones, focalización de poblaciones, impulso al aseguramiento individual y conformación de paquetes básicos de atención. Este proceso de reforma incorpora gradualmente la lógica mercantil a las instituciones públicas, fortalece los discursos tecnocráticos, descalificando la politicidad inherente al campo sanitario y privilegia propuestas que diluyen la responsabilidad del Estado. (López-Arellano y Jarillo, 2017, p.2).

A partir de esta nueva etapa neoliberal, el modelo económico mexicano subordinó sus estrategias al mercado global dominado por las grandes potencias , desde luego siendo el sector salud uno de los nichos más lucrativos, para la industria de la salud. Se adoptaron tendencias de privatización, a partir de la tercerización o subrogación de los servicios médicos especializados, así como la subrogación de la infraestructura en cuanto equipamiento médico, insumos, servicios integrados, dispositivos médicos,

medicamentos, e incluso construcción hospitalaria bajo el modelo administrativo de las Asociaciones Público-Privadas (APP).

Estas fueron diseñadas con el soporte de políticas públicas con un claro perfil privatizador (Sandoval, 2015) que abrieron camino a la colusión de grupos particulares con el Estado para delinear canales de repartición selectiva de los presupuestos en salud, centradas en los intereses particulares de los grupos políticos y empresariales que se beneficiaron de estos jugosos negocios a través de “la captura del Estado” (Witker, 2015), este fue uno de los dispositivos organizacionales que permitieron la institucionalización de la corrupción y su fijación de forma estructural en la administración y gobernanza del sistema de salud pública .

Así el Estado delegó la responsabilidad a través de la gestión discrecional de los dirigentes de las diversas unidades médicas coadyuvando con la iniciativa privada. Sin embargo, las diferentes instancias de vigilancia presupuestaria desarrollaron otros mecanismos de participación de la iniciativa privada, a través de la ley de adquisiciones, donde instrumentaron el modelo de licitación pública con el fin de regular y vigilar la transparencia de los procesos de compra.

Aunado a esto, el poder y dominio de las diferentes firmas farmacéuticas, fabricantes y distribuidores de dispositivos médicos comenzaron una intensa competencia de mercado, por lo que la población más vulnerable gradualmente pasó a ser segregada del derecho a la salud. Las diversas unidades médicas derogaban su presupuesto asignado, llegando a manejar los recursos de forma discrecional, dejando en manos de la iniciativa privada servicios médicos de alta especialidad.

La cultura de privilegio que comulgó y devino del neoliberalismo, se expresó en la corrupción insertándose de forma estructural-transversal en los modelos de adquisiciones de la administración pública, a pesar de la figura de la ley de adquisiciones. A partir de esta lógica de corrupción, discrecionalidad y privilegios, la ambición desmedida no se hizo esperar de un diverso grupo de actores que operaban en redes de relación, para beneficiar ofertas comerciales que les brindarían algún beneficio importante.

Tabla 2. Condiciones generales del sistema de salud pública mexicano, después de la gestión de los gobiernos neoliberales

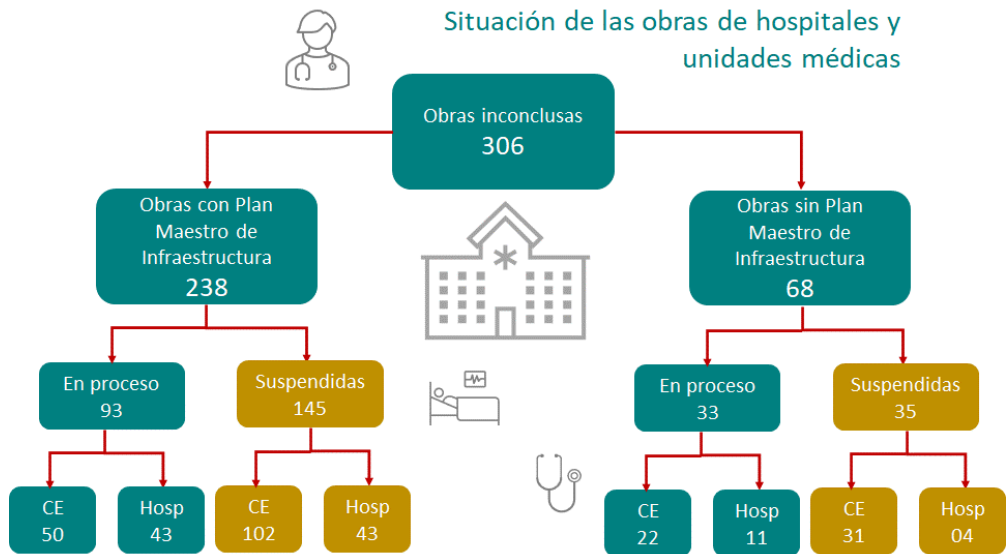
Condiciones generales del sistema de salud pública mexicano, después de la gestión de los gobiernos neoliberales
2.4 médicos por cada 1,000 habitantes
327 hospitales, clínicas y centros de salud que están abandonados o a medio construir. Para rehabilitar los hospitales abandonados el gobierno federal invertirá 17.000 millones de pesos, unos US\$800 millones.
Hospitales que se construyeron en lugares no adecuados, como cañadas o en terrenos inestables.
El proceso de edificación fue deficiente y tras el sismo de septiembre de 2017 ya no fue posible volver a ocuparlos.
Irregularidades en los manejos de los recursos en el sistema mexicano de salud superan los US\$3.000 millones según datos oficiales
La corrupción es una de las razones del desastre en el sistema de salud.
Hospitales especializados construidos en poblaciones donde no se necesitan, o muy apartados de la zona donde se encuentra la población que deberían atender. La decisión de instalarlos allí no fue por una planeación o estrategia sanitaria asegura Mario Luis Fuentes, director de la organización México Social y exdirector del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se construyeron por razones políticas.

<p>Los medicamentos se compraban con sobreprecio, y en muchos casos la inversión pública no garantizaba la disponibilidad de los productos.</p>
<p>La compra de medicamentos era de tres, cuatro o hasta 10 veces más el valor real de un medicamento. Había políticos vendiendo medicinas o protegiendo a distribuidores de medicinas.</p>
<p>Un estudio de la organización Justicia Justa reveló que desde hace décadas existe una práctica cotidiana de comprar equipo médico, contratar servicios y adquirir medicinas a través de empresas consideradas "fantasma".</p>
<p>Justicia Justa encontró desvíos por más de 4.179 millones de pesos, unos US\$190 millones, justificados en el presupuesto fiscal con facturas falsas.</p>
<p>México es uno de los países que destina menos porcentaje de su Producto Interno Bruto al tema de la salud. De hecho, es el que menos inversión pública sostiene entre los miembros de la Organización para el Desarrollo Económico (OCDE). "Las finanzas públicas han quitado recursos al sector salud en los últimos lustros, y eso ha llevado a este sistema de erosión de las capacidades"</p>
<p>Hubo un proceso de deterioro en el sistema nacional de salud donde el elemento clave fue una privatización subrepticia.</p>
<p>Se profundizó el modelo de subrogar los servicios médicos que, oficialmente, deberían quedar a cargo de las instituciones públicas.</p>

Fuente: Alberto Nájar, BBC News Mundo, México

. . Encontramos una relación, directamente proporcional entre la adaptación a la corrupción, y la falta de atención médica a los más necesitados.
(Alcocer,2020)

Figura 6. Situación de las obras de hospitales y unidades médicas.



Motivos de suspensión

Tipo de Unidad	1	2	3	4	5
Consulta externa	Falta de financiamiento para concluir obra	Obra en proceso jurídico. Incumplimiento de la empresa contratada	Sin propiedad del terreno en que se estaba ejecutando la obra	Sin plantilla de RRHH y sin gasto operativo	Corrupción
Hospital	Falta de financiamiento para concluir la obra	Revisión técnica y jurídica por incumplimiento de la empresa	Rescisión anticipada de contrato	Sin plantilla de RRHH y sin gasto operativo	Proyecto incumple normatividad en salud vigente

Fuente: Dr. Jorge Alcocer (2019), gráficos elaboración propia

Tabla 3. Infraestructura dedicada al inicio del Covid-19



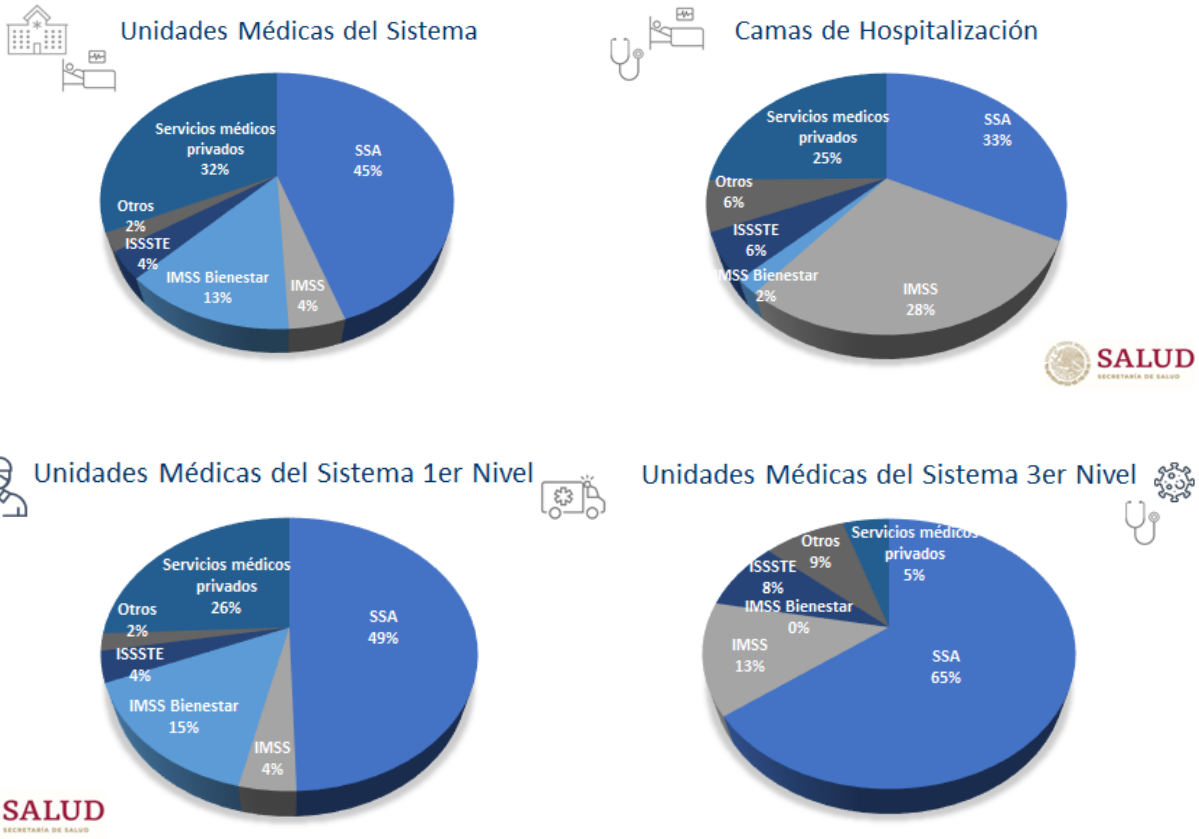
							
	IMSS/IMSS BIENESTAR	ISSSTE	SALUD	PEMEX	SEDENA	SEMAR	TOTAL
Unidades terapia intensiva	79	55	204	10	•	8	356
Camas hospitalarias	7,035	700	39,483	1,022	756	87	49,083
Camas terapia intensiva	430	330	1,553	82	0	51	2,446
Camas de urgencia	3,064	800	5,001	130	68	8	9,071
Ventiladores mecánicos	2,896	330	2,053	133	56	55	5,523
Monitores	3,055	330	5,335	198	62	110	9,090
Rayos X portátiles	162	212	143	40	11	8	576
Pulsoxímetros	7,824	6,740	7,345	82	119	40	22,150
Carros rojos	1,077	55	669	102	23	36	1,962
Ultrasonidos móviles	236	150	•	40	2	8	436
Ambulancias	481	61	174	120	171	33	1,040
Total	26,339	3,023	54,298	1,959	1,268.00	444	87,331

Tabla 4. Unidades médicas del sistema nacional de salud al inicio del Covid-19

			
Institución	TOTAL DE UNIDADES	TOTAL DE CONSULTORIOS	TOTAL DE CAMAS HOSPITALIZACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD	14,840	23,799	39,483
Primer nivel	14,067	21,521	225
Segundo nivel	667	1,989	28,380
Tercer nivel	106	289	10,878
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	1,428	17,476	34,464
Primer nivel	1,158	9,070	591
Segundo nivel	248	7,342	28,539
Tercer nivel	22	1,064	5,334
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL REGIMEN BIENESTAR	4,354	5,610	2,247
Primer nivel	4,273	4,366	188.00
Segundo nivel	81	1,244	2,059
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA TRABAJADORES DEL ESTADO	1,146	6,332	6,992
Primer nivel	1,034	3,431	15
Segundo nivel	98	2,098	4,303
Tercer nivel	14	803	2,674
OTROS	752	5,905	7,636
Primer nivel	583	2,387	95
Segundo nivel	155	2,650	5,423
Tercer nivel	14	868	2,118
SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS	10,599	23,770	30,613
Primer nivel	7,306	9,448	560
Segundo nivel	3,285	14,204	29,007
Tercer nivel	8	118	1,046
TOTAL	33,119	82,892	121,435

Fuente: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (2018), tablas elaboración propia.

Figura 7. Porcentajes de infraestructura dedicada al inicio del Covid-19



Fuente: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (2018), gráficos elaboración propia.

El déficit en cuanto a infraestructura en el que se encontraba el sistema de salud pública mexicano al inicio del Covid-19 (Tabla 3) las cifras más críticas por ejemplo en cuanto a unidades de terapia intensiva el Sector Salud con 204, IMSS/IMSS Bienestar 79, ISSSTE 55, esto da muestra de vulnerabilidad a la que se enfrenta la salud pública en cuanto a casos graves de atención médica, como en la pandemia. Por otro lado, el 45% de las unidades médicas (Figura 7) del sistema las posee la Secretaría de Salud, lo que durante varios sexenios del periodo neoliberal representó estar en su mayoría en

el Seguro Popular. Bajo los servicios médicos privados se encuentran el 32%, lo que da cuenta del nivel de alcance en el que logró compenetrarse en salud la iniciativa privada. Entre IMSS e IMSS Bienestar cuentan con el 17% en este rubro.

En cuanto a camas de hospitalización la Secretaria de Salud (SSA) abarca el 33%, los servicios privados de salud el 25%, el IMSS 28% e IMSS Bienestar 2%. Unidades médicas de 3er nivel la SSA el 65%, IMSS 13%, ISSSTE 8%, y paradójicamente servicios médicos privados 5%. Esto último brinda elementos de análisis del poco alcance que logró el ámbito privado en materia de salud en los niveles de alta especialidad y atención de problemas graves de salud, lo cual abre una ventana de reflexión sobre donde se forman y han formado el grueso de profesionales de la salud en las diversas especialidades.

Figura 8. Déficits profesionales de la salud

Déficits de **Profesionales de la Salud**



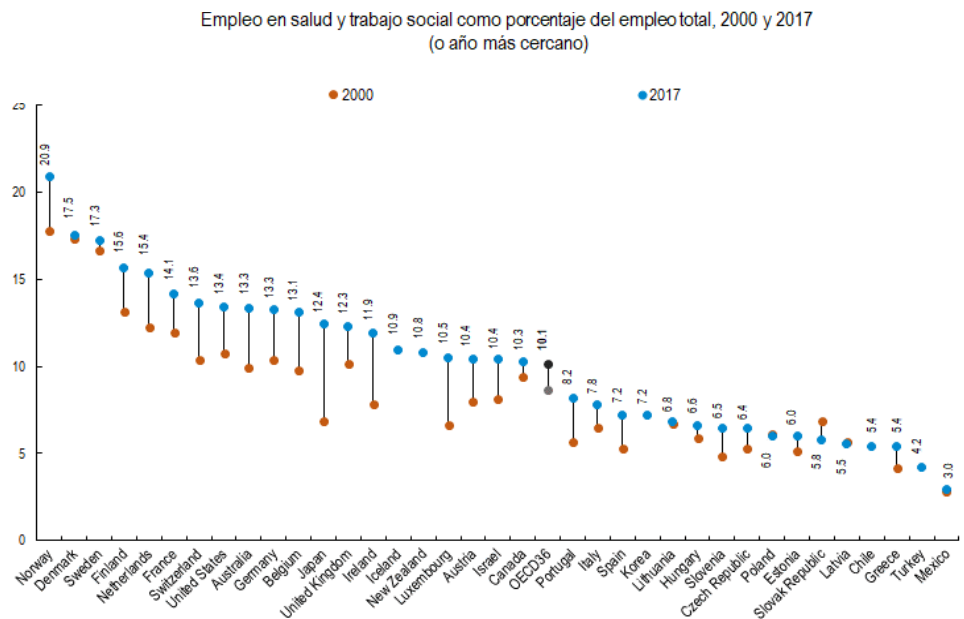
Médicos

123,000 Generales
76,000 Especialistas



Enfermeras

300,000 Enfermeras



Fuentes: OECD (2019, pag.171), Alcocer, J. (2019). Gráficos e ilustraciones elaboración propia.

El sistema de salud pública mexicano no fortaleció su cuerpo de profesionales de la salud, México es el país con el nivel más bajo de la OCDE entre los periodos 2000-2017 que generó menos empleo en salud y trabajo social con un 3% (Figura 8).

Como lo muestran los datos anteriores, así como lo subrayó también el Secretario de Salud Jorge Alcocer, el sistema de salud se encontraba en una grave crisis de debilitamiento en todos los niveles de actuación, 306 obras de infraestructura abandonadas (Figura 6), la desigualdad e injusticia social en salud hacia los más necesitados, la corrupción, el nulo crecimiento de formación y desarrollo de recursos humanos especializados. El déficit para atención a la emergencia fue inicialmente de 123,000 médicos generales, 76,000 médicos especialistas y 300,000 enfermeras (Figura 8).

Al respecto María Fernanda Navarro en Forbes señala que :

La corrupción en el sector salud en México está presente en cada uno de sus aspectos, desde la construcción de hospitales o grandes obras públicas relacionadas con el sistema de salud, la licitación y compra de medicamentos, así como su distribución, el acceso de pacientes a estudios de alta tecnología e incluso la realización de procedimientos en centros de salud públicos que originalmente son gratuitos. (Navarro,2019).

El sistema de salud enfrenta la invasión de una cultura corrupta y privilegiada en beneficio a importantes grupos de interés que se asumieron al frente de la gestión del sistema, y en posiciones estratégicamente operativas de los servicios de salud durante el periodo neoliberal. Por otro lado, también se suman los agentes externos, como los

son algunas empresas del ámbito de la salud, distribuidoras farmacéuticas, de dispositivos médicos, laboratorios, insumos, entre otras.

Alentados por las recomendaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI), las crisis financieras y el auge de las reformas neoliberales, procedieron a la descentralización del sistema nacional de salud, dejando a la responsabilidad de los estados el manejo de sus presupuestos para dicho rubro. Sin embargo, como lo mencionan Homedes y Ugalde (2005), esta descentralización lejos de acercarse a los objetivos planteados, los resultados son limitados, puesto que la calidad de los servicios de salud encareció abruptamente; de la misma manera se pronunció la desigualdad, la desorganización y descontrol de los recursos.

Conforme a una observación aplicada por el Banco Mundial (Homedes y Ugalde, 2005), la descentralización generó un daño económico sin precedentes, puesto que no existían las condiciones para llevar a cabo dicha política, así como contribuyó: "...en gran medida a la fragmentación de las políticas de salud en México, al aumento de las desigualdades y a la reducción de la responsabilidad de los estados de usar eficientemente los recursos federales destinados a los servicios de los pobres". (Homedes y Ugalde, 2005, p. 217)

El daño estructural de la política neoliberal incide en la gestación de políticas públicas de salud y la gestión gubernamental en México, por lo que se ha perpetuado durante las últimas décadas el preocupante fracaso del modelo neoliberal.

La inercia depredadora (Kelly y Pike, 2017) del capitalismo neoliberal, representa ser un espejo en todas las formas de expresión organizacional y social, sobre todo a nivel de la gobernanza de los sistemas de salud.

La gobernanza en los sistemas de gestión pública mexicana, tras las reformas neoliberales con sus apuntalamientos descentralizadores, así como la tercerización y privatización de procesos operativos y estratégicos, en este caso, de la salud pública, incursionaron enfoques como calidad total, reingeniería, resultados, productividad, excelencia, competitividad, entre otros. Un ejemplo claro de lo anterior es la certificación que se llevó a cabo en ISO9001 en 2018:

...el ISSSTE entregó 151 certificados del Sistema de Gestión de Calidad Norma (NOM) ISO 9001:2015 a centros de trabajo dentro de los que se encuentran las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDI's), unidades médicas, la Escuela de Dietética y Nutrición (EDN) y el proceso de otorgamiento de préstamos personales. (Gobierno de México, 2018)

Estos dispositivos de intervención y gestión organizacional se han posicionado significativamente en las instituciones gubernamentales, como en organizaciones no lucrativas y de la organización civil. Sus metodologías de intervención, poseen elementos de diagnóstico valiosos y que promueven prácticas de mejora constante a partir de mecanismos de evaluación de resultados, para la óptima gestión de las organizaciones; sin embargo, sus niveles de análisis son fragmentados, ya que no logran abordar integralmente la complejidad sistémica de los sistemas de salud pública, y sus amplios alcances de construcción de políticas, que deberían alinearse a las problemáticas de salud de comunidades o naciones completas.

Este tipo de iniciativas proveen soluciones organizacionales que brindan estrategias aisladas dentro de los tres niveles de gobernanza planteados por Pyone, Smith y Van den Broek (2017) en su trabajo sobre marcos para evaluar la gobernanza de los sistemas de salud a partir de una visión sistémica, los cuales tienen su expresión en distintos niveles del sistema de salud desarrollado por Duran y Saltman (Pyone, et.al., 2017), quienes describen a las unidades operativas más representativas del sistema de salud, los hospitales, como órganos dependientes e interrelacionados a tres niveles: “ (1) el nivel macro, sistema de salud dentro del cual opera el ámbito de la salud; (2) el nivel meso, toma de decisiones institucionales y (3) nivel micro, gestión hospitalaria centrada en las operaciones de la unidades de salud, del día a día.” (Pyone, et.al., 2017, p. 711).

De acuerdo con este análisis, la concatenación de las prácticas gerenciales de la iniciativa privada, se implementan de forma aislada, en el nivel meso o micro, como estrategia de una o varias adscripciones aisladas, sin considerar los principios interdependientes que caracteriza al sistema de salud público, como un sistema complejo adaptativo. Donde la cooperación en red, y el sentido de responsabilidad se comparten y difunden por muchos componentes interesados. Así la nueva gobernanza orienta a fortalecer el papel institucional, generando dirección y sinergia a las interacciones de los actores, en el marco de los problemas y conflictos que se disparan a su interior, prevaleciendo la gobernanza como un conjunto de acciones que garantizan de los actores clave la cooperación voluntaria, para el trabajo y fortalecimiento de un valor compartido, que es el asegurar el derecho a la salud y al bienestar social.

Los impulsores económicos que dictan la dinámica de la globalización, e influyen preponderantemente en alma colectiva de las sociedades occidentales ante las directrices de las políticas neoliberales, la figura del manager (Chanlat, 2002), y su visión gerencialista, se ha posicionado en el servicio público que da cauce a las estrategias del Estado, imponiéndose dentro de esta metamorfosis, el espíritu del capitalismo. De esta manera, los componentes burocráticos del sistema que, a partir de su esencia racional-legal, y que enaltece la profesionalización, la impersonalización, la integridad, la independencia y el saber, a través del modelo meritocrático sustentado con elementos éticos, del bien común.

La lógica burocrática de la gobernanza de la salud asume las exigencias de la eficiencia centradas en garantizar los derechos humanos de la salud y el bienestar, disparadas por una sociedad que requiere igualdad, justicia social y respuestas democráticas. Bajo este marco de actuación, el quehacer del servidor público, inmerso en una burocracia con importantes conflictos y confusión en el marco ético de su actuación, como lo plantea el pensamiento weberiano, “no se debe transferir un ethos que guía a una conducta profesional en particular hacia otra conducta. Es así como el ethos del burócrata y el del hombre de negocios no son compatibles. En efecto, pertenecen a universos sociales diferentes.” (Chanlat,p.7, 2002)

Un fenómeno que ha promovido la dinámica económica neoliberal, y que ha transformado el sentido profesional, en un producto de elite, sometido a los valores de la rentabilidad que se cotiza en el mercado y que adquiere reconocimiento social a partir de habilidades que potencializan la práctica que sobresale sobre los demás, que

distingue su valor por la transacción de sus habilidades profesionales a incentivos económicos, y que resultan en la distinción social y de elite.

Ética, democracia, sensibilidad social, solidaridad, colaboración, entre otras, no son competencias que prevalezcan en la evaluación de habilidades en el servicio público, puesto que las competencias que son requeridas son aquellas que provienen de la conceptualización de la empresa privada. Todo el sistema de gestión pública mexicano sufrió dicho transe, que lo llevó a una cultura organizacional de la eficiencia, con las coordenadas del gerencialismo privado.

Así, todas las capas del sistema de salud pública en México, su gobernanza, ha sufrido de un choque sistémico, desde la base de identidad institucional, como la conformación de sus objetivos estratégicos, que confusamente han obedecido a la rectoría económica de la política neoliberal, omitiendo los principios democráticos de garantizar universalmente la salud y el bienestar social del pueblo. Lo anterior se sustenta en el análisis de Chanlat, el universo del servicio público es totalmente ajeno al de la empresa privada, pues, “remite a retos sociales que tocan a la ética del bien común.” (Chanlat, 2002).

La falacia de la gerencia pública con la mescolanza de los valores y prácticas de la iniciativa privada ha llevado a una importante crisis, pues a través de los preceptos de productividad las cargas de trabajo han aumentado, así como la pérdida de la autonomía profesional gracias a que se encuentran inmersos en robustas estructuras jerárquicas. El debilitamiento de la imagen del servicio público y de la concepción de la burocracia, ha obedecido a la falta de desarrollo humano, profesional, e interés de los políticos neoliberales de reivindicar y fortalecer el servicio público, considerándolo

como una estructura muerta para las estrategias clave de las instituciones de salud, enfocándose privilegiadamente a desarrollar y beneficiar sus estructuras cercanas de confianza, e involucrándolas en los programas más representativos de su gestión, de la mano con incentivos económicos, de reconocimiento profesional y organizacional al interior de las instituciones.

Así la percepción colectiva de la imagen del servicio público ha sido la de un constante rechazo, un ámbito que no ha logrado igualar los preceptos competitivos de la productividad y eficiencia del sector privado, y que representa ser un aparato pasivo, improductivo e incluso una fuerte carga para el Estado. Como resultado, la psicodinámica laboral del servidor público, se ha marcado por el sufrimiento en el trabajo ante la degradación de su función, así como la presión constante de la exigencia productiva, alejada de cualquier incentivo social en su trabajo, de desarrollo profesional y mucho menos económico.

La complejidad política y de gobernanza neoliberal, con los escenarios anteriormente expuestos, encausan el análisis hacia la comprensión de la ética del servicio público del profesional de la salud, misma que desde su raíz genérica, obedece a una ética de acción pública social, orientada invariablemente por valores democráticos y el bien común. Desde la perspectiva weberiana, el modelo de burocracia ideal (racional-legal), posee elementos éticos que coinciden plenamente con la buena gobernanza para la salud aquí planteados, como lo son la búsqueda de la equidad, la integridad, la preparación constante, la neutralidad, y la diligencia, entre otras conductas que enmarcan la despersonalización del quehacer administrativo. Sin embargo, el lente de la gestión privada a partir de la era neoliberal ha llevado a integrar significados

negativos de esta dinámica organizacional, por lo que la imagen del servidor público inmediatamente es correlacionada con burocracia -improductiva, ineficiente, poco confiable, etc.- desde su significante negativo.

Un conjunto de dimensiones interrelacionadas e interdependientes, se han consolidado en la representación social de los servidores públicos de la salud, y que juegan un papel preponderante en la autopercepción y percepción colectiva de su imagen e identidad como servidor público. Fuerzas que mueven al ámbito de la salud a una búsqueda de salir a flote de un contexto laboral con débiles motivadores humanos, profesionales y económicos, por lo que han buscado dicho desarrollo, conjugando la práctica pública y privada, provocando un significativo déficit humano y de capacidades para el sistema de salud pública. En esta asociación de hilos humanos del servidor público de la salud, se asoman los símbolos de mercantilización de la salud.

Esto se traduce en una sinergia global de significados culturales organizacionales, que emanan del modelo neoliberal, y que dentro de los bucles de retroalimentación e influencia, dichas búsquedas de reconocimiento y desarrollo profesional individual prevalecen en todo el sistema de gobernanza, originando mutaciones de la ética del servicio público hacia la ética de los negocios, encontrándose en un lado extremo con la base de valores éticos débiles, tanto en lo individual como en lo colectivo. Así los antivalores que germinan de la ambición del poder, han llevado a la práctica disfuncional normalizada de la discrecionalidad y la corrupción en el sistema de salud pública mexicano y su modelo de gobernanza.

En la actualidad, ante el punto de inflexión que ha traído consigo el Covid-19, la gobernanza en los aparatos de la administración pública del Estado comienza a retomar una posición preponderante, pues los gobiernos y los actores políticos que los conforman se encuentran obligados a resarcir las consecuencias del modelo económico que impulsó la globalización de la marea del libre mercado, originando el debilitamiento de la función reguladora del Estado hacia su interior en la gobernanza de sus instituciones públicas, y lo más perturbador, cediendo su obligación social al mercado y los grupos fácticos, deslindándose del deber de asegurar el derecho humano a la salud y el bienestar del pueblo de México.

Los sistemas de salud pública no tienen otra alternativa, más que redireccionar el camino de su gobernanza, replanteando la forma de ejercer e instrumentar el poder en todos los niveles de gobierno, pero esto no sólo deberá ser redefinido en la salud, sino que, en la actuación global del Estado, y en todos sus órdenes de gobierno. La redistribución del poder, en los diversos bloques que se construyen en el sistema de salud pública, ha demostrado ser una estrategia clave para evolucionar al buen gobierno en la salud.

El objetivo se centra en deconstruir las debilidades de un sistema de salud pública mexicano frente a los retos humanos y sociales de la pandemia en México, así como las diversas dificultades y variables que directa e indirectamente representan ser obstáculos centrales y periféricos para el desarrollo y gestión de políticas públicas socialmente eficientes. En consecuencia, es de suma importancia profundizar en los diversos fenómenos que han legitimado un sistema de salud pública mexicano débil, al comprender los motores estructurales y sociales que han normalizado una

organización disfuncional que ha segregado las apremiantes necesidades de salud del grueso de la sociedad mexicana.

La dicotomía del estado y la economía capitalista neoliberal, son los artífices que han llevado a la mutación de una administración pública mexicana invadida de vicios carentes de ética e intereses particulares de los grupos oligárquicos nacionales e internacionales dominantes e instauración en el sistema de salud pública mexicano, así como de la política económica neoliberal que ha modelado y coaccionado la administración pública en sus más íntimos alcances de maniobra humana y social, originando lagunas lacerantes de gran magnitud a la población.

El análisis de estos importantes elementos constitutivos del sistema de salud pública seguramente permitirá encontrar las células dañadas organizacionalmente interrelacionadas, y que se alimentan para institucionalizar y naturalizar desde todas las dimensiones su viabilidad y operatividad. Su cabal diagnóstico, permitirá brindar propuestas integrales de reconfiguración, permitiendo establecer directrices claras de transformación y mejora hacia una gestión pública de salud socialmente eficiente.

La incursión del gerencialismo al servicio público en la salud en México, fragmentó la dinámica organizacional de su gobernanza, fenómeno que ocurrió hace más de tres décadas, tras la política neoliberal instrumentada en las reformas de descentralización y desplazamiento de procesos estratégicos de salud a la iniciativa privada. Por lo que los valores, la interacción simbólica y funcional con las formas organizativas de la praxis privada, se insertaron en el sector público, lo que ha generado una crisis en la vocación del servidor público, orientando el eje simbólico de su actuación y ejercicio público, de la base social, hacia una práctica orientada por los valores hegemónicos

del poder y la competitividad, del yo corporativo, que promueve el individualismo que subordina el sentido social, y que incluso, promueve una representación social del profesional a partir de premisas de clase, de los principios del éxito y de una competencia rigurosa.

Ante la crisis global que prevalece con la pandemia del Covid-19, el sistema de salud pública mexicano le hace frente, cargando a sus espaldas un importante estancamiento de casi cuatro lustros gracias a los hilos de la política capitalista neoliberal, sus reformas estructurales e implantación en la conciencia colectiva de una cultura organizacional neoliberal en la gestión pública. Es de suma importancia profundizar en los desafíos paradigmáticos y organizacionales, en los que hay que trabajar para la transformación y reconstitución ética de los diferentes elementos nocivos y disfuncionales que se han naturalizado en los procesos de gestión y políticas públicas, como lo son la desigualdad, la exclusión, la mercantilización de la salud y la corrupción.

La profundidad y transversalidad que han alcanzado los preceptos hegemónicos del neoliberalismo; egocéntricos, individualistas, y utilitaristas a la constitución simbólica organizacional y humana del servicio público de salud. Los alcances de este fenómeno, representaron ser factores de un retroceso social y en consecuencia económicos, ya que la calidad a la atención de la salud del pueblo mexicano se encareció notablemente.

En consecuencia, el impacto es directamente proporcional al detrimento del ámbito de los profesionales de la salud. La pandemia ha permitido visibilizar dramáticamente los daños estructurales y las profundas lagunas que se han potencializado en el desarrollo

de la profesionalización de la salud durante todas estas décadas, como lo son las precarias condiciones laborales y de desarrollo a las que se ha enfrentado este gremio, así como la marcada cultura de privilegio que han instaurado los grupos hegemónicos versus el sentido social del servicio público de la salud.

Los símbolos de la privatización y la descentralización alentaron la discrecionalidad y saqueo de los presupuestos de salud, subyugando los propósitos sociales y profesionales de la salud pública, ante los intereses de poder y económicos de la oligarquía. Así pues, el contingente emergente del Covid-19 (SARS-Cov2), ha puesto al descubierto las fragilidades y las fortalezas sanitarias de los sistemas de salud de las naciones. Seguramente, el desequilibrio climático, así como la indefensión en la que ha quedado la biodiversidad del planeta a causa de la extrema industrialización de los procesos de producción a través del uso indiscriminado de combustibles fósiles; llevarán a poner a prueba al sistema de salud pública mexicano, como una constante cada vez mayor.

Capítulo 3

Caracterización del problema de estudio

Las debilidades de un sistema de salud pública mexicano frente a los retos humanos y sociales de la pandemia en México, así como las diversas dificultades y variables que directa e indirectamente representan ser obstáculos centrales y periféricos para el desarrollo y gestión de políticas públicas con enfoque social y humanista, así como para la reconfiguración de una buena gobernanza en la salud y fortalecimiento de su servicio público. Es de suma importancia profundizar en los diversos fenómenos que han legitimado un sistema de salud pública mexicano frágil, al comprender los motores estructurales y sociales que han normalizado una organización disfuncional, que ha segregado las apremiantes necesidades de salud del grueso de la sociedad mexicana.

Es necesario comprender los fenómenos globales que instauró el neoliberalismo en el modelo económico e ideológico, reconfigurando la cultura de las sociedades y de las organizaciones. Así como reconocer los fenómenos organizacionales disfuncionales que han impactado al sistema de salud pública mexicano para hacer frente a la pandemia. Debido a la transmutación de los símbolos humanos y sociales en la conciencia colectiva a símbolos utilitarios y de mercado, en el quehacer de los profesionales de la salud, y de forma global en el ámbito de la salud pública mexicana.

La meta es brindar una perspectiva para reconfigurar y ponderar lo social y humano, superponer el valor de la vida ante las ganancias, bajo premisas éticas culturales de cooperación, solidaridad, inclusión, justicia y bienestar social, premisas que obligadamente deben encontrarse en todas las dimensiones simbólicas de la cultura organizacional de las instituciones de salud pública y en la identidad humana y profesional de sus servidores públicos.

Objetivos de investigación

Deconstruir las debilidades de un sistema de salud pública mexicano frente a los retos humanos y sociales de la pandemia en México, así como las diversas dificultades y variables que directa e indirectamente representan ser obstáculos centrales y periféricos para el desarrollo y gestión de políticas públicas socialmente eficientes.

Reconocer los valores, símbolos y significados en la interacción simbólica y funcional con las formas organizativas de la praxis privada, y como se insertaron en el sector público, generando una crisis en la vocación del servidor público.

Hipótesis

La hipótesis que dirige la presente investigación, es que la implementación del modelo neoliberal impuso un conjunto de significantes y directrices sobre la actuación profesional del entramado colectivo que lo integra, co-construyendo una representación social distorsionando su esencia como servidor público de la salud y las formas profesionales de ejercer su rol en el ámbito institucional, en los tres diferentes niveles de gobierno, micro, meso y macro, que aportan características constitutivas y normalizadoras de los símbolos capitalistas neoliberales, y que fragmentan de manera importante la consolidación organizativa de una gobernanza con visión humanística y de servicio público en el sistema de salud mexicano.

Partiendo de la hipótesis, que el modelo neoliberal ha construido en el campo simbólico de la identidad individual y colectiva de los servidores públicos de la salud un sentido común hegemónico (Grimson,2007) que ha configurado una cultura hegemónica (Gramsci, 1999), donde el núcleo central de la representación social ha sido modelado y conformado por los significantes y símbolos alusivos al progreso globalizador de mercado del capitalismo neoliberal, los cuales pueden estar en el núcleo, enraizándose como valores y elementos periféricos del núcleo, aportando componentes primordiales, jugando un papel determinante en la construcción global de la representación social del profesional de la salud.

Estas categorías que nutren a la maquinaria cultural económica neoliberal, se han normalizado desplazando la esencia social del servicio público de la salud, a través de la implantación de los valores y símbolos en el imaginario colectivo del sistema de salud pública, a partir de los significantes constitutivos de las siguientes categorías dialécticas: el Covid-19, el progreso, la globalización, el poder económico, la privatización, el paciente, el cliente, el trabajo, la tecnología, el enriquecimiento, la educación, el desarrollo, la utilidad, la necesidad, el individualismo, el “yo corporativo” (Ibarra,2007), la investigación médica, la industria médica, la competitividad, el éxito, la desigualdad, la mercantilización de la salud (Laurell, 2016), la racionalidad instrumental, la eficiencia, la productividad, la ambición, el estatus, los privilegios, la meritocracia, la ética del gerencialismo privado, el servicio público, la burocracia, la corrupción.

A partir de la identificación de los significados de estas categorías neoliberales, y de su fuerza constitutiva en la representación social del servidor público de la salud, ya sea en el núcleo central como un factor de carga valorativa importante en la identidad, o como elemento periférico que consolida y fortalece al núcleo de la representación. Se complementa con el proceso comparativo sobre las categorías de carácter social y humano, que en esencia deben de operar en el inventario de valores y significantes del servidor público, como lo son privilegiar el derecho a la vida (Dussel, 2006), a la salud, el bienestar social, la solidaridad, la cooperación, la empatía, la responsabilidad social, la acción ética (Dussel, 2006), la bioética, la integridad, la independencia, el saber, el bien común, la igualdad, la salud pública, la salud universal, la justicia social, la sustentabilidad, la organización pública, la complejidad, la integración, la

democracia, los valores compartidos, la adaptación, el cambio, la comunicación, la gobernanza en la salud, la formación.

Metodología

A partir del marco de referencia y la caracterización del objeto de estudio con el afán de contribuir a la comprensión de los fenómenos culturales, organizacionales y sociales, se ha llevado a cabo el diseño de un instrumento de investigación para entender la problemática que enfrenta el sistema de salud pública mexicano frente al Covid-19. El objeto de la presente investigación, es analizar el papel del servidor público de la salud con los diversos dispositivos simbólicos y culturales que el modelo económico neoliberal ha incorporado en la dinámica organizacional del sistema de salud pública mexicano.

La aproximación al objeto de estudio se realizará desde una perspectiva psicosocial fundamentada en el estudio de la representación social (Moscovici,1979), que nos proporciona un marco de análisis dialéctico al revisar este fenómeno organizacional e institucional. Desde esta perspectiva es posible analizar la interacción de las dimensiones individuales y sociales que constituyen el sentido común de los actores sociales objetos del estudio. Además, permite interpretar los procesos que interfieren en la mecánica adaptativa del factor sociocognitivo, tanto en lo individual a través de la realidad cotidiana de los actores, como las características de su entorno social e ideológico. (Abric,1994).

La representación social entendida como un sistema socio cognoscitivo, donde participan la construcción cultural de significados que se reproducen por los individuos

a través de las interacciones y vínculos en los que se encuentran inmersos (Weisz,2017). De esta manera, la representación social confiere un campo adecuado para aplicar un análisis cualitativo en la investigación social, psicossimbólica y cultural de la práctica del servidor público de la salud, a partir del reconocimiento de sus subjetividades y el sentido común que brindan significados orientados a la acción (Weber, 2002) en su ámbito de desarrollo profesional.

Por otro lado, la presente investigación recurrió gracias al contexto de emergencia de la pandemia, a complementarse metodológicamente con una etnografía al interior de una Unidad Médica Covid. Como lo indica Garfinkel: “Los estudios etnometodológicos analizan las actividades cotidianas como métodos que sus miembros usan para hacer que esas actividades sean racionalmente -visibles-y reportables-para-todos-los-efectos-prácticos, es decir, «explicables» (accountable), como organizaciones de actividades cotidianas corrientes.” (Garfinkel,2018, p. 1).

Dentro de estas actividades cotidianas, se observaron formas de expresión, conductas, actitudes y respuestas guiadas por las bases éticas y simbólicas que los profesionales de la salud aplicaron a su labor cotidiana como servidores públicos. El rol que obligadamente se jugó en dicho proceso fue el de paciente, que fortuitamente se asumió durante 21 días.

Preguntas de investigación

Las preguntas de investigación de la presente tesis, y que permitirán dar dirección al desarrollo de esta, son las siguientes:

- ¿Cuál es la representación social que tienen los profesionales de la salud del sistema de salud pública mexicano, considerando que son servidores públicos?
- ¿Cuáles son los símbolos y significados que le atribuyen los profesionales de la salud al sistema de salud pública mexicano, frente a la crisis del Covid-19?
- ¿Cuáles son los valores y significantes capitalistas neoliberales que se encuentran anclados en la representación social de los profesionales de la salud del sistema de salud pública mexicano, y que valores y significantes del servicio público y de su esencia social?
- ¿Cuáles son los valores y categorías que conforman tanto en el núcleo central, como los elementos periféricos de la representación social del servidor público de la salud, que coinciden con los símbolos y valores propuestos por la buena gobernanza en la salud?
- ¿Cuál es la representación social que le atribuyen los servidores públicos de la salud, al mejoramiento de la gobernanza en salud?

Instrumentos de investigación

A través de la entrevista estructurada y un cuestionario, bajo los marcos éticos de confidencialidad de la información y neutralidad en la conducción del instrumento. Se llevó a cabo la comunicación e interpretación de los códigos discursivos, por medio de

los ítems categóricos de los símbolos y significados de la representación social del servidor público, que los profesionales de la salud expresen a partir de los fenómenos subyacentes desde la estructuración simbólica, las subjetividades compartidas y consensuadas, del interaccionismo simbólico que construye su realidad a partir de procesos fenomenológicos que interaccionan intersubjetivamente, orientando las acciones en la vida cotidiana de los individuos y los grupos.

Entrevista

Entrevista	
Categoría	Ítems
Salud pública	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo considera la situación del sistema de salud pública mexicano frente al Covid-19? ¿Cuáles son las principales retos y desafíos que enfrenta el profesional de la salud, en el contexto económico, político y social actual? ¿Cuáles son los valores más significativos que los profesionales de la salud aportan a la sociedad mexicana? ¿Usted cree que, con el sistema de salud pública fortalecido, se pueda mitigar la pandemia? ¿El profesional de la salud, debe de entender la dinámica de la social y de la gobernanza de la salud pública? Y ¿Por qué? ¿Como se involucra usted en el proceso de gobernanza en salud pública?
Servicio público	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles considera que son las aportaciones más significativas que usted brinda al sistema de salud pública mexicano? ¿Cómo describe al profesional de la salud? ¿Cómo describiría el deber ser del servidor público de la salud? ¿Cuándo sea la nueva normalidad, usted que va hacer? ¿Qué le ha dado el sistema salud público en su desarrollo profesional? ¿Qué premisas piensa usted que hacen falta en la formación de los profesionales de la salud?
Gobernanza	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es para usted la gobernanza en la salud y como se relaciona con este proceso? ¿Usted considera que ha aportado algo importante como servidor público durante la pandemia? ¿Considera que existen limitaciones de gobernanza en el sistema de salud? ¿Cuáles serían la más importantes? ¿Qué necesitan de infraestructura y quienes tienen que ponerla? ¿Considera que las capacidades del gobierno quedaron paralizadas? ¿porqué?
Organización	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo se expresa la figura institucional de los servicios de salud? ¿Cómo hacer que la institución tenga el poder de organizar? ¿Considera que la práctica del profesional de la salud se ha burocratizado en el sistema de salud? y ¿Por qué? ¿Qué tanto contribuye el profesional de la salud para la gestión del sistema de salud?

Neoliberalismo	¿En qué ámbito se siente usted más a gusto trabajar, en la práctica privada o en la práctica pública y por qué?
	Priorizando, ¿qué ámbito aporta más al desarrollo del profesional de la salud, el ámbito de la investigación científica, el ámbito médico, el ámbito económico-productivo de la industria de la salud, el ámbito social?
	¿Cuáles son las características primordiales de un profesional de la salud altamente competitivo?
	¿Considera importante ser líder como profesional de la salud en su ámbito de especialidad? Y ¿por qué?
	¿Qué opina de las prácticas de subrogación de los servicios especializados en salud? , ¿considera que el sistema se fortalece con estas prácticas?
Entorno laboral	¿Cuáles son los más importantes desafíos que enfrenta como profesional de la salud y cuáles son las satisfacciones, desde la perspectiva laboral?
	¿Considera que el profesional de la salud en general posee buenas condiciones laborales?
	¿Cuáles considera que son los principales satisfactores de los profesionales de la salud en su labor diaria?
Ética	¿Usted hasta cuando y donde es responsable de una vida?
	¿Considera que la corrupción afecta directa o indirectamente su trabajo? ¿por qué?
	¿En el ámbito de la salud pública, existen desigualdad e injusticia social? Y ¿Cómo lo enfrenta usted?
	¿Cuáles considera que deben de ser los principales valores y competencias que deben de poseer las nuevas generaciones de profesionales de la salud, ante el entorno actual?
¿Considera usted que la formación la ética y la bioética son abordadas con la profundidad requerida en la formación académica de los profesionales de la salud	

Cuestionario

Cuestionario para el trabajo de investigación de la tesis de la Maestría en Estudios Organizacionales de la maestrante María Alejandra Venegas Villascan en la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa.

Se agradece su valiosa participación en el presente cuestionario, el cual es totalmente anónimo y la información proporcionada será tratada con total confidencialidad y manejo ético.

Profesión:	Especialidad:
Edad:	Sexo:
Escuela donde se graduó:	

Ejerce en:	Iniciativa privada		Sector público		Ambos	
------------	--------------------	--	----------------	--	-------	--

Instrucciones

Cada pregunta deberá de ser respondida lo más breve posible, puede desarrollar ideas breves o con sólo relacionar conceptos de cinco a diez palabras que describan su respuesta claramente.

Ejemplo:

1. Considero que la administración pública mexicana destaca por...

Burocrática, nepotismo, organizada, corrupta, da buen servicio a los ciudadanos, precaria con sus trabajadores.

Cuestionario

1. Considero la situación del sistema de salud pública mexicano frente al Covid-19 como...

2. Los principales retos y desafíos que enfrento como profesional de la salud en el contexto económico, político, social y de la pandemia son...

3. Los valores más significativos que los profesionales de la salud aportamos a la salud pública en México y a la sociedad son...

4. Como profesional de la salud, debo de entender la dinámica social y de la gobernanza de la salud pública, si ___ no ___, porqué....

5. Me involucro en el proceso de gobernanza y gestión de la salud pública de la siguiente manera:

6. Describo al profesional de la salud como...

7. Describo el deber ser del servidor público de la salud como...

8. En la nueva normalidad, mis principales objetivos serán (profesionales y/o personales) ...

9. El sistema de salud pública le ha dado a mi desarrollo profesional...

10. Las premisas que hacen falta en la formación de los profesionales de la salud son...

11. Lo más importante que he aportado como servidor público durante la pandemia es...

12. Las limitaciones más importantes que han existido en la organización y gobernanza del sistema de salud son:

13. Considero que la práctica del profesional de la salud se ha burocratizado, si ___ no ___ por qué...

14. Me siento más a gusto trabajando en la práctica ____pública ____privada, porqué...

15. Priorizando, siendo 1 el que más y 4 el que menos, el ámbito que aporta más al desarrollo del profesional de la salud es el...

de la investigación científica

el económico-productivo de la industria de la salud

de salud pública

Académico

16. Las características primordiales de un profesional de la salud altamente competitivo son...

17. Considero que es importante ser líder o llegar a ser líder como profesional de la salud en mi ámbito de especialidad, si ___ no ___ porqué...

18. Considero que las prácticas de subrogación de servicios especializados en salud fortalecen al sistema de salud, si ___ no ___ porqué...

19. Considero que las aseguradoras son indispensables para un sistema de salud sano, si ___ no ___, porqué...

20. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud en general son...

21. Mis principales satisfactores como profesional de la salud en mi labor diaria son...

22. Hasta cuándo y dónde soy responsable de una vida ...

23. Considero que la corrupción afecta directa y/o indirectamente mi trabajo, si ___ no ___,
porqué...

24. En el ámbito de la salud pública, existen desigualdad e injusticia social, si ___ no ___, yo como
la enfrento...

25. Considero que los principales valores y competencias que deben de poseer las nuevas
generaciones de profesionales de la salud ante el entorno actual son...

26. Considero que la ética y la bioética son abordadas con la profundidad requerida en la
formación académica de los profesionales de la salud, si ___ no ___, porqué...

Grupo de análisis

Constituido por 7 profesionales de la salud en base a un grupo heterogéneo de diversas especialidades.

Etnografía. Profesionales de la salud, personal administrativo/operativo, pacientes y familiares en Hospital Covid del Sistema de Salud Pública.

Capítulo 4

Análisis de resultados

Estudios organizacionales y sistemas de salud

Desde las distintas posturas teóricas en las que se concibe el análisis de los estudios organizacionales sobre los diversos fenómenos que acontecen en los ámbitos organizacionales, institucionales y sociales, es una premisa de trabajo que el quehacer de esta disciplina se centre en la construcción teórica de nuevas formas de organización socialmente sustentables. Los sistemas de salud son un ámbito organizacional-institucional, los cuales representan uno de los ingredientes de desarrollo y bienestar social sin precedentes, coadyuvando a los demás derechos humanos primordiales para una vida digna de bienestar, en un contexto de igualdad de oportunidades impulsando la potencialización de las capacidades humanas a través del acceso de los servicios básicos de bienestar, desarrollo económico, respeto e inclusión a la diversidad cultural de los diferentes grupos que conforman la sociedad.

Los sistemas de salud públicos, primordialmente el mexicano, ante la crisis del Covid-19 y sumando a esto su deterioro gracias al modelo neoliberal que lo debilitó estructuralmente llevándolo a la semiprivatización y mercantilización de sus servicios, requiere ser reconstituido con estrategias y políticas públicas que integren modelos de

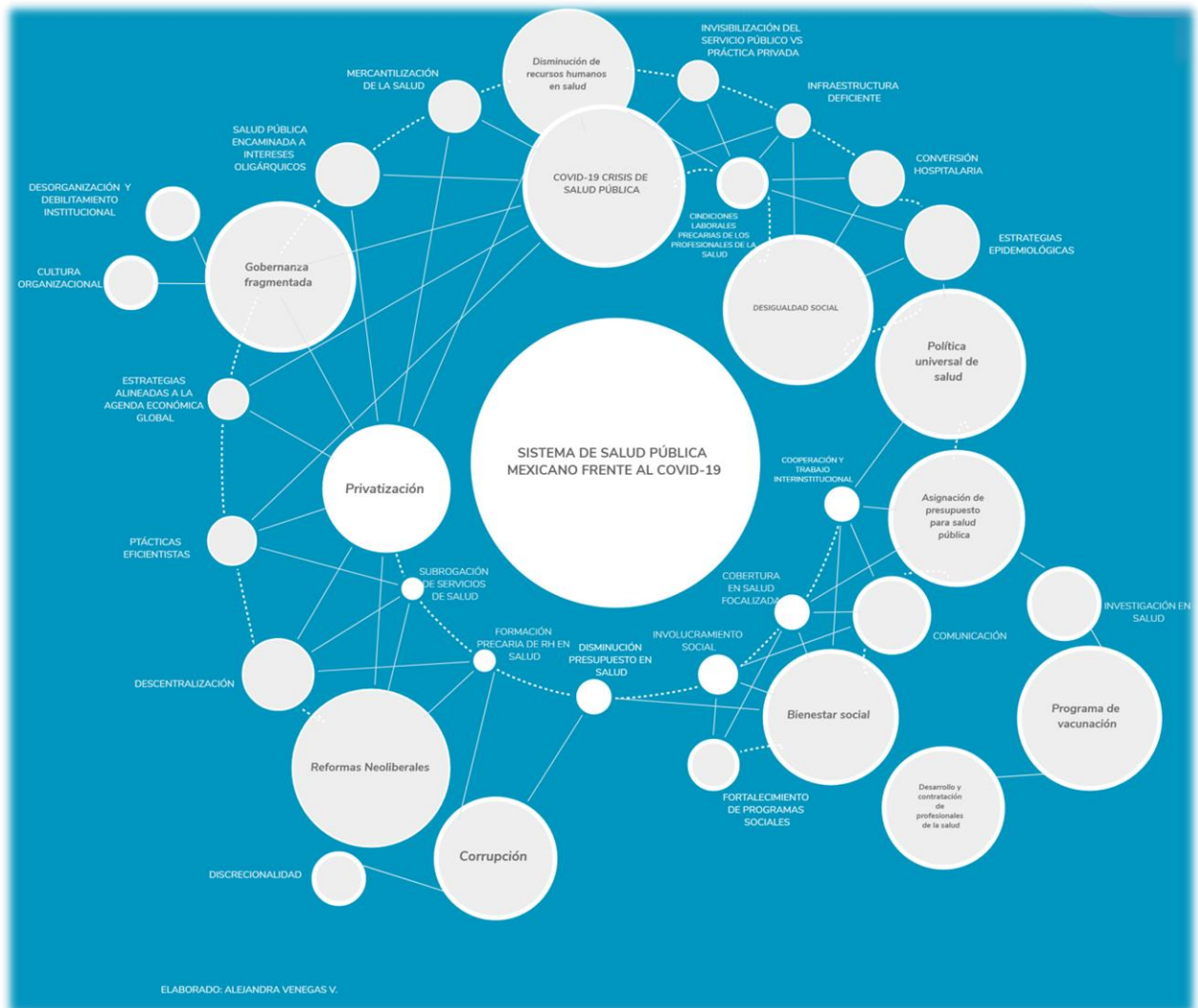
atención que alcancen las necesidades de salud de los grupos más marginados del país, pero desde luego con un impacto social positivo a todas las capas sociales.

Por tal motivo, es necesario identificar marcos teóricos de referencia que nos encaminen a identificar las principales problemáticas que aquejan al sistema, y los fenómenos que se encuentran detrás de estas, para con ello reconstruir nuevas formas de gestión que fortalezcan y encaminen a los objetivos sociales para los cuales han sido creados. Desde la perspectiva de organización debemos entender a profundidad el papel o significado que juega la salud como un sistema social, y para ello es sumamente útil citar la propuesta teórica de Toro- Palacio y Ochoa- Jaramillo (2012) dicha la propuesta (Figura 9) plantea que se comporta como un sistema complejo adaptativo.

“Adoptar una adecuada definición de salud sería un buen inicio para mostrar por qué debe ser enfocada como SCA. Salud es la plenitud de la vida, aunque se aclara que hablamos desde una perspectiva antropocéntrica, dejando constancia de que tal plenitud no admite límites ni jerarquías, puesto que los demás seres vivientes también tienen su propia salud.” (Toro- Palacio y Ochoa-Jaramillo, 2012, p. 162).

Desde este enfoque, se concibe una dimensión más humana de la salud, así pues, presentan un análisis de como el sistema de salud con los diversos elementos que se encuentran en el entorno, “la energía, la memoria, y la vida en general, la salud no se pierde, sino que se transforma. Igual acontece con los sistemas de salud” (Toro- Palacio y Ochoa- Jaramillo, 2012, p. 163)

Figura 9. Sistema complejo de salud mexicano rizados de retroalimentación



Fuente: Toro- Palacio y Ochoa- Jaramillo, 2012, p. 163 gráfico elaboración propia.

La transformación de los servicios de salud no es lineal a los fenómenos sociales que los abrazan en el transcurso de su historia, anteriormente se abordó desde una postura

metafórica la metamorfosis del sistema de salud ante los cambios sociopolíticos ocurridos en el tiempo, desde su nacimiento hasta el presente 2020.

Este fenómeno debe de ser entendido a partir de nuevas visiones científicas, ya que las circunstancias en todas las dimensiones, tanto fisiológicas, biológicas, sociales, culturales, naturales y de la vida misma, exigen innovadoras perspectivas para visualizar la problemática de los servicios de salud, ya que las existentes son obsoletas. Con esto se antepone como ejemplo el Covid-19 y sus diversas causalidades.

Ningún sistema de salud a nivel mundial estaba preparado para hacer frente a esta pandemia, aunque quizás el cambio climático y diversas comunidades científicas habían anticipado las posibles catástrofes que se podían desencadenar. Un trabajo sumamente valioso que encamina a una perspectiva suigéneris de abordar el problema del sistema de salud es el llevado a cabo por los autores Ilona Kickbusch y David Gleicher (2020) en su obra *Gobernanza para la salud en el siglo XXI*.

...la salud se trata principalmente de las personas y de cómo viven y crean su salud en el contexto de su vida cotidiana. Esto requiere una nueva perspectiva sobre la gobernanza de salud y bienestar. Hasta la fecha, gran parte de la discusión sobre salud en todas las políticas internas, la acción sectorial para la salud comienza desde la perspectiva de la salud y se basa en la evidencia de que los determinantes más importantes de la salud se encuentran en sectores distintos de la salud. (Kickbusch y Gleicher, 2020, p.9).

El trabajo de investigación citado muestra la perspectiva y la conceptualización, desde la cual abordaron la problemática del sistema de salud. Coincidentemente la propuesta de Kickbusch y Gleicher, junto con el enfoque del sistema complejo adaptativo, muestran importantes rasgos de concatenación en cuanto a una visión contingente para establecer sus modelos teóricos. El llamado de atención es muy claro, los diferentes referentes de intervención y solución para el desarrollo de políticas públicas, por lo regular, se conciben al interior de las instituciones de salud, generando supuestos, y a la vez; abismos que sesgan la viabilidad de dichas políticas ante la puesta en marcha contra la realidad.

Aquí la clave estratégica desde una perspectiva humanística-social adquiere una potente lógica, las políticas de salud no pueden ser concebidas al interior de esta, sino que sus determinantes se encuentran fuera de esta, por lo que abordar la salud desde la vida cotidiana de las personas, sus costumbres y el entorno al cual se enfrentan brindarán pautas mucho más certeras y realistas de la problemática de salud de la comunidad en cuestión.

Gradualmente, el presente análisis organizacional se orienta hacia nuevas formas de entretelar posturas de la teoría organizacional, como de las humanistas-sociales. Por lo que, sin duda, el terreno de la salud pública es campo fértil para la teoría de la organización y los estudios organizacionales. En consecuencia, todo el ámbito de la administración pública. Esta idea se soporta a partir de la reflexión de dos importantes estudiosos de las organizaciones, Eduardo Ibarra y Luis Montaña (1992).

Academia, profesión y mediación social son tres de las vertientes del complejo y dinámico proceso histórico social donde debemos inscribir las limitaciones y

las posibilidades de la teoría de la organización para comprender la administración pública. Privilegiaremos, sin embargo, en este trabajo, la reflexión teórica por considerarla fundamental para la comprensión de la administración pública como espacio organizacional relevante de la sociedad moderna; es indispensable la reorganización de nuestros marcos interpretativos si deseamos alcanzar una realidad que ha cambiado mucho más rápidamente que nuestras ideas. (Ibarra y Montaña, 1992, p.50).

La libertad a la que invitan Ibarra y Montaña (1992) para zambullirse en la administración pública, y por consiguiente en las entrañas del diseño y desarrollo de políticas públicas, puesto que las mismas deben de generarse en el contexto para el cual serán creadas desde la dimensión organizacional, pero las más determinantes, desde la dimensión social cotidiana de las comunidades a las que impactará.

Información recabada y hallazgos

Sistema de salud pública mexicano frente al Covid-19

Los profesionales de la salud abordados en la presente investigación, han construido la representación social de la salud pública a partir del liderazgo de los actores y grupos políticos que se han encontrado al frente del sistema durante los últimos sexenios. Se hizo referencia inmediata al nuevo régimen de la 4ta transformación, por su responsabilidad directa en la instrumentación de las estrategias de mitigación de la pandemia, haciendo referencia directa al titular o el la Secretaría de Salud el Doctor

Jorge Alcocer, y como Zar el Doctor Hugo López Gatell, subsecretario de salud, han dado un combate ejemplar a la pandemia, y sus equipos de trabajo.

En algunos casos el reconocimiento fue evidente llegando al punto de denotar expresiones y conductas empáticas y de gran admiración hacia la identificación de un gran esfuerzo mostrado, representando dicho trabajo como un combate ante diversos fenómenos adversos en torno a la pandemia, donde un conjunto de fuerzas de poder en contra corriente convirtieron el escenario en una lucha hostil con la firme intención de cerrar filas ante el gran enemigo a vencer y que cobró miles de vidas, el Covid-19. Como lo es una oposición que no tiene argumentos, no tiene fundamentos en el manejo del Covid y sin embargo trata de impulsar a la opinión pública.

Se encontraron con un sistema de salud que había sido privatizado con el Seguro Popular y todavía se encuentran rastros de ello, un sistema de salud fragmentado, discriminador, porque existen diferentes subsistemas, el IMSS, el ISSSTE, SEDENA, PEMEX. Discriminador, pues no es lo mismo que obtienen los derechohabientes de PEMEX que los derechohabientes de IMSS Bienestar por ejemplo, y contra reloj porque de repente se topa este gobierno con la pandemia. Ante esta coyuntura honestamente han sido muy afortunados al tener el gobierno presente a partir de una ideología humanista contra la privatizadora y al contrario buscadora de la gratuidad.

Esta gratuidad que se decretó el 1º de diciembre del 2020 en el 3er nivel de atención, porque de otra manera la pandemia había hecho pasto de los mexicanos y en realidad la mortalidad hubiera sido mucho mayor y la morbilidad también. Las comorbilidades preexistían, siendo causales para el alargamiento de esta pandemia, y en este sentido, vergonzosamente en México se tiene el 1er lugar en obesidad infantil. Este

profesional de la salud expresó que cuando fue estudiante no existía la diabetes infantil, ahora se tiene una población terrible de diabetes infantil, gracias a la ausencia o a las malas políticas de salud realizadas en sexenios previos, un ejemplo de ello fue Mikel Arreola, que permitió en su momento libre acceso de las bebidas gaseosas, azucaradas, la comida chatarra, la comida basura a las escuelas y colegios. Apenas ahora en el gobierno se plantea la posible prohibición a menores de edad, en su compra o en la venta de este tipo de productos que finalmente matan a la población.

La oposición jamás esperaba que la SSA saliera fortalecida por la pandemia, pues encuentra 317 hospitales que estaban en ruinas desde Fox, y crece con EPN al dejar todas sus promesas sin cumplir o inconclusas con 44 hospitales y más de 400 pueblos hospitales APP por cada pueblo, los cuales iban a ser concesionados por 25 años. Nos dejaron bajo cero porque estos infelices subrogaron todo, aclaró el entrevistado.

El gobierno ha sido capaz de salir adelante el pueblo ha salido beneficiado. La reconversión, la infraestructura cayó como anillo al dedo había que ir contra reloj y contra corriente. Los exsecretarios de salud aseguraron que en dos semanas revertían la situación. Las pruebas PCR sólo se usan en un intervalo de tiempo, pueden ser útiles, pero los países que han ocupado más la PCR no son los que tienen menos morbilidad. Los análisis que se han llevado a cabo son sesgados o completamente erróneos, ya que no toman en cuenta la posición en la que está México por cada millón de habitantes. El sistema de semáforos fue una creación mexicana.

El cartel de la sangre, la radioterapia, cáncer de seno. Amigos, conocidos, gran negocio, facturación con empresas fantasmas.

Se relacionaron como aliados del Covid-19, los elementos políticos como lo son los grupos opositores al gobierno a la 4T, generando importante confusión, desinformación e infodemia, que coadyuvaron a acrecentar la crisis desbordándose oleadas de ataques hacia los profesionales de la salud, propiciando incluso conductas de agresión hacia su persona. Así el sistema de salud pública, no sólo ha representado ser un ejercito en plena lucha, sino también el recurso humano se convirtió en víctimas de una sociedad manipulada y engañada por los medios de comunicación alarmistas, y por los grupos opositores que no sólo se empeñaron por destruir al gobierno de la 4T, sino que de paso destruyeron la confianza hacia los profesionales de la salud.

En contraste a lo anterior, otros profesionales encontraron una importante decepción en cuanto al actuar de las autoridades sanitarias, a través de conceptualizar su labor durante la pandemia como deficiente relacionando dicho sentimiento a la figura de uno de los actores protagónicos en la gestión de la pandemia como lo es el Dr. Hugo López Gatell. Destacaron también los conceptos como: reprobados, los profesionales de la salud fueron explotados, los pacientes fueron dejados a su suerte al no haber medicamentos, equipos, ni insumos. Otro elemento que destacó fue la vacunación y la aplicación de pruebas Covid, donde se expresaron representaciones como que México no ha estado a la altura, se ha muerto tanta gente por las acciones de AMLO.

Respecto a la actuación del ejercito fue calificada como excelente dicha institución fue estratégicas, además, que se transformó en una institución que tiene todo los medios para la cooperación y resolución como las reconversión hospitalaria en tiempo récord para la atención de la urgencia sanitaria, en las acciones de vacunación, como el combate a la corrupción y el abuso en los medicamentos.

Lo mejor que pudo suceder es la desaparición del Seguro Popular, porque mucha gente pobre realmente no tenía acceso al mismo, todo se lo llevaban los proveedores y terminaban haciendo negocio con los pacientes. Si hubiera seguido esa situación en la pandemia, se hubiera vuelto un caos y una forma de mayor enriquecimiento de las empresas que habían invadido muchos servicios de salud, y que incluso sustituían la calidad profesional de los médicos y el recurso especializado de base.

Retos y desafíos que enfrentan los profesionales de la salud en el contexto económico, político, social y de la pandemia

Falta de acceso a la población de servicios básicos, la atención a las emociones y a la salud mental de las personas no es primordial, por lo que sólo unas especialidades de los profesionales de la salud tienen campo de trabajo, los que se dedican a la salud mental no hay campo para ejercer porque la salud pública ha olvidado las emociones de la población y darle atención.

No hay recursos humanos, no hay enfermeras, médicos y especialistas. De acuerdo a las cifras oficiales hacen falta más de 200,000 médicos , 70,000 especialistas y 200,000 enfermeras. Esto lleva a problemas importantes de falta de personal para poder atender apropiadamente, con excelencia y con calidad, y para poder atender con humanismo a los enfermos. Pero por otra parte también se agrava por el hecho de la criminalización del acto médico. Esta criminalización del acto médico se ha observado desde hace mucho tiempo y es parte o fue parte de las políticas de privatización del sector salud.

Si en un momento dado todo este conglomerado neoliberal podía hacer ver o creer a la población que la culpa de lo que estaba pasando era del médico, entonces sería más sencillo y fácil el poder privatizar el sector salud. Que de eso se trataba, no se puede olvidar que hubo un intento de poner IVA a medicinas. También no se puede perder aquí de vista toda la guerra geopolítica que hay alrededor de las grandes farmacéuticas, y no se puede olvidar la privatización del sector salud a través del Seguro Popular, que no es otra cosa más que un producto de Funsalud es una asociación civil donde se encuentran las grandes transnacionales farmacéuticas, las mismas que son vacunadoras en la actualidad, las mismas que están haciendo grandes negocios multimillonarios con el problema de la pandemia.

Las mismas farmacéuticas que escondieron medicamentos de cáncer para los niños, avaladas por directivos en los diferentes hospitales de alta especialidad, de los institutos nacionales, y que constituyen el fuego amigo del sector salud pues fueron nombrados en su momentos desde la época de Calderón o desde la época de Peña Nieto.

Esta asociación Funsalud, en ella se encuentran diferentes asociaciones y hospitales privados, por ejemplo en donde esta Femsa Coca Cola y Nestle, no sabemos por qué tengan que estar ahí metidos pero están, y que además ha tenido como miembros destacables, que son su operadores políticos y que son los verdaderos creadores o impulsores del Seguro Popular, de esta política privatizadora e impulsora de esta comida chatarra, de estas bebidas azucaradas a gentes que finalmente han estado como rectores en la UNAM, y que después han salido como secretarios de salud. Siendo que ninguno de ellos tenía un currículo adecuado para tales puestos, ninguno

de ellos tenía un currículum superior a alguno de los mejores académicos que tiene la máxima casa de estudios.

Todo esto tiene que ver con la cuestión de que también está totalmente vinculada con la pandemia la toma de instituciones de investigación y de enseñanza superior, tales como la misma universidad o diversas universidades e instituciones como el CONACYT. En el 2019 por ejemplo, Jesús Ramírez el vocero de presidencial decía que había un problema más importante en CONACYT en cuanto a desvío de recursos que la misma estafa maestra.

Y recordemos que la estafa maestra estuvo vinculada con universidades y con empresas fantasma, se dedicaron a saquear el sistema nacional de salud, directamente o a través de las universidades, o a través de instancias de investigación. La investigación es importante en cuanto a la pandemia, porque esto explica también que México no pueda tener una vacuna propia.

El neoliberalismo también desmanteló entre otras empresas a Birmex que en su momento en los años 70s, llegaba a surtirnos al país de las vacunas que se necesitaban sino también exportábamos vacunas, y actualmente nada de eso pasa. Todo eso incide en el quehacer cotidiano de los médicos, por un lado los médicos han sido víctimas de la desinformación, de la infodemia, del aspiracionismo, de malas ideologías neoliberales que atentan contra la ética en el buen quehacer en el ámbito médico. También es esa criminalización del acto médico, no tener los medicamentos, el desabasto por décadas, el desmantelamiento también de salud a través del no mantenimiento del equipamiento que hay en los hospitales con el fin de subrogar equipos médicos, al compadre a la comadre a quien fuera, la cuestión también de

desabasto debida a los distribuidores de medicamentos que hicieron verdaderas fortunas y que están vinculadas también a políticos en el país, y pues todo esto relacionado también con las farmacéuticas.

Era sabido que había cochupo para poder pasar y registrar un medicamento en Cofepris, lo ha comentado Hugo López Gatell que Cofepris cobraba hasta 15 millones de pesos y poder hacer que un medicamento pasara, ahora esos cochupos de las farmacéuticas se sabe que llegan al 30-40 % el costo para poder salir adelante, ahora también las distribuidoras aumentaban sus costos en concordancia con los gasolinazos. De tal forma que el gasto de bolsillo del paciente pues llegó a ser del 40-50%, cuando que la OCDE, la OMS dicen que esto no debería ser más del 14 %.

Esto incide también en el médico, puesto que es una cuestión de vida o muerte para el paciente, es una cuestión de mucho estrés el que se pueda llegar a un diagnóstico apropiado, uno, y dos lo que se puede dar de tratamiento al paciente, y es muy frustrante para los médicos que en un momento dado no contamos con el equipamiento, ni tampoco la posibilidad de un paciente, para comprar el medicamento que sea el adecuado, que sea el de vanguardia, que sea el más inocuo, que sea el medicamento que tenga menos efectos secundarios, es un problema grave, de tal forma que el personal de salud se ve seriamente afectado también con eso, porque el público, los derechohabientes, los pacientes y sus familiares atacan directamente a quién primero tienen enfrente que es a la enfermera y es al médico. Se daba una confrontación, eso era lo que estaba pasando, y bueno hay muchos otros problemas más.

Un problema es la basificación de los trabajadores de salud por problemas con los sindicatos también, charros/corruptos, buscaban en un momento dado a través del nepotismo, trabajo a gente que no estaba muy bien calificada, pero que eran sus familiares, sus conocidos, sobre otros.

La ideología del profesional de la salud y del médico, si se encuentra inmerso también en la infodemia su visión es totalmente errónea ante las problemáticas de salud pública. Se llegó a cuenta, que enfermeros, trabajadores de la salud y colegas han demostrado una total ignorancia de las infectocontagiosas como el Covid y sobre temas de inmunología, que son relevantes a partir de una excelente formación médica.

En la época que me toco estudiar medicina, no existía dentro del programa académico la inmunología, bueno ni siquiera existía el sida, tomaban diplomados independientes de inmunología. Es una parte importante, la ignorancia que tenemos muchos médicos sobre la parte inmunológica.

Como el Covid es una enfermedad nueva, totalmente desconocida, uno tiene que estar como médico todos los días informándose más allá de cualquier pseudo información, infodemia o desinformación o lo que sea de orden popular uno tiene que elegir de entrada como médico, siendo una obligación elegir la información más adecuada para poder emitir cualquier opinión y sobre todo publicaciones científicas, aprovechar que diariamente se emiten publicaciones de este tipo y de manera totalmente gratuita, sin tener que pagar suscripciones a revistas científicas.

Además por ser una enfermedad nueva hay información contradictoria, muy contradictoria en cualquier medio, pero también la hay en los artículos científicos

porque así es la ciencia, en la ciencia no hay una verdad absoluta hasta que se vaya adquiriendo nuevo conocimiento. Algunas cosas se han hecho en Italia, otras en España, otras en China, etc. Ese es otro problema, que no hay una sistematización de los médicos y los trabajadores de la salud sobre la pandemia en cuanto a la información.

Muchos trabajadores de la salud no están seguros de la información y me buscan para conocer mi opinión al respecto, desafortunadamente nos movemos en un mundo de opinólogos, y quieren saber cuál es mi opinión con respecto a la pandemia, pero yo no soy ni epidemiólogo, ni tampoco infectólogo, ni inmunólogo. Sin embargo, trato de estar actualizado en lo que está saliendo día con día.

El problema es que nosotros como gremio y los trabajadores de la salud en general, no nos actualizamos de manera oportuna, ampliamente y en sitios verdaderamente profesionales, y desafortunadamente también caemos víctimas de tanta opinión. Entonces hasta hay médicos que ya difícilmente creen en la vacunación en general, son víctimas de los grupos antivacunas, otros están muy de acuerdo con las opiniones conspirativas y se han vuelto muy conspiranóicos, otros por el contrario, son altamente creyentes de lo que informa cualquiera, o cualquier opinólogo en los medios, ese es el problema también muy grave que tenemos.

Algo que agrava la situación de cualquier enfermedad, de cualquier pandemia, son los políticos, los legisladores para empezar, a mi me toco ser el primer médico en tener la presidencia en la comisión de salud de la asamblea legislativa de la Ciudad de México, el que la comisión no esté en las manos de alguien que sepa de salud, eso disminuye las posibilidades del mismo pueblo, porque no tienen ni idea de lo que están haciendo,

también como miembro de ciencia y tecnología era el primero que al menos alguna vez había pisado un laboratorio, entonces como puede legislar sobre ciencia y tecnología, como pueden legislar sobre salud si además sus asesores tampoco han pisado un hospital, para poderlo administrar por ejemplo, o alguna posición de ese tipo o un laboratorio de investigación científica, desconocen lo que es la ciencia. Eso ocurre a nivel estatal, ocurre en la Ciudad de México, y ocurre en la cámara de diputados y también ocurre en el senado, desafortunadamente, también ocurre en las cámaras alta y baja con menos intensidad, pero igualmente ocurre.

Se genera una ignorancia en el ámbito, y desafortunadamente también ha estado en los secretarios de salud, hay que asomarse al búho legal para ver las fechas en que se graduaron los diferentes secretarios de salud, de las diferentes cosas que dicen contra su currículum, y uno se va a dar cuenta de hechos tremendos, por ejemplo, hay hasta presidenciables, que ni siquiera pasó la residencia y se hizo psiquiatra. Hasta ese nivel, hay que ver de entrada que secretarios de salud alguna vez vieron un paciente siendo médicos.

Funsalud se crea a instancias de Soberón, con dinero que dicen las malas lenguas, porque siempre hay muy malas lenguas, con dinero de la catástrofe del terremoto del 85, dinero federal, dinero de nuestros impuestos, cuando que es una asociación civil, es un grupo privado y quien estaba atrás de eso era exrector de la UNAM, entonces todo se va entretejiendo en la historia, y así las cosas con todo lo que tienen que enfrentar los profesionales de la salud. Dicen que la política es una porquería, pero también se puede salir sin enlodarse.

Valores más significativos que los profesionales de la salud aportan a la sociedad mexicana

Ética que existe en la mayor parte de los trabajadores de la salud, veracidad perseverancia. Honestidad, que quieren hacer bien su trabajo. Disciplina, requieren de un continuo estudio de las ciencias médicas, ética que no se ve reflejada en muchos de sus dirigentes, académicos, colegios, sociedades, y en algunos que pertenecen a la Academia Nacional de Medicina y organizaciones privadas. Son notables sus operadores políticos, impulsores de políticas privatizadoras como rectores de la UNAM, o como el exsecretario de salud ninguno tenía un CV adecuado. Desafortunadamente existen personajes narcisistas y psicópatas en el ámbito de la salud que lejos de aportar valores, han hecho a un lado los fundamentos de la ética y la bioética en el sector salud.

Las academias y colegios, asociaciones son instancias privadas, y que en muchas ocasiones van en contra de las políticas del gobierno federal, pero en realidad no son los médicos ni los trabajadores de salud, sino que son los dirigentes de estas sociedades o academias. Hay muchos intereses creados, la Academia Nacional de Medicina, está constituida por los exsecretarios de salud, que han hecho crímenes de lesa humanidad, ellos se cuidan los unos a los otros, todos ellos han mamado de los impuestos de los mexicanos, todos ellos se han dado premios los unos a los otros, todos ellos avalan que sean miembros eméritos o miembros con sueldos vitalicios. Estas vacas sagradas de la investigación o de las sociedades médicas son verdaderos truhanes en muchos casos, no en todos, pero sí en muchos casos.

Es un problema de la salud de la población, porque nunca se ha visto que alguna asociación médica, colegio o academia defiendan o vigilen sobre los derechos de los médicos, o los defiendan de la criminalización del acto médico, o que defiendan a algún paciente siquiera. Son una elite que no defiende los intereses del pueblo, sino defienden sus propios intereses, porque pagar por una certificación, esa certificación se está pagando a instancias privadas, no se está pagando a las universidades que forman a los médicos, ni a los hospitales en los que se formaron o en los que se encuentran ejerciendo su práctica médica y/o de salud. Se pagan a instancias privadas donde se están enriqueciendo unos cuantos, y que no están viendo por los intereses ni del pueblo ni de los médicos.

Análisis de los hallazgos etnográficos

Los hallazgos etnográficos dieron cuenta de la riqueza simbólica que expresan los profesionales de la salud en su quehacer como servidores públicos, se observaron dimensiones y actitudes que confirman el debilitamiento e incluso la pérdida de significantes de un verdadero interés y cuidado a la atención y servicio público. La falta de sensibilidad y empatía dieron una importante evidencia en diversos niveles de una de las áreas claves de atención y orientación social a los derechohabientes.

Desde la jefatura de área dejó clara su ausencia y falta de interés por brindar servicio a los usuarios, atendiendo una llamada personal durante casi una hora, y en cuanto el usuario después de 50 minutos trató de atraer su atención para que lo ayudara a resolver su problema, la funcionaria dijo que también tenía muchos problemas que

atender y que ya no se encontraba en su horario de trabajo. Al preguntarle el usuario si ella era una servidora pública, le dijo que sí, pero que ella tenía sus problemas y también los estaba resolviendo.

Por otro lado, en el piso de hospitalización, las personas encargadas del trabajo social, subordinadas a esta jefatura, prácticamente nunca se encontraban por las tardes en sus oficinas, por la mañana esta posición es la encargada de coordinar con el área médica las entrevistas del médico responsable con los familiares de los pacientes el seguimiento de su padecimiento, situación que en varias ocasiones se observó desorganización, pues los familiares nunca tenían claridad del lugar y horario concreto de los informes. En una ocasión uno de los familiares le expresó a la trabajadora social su falta de interés por orientarlos, y salió a su defensa otra trabajadora social diciendo que tienen mucho trabajo, que se encuentran saturadas y que ellas no pueden estar resolviendo lo que no les corresponde.

Se observó una clara falta de comunicación y colaboración entre las áreas que conforman la estructura de la dinámica hospitalaria, de manera que los usuarios quedan en medio de estas lagunas de falta de colaboración y comunicación. Como ejemplo, se presentó la situación de que un familiar se acercó a una enfermera que se encontraba en la recepción del piso, y le preguntó que donde darían los informes médicos, le contestó que ella no sabía porque ella no se dedicaba a dar informes, se acercó a la oficina de médicos y ellos le dijeron que en la jefatura médica, luego a la jefatura médica donde estaban formados varios familiares para los informes y resultó que el médico se encontraba del otro lado del piso con una fila de familiares formados para recibir informes.

Otro hallazgo importante es que al subir a un paciente de cirugía se solicitó a la enfermera una frazada para el frío, la enfermera dijo claramente que el hospital no daba frazadas porque no tenía, unos 30 minutos después el familiar se acerca a otra enfermera que se encontraba en el ceye (centro de esterilización y empaquetado) le solicitó la frazada e inmediatamente entró a una bodega y se la proporcionó, una frazada con los colores y el logotipo de la institución. Una experiencia más que refuerza esta conducta, fue el caso de un enfermero que claramente le dijo a la familiar de una paciente que no había paracetamol, por lo que le pidió que fuera a comprar a la Farmacia del Ahorro una caja de este medicamento para que se lo pudiera dar a su paciente.

Dentro de esta misma dimensión del manejo de recursos, para la toma de análisis en laboratorios, los encargados de llevar el control mandan a los derechohabientes a sacar una copia del formato que ellos generan para su control, en caso de no hacerlo no proceden a gestionar el trámite, esto se hizo en un horario de las 7 a.m., donde los usuarios tuvieron que caminar varias calles para encontrar una papelería disponible.

Los grupos de profesionales de la salud sin duda se encuentran totalmente segmentados en el área de trabajo, se observan equipos de gente muy joven, ya casi no se observa gente madura. El grupo de enfermería es el grupo más efusivo, incluso delante de los mismos pacientes, abrazos, chistes, y entre los pasillos se observan grupos platicando, riendo, así como también en el cuarto de insumos de curación donde toman sus descansos y se sientan a socializar. Una de las pacientes describió estas conductas como que sólo se la pasaban “chacoteando”, y que cuando ella les

pidió el cómodo a una enfermera, le dijo que le avisaría a su enfermera, porque ella no era su paciente, pero realmente nunca le avisó porque nunca se lo llevó su enfermera.

Otra paciente comentó que las enfermeras la visitan muy poco, y que cuando las llama nunca están, entre los mismos familiares de los demás pacientes se apoyaron para ir en busca de la enfermera. Esta misma paciente expresó que el médico que la visitó muy joven, le dijo que tenía la presión alta, y ella le dijo que nunca había tenido ese padecimiento, la contestación que le dio el joven médico es que por su edad ya es común que tenga la presión alta, la paciente se sintió ofendida, puesto que sintió que no le dio la importancia, normalizando un síntoma que para la misma paciente es preocupante, pues nunca lo había tenido, expresando claramente que los tratan discriminadamente por ser adultos mayores.

La forma en cómo se dirigen los jóvenes médicos residentes hacia sus pacientes, es algo fría e incluso en ocasiones informal, pero también con falta de empatía, pues siendo pacientes adultos mayores, una paciente le dijo al doctor que como se llamaba y el joven residente le dijo que ya le había dicho su nombre, que no era posible que no se acordara si se lo acababa de decir, que era problema de ella si no se acordaba porque no pensaba dárselo a cada rato.

Por otro lado, también se observaron médicos con un alto sentido de servicio, preocupación e interés por los pacientes, un campo de dos fuerzas donde se distinguían el grupo de los neófitos y aún en una dinámica de adentrarse al compromiso del servicios público como profesionales de la salud, pero dentro de la socialización y el pasársela bien como jóvenes. Por otro lado, los jóvenes residentes

asumiendo un rol de responsabilidad y autoridad muy cercanos a la figura de máxima autoridad y proveedor de conocimiento como lo es el médico titular del turno.

Esta figura representa ser un personaje respetado en el piso del hospital, un líder experto ante los diversos grupos que integran la dinámica hospitalaria. Expresa su cercanía, su sabiduría y llena de confianza a la gente a su alrededor, un médico con la empatía para explicar a su paciente y familiares los más mínimos detalles del estado de salud de las personas internadas a su cargo. Lo que diga el jefe médico es lo que marca las acciones de todos los equipos involucrados en la dirección médica operativa de la atención a cada paciente.

La fragmentación de comunicación e interrelación humana-profesional-funcional en la dinámica organizacional al interior del hospital es evidente, los grupos se encuentran claramente segmentados viéndose como ajenos e independientes en su actuación y normatividad, e incluso en la forma de tratamiento hacia los pacientes. Esto es algo que se evidencia ante los derechohabientes, y se percibe como desorganización, poco interés hacia sus problemas particulares de salud y ausencia de calidad en el servicio.

El proceso etnográfico coincidió con la promoción de la elección de planillas para representantes sindicales al interior de la institución, la dinámica en los pisos de hospitalización era el abordaje y planteamiento de las propuestas en pequeñas congregaciones públicas que se brindaban a los profesionales de la salud. De los hallazgos más significativos, fueron el llamado de atención que hicieron los profesionales de la salud sobre el abandono que experimentaron en la pandemia, los cuales expresaron que ante los conflictos laborales que surgieron, nadie los apoyo y no se sintieron respaldados por sus representantes en ese momento.

Expresaron también tener necesidades importantes de formación, capacitación y desarrollo laboral, así como la necesidad de ser visibilizados como personal operativo, ya que los beneficios sólo han sido canalizados al personal de confianza. Una importante consigna se escuchó “por favor... si voto por ustedes no se vayan con los de confianza, siempre nos olvidan a nosotros, y ya cuando son elegidos se pegan sólo a los de confianza para quedar bien”. Exigieron que haya representantes sindicales en los diferentes turnos, pues cuando han ocurrido problemas laborales los representantes no se encuentran disponibles.

En la etnografía como en los instrumentos de investigación ocupados, se hizo evidente la dialéctica de las diversas dimensiones simbólicas que constituyen el papel del profesional de la salud y sus diversos significantes del servicio público, los cuales en muchos casos no son claros, pues no se anteponen los motores del servicio social, bien común, compromiso y la conciencia plena de su deber ante los derechohabientes, la institución para la cual trabajan y a la sociedad misma.

Una dialéctica importante que se observó desde una perspectiva de identidad individual como profesionales de la salud que abarca el nivel micro del interaccionismo simbólico organizacional de la operatividad hospitalaria, pero que irradia hacia los niveles de interrelación meso y macro, es la del interés propio, el egocentrismo, donde las premisas de los profesionales de la salud y sus concepciones prevalecen por encima de las necesidades de los pacientes y sus familiares. Una identidad del profesional de la salud que ha sido marcada por una compleja ausencia de dirección y clara gobernanza con un sentido social-colaborativo en su actuación en todas las dimensiones de su interacción profesional al interior del sistema de salud pública.

Lo anterior explica los bucles de retroalimentación de la complejidad del sistema de salud pública mexicano, a partir de una gobernanza en salud fragmentada por las reformas estructurales del neoliberalismo. Esta fragmentación, ha modelado e insertado al núcleo de la representación social del servidor público de la salud, valores de una en la cultura organizacional neoliberalizada de forma transversal en todos sus subsistemas macro-meso-micro, hasta llegar a la identidad de los actores y sus diversas formas de actuación en su labor diaria.

Esta reconfiguración de la cultura-identidad neoliberalizada, se distingue por los símbolos y la ética del servicio privado regidos por la dinámica del mercado, sus parámetros de eficiencia, productividad, competitividad, pero con la imposibilidad de asumir los ejes rectores del mismo, puesto que su ámbito de actuación es totalmente público y social.

Por lo anterior, se ha forjado en el inconsciente colectivo e individual del servidor público de la salud una representación social con la combinación de dimensiones opuestas por la naturaleza binaria de la gobernanza en salud que ha construido la política neoliberal: privada/egocéntrica y social/comunitaria, dando la rectoría a la que fortalece los intereses del mercado, lo cual resulta en un profundo abismo de valores contrapuestos, de tal manera que el servidor público de la salud como la gobernanza en salud, sufren confusión y crisis por la ausencia de directrices sociales claras, lo que conlleva a la falta de involucramiento e integración de los círculos primordiales del sistema, como lo son los profesionales la salud en su interacción organizacional-social, tanto a nivel interdisciplinario como con la comunidad a la que deben su razón de ser institucionalmente, los pacientes y la salud de la población mexicana.

La fractura de los procesos de gestión en esta gobernanza en salud fragmentada favoreció la práctica discrecional por parte de los grupos de poder de los recursos que deberían haber sido invertidos para potencializar el desarrollo de los profesionales de la salud, el fortalecimiento del servicio público del sistema, así como el mejoramiento de infraestructura e investigación en el ámbito de la salud, en lugar de subrogar la riqueza del “know how” a la iniciativa privada.

Por otro lado, la ausencia de cooperación y democratización en los procesos más básicos de los diferentes niveles de atención y operatividad de la salud, así como la falta de comunicación y coordinación de los hilos estratégicos de colaboración interdisciplinaria al interior de la unidad médica, dan muestra del fenómeno de fragmentación en la gobernanza en salud, insertándose en las representaciones sociales de los profesionales de la salud, normalizando el individualismo, la discrecionalidad, ya que los mismos profesionales de la salud se sienten con el derecho de imponer condiciones a los derechohabientes, como mandarlos a comprar medicamentos, sacar copias, o negar una frazada, lo que refuerza el planteamiento de conductas anárquicas inconscientes.

Lo anterior evidencia los valores que se encuentran en el núcleo de su representación como servidores públicos, como lo son la apropiación de recursos hospitalarios y la libertad de cómo administrarlos y de cómo tratar a los derechohabientes.

Estas conductas inconscientes pueden ser el resultado de una respuesta anárquica, ante la presencia de una gobernanza fragmentada sin ejes claros de actuación en su cultura organizacional y que logra trascender a los símbolos constitutivos de la identidad profesional y de servicio público en los profesionales de la salud. Estas

estructuras de gestión, confusas y fragmentadas obedecen a intereses particulares que benefician a los grupos impulsores de la privatización del sector salud y de la política neoliberal.

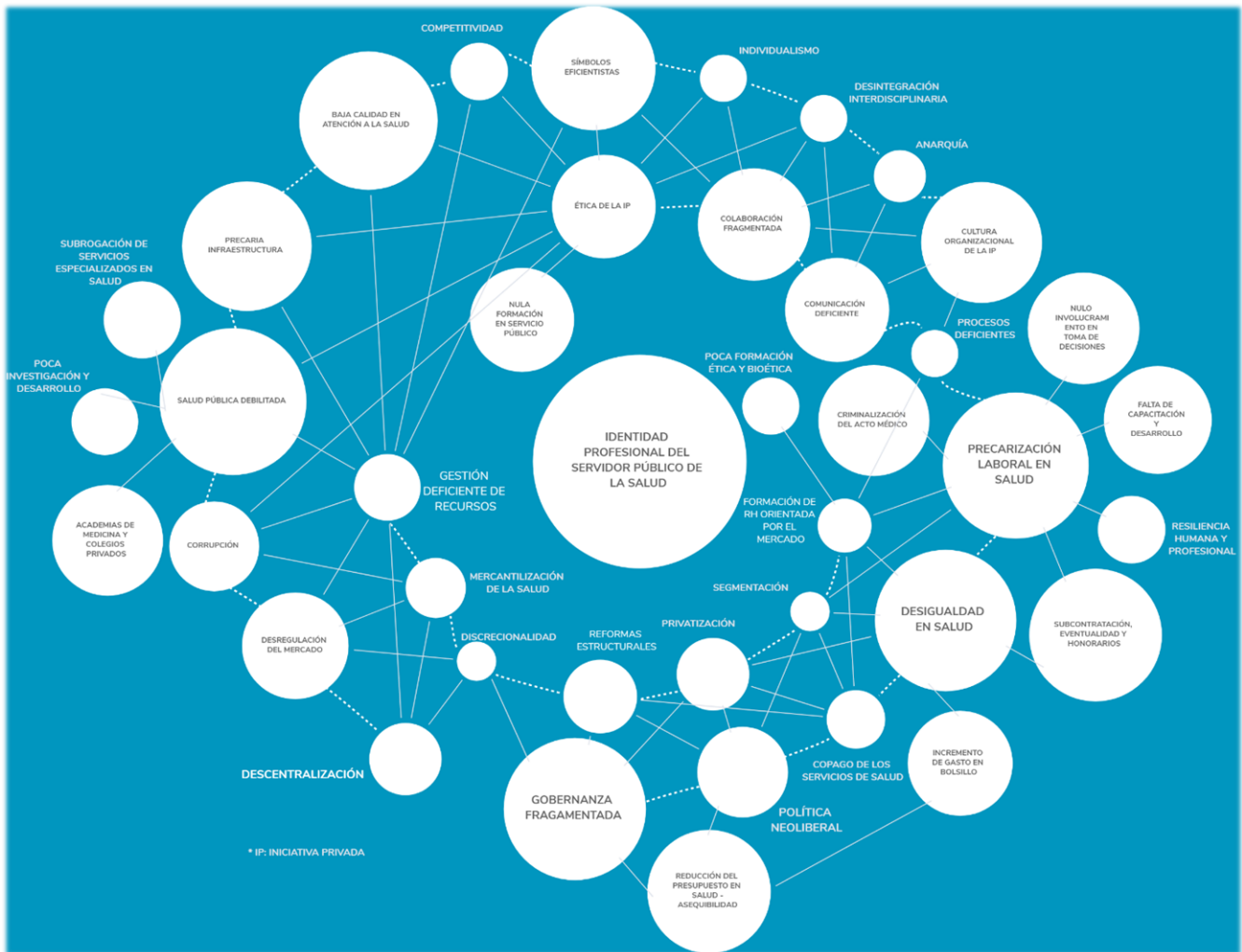
La identidad profesional del servidor público de la salud (Figura 10), muestra su complejidad en el núcleo de su representación social que adquirió los matices de una ética social, que se ve confundida y perdida en la dinámica cultural-organizacional-institucional bajo el diseño de una gobernanza a beneficio de las cusas neoliberales, que armonizaron para el empoderamiento del modelo económico global, siendo una de las dimensiones más lucrativas, la salud. Este sensible subsistema humano, y que representa ser el pilar mas importante para la salud pública en México, su identidad ha sido reconfigurada con los valores del modelo económico neoliberal, a partir de la fina infiltración cultural, estructural y organizacional al quehacer e identidad de la profesionalización del servidor público de la salud.

Las reformas estructurales en salud, a través de sus procesos clave e hilos estratégicos de gestión, como lo fueron la descentralización, privatización, fragmentación, segmentación, copago, (Göttems, L. B. D., & Mollo, M. D. L. R., 2020). Estas reformas en salud propiciaron las desigualdad en América Latina, lo cual generó graves problemas en salud pública, desencadenando crisis como las de la pandemia del Covid-19.

Esta desigualdad ha permeado en todas capas del sistema de salud, siendo una de los más invisibilizadas la precariedad laboral de los servidores públicos de las salud, los cual limita o nulifica su actuación en los ejes estratégicos de la gobernanza en salud. Convirtiendo en meros brazos operativos de la atención a la salud, ante

entornos de explotación laboral, inestabilidad laboral con modelos de contratación como los contratos eventuales, honorarios ,outsourcing, mínimas prestaciones, jornadas laborales exhaustivas, mínimas formación, capacitación y desarrollo profesional.

Figura 10. Complejidad de las dimensiones simbólicas de la identidad profesional del servidor público de la salud



Fuente: Toro- Palacio y Ochoa- Jaramillo, 2012, p. 163 gráfico elaboración propia.

Conclusiones

La gobernanza en la salud diseñada por la política neoliberal ha evidenciado el importante retroceso al que se ha sometido al sistema de salud pública en México. Como resultado se configuró una gobernanza en salud fragmentada en todos sus niveles de expresión organizacional, cultural y humano. Una dinámica de gestión totalmente alejada a las propuestas de la gobernanza inteligente para la salud (Kickbusch, et.al. ,2012), expuestas en el presente trabajo. Donde la verdadera esencia de un liderazgo social que guíe las estrategias de salud ha sido ausente por casi cuatro décadas. Así esta fragmentación de la gobernanza permitió la pérdida de las más sensibles capacidades para el desarrollo y conducción de políticas públicas que fortalecieran el sistema y a sus cimientos éticos-humanos.

Esta fragmentación y descentralización, permitió el debilitamiento del Estado como un ente regulador vigilante de las necesidades y problemáticas de salud de la población, así como perdió su rectoría para asegurar el bienestar e igualdad social en materia de salud, privilegiando los intereses del mercado global y sus actores impulsores. La visión social y ética del servicio público también fue fragmentada en todas las capas y variantes de la complejidad del sistema de salud, los objetivos compartidos, la coordinación de acciones, la integración de capacidades, la cooperación desde las líneas de actuación micro-meso-macro, fueron excluidas de las dimensiones de los resultados económicos.

Retomando las reflexiones de Henry Mintzberg expresadas en el Congreso Internacional de Análisis Organizacional XIX, lo que en estos momentos ha dejado como aprendizaje el fenómeno de la pandemia, es que se debe pensar en un

rebalanceamiento de la sociedad (Mintzberg, 2021), a través de mecanismos de cooperación entre la iniciativa privada, los gobiernos y las comunidades, recuperar el sentido de comunidad por medio de la ecuación comunidades fuertes, gobiernos fuertes, negocios fuertes, el resultado es un país fuerte. Esta misma lógica es la propuesta por la gobernanza inteligente para la salud, en ambos análisis los ejes determinantes son la cooperación impulsada por un sentido social para el bienestar.

Los profesionales de la salud han sido una comunidad resiliente, que han sacado a flote la vida y la salud del pueblo mexicano en un sistema que ha fragmentado su identidad profesional y ética, que los ha debilitado en vez de empoderarlos potencializando sus capacidades para que de forma integral sean parte estratégica de la gobernanza en salud.

Casi la totalidad de las instituciones públicas en México, requieren una reorganización profunda, en aras de una nueva política social que viene a dismantelar el modelo neoliberal que desquebrajó el sistema de salud pública durante más de tres décadas. Ante la llegada del Covid-19, es obligado reflexionar como estudiosos de las organizaciones, la dimensión social desde donde se debe abordar la problemática de la salud para contribuir a la construcción de un nuevo orden social retroalimentado de una cultura soportada en la solidaridad y cooperación, donde los determinantes sean el bienestar social, el derecho a la salud universal, la potencialización de las capacidades humanas, devolverle su dignidad, su dimensión social y de servicio. La igualdad debe de ser recuperada a partir de la confianza de una gestión pública humana y transparente. Es menester fortalecer el ámbito de las organizaciones a partir de la comprensión humanista y social de la teoría organizacional.

Coadyuvar a la administración pública que es un campo fértil y obligado por su sentido social. Como lo menciona José Juan Sánchez “para Ibarra y Montañó la administración pública acude a la teoría de la organización, destacando los conceptos de estrategia y poder en el plano organizacional y el de estructuras en las entidades productivas y oficinas burocráticas. El poder que hasta hace poco tenía un lugar marginal en la explicación organizacional, ocupa desde hace poco tiempo el origen mismo del accionar en las organizaciones públicas.” (Sánchez, 2001, p. 192).

La referencia de la teoría organizacional como una disciplina que permite profundizar y concebir los hilos estratégicos que ocupan al sector público, pero también entender la dinámica protagónica que adquiere el poder y sus diferentes formas de expresión en el desarrollo de la política social. Pues bien, desde esta perspectiva de análisis junto con el reconocimiento de construir enfoques a partir de la concepción de que el sistema de salud es un sistema complejo adaptativo, en función de los diversos contextos contingentes y emergentes a los que obedece su naturaleza de acción, como en este caso el Covid-19; se podrán atender las problemáticas y fenómenos de salud, de una forma integral social.

El recuperar la identidad social y ética del profesional de la salud cómo servidor público, así como reconfigurar las estrategias de gestión y políticas públicas para una buena gobernanza en la salud, implican métodos de intervención organizacional y cultural desde los ámbitos de formación y desarrollo del servicio público. Sin duda es mandatorio el cambio organizacional en todas las dimensiones de gestión estructural-simbólica-humana de la administración del sistema de salud pública mexicano, con el fin de que trascienda a una reconfiguración cultural para la conformación de una

identidad del servidor público de la salud con valores, significados y símbolos de actuación encaminados a la igualdad y democratización de la salud pública. En la misma dirección, la gobernanza en salud deberá adoptar una transformación radical ante un cambio de paradigma de gestión e identidad neoliberal hacia un paradigma social con identidad y ética del servicio público. Por medio de la construcción de políticas públicas transversales de salud, servicio público y ética, con un alcance interinstitucional-social, priorizando el bienestar social a través de la cooperación e integración estratégica de las capacidades humanas y profesionales de los actores que conforman el sistema de salud pública mexicano.

Desde la trinchera de los estudios organizacionales, partiendo de su riqueza interdisciplinaria, es posible brindar los instrumentos de intervención, diseño y gestión organizacional que contribuyan a la reconfiguración para una gobernanza inteligente para la salud y el bienestar (Kickbusch, et.al., 2012). Mediante el desarrollo organizacional de los impulsores contextuales (Figura 1) que la integran, bajo el marco de la interdependencia institucional, la comprensión de su complejidad, cooperación y coproducción estratégica de políticas sociales, alineadas a los ejes sociales de la salud como un derecho humano universal, como fuente de igualdad, de justicia social, y como un bien público para todos.

Bibliografía

- Abric, J. C. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Aguirre Rojas, C. A. (2008). *Los procesos de trabajo taylorista y fordista: notas sobre la hiperracionalización del trabajo y la caída de la tasa de ganancia*.
- Alcocer, J. (2019). *Situación de infraestructura Hospitales y Unidades Médicas*. Secretaría de Salud, Gobierno de México.
- Burrell, G., & Morgan, G. (2006). *Sociological paradigms and organizational analysis*. London: Aldershot, Gower.
- Chanlat, J. F. (2002, October). *O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos*. In Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública (Vol. 7, pp. 8-11).
- Chomsky, N. (2017) *La línea estándar de los principales políticos es que la globalización beneficia a todos*, por CJ Polychroniou.
- Dabat, A., & Hernández, A. (2019). *Pandemia global y del neoliberalismo a un mundo multipolar e incluyente*.
- Dussel, E. y Ibarra-Colado, E. (2006). *Globalización, organización y ética de la liberación*. *Organización* , 13 (4), 489-508.
- Garfinkel, H. (2018). *Estudios de etnometodología*. Editora Vozes Limitada.
- Gobierno de México, (2018). *Entregan 151 certificados de calidad ISO 9001:2015 a centros de trabajo del ISSSTE*, Prensa, Gobierno de México. <https://www.gob.mx/issste/prensa/entregan-151-certificados-de-calidad-iso-9001-2015-a-centros-de-trabajo-del-issste?idiom=es>

- González, J. J. S. (2001). La administración pública como ciencia: su objeto y su estudio. Plaza y Valdés.
- Goodin, R. (1996), "Las instituciones y su diseño", en Goodin, R. [Compilador], Teoría del diseño institucional, Barcelona, Gedisa, pp. 13-73
- Göttems, L. B. D., & Mollo, M. D. L. R. (2020). Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. *Revista de saude publica*, 54.
- Gramsci, A. (1999). Cuadernos de la cárcel. Ediciones Era.
- Grimson, A. (2007) Cultura y neoliberalismo, Buenos Aires: CLACSO, julio 2007 ISBN 978-987-1183-69-2, pp. 299.
- Grupo Banco Mundial. (2021). Médicos (por cada 1,000 personas). Recuperado de: Datos Banco Mundial <https://datos.bancomundial.org>
- Guillén Romo, H. (2018). Los orígenes del neoliberalismo: del Coloquio Lippmann a la Sociedad del Mont-Pèlerin. *Economía UNAM*, 15(43), 7-42.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 210-220.
- Ibarra-Colado, E. (2010). La modernidad y sus dilemas en la era del mercado: ¿ Hay algún futuro posible?. *Psicoperspectivas*, 9(2), 158-179.
- Ibarra, E. y Montaña, L. (1992), Teoría de la organización y administración pública Insuficiencias, simplezas y desafíos de una maltrecha relación, *Gestión y política pública*, vol. 1, núm. I, (julio-diciembre, 1992).
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2019), Los Rostros del IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/75aniv/IMSS75-book.pdf>
- Kelly, P. y Pike, J. (Eds.). (2016). Neoliberalismo y austeridad: las economías morales de la salud y el bienestar de los jóvenes . Saltador.
- Keshavjee, S. (2014). Punto ciego: cómo el neoliberalismo se infiltró en la salud global (Vol. 30). Prensa de la Universidad de California.

- Kickbusch, I., & Gleicher, D. E. (2011). Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe (No. BOOK). WHO.
- Laurell, A. C., & Giovanella, L. (2018). Health policies and systems in Latin America. In Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health.
- Laurell, A. C. (2016). La muerte de la clínica y el malestar del médico. *Revista Argentina de Medicina*, 4(9), 25-27.
- López-Arellano, O., & Jarillo-Soto, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00087416.
- Mato, D. (2007). Think tanks, fundaciones y profesionales en la promoción de ideas (neo) liberales en América Latina. *Cultura y neoliberalismo*, 19-42.
- Mead, G. (1972). *Mind, self and society*, The University of Chicago Press
- Mikkelsen-Lopez, I., Wyss, K., & de Savigny, D. (2011). An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC international health and human rights*, 11(1), 1-11.
- Mintzberg, H. (2021). Entrevista Henry Mintzberg XIX CIAO, Congreso Internacional de Análisis Organizacional. Universidad Autónoma Metropolitana, 2021.
- Montaño Hirose, L. (2005). Organización y Sociedad: Un acercamiento a la administración pública mexicana. *Gestión y Política Pública*, volumen XIV, número 3, 2do semestre de 2005, pp 465-495.
- Moscovici, S. (1979). La representación social: un concepto perdido. *El Psicoanálisis*, su imagen y su público, 2, 27-44.
- Nájar, A. (2020). Coronavirus en México: la enorme crisis del sistema de salud que complica al país atender la pandemia de covid-19, *BBC News Mundo*, México. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51923474>

- Navarro, M.F. (2019). El sistema de salud público en el país está 'infestado' de corrupción. Recuperado de: <https://www.forbes.com.mx/el-sistema-de-salud-publico-en-el-pais-esta-infestado-de-corrupcion/>
- OECD (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, París. <http://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Página 12, (2020). Noam Chomsky: "Hay que superar la plaga neoliberal " Entrevista sobre la pandemia, Trump, los nuevos liderazgos políticos y los dos caminos de América latina.", por Página12, Argentina. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/291396-noam-chomsky-hay-que-superar-la-plaga-neoliberal>.
- Plehwe, D. (2020). Nueve vidas del neoliberalismo . Verso.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2020. Desafíos de desarrollo ante la covid-19 en México panorama desde la perspectiva de la salud.
- Pyone, T., Smith, H., & van den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. Health Policy and Planning, 32(5), 710-722.
- Rodríguez, Begoña (2020). COVID-19 y cambio climático: cinco lecciones que nos deja la pandemia. Recuperado de: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/sostenibilidad/covid-19-cambio-climatico/>
- Tansuchat, R. (2021). The global risks report 16th edition. Journal of Suthiprit, 35 (1), 320-321.
- Schneider, H., Zulu, J. M., Mathias, K., Cloete, K., & Hurtig, A. K. (2019). The governance of local health systems in the era of Sustainable Development Goals: reflections on collaborative action to address complex health needs in four country contexts. BMJ global health, 4(3), e001645.
- Swanson, Ch. (2017). Seminario virtual. Sistemas Complejos: una introducción a los conceptos relevantes para la investigación en salud. College of nursing & health

innovation, Arizona State University. WHO collaborating centre to advance the policy on research for health.

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (2018). Informe de actividades diciembre 2018 a marzo 2019. Secretaría de Salud, Gobierno de México.

Taylor, FW (1911). The principles of scientific management. Nueva York , 202 .

Toro-Palacio, L. F., & Ochoa-Jaramillo, F. L. (2012). Salud: un sistema complejo adaptativo. Revista Panamericana de salud pública, 31, 161-165.

Velázquez, M. (2020). Presenta la OCDE “Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020” | Estadísticas de salud para México. Revista Código F, CANIFARMA.

Venegas, M. (2020). El efecto modelador del capitalismo neoliberal en la cultura organizacional. 9o Congreso Internacional de Investigación Social CIIS_2020, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Venegas, A. (2020). El sistema de salud pública mexicano frente al Covid-19. XVIII Congreso Internacional de Análisis Organizacional Transformaciones y nuevas formas de organización a dos décadas del siglo XXI , Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Weber, M. (2002). Economía y sociedad. México: Fondo de Cultura Económica.

Weisz, C. B. (2017). La representación social como categoría teórica y estrategia metodológica. CES Psicología, 10(1), 99-108.

Witker, J. (2015). Asociaciones público-privadas y captura del Estado. Sandoval, E. (UNAM). *Interés público, asociaciones público-privadas y poderes fácticos*. (págs. 75-96). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales; Laboratorio de Documentación y Análisis de la Corrupción y la Transparencia.



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

ACTA DE EXAMEN DE GRADO

No. 00162

Matricula: 2193801439

El Sistema de salud pública mexicano frente al Covid-19 retos y desafíos, desde la mirada de los estudios organizacionales

Con base en el Legislación de la Universidad Autónoma Metropolitana, en la Ciudad de México se presentaron a las 15:00 horas del día 18 del mes de marzo del año 2022 POR VÍA REMOTA ELECTRÓNICA, los suscritos miembros del jurado designado por la Comisión del Posgrado:

DR. JORGE FEREGRINO FEREGRINO
DR. GERMAN VARGAS LARIOS
DRA. MARIA TERESA MAGALLON DIEZ



Bajo la Presidencia del primero y con carácter de Secretaria la última, se reunieron para proceder al Examen de Grado cuya denominación aparece al margen, para la obtención del grado de:

MAESTRA EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES

DE: MARIA ALEJANDRA VENEGAS VILLASCAN

MARIA ALEJANDRA VENEGAS VILLASCAN

ALUMNA

y de acuerdo con el artículo 78 fracción III del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

APROBAR

REVISÓ

MTRA. ROSALIA SERRANO DE LA PAZ
DIRECTORA DE SISTEMAS ESCOLARES

Acto continuo, el presidente del jurado comunicó a la interesada el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CSH

DR. JUAN MANUEL HERRERA CABALLERO

PRESIDENTE

DR. JORGE FEREGRINO FEREGRINO

VOCAL

DR. GERMAN VARGAS LARIOS

SECRETARIA

DRA. MARIA TERESA MAGALLON DIEZ